

200 14 738 IV
SCP/BOC/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 24. März 2016

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 23. Juni 2014



Sachverhalt:

A.

Der 1963 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bis 1995 im ... und als ... tätig (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin] vor 1999 [act. II/99] 51 S. 3). Am 3. Oktober 1995 stellte er wegen Rückenproblemen bei der Invalidenversicherung ein erstes Leistungsgesuch (act. II/99 51), welches die IVB nach Vornahme erwerblicher und medizinischer Abklärungen mit Verfügung vom 4. August 1997 abwies (act. II/99 21).

Auf ein weiteres am 17. Juni 1998 – wiederum wegen Rückenproblemen – eingereichtes Leistungsgesuch trat die IVB mit Verfügung vom 20. Juli 1998 nicht ein (act. II/99 9, 14).

Gestützt auf eine im Juni 1999 geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung liess die IVB den Versicherten durch die MEDAS C._____ (nachfolgend: MEDAS C._____) begutachten. Gestützt auf das entsprechende Gutachten vom 18. Februar 2000 verneinte die IVB mit Verfügung vom 4. Juli 2000 den Anspruch auf eine Rente (Akten der IVB ab 1999 [act. II] 1, 10, 15). Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung (nachfolgend: Verwaltungsgericht), unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung mit Urteil vom 12. Oktober 2001 (VGE IV 58374; act. II 21) gut und wies die Sache an die IVB zurück, damit die psychiatrische Untersuchung in der MEDAS C._____ unter Beizug eines Übersetzers wiederholt, der somatische Zustand aktualisiert und nochmals eine Gesamtbeurteilung vorgenommen werde.

Das in der Folge unter Mitwirkung eines Übersetzers erstellte Gutachten der MEDAS C._____ wurde am 15. April 2002 erstattet (act. II 25). Gestützt darauf verneinte die IVB mit Verfügung vom 16. August 2002 erneut einen Rentenanspruch (act. II 35). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 7. März 2003 ab (VGE IV 62788; act. II 41). Dieses Urteil blieb unangefochten.

B.

Der behandelnde Rheumatologe reichte mit Schreiben vom 6. Mai 2005 verschiedene medizinische Berichte ein und beantragte, den Versicherten zu einer MEDAS-Begutachtung aufzubieten (act. II 46). Nach Einholung einer Stellungnahme ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) verfügte die IVB am 15. August 2005 erneut die Verneinung des Rentenanspruchs (act. II 54, 56). Im Rahmen des daran anschliessenden Einspracheverfahrens reichte der Versicherte ein psychologisches Privatgutachten ein (act. II 66). Nach Einholung einer weiteren RAD-ärztlichen Stellungnahme wies die IVB die gegen die Verfügung vom 15. August 2005 erhobene Einsprache mit Entscheid vom 5. April 2006 ab (act. II 68, 69). Die hiergegen erhobene Beschwerde wurde vom Verwaltungsgericht mit Urteil vom 19. Oktober 2006 abgewiesen (VGE IV 66778; act. II 75). Am 5. Juli 2007 wies das Bundesgericht die gegen den kantonalen Entscheid erhobene Beschwerde ab (BGer I 1004/06; act. II 78).

C.

Am 6. Januar 2008 reichte der behandelnde Rheumatologe bei der IVB diverse medizinische Berichte ein und beantragte eine Abklärung mittels MEDAS-Gutachten (act. II 85). Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD und Durchführung des Vorbescheidverfahrens trat die IVB mit Verfügung vom 18. August 2008 auf das Leistungsbegehren nicht ein (act. II 86 – 92). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Am 13. November 2009 nahm der Versicherte eine weitere Neuanmeldung zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung vor und beantragte eine Rente (act. II 95). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren und der Einholung einer Stellungnahme des RAD trat die IVB mit Verfügung vom 26. Januar 2010 nicht auf das Leistungsbegehren ein (act. II 99 f.; Akten der IVB nach 1999 [act. IIa] 103 f.). Auch diese Verfügung blieb unangefochten.

D.

Am 7. Juni 2011 meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an und beantragte berufliche Integration und eine Rente (act. Ila 105). Nach erfolgter Aufforderung, eine wesentliche Änderung glaubhaft zu machen (act. Ila 109), ging bei der IVB am 1. Juli 2011 ein Bericht von Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 30. Juni 2011 unter Beilage verschiedener medizinischer Berichte ein (act. Ila 110). Nachdem die IVB eine Stellungnahme des RAD eingeholt und das Vorbescheidverfahren durchgeführt hatte, verfügte sie am 7. Dezember 2011 das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren (act. Ila 111 - 121).

Die dagegen erhobene Beschwerde (act. Ila 122) hiess das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 3. Mai 2012 (VGE IV/2012/19; act. Ila 126) gut – soweit darauf einzutreten war – und wies die Sache an die IVB zurück. Diese wurde angewiesen, auf die Neuanschuldung einzutreten und die notwendigen Abklärungen vorzunehmen. Das Gericht erwog diesbezüglich (E. 4.3), die IVB werde dabei zunächst sinnvollerweise die Krankenakten des behandelnden Psychiaters Dr. med. D._____ einholen und diese einem psychiatrischen Facharzt des RAD zur versicherungsmedizinischen Beurteilung – unter allfälliger eigener Untersuchung bzw. Veranlassung weiterer diesem für notwendig erscheinenden Untersuchungen und Abklärungen – vorlegen. Danach werde sie über die Ansprüche des Versicherten materiell zu entscheiden haben.

E.

In der Folge holte die IVB beim behandelnden Psychiater Dr. med. D._____ medizinische Unterlagen ein (act. Ila 130) und liess den Versicherten am 7. November 2012 durch die RAD-Ärztin Dr. med. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, untersuchen (Untersuchungsbericht vom 29. November 2012 [act. Ila 138]). Daraufhin erfolgten im Zusammenhang mit der psychiatrischen Behandlung am 30. November 2012 (act. Ila 139) und 30. April 2013 (act. Ila 146) Aufforderungen zur Schadenminderung, woraufhin sich der Versicherte ab dem

12. August 2013 bei der Klinik F._____ in tagesklinische Behandlung begab (act. IIa 150).

Zur Klärung des Leistungsanspruchs liess die IVB den Versicherten durch die MEDAS G._____ polydisziplinär begutachten (Expertise vom 25. März 2014 [act. IIa 160.1]; neurologisches Teilgutachten vom 12. Februar 2014 [act. IIa 160.5]).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte die IVB mit Verfügung vom 23. Juni 2014 bei einem Invaliditätsgrad von 14 % den Anspruch auf eine Rente (act. IIa 161 - 165).

F.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B._____, am 13. August 2014 Beschwerde. Er beantragt, die Ausrichtung einer ganzen Rente, eventualiter sei ein Obergutachten einzuholen, subeventualiter sei die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen. Gleichzeitig stellt er ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. September 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 28. Januar 2016 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege insoweit gut, als der Beschwerdeführer darauf angewiesen sein sollte. Gleichzeitig gab er den Parteien Gelegenheit Schlussbemerkungen einzureichen, insbesondere unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich eingetretenen Änderung der Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281.

Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 17. Februar 2016 auf ausführliche Schlussbemerkungen und hält am bisher formulierten Rechtsbegehren der Abweisung fest.

Mit Stellungnahme ebenfalls vom 17. Februar 2016 hält der Beschwerdeführer an den gestellten Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 23. Juni 2014 (act. IIa 165). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Rentenleistungen.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

2.3 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung

ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

2.4 Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung führt im Weiteren nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287).

2.5 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstren-

gung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2).

Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.6 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.7 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kennt-

nis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.8 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]; bis 31. Dezember 2011 Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

3.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

3.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b). Erfolgte nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegen halten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77).

4.

4.1 Im Urteil des Verwaltungsgerichts vom 3. Mai 2012, VGE IV/2012/19, E. 3.1 (act. IIa 126), wurde im Zusammenhang mit der am 7. Juni 2011 erfolgten Neuanmeldung (act. IIa 105) als in neuanmeldungs-

rechtlicher Hinsicht massgebender Vergleichszeitpunkt der Einspracheentscheid vom 5. April 2006 (act. II 69), welcher durch das Urteil des Verwaltungsgerichts vom 19. Oktober 2006, VGE IV 66778 (act. II 75), und den Entscheid des Bundesgerichts vom 5. Juli 2007, I 1004/06 (act. II 78), bestätigt wurde, genannt. Folglich ist durch einen Vergleich des Sachverhalts in Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 5. April 2006 und demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. Juni 2014 (act. IIa 165) zu prüfen, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 3.1 und 3.2 hiervor).

4.2 Ebenfalls im Urteil des Verwaltungsgerichts VGE IV/2012/19, E. 3.2 (act. II 75), wurde ausgeführt, dass im Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 5. April 2006 vom Gesundheitszustand gemäss MEDAS C. _____-Gutachten vom 15. April 2002 (act. II 25) auszugehen ist. Darin wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein persistierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts bei Spondylolyse und Spondylolisthesis L5/S1 von 25 % aufgeführt (act. II 25/11). Es wurde festgehalten, zusammenfassend und bei Beurteilung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführer für schwere Arbeiten im ... oder in der ... arbeitsunfähig. Leichtere körperliche Tätigkeiten, welche in wechselnder Position ausgeführt werden könnten, bei denen der Beschwerdeführer insbesondere auch zeitweise Sitzen könne, und bei welchen er nicht repetitiv Gewichte über 10 kg heben müsse, wären ihm zu 100 % möglich und zuzumuten (act. II 25/13).

4.3 Der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. Juni 2014 (act. IIa 165) liegen – soweit entscheidwesentlich – hauptsächlich die folgenden medizinischen Akten zu Grunde:

4.3.1 Der behandelnde Psychiater Dr. med. D. _____ führte im Bericht vom 20. Juli 2012 (act. IIa 132) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode bei St. n. wiederholten schweren Episoden mit mindestens einem Suizidversuch (ICD-10: F33.11), bestehend wahrscheinlich seit mehreren Jahren

- Therapieresistentes, persistierendes, chronisches Lumbovertebralsyndrom seit Jahren mit/bei:
 - Spondylolisthesis L5/S1, Meyerding Grad II mit intermittierender lumboradikulärer Reizsymptomatik L5 rechts
 - Verdacht auf HLA B27-positive Spondylarthropathie
- Zerviko-thorakales Vertebralesyndrom seit Jahren mit/bei:
 - Degenerativen Veränderungen
 - Haltunginsuffizienz mit funktioneller BWS-Kyphose
- Chronische Spannungskopfschmerzen seit Jahren

Dr. med. D. _____ gab weiter an (act. Ila 132/4 ff.), zum Behandlungsbeginn habe der Beschwerdeführer einen eindeutig als schwergradig einzustufenden depressiven Zustand präsentiert, dies mit schweren Konzentrations-, Interessen- und Freudverlust, Minderwertigkeits-, Insuffizienz- und Schuldgefühlen, massiven Schlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, Denkhemmung und -einengung, inhaltlich durch die rigiden, ausweglosen und eindeutig wahnhaften, verdichtet-negativistischen, kreisenden Denkinhalte und ausgeprägt pessimistische Zukunftsperspektive charakterisiert, Ratlosigkeit, Niedergeschlagenheit bis Verzweiflung bei stark reduzierter Schwingungsfähigkeit und zeitweise erschwerter affektiver Spürbarkeit. Suizidalität habe zu Beginn der Behandlung nicht immer mit Sicherheit vollkommen ausgeschlossen werden können, wobei mindestens ein Suizidversuch im breiteren Vorfeld der Zuweisung zu ihm und eine weitere, suizidale Krise weiter vorher hätten eruiert werden können. Im weiteren Behandlungsverlauf habe sich ein wechselhaftes und über weite Strecken instabiles Zustandsbild gezeigt, wobei mehr als einmal zur Entschärfung der zunehmenden, depressiv gefärbten Krisensituation(en) dringende, kurzfristige Notfalltermine notwendig gewesen seien. Bei einer Zuspitzung der depressiven Gesamtsymptomatik während einer schwer depressiven Phase mit drohender, völliger Eskalation sei sogar die Option einer stationären, psychiatrischen Behandlung ins Auge gefasst worden. Sie habe nur unter dem starken Einbezug der Ehefrau und phasenweise der zwei älteren Töchter im Rahmen der Betreuung des Beschwerdeführers verhindert werden können. Die zuletzt ausgeübte(n) Tätigkeit(en) als ...- bzw. ... sei(en) durch die bestehenden Einschränkungen durchaus verunmöglicht bzw. ausgeschlossen. Die Beantwortung der Frage, in welchem Umfang und mit welchem Belastungsprofil eine leidensangepasste Tätigkeit möglich sei, setze die entsprechenden arbeitsabklärenden Massnah-

men voraus. Dr. med. D._____ attestierte dem Beschwerdeführer seit mindestens Dezember 2009 bis auf Weiteres in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit.

4.3.2 Die RAD-Psychiaterin Dr. med. E._____ stellte im Untersuchungsbericht vom 29. November 2012 (act. IIa 138) die folgenden psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. IIa 138/8):

1. Rezidivierende depressive Störung seit 2006, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11)
 - Status nach schwergradiger depressiver Episode mit Suizidalität im Jahr 2008/2009 (ICD-10: F33.2)
2. Analgetikaabhängigkeit mit Mefenaminsäure und Paracetamol mit V.a. toxisch induzierten Kopfschmerz, chronifizierten Spannungskopfschmerzen (ICD-10: Z72.8).

Die RAD-Ärztin hielt fest (act. IIa 138/9), im Vergleich zur Referenzsachlage (MEDAS C._____ -Gutachten vom 15. April 2002) sei aus psychiatrischer Sicht eine Änderung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten. Am 15. April 2002 sei von Dr. med. H._____ keine psychiatrische Erkrankung festgestellt worden, was sowohl mit den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung als auch mit der Beurteilung durch den behandelnden Psychiater Dr. med. D._____ übereinstimme. Die rezidivierende depressive Störung habe sich erst ab dem Jahr 2006 entwickelt. Das medizinische Zumutbarkeitsprofil könne aus psychiatrischer Sicht erst nach einer weiteren intensiveren, mindestens tagesklinischen, integrierten psychiatrischen Behandlung und einer weiteren Stabilisierung der aktuell mittelgradigen depressiven Episode beurteilt werden.

4.3.3 Im Zwischenbericht vom 27. März 2013 (act. IIa 142) hielt Dr. med. D._____ fest, die aktuelle Situation sei im Vergleich zu derjenigen aus dem ausführlichen Bericht im Juli 2012 kaum verändert. Der Beschwerdeführer sei weiterhin durch die deutliche Erschöpfbarkeit u/o Ermüdbarkeit bzw. praktisch anhaltende Erschöpfung / Ermüdung bei bestehendem depressivem Symptomkomplex sowie durch die Schmerzbeschwerden be-

trächtlich eingeschränkt. Die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als ...- oder ... seien weiterhin mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen. Die Beantwortung der Frage nach der Zumutbarkeit einer leidensangepassten Tätigkeit setze entsprechende abklärende Massnahmen voraus.

4.3.4 Im Bericht der Klinik F._____ vom 24. Oktober 2013 (act. IIa 151) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt:

- Rezidivierende depressive Störung, ggw. Mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom
- Analgetika-Abhängigkeit mit Mefenaminsäure und Paracetamol mit Verdacht auf toxisch induzierte Kopfschmerzen
- V.a. anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei Spondylolisthesis
- ICD-10: F33.11; F45.4; Z72.8

Es wurde festgehalten (act. IIa 151/2), der Beschwerdeführer sei von Anfang an regelmässig, pünktlich und zuverlässig in die Tagesklinik gekommen, er sei compliant gewesen, habe sich bemüht und habe in den Gruppentherapien gut mitgemacht. Es habe den Anschein gemacht, dass ihm die Teilnahme an den Aktivitäten gut tue. Er selber habe zwar keine wesentliche Verbesserung ausmachen können und habe über vermehrte Schmerzen berichtet durch die Wegstrecke in die Tagesklinik. Nach aussen hin sei er aber insgesamt gelöster und etwas weniger leidend erschienen. In den letzten 20 Jahren habe sich die Problematik verfestigt. Es bestehe ein „Teufelskreis“ zwischen Schmerzen und Depression. Die anhaltenden Schmerzen verhinderten eine Teilnahme am Arbeits- und Sozialleben, was zu vermehrten depressiven Reaktionen, Suizidgedanken, familiären Problemen und vermehrtem sozialem Rückzug führe. Diese Situation sei wiederum nicht förderlich für die Schmerzproblematik. Aufgrund der Zeitdauer und der Schwere der Erkrankung sei eine berufliche Integration nicht realistisch. Eine minimale Tagesstruktur im Rahmen einer geschützten Tätigkeit sei sinnvoll, um eine weitere Verschlimmerung der Situation zu vermeiden und den Beschwerdeführer zu aktivieren.

4.3.5 Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS G._____ vom 25. März 2014 (act. IIa 160.1) beruht auf Untersuchungen und Beurteilungen in den Fachgebieten Rheumatologie, Psychiatrie und Neurologie (act. IIa 160.5).

Die Gutachter gaben folgende polydisziplinäre Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit an:

- Chronisches lumbofemorales Schmerzsyndrom rechts bei Spondylolisthesis L5/S1 und Osteochondrose, Ventrolisthesis > 25 %/Grad II nach Meyerding (ICD-10: M43.1)

Zur Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als angelernter ... hielten die Gutachter fest (act. IIa 160.1/49 f.), rheumatologisch und neurologisch sei eine (angeborene) symptomatische Spondylolisthesis L5/S1 Grad Meyerding II bei entsprechender Osteochondrose dieses Bewegungssegmentes bekannt. Somit bestehe eine Einschränkung der Wirbelsäulenbelastbarkeit mit Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten, wie sie früher im ... und als ... ausgeübt worden seien. Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelte zumindest seit dem Zeitpunkt der Untersuchung am 10. Februar 2014. Vorher habe der Beschwerdeführer während einigen Jahren eine mittelgradige depressive Episode gehabt, die aber eine Folge der Schmerzen gewesen sei, womit es sich damals um eine reaktive Depression gehandelt habe, wegen welcher die Arbeitsfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht auch nicht eingeschränkt gewesen sei. Es bestünden deshalb insgesamt keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit in dieser Tätigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht jemals eingeschränkt gewesen sei. Polydisziplinär richte sich die Beurteilung nach den bekannten Rückenproblemen, welche zu den geschilderten qualitativen Einschränkungen führten. Für adaptierte Tätigkeiten bestehe weder somatisch noch psychiatrisch eine langfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In Frage kämen weiterhin körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten rückenadaptiert: Kein regelmässiges Heben und Tragen von Gewichten über etwa 10 kg, keine häufige längerdauernde vorgeneigte Zwangshaltungen ohne häufiges starkes Bücken.

4.3.6 Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH und Rheumatologie FMH, gab im Bericht vom 29. April 2014 (act. IIa 162/5 f.) die folgenden Diagnosen an:

- Chronifiziertes lumbosponylogenes Syndrom bei erheblicher Spondylolisthesis L5/S1 (Wirbelgleitgrösse 25 %), bilaterale Spondylolyse L5, Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1 beidseits, mit intermittierender radikulärer Wurzelreizung S1, hochgradiger Bandscheibendegeneration L5/S1
- Wahrscheinlich anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- St. n. rezidivierender fibrinöser Uveitis anterior unklarer Aetiologie rechtsbetont
- Latente Tuberkulose (Quantiferontest positiv)
- Arterielle Hypertonie
- Dupuytren'sche Kontraktur der Finger IV und V der rechten Hand

Dr. med. I. _____ führte aus, die vom Beschwerdeführer angegebenen Rückenbeschwerden, untermauert durch die objektifizierbaren strukturellen Pathologien am Achsenskelett, schlossen eine mechanisch belastende und den Rücken belastende Tätigkeit aus. Für eine dem Leiden bestens angepasste Tätigkeit schein aus rheumatologischer Sicht eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von acht Stunden pro Tag vorzuliegen mit einer Leistungsminderung von 20 % infolge einer allgemeinen Dekonditionierung und infolge der langjährigen Arbeitsabstinenz. Dem Leiden angepasst bedeute den Ausschluss von sämtlichen, den Rücken belastenden Tätigkeiten: Ausschluss des repetitiven Bückens und Aufrichtens, Ausschluss des repetitiven Anhebens und Tragens von Gewichten über sieben bis zehn Kilogramm, Ausschluss von Tätigkeiten in der chronischen Vorneigehaltung des Rumpfes mit und ohne gleichzeitige Rumpfrotation, Ausschluss von Tätigkeiten in der knienden Position, Ausschluss von Tätigkeiten in Kauerposition, Ausschluss von Tätigkeiten, welche zu einer erhöhten Vibrations- und Schlageinwirkung auf den Oberkörper führten. Dr. med. I. _____ gab an, er betreue den Beschwerdeführer unterschiedlich intensiv seit 1995 und habe während dieser langjährigen Beobachtungsphase keine wesentlichen Verschlechterungen der objektifizierbaren klinischen Befunde erheben können.

4.3.7 Der behandelnde Psychiater Dr. med. D. _____ hielt im Bericht vom 21. Mai 2014 fest (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3), die Diagnose der depressiven Störung, aktuell mittelgradiger Ausprägung, sei im weiteren Verlauf sowohl durch die begutachtende Psychiaterin des RAD als auch durch die Ärzte der Tagesklinik der Klinik F. _____ bestätigt worden. Der Krankheitsverlauf zeige sich nun, insbesondere im letzten Jahr und trotz der intensivierten Behandlung in der Klinik F. _____ stationär

bzw. er sei mittlerweile, sowohl von der depressiven als auch von der Schmerzproblematik her, als eindeutig chronifiziert einzustufen, sodass auch die prognostischen Aussichten konsekutiv eher ungünstig angesehen werden müssten. Das Gutachten der MEDAS G. _____ liege ihm zwar nicht vor, gemäss den Angaben des Beschwerdeführers sei sein Arbeitsunfähigkeits- oder Invaliditätsgrad im Vergleich zu demjenigen als die Invalidenversicherung zuletzt auf ein Gesuch von ihm eingegangen sei (dies müsse mehrere Jahre zurückliegen), bedeutend reduziert gutachterlich beurteilt worden. Auf welcher Grundlage die Gutachter zu dieser Beurteilung (sollte sie vom Beschwerdeführer korrekt interpretiert und weitergeleitet worden sein) gekommen seien, erscheine völlig unklar, eine solche Beurteilung würde jeglicher Realität entbehren. Nach vielen Jahren ohne messbare Arbeitstätigkeit und insbesondere unter Berücksichtigung des vorliegenden komplexen Zustandsbildes sei es keineswegs möglich, das Zumutbarkeitsprofil ohne die entsprechenden arbeitsabklärenden Massnahmen festzulegen.

5.

5.1 Das Gutachten der MEDAS G. _____ vom 25. März 2014 (act. IIa 160.1, 160.5) erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.7 hiervor). Es ist voll beweiskräftig, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet.

5.2 In somatischer Hinsicht zeigt ein Vergleich der im MEDAS C. _____-Gutachten vom 15. April 2002 (act. II 25/ 11 und 13) und im Gutachten der MEDAS G. _____ vom 25. März 2014 (act. IIa 160.1/48 - 50) gestellten Diagnosen und der formulierten Zumutbarkeitsprofile, dass sich weder der Gesundheitszustand noch das funktionelle Leistungsvermögen in wesentlicher Hinsicht verändert hat. Das vom behandelnden Rheumatologen Dr. med. I. _____ formulierte Zumutbarkeitsprofil (act. IIa

162/5) deckt sich zudem im Wesentlichen mit dem im Gutachten der MEDAS G. _____ angegebenen Profil (act. Ila 160.1/49 f.). Auch Dr. med. I. _____ hat festgehalten, dass er in der Zeit seit 1995 keine wesentliche Verschlechterung der objektivierbaren klinischen Befunde habe erheben können (act. Ila 162/6). Soweit er jedoch in einer leidensangepassten Tätigkeit bei einem Achtstundentag von einer 20 %-igen Leistungsminderung ausgeht und diese mit einer allgemeinen Dekonditionierung und der langjährigen Arbeitsabstinenz begründet (act. Ila 162/5), kann darauf nicht abgestellt werden, da es sich bei den genannten Gründen um invaliditätsfremde Faktoren handelt.

Im somatischen Bereich macht der Beschwerdeführer zudem geltend (Beschwerde S. 5), zwei Finger der rechten Hand seien nicht mehr funktionsfähig, weshalb er als Rechtshänder auch keine Hilfsarbeiten mehr verrichten könne. Diesbezüglich nimmt er offenbar Bezug auf die im Bericht von Dr. med. I. _____ vom 29. April 2014 (act. Ila 162/5) gestellte Diagnose einer Dupuytren'schen Kontraktur der Finger IV und V der rechten Hand. Dass diese Diagnose die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränken würde, wurde von Dr. med. I. _____ jedoch nicht ausgeführt. Sodann wurde im Gutachten der Medas G. _____ hinsichtlich der oberen Extremitäten bei der Erhebung weder des rheumatologischen (act. Ila 160.1/37) noch des neurologischen Status (act. Ila 160.5/4) eine mangelnde Funktionsfähigkeit von Fingern der rechten Hand festgestellt und die Gutachter gaben auch keine entsprechende Diagnose an (act. Ila 160.1/48). Folglich ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Funktionseinschränkung der rechten Hand vorliegt.

5.3

5.3.1 In psychischer Hinsicht ist festzuhalten, dass seit dem MEDAS C. _____-Gutachten vom 15. April 2002, in welchem noch keine psychiatrischen Diagnosen gestellt wurden (act. II 25/11), nun von Dr. med. D. _____ (act. Ila 132), der RAD-Psychiaterin Dr. med. E. _____ (act. Ila 138) und den behandelnden Ärzten der Klinik F. _____ (act. Ila 151) eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert wurde. Diesbezüglich hat der psychiatrische Gutachter der MEDAS G. _____, med.

pract. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, jedoch nachvollziehbar begründet, dass sich diese Diagnose aufgrund der medizinischen Akten nicht nachvollziehen lässt (act. IIa 160.1/41). Er gab diesbezüglich an, es gebe keine Hinweise dafür, dass der Beschwerdeführer schon seit mehreren Jahren eine rezidivierende depressive Störung bzw. bereits früher mehrere schwere depressive Episoden gehabt habe, weshalb die Stellung der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht nachvollziehbar sei. Dies überzeugt insoweit, als Dr. med. D. _____ diese Diagnose nicht aufgrund der medizinischen Vorakten, sondern einzig aufgrund seiner anamnestischen Erhebungen zu stellen scheint, wonach der Beschwerdeführer auf die verschiedenen ablehnenden Entscheide der Invalidenversicherung jeweils resignierend reagiert habe (act. IIa 132/4). Diesbezüglich kann aufgrund der medizinischen Aktenlage mit dem psychiatrischen Gutachter der MEDAS G. _____ davon ausgegangen werden, dass es sich bei der vom Beschwerdeführer erwähnten Symptomatik entgegen der Annahme von Dr. med. D. _____ nicht um behandlungsbedürftige Verstimmungen schweren Grades, sondern vielmehr um reaktive und bloss vorübergehende Stimmungsschwankungen gehandelt hat.

Die letztere Annahme findet ihre Bestätigung in der – gestützt auf die vom psychiatrischen Gutachter der MEDAS G. _____ erhobenen Befunde (zum Psychostatus vgl. act. IIa 160.1/39 f.) – nachvollziehbar begründeten Diagnose einer remittierten depressiven Episode (act. IIa 160.1/43). Im Gutachten wurde diesbezüglich überzeugend ausgeführt, der Beschwerdeführer gebe auch noch gewisse depressive Symptome an, die auch bereits in den Akten beschrieben seien. Dabei werde jeweils die Diagnose einer mittelgradigen depressiven [Episode] erwähnt. Die Stellung dieser Diagnose sei auch in allen Berichten nachvollziehbar. Beim Beschwerdeführer hätten nun aber nur wenige und auch nur schwach ausgeprägte depressive Symptome eruiert werden können, z.B. eine leicht betrübte Stimmung, einen etwas eingeschränkten affektiven Rapport und einen etwas eingeschränkten Antrieb. Die Lautstärke der Sprache sei normal gewesen, er habe aber etwas monoton gesprochen. Damit habe der Beschwerdeführer insgesamt einige depressive Symptome, die aber alle nicht stark ausgeprägt seien, weshalb die Diagnose einer depressiven Episode nicht mehr

gestellt werden könne. Weil aber früher eine depressive Episode vorgelegen habe, könne die Diagnose depressive Episode remittiert gestellt werden. Weiter sprechen auch die psychiatrische Behandlungsintensität und die Medikation (vgl. act. IIa 160.1/39) gegen eine schwergradige depressive Symptomatik. Zudem genügen für eine solche Diagnose allenfalls in appellativer Absicht oder aggravierend-vage (vgl. act. II 66/12 und act. II 85/8) geäussert Sinnkrisen (act. IIa 132/4; vgl. dazu auch act. IIa 138/6) nicht.

5.3.2 Sodann wurde im Gutachten der MEDAS G. _____ im Vergleich zum Jahr 2002 zusätzlich die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) angegeben (act. IIa 160.1/48). Die Beschwerdesymptomatik präsentiert sich beim Beschwerdeführer seit langer Zeit im Wesentlichen gleich. Mit Bezug auf die eben erwähnte Diagnose ist darauf hinzuweisen, dass bereits der Privatgutachter PD Dr. phil. K. _____, Klinische Psychologie und Psychotherapie, im Gutachten vom 20. Januar 2006 (act. II 66/11 unten) eine Diagnose aus dem Kreis der somatoformen Störungen (ICD-10: F45), bestehend seit 2002, gestellt hat. Insoweit ist festzustellen, dass weiterhin von einer seit 2002 im Wesentlichen unverändert gebliebenen Beschwerdesymptomatik und damit von einem unverändert gebliebenen Gesundheitszustand auszugehen ist.

5.3.3 Selbst wenn die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) als seit 2002 neu hinzugetreten zu betrachten wäre, könnte der Beschwerdeführer daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten: Die Einordnung der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) unter die Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (act. IIa 160.1/44 und 48) erfolgte im Gutachten der MEDAS G. _____ unter expliziter Bezugnahme (act. IIa 160.1/43) auf die bisherige, nicht mehr massgebende Schmerzrechtsprechung (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354). Aus diesem Grund ist die invalidisierende Wirkung der erwähnten Diagnose nunmehr anhand der geltenden Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen. Danach ist bei einer somatoformen Schmerzstörung

(ICD-10: F45.40) dem diagnoseinhärenten Schweregrad vermehrt Rechnung zu tragen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286). Der beim Beschwerdeführer gestellten Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) fehlt gemäss Rechtsprechung jedoch ein Bezug zu eben diesem Schweregrad (Entscheid des BGer vom 12. Februar 2016, 8C_478/2015 [zur Publikation vorgesehen], E. 4.2). In diesem Fall ist die geltend gemachte Einschränkung (bzw. die ärztliche Feststellung, welche per se von einem umfassenden Krankheitsbegriff ausgeht) anhand der rechtserheblichen Indikatoren (vgl. E. 2.5 hiervor) im Sinne einer Überprüfung der schmerzbedingten Beeinträchtigung im Alltag zu beurteilen. Die geltend gemachten Funktionseinschränkungen sind anhand einer sorgfältigen Plausibilitätsprüfung zu bestätigen oder zu verwerfen (BGer 8C_478/2015 [zur Publikation vorgesehen], E. 4.4). In jedem Fall muss aber die gestellte Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhalten (vgl. E. 2.4 hiervor), was vorliegend jedoch nicht der Fall ist. So sind die vom Beschwerdeführer seit bereits zwanzig Jahren aufgrund somatischer Beeinträchtigungen bekundeten Schmerzen mit den objektiven, im Wesentlichen unverändert gebliebenen Befunden pathologisch-anatomisch nach wie vor nicht erklärbar (act. IIa 160.5/7 f. und act. IIa 160.1/49) und es ist aggravierend-demonstratives Verhalten aktenkundig („Patient[en], der Schmerzen beschreibt, aber nicht Schmerzen zeigt“ [act. II 66/12]; „Verdacht auf Aggravation, psychosoziale Belastung bei abgelehntem IV-Gesuch“ [act. II 85/8]; [Dr. med. L. _____ verweist] „auf eine relevante Aggravation der Beschwerden, unter Hinweis auf das abgelehnte IV-Rentengesuch“ [act. IIa 103/3]). Nichts daran ändert, dass die neurologische Gutachterin zwar erhebliche Diskrepanzen feststellte, jedoch darin keine klaren Anhaltspunkte für eine Aggravation erkannte (act. IIa 160.5/7).

Damit liegen Ausschlussgründe im Sinne von BGE 131 V 49 vor, weshalb sich rechtssprechungsgemäss ein strukturiertes Beweisverfahren nach dem Prüfungsraster gemäss BGE 141 V 281 erübrigt (Entscheid des BGer vom 1. März 2016, 9C_534/2015, E. 2.2.2). Dennoch kann ergänzend mit Blick auf die massgeblichen Indikatoren nach BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.5 hiervor) festgehalten werden, dass die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der gestellten Diagnose nicht mit überwiegender Wahr-

scheinlichkeit nachgewiesen sind. So ist insbesondere zum Indikator Behandlungserfolg oder –resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 297 und E. 4.3.1.2 S. 299) festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter der MEDAS G._____ die therapeutischen Möglichkeiten für noch nicht vollumfänglich ausgeschöpft (act. IIa 160.1/43) hält, womit er die Auffassung der ... bestätigt, wonach eine stationäre, multimodale Schmerztherapie die sich abzeichnende Beschwerdeausbreitung unter Umständen verhindern sowie die muskuläre Dysbalance und Dekonditionierung verbessern könnte (act. IIa 100/10). Hinsichtlich der Erfolgsaussichten einer solchen Therapie kann auf den Bericht der Klinik F._____ vom 24. Oktober 2013 verwiesen werden, wonach der Beschwerdeführer sich in der Tagesklinik als compliant zeigte, sich bemühte und in den Gruppentherapien gut mitarbeitete und die Teilnahme an den Aktivitäten dem Beschwerdeführer aus therapeutischer Sicht gut zu tun schien (act. IIa 151/2), mithin der Beschwerdeführer nach wie vor über hinreichende Ressourcen zu verfügen scheint, sich einer solchen stationären Therapie zu stellen. Die aktive Teilnahme an den Therapien der Klinik F._____ spiegelt auch die Möglichkeit eines gewissen Aktivitätenniveaus (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303) wider, was gegen eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit spricht. Für den Erfolg weiterer therapeutischer Massnahmen ist nach der Einschätzung der ... allerdings auch vorauszusetzen, dass der Beschwerdeführer seinen Kampf um eine IV-Rente aufgibt und die Frage der Arbeitsfähigkeit (nach 15 [bzw. 20] Jahren Adaption an die Arbeitsunfähigkeit) nicht den Fokus von therapeutisch stabilisierenden Bemühungen ablenkt (act. IIa 110/10). Sodann ist beim Komplex „Sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zu berücksichtigen, dass als mobilisierende Ressource ein gutes Verhältnis des Beschwerdeführers zu seiner Familie (u.a. häufige Besuche von zwei seiner Töchter) vorhanden ist (act. IIa 138/5 f. und 160.1/44 Ziff. 5.4.4).

Nach dem Dargelegten haben die Gutachter der MEDAS G._____ die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) zu Recht als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit qualifiziert (act. IIa 160.1/48).

5.4 Soweit damit im relevanten Vergleichszeitraum (Einspracheentscheid vom 5. April 2006 / Verfügung vom 23. Juni 2014) überhaupt psych-

iatrische Diagnosen hinzugetreten sind, kann diesen aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit beigemessen werden (vgl. E. 5.3.1 - 5.3.3 hiervor). Insgesamt haben sich somit weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht Veränderungen ergeben, die geeignet sind, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine freie Prüfung des Rentenanspruchs (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b S. 200) fällt damit ausser Betracht.

5.5 Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass nach der Rechtsprechung die Verweigerung der Rente so lange aufrechtzuerhalten ist, als vom Versicherten eine Anstrengung erwartet werden kann, d.h. eine Rente erst dann gesprochen werden darf, wenn der Versicherte durch seinen Gesundheitszustand daran gehindert wird, die Arbeitsfähigkeit zu verwerten, wozu es aufgrund objektiver medizinischer Symptome der Diagnose eines neuen Krankheitsbildes bedarf, mithin bei im Wesentlichen unverändert gebliebenen Verhältnissen eine Invalidisierung im Sinne einer Chronifizierung oder Fixierung eines diagnostisch unklaren neurotisch gefärbten Beschwerdebildes nicht allein durch blossen Zeitablauf erreicht werden kann (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Art. 4 Rz. 20 S. 22).

5.6 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin im Ergebnis zu Recht den Anspruch auf eine Invalidenrente verneint. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, werden vorliegend dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. prozess-

leitende Verfügung vom 28. Januar 2016) ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – von der Pflicht zur Zahlung der Verfahrenskosten zu befreien.

6.2 Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).

6.3 Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege bleibt das amtliche Honorar von Rechtsanwalt B. _____ festzulegen.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der kantonalen Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 26. Februar 2016 macht Rechtsanwalt B. _____ einen Zeitaufwand von 9.58 Stunden à Fr. 220.-- bzw. ein Honorar von Fr. 2'108.33 zuzüglich Auslagen von Fr. 71.-- sowie Mehrwertsteuer von 7.6 % [richtig: 8 %] (von Fr. 2'179.33) im Betrag von Fr. 174.34, total Fr. 2'353.68 bzw. Fr. 2'353.--, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Folglich wird der tarifmässige Parteikostenersatz für dieses Verfahren auf Fr. 2'353.-- festgesetzt. Davon ist Rechtsanwalt B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 1'916.-- (9.58 h x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 71.-- und Mehrwertsteuer von Fr. 158.95 (8 % von Fr. 1'987.--), total somit eine Entschädigung von Fr. 2'145.95, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern

entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO (vgl. Art. 113 VR-PG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'353.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'145.95 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (samt Kostennote von Rechtsanwalt B. _____ vom 26. Februar 2016)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.