

200 15 1048 IV
ACT/FRN/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Mai 2016

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. Oktober 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1961 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 6. Oktober 1993 unter Hinweis auf schwere Rückenprobleme bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [AB] 1.1 S. 203 ff.) Die IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm medizinische sowie erwerbliche Abklärungen vor und sprach mit Verfügung vom 4. August 1998 (AB 1.1 S. 102 f.) eine von November 1993 bis September 1994 befristete ganze IV-Rente zu.

Vier erneut eingereichte Leistungsbegehren wies die IVB ab resp. trat nicht darauf ein (vgl. Verfügungen vom 10. April 2000 [AB 14], 17. Oktober 2001 [AB 25], Einspracheentscheid vom 8. Dezember 2004 [AB 79], Verfügung vom 25. Oktober 2010 [AB 94]).

B.

Am 23. Oktober 2013 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine Sarkoidose mit Multiorganbefall, Depressionen und ein Schädelhirntrauma bei Autounfall 1994 wiederum bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 98). Die IVB nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Insbesondere holte sie ein pneumologisches Gutachten vom 18. März 2014 (AB 108.1) sowie ein psychiatrisches Gutachten vom 19. Februar 2015 (AB 118.1) ein. Mit Vorbescheid vom 2. März 2015 (AB 119) stellte sie die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem IV-Grad von 8% in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden (AB 121 S. 1 f.). Am 26. Oktober 2015 verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend die Abweisung des Rentenbegehrens (AB 132).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 26. November 2015 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprache einer IV-Rente sowie die Befreiung von den Verfahrenskosten.

Die B._____ teilte mit Schreiben vom 29. Januar 2016 mit, dass sie die Verfahrenskosten übernehme.

Mit Beschwerdeantwort vom 18. März 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

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 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 26. Oktober 2015 (AB 132). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem IV-Grad

von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.4 Um den IV-Grad 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).

2.5 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen IV-Grades 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]). 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 IV-Grades 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 IV-Grad 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.

3.1 Aus den Akten wird ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 23. Oktober 2013 (AB 98) eingetreten ist. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen dem rentenabweisenden Einspracheentscheid vom 8. Dezember 2004 (AB 79) und der hier angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2015 (AB 132) eine wesentliche Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad bzw. den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiavor). Das Neuanmeldungsverfahren von 2010 (AB 86 – 94) ist in dieser Hinsicht unbeachtlich, da es mit einem Nichteintretensentscheid endete (Verfügung vom 25. Oktober 2010; AB 94) und damit von vornherein nicht materielle Vergleichsgrundlage sein kann.

3.2 In medizinischer Hinsicht stützte sich der Einspracheentscheid vom 8. Dezember 2004 (AB 79) massgeblich auf das pneumologische Gutachten des Spitals C. _____ vom 21. Juni 2004 (AB 69). Die Gutachter diagnostizierten eine Sarkoidose Stadium II, eine chronifizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine schizoide Persönlichkeitsstörung, ein leichtgradig ausgeprägtes Cervicalsyndrom bei Status nach Schleudertrauma mit Facettenfraktur C6 rechts Oktober 1993, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit medianer Diskusprotrusion L4/L5 nach Verhebetauma November 1992 sowie einen solitären Schilddrüsenknoten rechts (S. 1). Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, in der ehemaligen Tätigkeit als ... sei es nicht mehr möglich, körperlich belastendere Arbeiten wie beispielsweise das Tragen von schweren Lasten zu verrichten (S. 3 Ziff. 2). Aus pneumologischer Sicht könne eine leichtgradige körperliche Arbeit in lufthygienisch optimaler Umgebung bei einem Tagespensum von 100% zugemutet werden (S. 3 Ziff. 3). Die folgenden Arbeiten seien noch zumutbar: Das Heben von Lasten bis Lendenhöhe bis max. 10 kg, das Heben von Lasten über Brusthöhe

bis 5 kg, das Tragen von Gewichten über kurze Distanz bis 10 kg, das Arbeiten mit unbegrenzter Steh- und Sitzdauer, das Gehen über lange Strecken mit Tragen von Lasten von max. 10 kg, das Gehen auf unebenem Gelände mit kurzen Strecken bergauf. Eine Arbeit als Lagerist oder Hilfsmechaniker sei unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen aus pneumologischer Sicht zumutbar (S. 3 Ziff. 11).

3.3 Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2015 (AB 132) liegen insbesondere folgende Berichte zugrunde:

3.3.1 Im pneumologischen Gutachten vom 18. März 2014 (AB 108.1) stellten die Ärzte der Universitätsklinik für Pneumologie des Spitals C. _____ im Wesentlichen die folgenden Diagnosen (S. 1 f.):

1. Sarkoidose mit Multiorganbefall
2. Chronifizierte somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
3. Leichtgradig ausgeprägtes Cervicalsyndrom bei Status nach Schleudertrauma mit Facettenfraktur C6 rechts Oktober 1993
4. Solitärer Schilddrüsenknoten rechts

Die Fachärzte führten aus, der Beschwerdeführer berichte von einer schleichend progredienten Anstrengungsdyspnoe, welche seine körperliche Leistungsfähigkeit zunehmend einschränke (S. 2). Es bestehe mit histologisch bestätigter Sarkoidose eine mittelschwere restriktive Ventilationsstörung mit Diffusionsstörung und Belastungshypoxämie. Die Spiroergometrie lasse sich – bei nicht erreichten Ausbelastungskriterien – für das Festlegen der Arbeitsfähigkeit nur bedingt verwerten. Die Kooperationsfähigkeit bzw. Bereitschaft des Beschwerdeführers sei bereits in früheren ärztlichen Berichten und Gutachten ausführlich diskutiert worden. In der aktuellen Lungenfunktionsprüfung seien die allgemeinen Qualitätskriterien bezüglich Reproduzierbarkeit und Akzeptanz erfüllt. Der Beschwerdeführer habe geltend gemacht, dass im Anschluss an einen Stolpersturz am 24. Dezember 2013 anhaltende Knieschmerzen bestünden und deshalb die Belastung auf dem Fahrradergometer vorzeitig habe abgebrochen werden müssen. Da trotz nicht vollständiger Ausbelastung eine doch ausgeprägte Belastungshypo-

xämie sowie lungenfunktionelle Einschränkungen bestünden, müssten sie eine medizinisch-theoretische Ateminvalidität von 50% ableiten (S. 3).

Weiter führten die Fachärzte aus, die früheren Tätigkeiten als ..., ..., ... und zum Schluss als ... seien nicht mehr zumutbar. Körperlich belastende Arbeiten, wie z.B das Tragen von schweren Lasten, seien nicht mehr möglich. Aus pneumologischer Sicht könne eine sitzende Tätigkeit mit lediglich leichter körperlicher Arbeit in lufthygienisch optimaler Umgebung mit einem Tagespensum von 100% zugemutet werden. Kein Kundenkontakt bei starkem Husten (S. 4).

3.3.2 Im psychiatrischen Gutachten vom 19. Februar 2015 (AB 118.1) diagnostizierte Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anamnestisch eine rezidivierend depressive Störung, zurzeit remittiert (ICD-10 F33.4), sowie eine chronifizierte, anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.01; S. 15). Der Facharzt führte aus, dass die von Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, 2013 festgestellte chronisch fluktuierende depressive Störung derzeit remittiert sei. Es finde sich keine durchgehend gedrückte, niedergeschlagene, interessenlose und freudlose Stimmung mit vermindertem Antrieb. Hingegen müsse festgestellt werden, dass der Beschwerdeführer resigniert, passiv wirke. Er pflege durchaus Kontakte mit seiner Familie, auch mit seinen Kindern. Die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit sei während der Untersuchung bei grober Prüfung unauffällig. Das Selbstwertgefühl sei nicht beeinträchtigt und der Beschwerdeführer habe keine ihn quälenden Schuldgefühle. Bezüglich der Zukunft sei er eher resigniert. Suizidgedanken habe er keine. Er habe Einschlafstörungen, aber angeblich keine Durchschlafstörungen. Er wirke nicht müde, aber erschöpft und resigniert. Ein Interessenverlust auf allen Ebenen finde sich keiner, denn er habe durchaus noch Kontakt mit seinen Geschwistern und auch einen engen Kontakt mit seinen Kindern. Ein Morgentief werde nicht beschrieben. Bei der Untersuchung finde sich keine psychomotorische Hemmung und keine auffällige Mimik. Er vermittele keinen Leidensdruck. Im Weiteren bestehe ein

diffuses, seit Jahren bestehendes Schmerzsyndrom, das alleine mit organischen Befunden nicht erklärt werden könne. Die Schmerzen stünden zudem im Zusammenhang mit den angeblich bestehenden depressiven Episoden und einer schizoiden Persönlichkeit. Die Försterkriterien würden nicht vollumfänglich erfüllt. Es bestehe zwar eine mehrjährige chronische Begleiterkrankung, nämlich die Sarkoidose. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens bestehe nicht. Von einem verfestigten therapieresistenten innerseelischen Verlauf einer missglückten psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung resp. Affekt- und Spannungsbewältigung müsse ausgegangen werden. Insbesondere sei die Aggressivität im Vergleich zur Untersuchung 2003 nicht mehr feststellbar, vielmehr müsse er als passiv-aggressiv und resigniert beurteilt werden (S. 17).

Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, aus psychiatrischer Sicht sei es weder zu einer Verschlechterung noch zu einer Verbesserung der Symptomatik gekommen. Wie in der Beurteilung von 2003 gehe er davon aus, dass mit den objektiven Befunden eine 20%ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit begründet sei (S. 18).

3.3.3 Der behandelnde Pneumologe Dr. med. F. _____, Facharzt für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, führte im Bericht vom 10. April 2015 (AB 121 S. 3) aus, die Lungenfunktionsprüfung zeige gegenüber der letzten Messung am 16. Oktober 2014 in seiner Praxis und der Begutachtung im Spital C. _____ vom 10. März 2014 eine progrediente Abnahme der Werte mit entsprechender Verschlechterung. Gemäss der Auskunft der Physiotherapie sei es während der Trainingsphase zunehmend schlechter gegangen, der Beschwerdeführer habe im Verlauf Sauerstoff wegen knapper Sauerstoffsättigungswerte benötigt. Zusammenfassend gehe er von einer relevanten Verschlechterung der pulmonalen Situation aus, weshalb die Beurteilung im IV-Vorbescheid nicht der aktuellen Situation entsprechen dürfte.

3.3.4 Der behandelnde Psychiater Dr. med. E. _____ diagnostizierte im Bericht vom 11. April 2015 (AB 121 S. 4 f.) chronisch fluktuierende depressive Störungen mit ausgeprägten Somatisierungstendenzen, wahrscheinlich im Rahmen eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma mit Contusio cerebri 1994, eine Sarkoidose mit Multiorganbe-

fall, chronisch rezidivierende Cephalgien und Cervicalgien rechts bei Status nach Facettengelenksfraktur C6 rechts und discoligamentäre Instabilität C5/6 sowie ein chronisch rezidivierendes LWS-Syndrom bei medianer Discusprotrusion L4/5 rechts. Zum Befund führte der Psychiater aus, es bestünden eine anhaltende agitiert-depressive Grundstimmung, ausgeprägte existentielle- und Todesängste, starke Selbstverunsicherung, anhaltende Schwäche- und Kraftlosigkeitsgefühle, eine stark beeinträchtigte Leistungs- und Arbeitsfähigkeit, eine starke Anstrengungsdyspnoe mit Erstickungsgefühlen bereits bei kleinen körperlichen Belastungen, rezidivierende Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, Vergesslichkeit, phasenweise ein konfuser Gedankengang, eine Stress- und Frustintoleranz, stark verminderte Belastbarkeit und Ausdauervermögen, rezidivierende belastungsabhängige emotionell kaum erträgliche Kopf-, Nackenschmerzen, Hals-Schulterblockierungen beidseits, rezidivierende Lumboischialgien mit entsprechenden funktionellen Einschränkungen, ein anhaltender sozialer Rückzug und ähnliches. Zur Arbeitsfähigkeit führte der Psychiater aus, es bestehe bereits seit längerer Zeit eine multifaktoriell bedingte stark beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit für alle Erwerbstätigkeiten (S. 4). Die Invalidisierung sei vor allem Folge der chronisch progressiv verlaufenden Sarkoidose-Erkrankung mit Multiorganbefall. Die dadurch entstehenden reaktiven chronischen depressiv gefärbten psychischen Störungen seien wegen der Unveränderbarkeit der somatischen Krankheitsproblematik praktisch nicht behandelbar. Das als zumutbar beschriebene Arbeitsprofil des RAD (vorwiegend sitzende Tätigkeit mit leichten körperlichen Arbeiten, Treppensteigen, Anheben und Tragen von Lasten bis höchstens 5 kg, lufthygienisch optimale Umgebung, keine Kundenkontakte und ähnliches) betrachte er als praktisch inexistent und völlig unrealistisch (S. 5).

3.3.5 Der Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 25. April 2015 (AB 126 S. 4 f.) im Wesentlichen eine rezidivierende depressive Störung / Verdacht auf eine schizoide Persönlichkeitsstörung, eine chronische somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, eine Sarkoidose mit Multiorganbefall, ein Prostatakarzinom sowie eine leichte Niereninsuffizienz. Der Hausarzt führte aus, bei der Durchsicht der IV-Begutachtung falle auf, dass keine ganzheitliche Beurteilung der

Krankheitssituation vorgenommen werde. Es werde unterschieden zwischen einer somatischen (Sarkoidose) und einer psychiatrischen (depressive Störung, schizoide Persönlichkeitsstörung) Erkrankung und den daraus folgenden Einschränkungen, die gegenseitige Beeinflussung der beiden Krankheitsbilder werde aber ausser Acht gelassen. Dabei scheine dies der entscheidende Punkt zu sein: Der chronisch-progrediente Krankheitsverlauf der Sarkoidose, der trotz intensiver therapeutischer Bemühungen nicht positiv beeinflusst werden könne, beeinflusse die rezidivierende depressive Störung negativ und führe zu einer Chronifizierung derselben. Auch psychiatrisch werde seit Jahren therapeutisch intensiv gearbeitet – ohne Hinweise auf eine günstige Entwicklung –, was wiederum das Krankheitsbild der Sarkoidose ungünstig beeinflusse. Im gleichen Sinne ebenfalls ungenügend berücksichtigt bleibe in der IV-Begutachtung die Problematik der chronischen somatoformen Schmerzstörung, im Vordergrund hierbei Kopfschmerzen. Diese schränkten den Beschwerdeführer in seiner Alltagsgestaltung zusätzlich ein. Eine Überwindung dieser Kopfschmerzen sei aufgrund der chronischen psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten nicht nur nicht zumutbar, sondern schlicht nicht möglich. Das von der IV beschriebene Arbeitsprofil halte er nebst der reinen Fokussierung auf die somatische Erkrankung für realitätsfern. Es stelle sich die Frage, ob so ein Arbeitsplatz überhaupt existiere. Aus seiner Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig (S. 4 f.).

3.3.6 Dr. med. H. _____, Facharzt für Ophthalmologie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 6. Mai 2015 (AB 128 S. 6) insbesondere eine OU (beide Augen) Hyperopia media, OU keine Anhaltspunkte für Plaquenil Retinopathie sowie OU Sicca bei wenig Blepharitis. Der Facharzt führte aus, es fänden sich keinerlei Anhaltspunkte für eine Plaquenil Retinopathie, weshalb aus ophthalmologischer Sicht die Therapie mit Plaquenil fortgeführt werden könne. Er habe bei Blepharitis mit Sicca Symptomatik Tobradex AT 4x für 3 Wochen und Oculac SDU in Reserve bis 5x täglich mitgegeben.

3.3.7 Dr. med. F. _____ diagnostizierte im Bericht vom 18. Mai 2015 (AB 128 S. 1 ff.) insbesondere eine Sarkoidose mit Multiorganbefall, ein Prostatakarzinom, rezidivierende epigastrische Beschwerden, einen so-

litären Schilddrüsenknoten rechts, einen Verdacht auf chronotrope Inkompetenz im 6-Min.-Gehtest, eine chronische somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie einen Status nach Schädelhirntrauma bei Autounfall 1994 (S. 1 f.). Der Facharzt führte aus, aufgrund der aktuellen Befunde finde sich seit der Begutachtung im Spital C._____ und auch gegenüber seinen Messungen vom letzten Herbst eine eindeutige Verschlechterung. Einerseits habe sich die Lungenfunktion noch weiter verschlechtert mit nun mindestens mittelschwerer bis sogar schwerer Re-striktion der Atemreserven von aktuell 53% (Spital C._____ 10. März 2014 68%). Die CO-Diffusion habe sich ebenfalls vermindert auf aktuell 44% (Spital C._____ 52%; S. 3). Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, aus seiner Sicht sei der Beschwerdeführer aufgrund der schweren Lungenerkrankung mit den Komorbiditäten langfristig zu einem hohen Prozentsatz arbeitsunfähig. Es sei auch zu berücksichtigen, dass bereits das Erreichen des Arbeitsplatzes mit körperlichen Belastungen verbunden sei und entsprechend vermehrt Zeit und Energie benötige. Prinzipiell könnten sitzende Tätigkeiten zwar überlegt werden, der Beschwerdeführer leide aber an einer chronischen Hyperventilation mit Husten und sei nur im Baugewerbe ausgebildet worden. Im Vorbescheid der IV vom 2. März 2015 (AB 119) werde berechnet, dass der Beschwerdeführer mit der Behinderung ein Erwerbseinkommen von über Fr. 5'000.-- pro Monat erzielen könne. Für ihn sei diese Lohnsumme nicht nachvollziehbar und im aktuellen wirtschaftlichen Umfeld unrealistisch (S. 4).

3.3.8 Der RAD-Arzt, Dr. med. I._____, Facharzt für Innere Medizin FMH, führte in seiner Stellungnahme vom 14. Oktober 2015 (AB 131) aus, das von den pneumologischen Gutachtern erstellte – für ihn gut nachvollziehbare – Zumutbarkeitsprofil entspreche den schon früher gezeichneten Zumutbarkeitsprofilen. Daran ändere auch nichts, wenn der behandelnde Pneumologe, Dr. med. F._____, etwas ungünstigere Messwerte gefunden habe. Auch diese seien mit Tätigkeiten, wie sie die Pneumologen des Spitals C._____ vorschlugen, vereinbar. Keinen Einfluss auf eine Tätigkeit, welche zum Zumutbarkeitsprofil passe, habe der Zustand nach Prostatektomie wegen eines Prostatakarzinoms (S. 2).

3.4 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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 Kenntnis 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).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2015 (AB 132) massgeblich auf das pneumologische Gutachten vom 18. März 2014 (AB 108.1) sowie auf das psychiatrische Gutachten vom 19. Februar 2015 (AB 118.1) gestützt.

3.5.1 Das pneumologische Gutachten vom 18. März 2014 (AB 108.1) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hier- vor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben sich in der ärztlichen Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Die Gut-

achter stellten schlüssig und nachvollziehbar fest, dass aus pneumologischer Sicht eine sitzende Tätigkeit mit lediglich leichter körperlicher Arbeit in lufthygienisch optimaler Umgebung mit einem Tagespensum von 100% zugemutet werden kann und dass bei starkem Husten kein Kundenkontakt bestehen sollte (AB 108.1 S. 4). Darauf ist abzustellen. Die Berichte des behandelnden Pneumologen Dr. med. F. _____ vom 10. April und 18. Mai 2015 (AB 121 S. 3 und 128 S. 1 ff.) sprechen nicht gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung der Experten und es ist – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 1) – damit auch keine Veränderung des Gesundheitszustands resp. dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seit der Begutachtung erstellt, wie der überzeugenden Stellungnahme des RAD-Arztes vom 14. Oktober 2015 (AB 131 S. 2) entnommen werden kann. Abgesehen davon zweifelt Dr. med. F. _____ das von den Gutachtern formulierte Zumutbarkeitsprofil (AB 108.1 S. 3 f.) allein deshalb an, weil es derartige Stellen auf dem Arbeitsmarkt nicht gebe (AB 128 S. 4). Er erkennt dabei jedoch, dass im Bereich der Invalidenversicherung nicht der effektive, sondern der hypothetische ausgeglichene Arbeitsmarkt massgebend ist (Art. 16 ATSG; E. 2.3 hiavor). Dasselbe gilt für die Einschätzung des Hausarztes Dr. med. G. _____, der sich im Bericht vom 25. April 2015 (AB 126 S. 5) dieselbe Frage stellt, ob ein derartiger Arbeitsplatz überhaupt existiere. Damit kann auch dieser Mediziner die Zuverlässigkeit der Einschätzung durch die Gutachter nicht in Zweifel ziehen.

3.5.2 Auch das psychiatrische Gutachten vom 19. Februar 2015 (AB 118.1) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiavor), weshalb ihm ebenfalls volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Dr. med. D. _____ hat sich in der ärztlichen Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf seine eigene Untersuchung getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Dass sich der Gutachter auf die sogenannten „Foerster-Kriterien“ stützt (AB 118.1 S. 17), ändert nichts an der Überzeugungskraft des Gutachtens. Soweit der Beschwerdeführer diesbezüglich vorbringt,

gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung hätte bei psychosomatischen Beschwerdebildern eine ganzheitliche Beurteilung mit Prüfung verschiedener Indikatoren durchgeführt werden müssen (Beschwerde S. 2), kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Denn eine Auswirkung der somatoformen Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit ist auch aufgrund der neuen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 297 f. offensichtlich zu verneinen, wobei insbesondere zu berücksichtigen ist, dass die psychischen Ressourcen des Beschwerdeführers „nicht als schwer eingeschränkt“ gelten (AB 118.1 S. 17). Der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. E. _____ vom 11. April 2015 (AB 121 S. 4 f.) enthält kein Indiz, das vom Gutachter nicht berücksichtigt worden ist. Des Weiteren stellt Dr. med. E. _____ für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf den realen Arbeitsmarkt ab und berücksichtigt die Sarkoidose-Erkrankung resp. somatische Aspekte (AB 121 S. 5), womit er jedoch sein Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie überschreitet. Schliesslich hat der Gutachter entgegen der Auffassung des Hausarztes Dr. med. G. _____ in dessen Bericht vom 25. April 2015 (AB 126 S. 4 f.) den Zusammenhang zwischen der Sarkoidose und den psychischen Beschwerden explizit berücksichtigt (AB 118.1 S. 18 Ziff. 7).

3.5.3 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, er leide unter anderem auch an einem Prostatakarzinom und weiteren körperlichen Beschwerden und es sei nicht nachvollziehbar, warum nicht ein polydisziplinäres Gutachten gemacht worden sei (Beschwerde S. 2), ist festzuhalten, dass die Augenproblematik sowie das Prostatakarzinom gemäss Dr. med. H. _____ und Dr. med. F. _____ offensichtlich keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben (vgl. AB 128 S. 6; 128 S. 2). Weitergehende medizinische Abklärungen sind somit nicht nötig.

3.5.4 Nach dem Dargelegten ist eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit mit einer Einschränkung von 20% erstellt (AB 108.1 S. 3 f.; 118.1 S. 18). Angesichts des Ergebnisses (vgl. E. 4.6 hier-nach) kann offen bleiben, ob die Einschränkung von 20% aus psychiatrischer Sicht (AB 118.1 S. 18) wirklich zu berücksichtigen ist. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 2) ist diese Restar-

beitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen hypothetischen Arbeitsmarkt durchaus verwertbar.

Bezüglich der Frage, ob seit der rentenabweisenden Verfügung vom 8. Dezember 2004 (AB 79) eine wesentliche Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad bzw. den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 und 3.1 hiervor), ist festzuhalten, dass sich in somatischer Hinsicht eine Änderung ergeben hat. 2004 waren nicht sitzende Tätigkeiten noch zumutbar (pneumologisches Gutachten des Spitals C. _____ Bern vom 21. Juni 2004; AB 69 S. 3 Ziff. 11). Heute sind nur noch sitzende Tätigkeiten zumutbar (AB 108.1 S. 4). Diese massgebliche Veränderung führt zur umfassenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs.

4.

4.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222). Unter Berücksichtigung der (Neu-)Anmeldung im Oktober 2013 (AB 98) ist der frühest mögliche Rentenbeginn hier in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG auf April 2014 festzusetzen. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ist seit langem erfüllt, da bereits 2004 die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar war (AB 69 S. 3 Ziff. 2). Somit ist auf April 2014 ein Einkommensvergleich durchzuführen.

4.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturserhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.4 Der Beschwerdeführer hat seine letzte Stelle bei der J. _____ 1992 aus invaliditätsfremden Gründen verloren (AB 1.1 S. 198 und 201), weshalb er auch im Gesundheitsfall nicht mehr an diesem Arbeitsplatz tätig wäre. Damit ist das Valideneinkommen anhand der Lohnstrukturserhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2012, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Männer, Ziff. 41-43 (Baugewerbe), zu ermitteln. Der massgebliche monatliche Bruttolohn beträgt dabei Fr. 5'430.--. Auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.5 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 41-43 [Baugewerbe/Bau]) und auf das massgebliche Jahr 2014 aufgerechnet, resultiert daraus ein Valideneinkommen von Fr. 68'334.70 (Fr. 5'430.-- / 40 x 41.5 x 12 / 101.7 x 102.8;

BFS Lohnentwicklung 2014, Neuchâtel 2015, T1.1.10, Ziff. F [Baugewerbe/Bau]).

4.5 Da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen ebenfalls gestützt auf die LSE 2012 zu ermitteln. Das Invalideneinkommen wird gestützt auf das Total des Kompetenzniveaus 1 der Tabelle TA1 festgelegt. Der massgebliche Bruttolohn für Männer beträgt dabei Fr. 5'210.--. Auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) und auf das massgebliche Jahr 2014 aufgerechnet, resultiert daraus ein Einkommen von Fr. 66'138.40 (Fr. 5'210.-- / 40 x 41.7 x 12 / 101.7 x 103.2; BFS Lohnentwicklung 2014, Neuchâtel 2015, T1.1.10, Total). Bei einer Restarbeitsfähigkeit von mindestens 80% (vgl. E. 3.5.4 hiervor) resultiert ein Einkommen von Fr. 52'910.75. Die Beschwerdegegnerin liess einen LSE-Abzug von 5 % zu (AB 132 S. 2), was den Einschränkungen gemäss medizinischem Zumutbarkeitsprofil angemessen Rechnung trägt. Zudem wurden beide Vergleichseinkommen anhand statistischer Tabellenlöhne ermittelt, womit allfällige invaliditätsfremde Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität) prinzipiell ohnehin ausser Betracht fallen (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Ein Eingreifen in das durch die Verwaltung pflichtgemäss ausgeübte Ermessen rechtfertigt sich vorliegend nicht. Dies ergibt somit ein Invalideneinkommen von Fr. 50'265.20.

4.6 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 68'334.70 und einem Invalideneinkommen von Fr. 50'265.20 resultiert ein rentenausschliessender IV-Grad von gerundet maximal 26% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 f. S. 123).

4.7 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 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.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

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.