

200 15 361 IV
SCP/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Juli 2016

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. März 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1966 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Januar 2006 unter Hinweis auf eine Diskushernie L5/S1 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [act. II] 2). Nach verschiedenen beruflichen und medizinischen Erhebungen, insbesondere einer Begutachtung durch Dr. med. C._____, Fachärztin für Neurochirurgie (Gutachten vom 28. August 2007; act. II 44), und einer arbeitsmarktlich-medizinischen Abklärung (AMA), die der Versicherte nach vier Tagen abgebrochen hatte (act. II 93 S. 2 ff.), lehnte die IVB den Anspruch auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 28. Mai 2010 (act. II 98) bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 38 % ab. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 101 S. 2 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 5. August 2010 (VGE IV/2010/731; act. II 104) ab.

B.

Im März 2011 teilte der Versicherte der IVB mit, er sei nun bereit an einer neuen AMA vollumfänglich teilzunehmen und ersuchte um Wiederaufnahme der beruflichen Massnahmen (act. II 106). Daraufhin klärte die IVB erneut die gesundheitlichen sowie erwerblichen Verhältnisse ab und veranlasste u.a. eine vierwöchige Abklärung in der beruflichen Abklärungsstelle D._____ (act. II 117; Abklärungsbericht vom 5. September 2011; act. II 129) und nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst RAD (act. II 131 S. 3 f.) eine Begutachtung durch Dr. med. E._____, Facharzt für Rheumatologie, und Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Gutachten vom 4. bzw. 31. Januar 2012; Akten der IVB [act. IIA] 137.1, act. II 136.1; inkl. interdisziplinärer Beurteilung vom 7. Februar 2012; act. IIA 137.2). Mit Verfügung vom 1. Mai 2012 (act. IIA 145) wies die IVB entsprechend dem Vorbescheid (act. IIA 138) den Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem IV-Grad von

36 % ab. Ebenso wies sie den Anspruch auf berufliche Massnahmen mit Mitteilung vom 9. November 2012 (act. IIA 151) ab.

C.

Ende Juni 2013 meldete sich der Versicherte, nachdem er bereits zu Beginn des Monats März 2013 die IVB um Unterstützung bei der Arbeitssuche angefragt hatte (act. IIA 152), erneut zum Bezug von Leistungen der IV an (act. IIA 154). Nach Abschluss der von der IVB getätigten medizinischen Abklärungen (act. IIA 167) verlangte der Versicherte eine beschwerdefähige Verfügung (act. IIA 169), woraufhin die IVB mit Vorbescheid vom 9. Juli 2014 (act. IIA 172) die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht stellte. Dagegen erhob der Versicherte Einwand und reichte dazu einen Bericht von Dr. med. G._____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 14. August 2014 ein (act. IIA 173). Die IVB nahm wiederum Rücksprache mit dem RAD und beauftragte auf dessen Empfehlung (act. IIA 176) die Dres. med. E._____ und F._____ mit einer Verlaufsuntersuchung (Gutachten vom 17. bzw. 18. Dezember 2014; act. IIA 188.1, 187.1; inkl. interdisziplinärer Beurteilung vom 23. Dezember 2014; act. IIA 188.2). Nach erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. IIA 189, 191) verneinte die IVB mit Verfügung vom 9. März 2015 (act. IIA 193) den Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem ermittelten IV-Grad von 34 %. Mit Mitteilung vom 9. April 2015 (act. IIA 195) informierte sie den Versicherten über den Abschluss der beruflichen Eingliederung.

D.

Gegen die Verfügung vom 9. März 2015 (act. IIA 193) erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, mit Eingabe vom 23. April 2015 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 9. März 2015 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine Rente der IV zuzusprechen.
2. Eventualiter: Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 9. März 2015 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zur ergänzenden Abklärung und zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

3. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung des unterzeichnenden Anwalts zu gewähren.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge

Mit prozessleitender Verfügung vom 28. April 2015 wies der Instruktionrichter die Verfahrensanträge des Beschwerdeführers auf Edition der Originalakten und Gewährung der Akteneinsicht mit Nachfristansetzung zur Beschwerdebegründung ab.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. Mai 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die 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 9. März 2015 (act. IIA 193). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers 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 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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 versi-

cherten 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 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.

2.4 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 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). Dies gilt auch für

Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). 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).

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).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad 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).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom 26. Juni 2013 (act. IIA 154) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b S. 114 f.). Indes ist somit zunächst zu prüfen, ob im Vergleich zur Sachlage, wie sie der Verfügung

vom 1. Mai 2012 (act. IIA 145) zugrunde lag, im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 9. März 2015 (act. IIA 193) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiervor). Gegebenenfalls ist anschliessend der Rentenanspruch allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsbeurteilung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu beurteilen (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

3.2 Die Verfügung vom 1. Mai 2012 (act. IIA 145) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem interdisziplinären Gutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ vom 4. bzw. 31. Januar 2012 (act. IIA 137.1, act. II 136.1) inkl. interdisziplinärer Beurteilung vom 7. Februar 2012 (act. IIA 137.2).

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 4. Januar 2012 (act. IIA 137.1) diagnostizierte Dr. med. E. _____ ein chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom (seit ca. 2004), aktenanamnestisch eine chronische Oligoarthritis, Oligoarthralgie (Erstdiagnose [ED] Januar 2008), eine Tarsalgie mit Dolenz der Zehengrundgelenke (differenzialdiagnostisch [DD]), eine bursitis olecrani links (DD), ein radiocarpales, palmares Handgelenksganglion rechts (MRI 12. Oktober 2008), einen St. n. operierter Metacarpale V – Fraktur rechts (1988) und eine angeborene rechtsbetonte Fehlstellung des fünften Fingers bei maximaler Extension (S. 15). Die doppelseitige Epicondylopathia humeri ulnaris und das Karpaltunnelsyndrom seien nicht nachweisbar. Bei der Untersuchung seien nach dem klinischen Gesamteindruck die Rückenschmerzen im Vordergrund gestanden, wenngleich der Versicherte anamnestisch das Hauptgewicht auf die Gelenksbeschwerden gelegt habe. Im Vergleich zum Gutachten von Dr. med. C. _____ sei die klinische Situation eher gebessert. Die Wirbelsäule sei besser beweglich und eine muskuläre Begleitsymptomatik fehle weitgehend. Es finde sich keine radikuläre Symptomatik. Auffällig sei aber das deutlich schmerzdeemonstrative Verhalten des Versicherten, der im Verlauf der Untersuchung immer häufiger „schmerzgeplagt“ vom Sitzen habe aufstehen müssen. Insgesamt habe sich aber die klinische Situation im Vergleich zu 2007 nicht

signifikant verändert (S. 16). Die Diagnose der Oligoarthritis müsse den Akten entnommen werden, denn klinisch fänden sich bei der Untersuchung keine abnormen Befunde. Die frühere Tätigkeit als ... könne dem Versicherten nicht mehr zugemutet werden. Die Tätigkeit als ... sei zwar nicht optimal, könne dem Versicherten aber zumindest Teilzeit zugemutet werden (S. 17). Zumutbar seien ganztags leichte Arbeiten mit Wechselbelastung und ohne über längere Zeit repetierte Bewegungen mit den Händen/Fingern (S. 18 f.).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 31. Januar 2012 (act. 136) vermerkte Dr. med F. _____ als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) und eine abgeklungene depressive Reaktion (ICD-10: F43.21; S. 7). Die Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und dem enorm starken Schmerzempfinden könne aus psychiatrischer Sicht damit erklärt werden, dass die Symptome einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. einer psychosomatischen Überlagerung vorlägen (S. 8). Beim Versicherten sei keine schwere psychische Krankheit vorhanden. Aufgrund der Befunde, wonach der Versicherte kaum depressiv wirke, lasse sich der Schluss ziehen, dass die depressive Reaktion abgeklungen sei. Es zeige sich nicht das Vollbild einer Störung sondern lediglich akzentuierte Persönlichkeitszüge (S. 9). Es bestünden weder eine relevante psychische Komorbidität noch psychische Beeinträchtigungen (S. 10). Aus psychiatrischer Sicht habe nie eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden, limitierende Bedingungen bestünden keine (S. 11).

Die Experten gelangten in ihrer interdisziplinären Beurteilung vom 7. Februar 2012 (act. IIA 137.2) zum Schluss, beim Versicherten stehe das chronifizierte Lumbovertebralsyndrom, das seit 2004 bestehe, unverändert im Vordergrund. Eine Verbesserung sei gemäss dem Versicherten zwischenzeitlich nicht eingetreten. Der klinische Befund habe sich zumindest aber auch nicht verschlechtert, so dass die Einschätzung im neurochirurgischen Gutachten von 2007 (act. II 44) übernommen werden könne. Ende 2007 sei zusätzlich ein oligoartikuläres, entzündlich-rheumatisches Geschehen aufgetreten, das sich unter der Behandlung mit Methotrexat so gut beherrschen liess, dass sich bei der klinischen Untersuchung keine eigent-

liche Gelenkspathologie mehr habe nachweisen lassen. Ein gewisses Mass an Arthralgien könne allerdings auch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Die Diskrepanz zwischen dem mitgeteilten Kranksein und den objektiven Befunden lasse sich aber nicht übersehen (S. 1). Aus Sicht des Rheumatologen müsse das im neurochirurgischen Gutachten postulierte körperliche Anforderungsprofil für eine berufliche Tätigkeit nur durch das Vermeiden von dauernd repetierten Bewegungen in den Hand- und Fingergelenken ergänzt werden. Eine mögliche Leistungsminderung von 10 % könne nur durch eine Verlaufsbeobachtung ausgeschlossen oder auch bestätigt werden. Der Psychiater könne die vom Rheumatologen festgestellte Diskrepanz zwischen den mitgeteilten Krankheiten und den objektiven Befunden als Ausdruck einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung identifizieren. Da keine psychische Komorbidität bestehe, entstehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei der interdisziplinären Beurteilung könne auf den rheumatologischen Standpunkt abgestellt werden (S. 2).

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 1. Mai 2012 (act. IIA 145) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.3.1 Im Tagesklinikbericht des H. _____ vom 12. Oktober 2012 (act. IIA 150) diagnostizierte Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eine undifferenzierte Spondylarthritis, eine Arthrose Metatarsophalangealgelenk Digitus I Fuss rechtsbetont, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom und eine chronische Epicondylopathia humeri radialis bds. Die Beschwerden seien eindeutig entzündlicher Natur und von einer erheblichen humoralen Krankheitsaktivität begleitet. Diese passten am besten zu einer undifferenzierten Spondylarthritis ohne ISG-Beteiligung, die sich 2008 initial atypisch als periphere symmetrische nicht erosive Arthritis manifestiert habe (S. 2). Im Tagesklinikbericht vom 9. November 2012 (act. IIA 182 S. 10 f.) wiederholte Dr. med. I. _____ die erwähnten Diagnosen, ausgenommen der chronischen Epicondylopathia humeri radialis bds.

3.3.2 Nach Abschluss eines intensiven multimodalen Rehabilitationsprogrammes im Spital H. _____ vom 15. April bis 12. Juli 2013 erwähnte

Dr. med. J. _____ am 22. Oktober 2013 als Diagnosen ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, eine mögliche undifferenzierte Spondylarthritis, ein Arthrose Metatarsophalangealgelenk Digitus I Fuss rechtsbetont und eine Urolithiasis (act. IIA 161 S. 3 f., 182 S. 8 f.). In Anbetracht des guten Verlaufs während des Programms und des anschliessenden Einbruches sei von einer Reaktivierung der entzündlichen Grunderkrankung auszugehen, obwohl sich weder humoral noch kernspintomographisch ein Nachweis habe erbringen lassen. Betreffend Gesamtsituation, auch für die Invalidenversicherung, müsse von einer erneuten Verschlechterung seitens der entzündlichen Krankheit ausgegangen werden (act. IIA 161 S. 4). In einem weiteren Bericht der Poliklinik vom 10. September 2013 (act. IIA 182 S. 5 f.) bestätigte Dr. med. K. _____, Facharzt für Rheumatologie, Allgemeine Innere Medizin, die bereits gestellten Diagnosen. Ergänzend führte er aus, klinisch, im Labor sowie in der veranlassten Bildgebung fände sich kein Korrelat für die Beschwerden. Die Diagnose einer undifferenzierten Spondylarthritis sei unter Berücksichtigung des Verlaufs und mangels objektiver Befunde in Zweifel zu ziehen (act. IIA 182 S. 6). Anlässlich der Jahreskontrolle bestätigte Dr. med. J. _____ im Bericht vom 14. April 2014 die genannten Diagnosen (act. IIA 182 S. 1).

3.3.3 Dr. med. L. _____, Fachärztin für Neurologie, diagnostizierte am 19. Dezember 2013 eine unklare Missempfindung im linken Zeigefinger, begleitet von Schmerzen in der ganzen linken oberen Extremität (act. IIA 162 S. 1). In der klinisch-neurologischen Untersuchung fänden sich keinerlei Hinweise auf eine neurogene Ursache der Beschwerden. Die zusätzlich durchgeführte Neurographie des Nervus medianus inkl. F-Wellenlatenz sei auch normal ausgefallen. Ein offenbar bereits im Januar durchgeführtes MRI der HWS habe keine pathologischen Befunde gezeigt, welche die Symptome erklären könnten (act. IIA 162 S. 2).

3.3.4 Die RAD-Ärztin, Dr. med. M. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, erwähnte im Bericht vom 1. April 2014 (act. IIA 164 S. 2 ff.) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom (seit ca. 2004), eine akutenanamnestisch chronische Oligoarthritis, Oligoarthralgie (ED Januar 2008), eine Tarsalgie mit Dolenz der Zehengruppe (DD), eine Bursitis ole-

crani links (DD), ein radiocarpales, palmares Handgelenksganglion rechts (12. Oktober 2007), einen St. n. operierter Metacarpale V – Fraktur rechts (1988) und eine angeborene, rechtsbetonte Fehlstellung des fünften Fingers bei maximaler Extension. Die doppelseitige Epicondylopathia humeri ulnaris und das Karpaltunnelsyndrom seien nicht nachweisbar. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und einen St. n. bekannter Urolithiasis (S. 3).

3.3.5 Dr. med. G. _____ berichtet am 14. August 2014, die Oligo- bis Polyarthritis an multiplen Gelenken sei seit dem Jahr 2007 bekannt und sei immer wieder aktiv. Durch die Exazerbation der Krankheit, wahrscheinlich ab Ende 2011, habe sich die medizinische Situation deutlich im Sinne einer Verschlechterung verändert (act. IIA 173 S. 3). Vorbehandelnde Rheumatologen sowie im Verlauf das Spital H. _____ hätten wiederholt Zeichen einer aktiven Erkrankung mit Polyarthralgien, Polyarthritiden und Tendovaginitiden etc. beschrieben. Die Diagnose einer eingreifenden entzündlich-rheumatologischen Erkrankung sei deshalb nicht oder klar ungenügend berücksichtigt worden. Das neurochirurgische Gutachten von September 2007 (act. II 44) sei für die Beschwerden mit der Polyarthritis kaum mehr relevant. Die Gutachtenbeurteilung basiere vorwiegend auf den früheren Diskopatien, die Spondylarthropathie werde kaum berücksichtigt (act. IIA 173 S. 4).

3.3.6 Im rheumatologischen Teilgutachten vom 17. Dezember 2014 (act. IIA 188.1) führte Dr. med. E. _____ die nachstehenden Diagnosen auf (S. 20 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronifiziertes lumbales Schmerzsyndrom (seit ca. 2004)
 - Microdiscectomie L5/S1 links Juli 2002
 - Osteochondrose L5/S1, Chondrose L4/5, Osteochondrose Th 11 – L 2
 - Aktuell klinisch weitgehend altersübliche Verhältnisse, Druckdolenz L4/5 und L5/S1, keine radikuläre Symptomatologie, Berührungsminderempfindlichkeit linkes Bein anatomisch nicht zuordenbar.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisches entzündlich-rheumatisches Leiden (seit Dezember 2007), aktuelle Diagnose des Spitals H. _____:
 - Mögliche undifferenzierte Spondylarthritis
 - Initial Polyarthralgien, Polyarthritis und Tenosynovitis vor allem im Bereiche der Hände mit Karpaltunnelsyndrom. Atherosiv

- Seronegativ, HLA-B27-negativ, im Langzeitverlauf keine humoralen Entzündungszeichen
- Keine entzündliche Mehrbelegung im Knochenszintigramm (Oktober 2012)
- Keine ISG-Arthritis
- Keine entzündlichen Veränderungen oder Enthesitiden oder Spondylarthritiden in diversen bildgebenden Untersuchungen
- Keine Hinweise auf eine aktive Entzündung an der linken Hand (MRI Juni 2014)
- St. n. Therapie mit Methotrexat, Remicade, Simponi und Leflunomid ohne subjektives Erfolgserlebnis. St. n. initialer Kortisontherapie mit gutem Ansprechen
- Aktuell klinisch kein Nachweis von entzündlich-rheumatischen Veränderungen aber multiple Schmerzphänomene
- DD und/oder Panalgie im Rahmen von vielfältigen funktionellen Beschwerden
 - Hallux rigidus rechts >> links
 - Senk-, Spreizfüsse
 - Radiocarpales palmares Handgelenksganglion rechts (MRI vom 12. Oktober 2007)
 - Chronisches Zervikalsyndrom seit 2007 oder früher mit Schulterschmerzen und linksseitiger Brachialgie
 - Fachneurologisch keine zervikale Ursache für die Brachialgie
 - Im MRI von Januar 2013 keine Nervenwurzelkompression und keine Hinweise für entzündliche Veränderungen oder Enthesitiden
 - Aktuell klinisch altersnormale Verhältnisse, inkonstante fasziokutane Dolenz
 - Aktuell segmentale Dysfunktion im Bereich der oberen BWS links mit Schmerzen sternal/sternocostal links auf derselben Höhe
 - Angeborene, progrediente Fehlstellung der Fingergelenke V rechts > links
 - St. n. operierter Metacarpale-V-Fraktur rechts 1988
 - Urolithiasis

Bei der Untersuchung finde sich die Situation der LWS im Vergleich zu 2012 zumindest nicht verschlechtert. Die im neurochirurgischen Gutachten von 2007 geäusserte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne deshalb beibehalten werden. Im rheumatologischen Status vom 17. Dezember 2014 fänden sich keine Hinweise auf Arthritiden und Enthesitiden und Tendovaginitiden, auch keine Änderung gegenüber der Voruntersuchung vom Januar 2012. Immer unter Berücksichtigung der negativen Knochenszintigraphie und der diversen MRI-Befunde könnten die Nacken-Arm-Schmerzen dem degenerativ-weichteilrheumatischen Formenkreis zugeordnet werden, wobei die beklagten Schmerzen erst noch recht atypisch seien. Dasselbe gelte für die Schmerzen der oberen BWS. Die Fussbeschwerden erklärten sich mit den deutlichen statischen Veränderungen und den Grosszehengrundgelenksarthrosen. Die Druckdolenz der übrigen Zehengrund- und

-mittelgelenke könne mangels objektiver Veränderungen nicht sicher zugeordnet werden. Zusammenfassend könne angesichts der Vorgeschichte von 2007 bis 2010 unverändert ein entzündlich-rheumatisches Leiden als Arbeitshypothese angenommen werden, wobei das Bild zurzeit remittiert sei (S. 23). Die angestammte Arbeit als ... sei nicht mehr zumutbar. Zumutbar seien ganztags körperlich leichte Arbeiten mit wechselnder Körperhaltung ohne repetitive Hand-Fingerbewegungen über längere Zeit (S. 25).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 18. Dezember 2014 (act. IIA 187.1) stellte Dr. med. F._____ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) und finanzielle Probleme (ICD-10: Z59; S. 6). Soweit die somatischen Befunde die extreme Schmerzsymptomatik nicht erklären könnten, müsse von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden. Der Versicherte sei nämlich auf die Schmerzen fixiert, er äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung. Seine akzentuierten Verhaltensweisen seien insgesamt relativ mild ausgeprägt, eine Persönlichkeitsstörung könne daraus nicht abgeleitet werden. Eine depressive Störung wie auch ein affektives Leiden seien nicht nachweisbar (S. 7). Eine relevante psychische Komorbidität bestehe nicht. Es fände sich eine somatische Komorbidität. Die soziale Integration sei erhalten geblieben. Die prämorbidie Persönlichkeitsstruktur sei nicht grob auffällig gewesen. Die Schmerzproblematik sei progredient und chronifiziert (S. 8). Die psychiatrische Behandlung sollte aus prophylaktischen Gründen in lockerem Ausmass weitergeführt werden. Die bisherige Tätigkeit sei in vollem Ausmass zumutbar (S. 9).

In der interdisziplinären Beurteilung vom 23. Dezember 2014 (act. IIA 188.2) hielten die Dres. med. E._____ und F._____ fest, beim Versicherten bestehe seit 2004 ein chronifiziertes lumbales Schmerzsyndrom, wobei die Befunde, wie schon früher, das geklagte Schmerzausmass nicht zu erklären vermöchten. Immerhin könne dem Versicherten Rückenschwerarbeit nicht mehr zugemutet werden. Im Spätherbst 2007 sei zusätzlich ein oligoartikuläres, entzündlich-rheumatisches Geschehen aufgetreten, das vom behandelnden Rheumatologen als noch undifferenzierte Po-

lyarthralgien, Polyarthritis und Tendovaginitis bezeichnet worden sei. Die Behandlung sei so effektiv gewesen, dass sich bei einer Untersuchung im 2012 kein entzündlicher Befund mehr habe erkennen lassen. Wegen der Schmerzpersistenz trotz adäquater Behandlung seien schliesslich diverse Zusatzuntersuchungen ausgeführt worden, wobei weder eine Knochenszintigraphie noch diverse MRI-Untersuchungen die Befunde von Arthritiden, Enthesitiden und einem vor allem axialen Befall haben stützen können, so dass die Diagnose auf eine mögliche undifferenzierte Spondylarthritis relativiert worden sei. Bei der klinischen Untersuchung sei kein entzündlich-rheumatischer Befund erkennbar gewesen und es habe sich unverändert eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem subjektiven Kranksein und den objektiven Befunden gezeigt, so dass aus rheumatologischer Sicht die früher wegen dem Rücken postulierte, zumutbare, leichte wechselbelastende Tätigkeit durch den entzündlichen Rheumatismus nicht weiter eingeschränkt werden müsse. Es habe aus psychiatrischer Sicht nie eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Es könne vollumfänglich auf den rheumatologischen Standpunkt abgestellt werden (S. 2).

3.4 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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismündigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351

E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.5 Das bidisziplinäre Verlaufsgutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ vom 17. bzw. 18. Dezember 2014 (act. IIA 188.1, 187.1) inkl. interdisziplinärer Beurteilung vom 23. Dezember 2014 (act. IIA 188.2) erfüllt die höchstrichterlichen Anforderungen an ein voll beweiskräftiges Gutachten. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der wesentlichen Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Es ist für die streitigen Belange umfassend und überzeugt auch inhaltlich, indem die fachärztlichen Beurteilungen in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind.

3.5.1 Die gegen das Verlaufsgutachten erhobenen Einwendungen sind unbehelflich, konnte sich doch Dr. med. F. _____ im Rahmen der interdisziplinären Diskussion der erhobenen Befunde auf die Beurteilung von Dr. med. E. _____ abstützen, welcher die vom Beschwerdeführer für nicht vorliegend gehaltenen Arztberichte (Beschwerde S. 6 f. Art. 3) in seinem Gutachten namentlich aufgelistet und in seine Würdigung explizit (Berichte von Dr. med. J. _____ vom 22. Oktober 2013 und Dr. med. L. _____ vom 19. Dezember 2013; vgl. act. IIA 188.1 S. 8 i.V.m. S. 22) einbezogen hat. Abgesehen davon ist auch nicht einzusehen, in welcher Form sich der psychiatrische Gutachter in seinem Fachgebiet mit rheumatologischen und neurologischen Beurteilungen auseinanderzusetzen gehabt hätte.

3.5.2 In somatischer Hinsicht ist im Vergleich zum von Dr. med. E. _____ im Januar 2012 erstatteten rheumatologischen Teilgutachten (act. IIA 137.1) nach wie vor von einem unverändert gebliebenen Gesund-

heitszustand auszugehen. Soweit das Spital H._____ im Bericht vom 12. Oktober 2012 (act. IIA 150 und 184 S. 1 f.) von einer undifferenzierten Spondylarthritis ausgegangen ist, handelte es sich dabei um eine bloss vorübergehende Erscheinung, wie sich aus dem späteren Bericht des Spitals H._____ vom 27. August 2013 (act. IIA 184 S. 17 und 182 S. 8) ergibt. Im Bericht vom 10. September 2013 wird diese Diagnose sogar in Zweifel gezogen (act. IIA 184 S. 11 und 182 S. 7). So konnte denn auch Dr. med. E._____ anlässlich der Begutachtungen von 2012 (act. IIA 137.1 S. 17) und 2014 (act. IIA 188.1 S. 22 f.) keine Hinweise auf ein aktives Entzündungsgeschehen feststellen und damit von einem normalen Rheumastatus ausgehen. Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer geklagten LWS-Beschwerden fand Dr. med. E._____ sowohl im Gutachten von 2012 (act. IIA 137.1) als auch im Gutachten von 2014 (act. IIA 188.1) keine somatische Erklärung, stellte er doch aufgrund der klinischen Untersuchung fest, dass die LWS-Beweglichkeit kaum eingeschränkt sei, keine radikuläre Symptomatik vorliege und die Berührungsempfindlichkeit des linken Beines anatomisch nicht zuordenbar sei (act. IIA 137.1 S. 15) bzw. im Vergleich zu 2012 im Dezember 2014 von unverändert gebliebenen Verhältnisse auszugehen war (act. IIA 188.1 S. 23).

3.5.3 Nicht anders verhält es sich mit der von Dr. F._____ im Teilgutachten von 2014 unter den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführten Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (act. IIA 187 S. 6), wird doch diese aufgrund einer Beschwerdesymptomatik gestellt, welche im Zeitpunkt der Verfügung vom 1. Mai 2012 (act. IIA 145) in voll ausgeprägter Weise bestand und deshalb schon damals zur entsprechenden Diagnosestellung führte (act. II 136.1 S. 7). Ebenso hielt der Experte bereits im psychiatrischen Teilgutachten von 2012 hypochondrische Züge fest (act. II 136.1 S. 8 und act. IIA 187.1 S. 7). Zudem ergibt sich auch aus dem Teilgutachten von Dr. med. E._____ vom 4. Januar 2012, dass der Versicherte auf den Gutachter einen psychisch unauffälligen Eindruck machte (act. IIA 137.1 S. 9) und die Stimmungslage anlässlich beider Untersuchungen ausgeglichen bis heiter war (act. IIA 137.1 S. 9 und 188.1 S. 14). Dr. med. F._____ setzt sich sodann entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers mit den von der

behandelnden Psychiaterin gestellten Diagnosen auseinander (Beschwerde S. 7) und legt nachvollziehbar dar, dass die unbestrittenermassen vorhandenen dramatisierenden und expansiven Persönlichkeitszüge nicht derart sind, dass die Diagnose einer eigenständigen Persönlichkeitsstörung zu stellen wäre (act. II 136.1 S. 7 und act. IIA 187.1 S. 7). Insoweit ist auch in psychiatrischer Hinsicht von einem unverändert gebliebenen Gesundheitszustand auszugehen, weshalb in Anbetracht der von Dr. med. F._____ gemachten Feststellung, der Versicherte empfinde selber keinen Leidensdruck (act. IIA 187 S. 7), der Frage nicht weiter nachzugehen ist, ob zufolge des diagnosespezifisch geforderten quälenden Ausmasses des Schmerzes die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung überhaupt zu stellen war (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 f.).

3.5.4 Entgegen den beschwerdeführerischen Einwendungen informierte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 10. September 2014 (act. IIA 179), dass sie eine medizinische Verlaufsuntersuchung mit den Fachdisziplinen Rheumatologie und Psychiatrie als notwendig erachte. Es wurde neben dem Namen der beiden vorgesehenen Gutachter auch der Fragebogen zugestellt. Von seinem Recht, Zusatzfragen einzureichen oder Einwendungen gegen die Art der Begutachtung, die vorgesehenen Fachdisziplinen sowie die Gutachter vorzubringen, hat der Beschwerdeführer keinen Gebrauch gemacht und sich vorbehaltlos den besagten Untersuchungen unterzogen. Die nunmehr vorgebrachten Einwendungen (Beschwerde S. 7) verfangen somit nicht. Ausserdem legt der Beschwerdeführer selbst im Beschwerdeverfahren nicht dar, inwiefern gegen die Gutachter Ausstandsgründe hätten vorliegen sollen.

3.5.5 Zusammenfassend kann bei der sich nach wie vor präsentierenden Beschwerdesymptomatik nicht von einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Ein erwerblicher Neuanmeldungsgrund wird nicht geltend gemacht und ist auch nicht ersichtlich. Die Rechtsprechungsänderung gemäss BGE 141 V 281 stellt für sich allein ebenfalls keinen Neuanmeldungsgrund dar (BGE 141 V 585 E. 5.3 S. 588). Bei dieser Ausgangslage kann eine freie Prüfung des Rentenanspruchs (vgl. E. 3.1 hiavor) unterbleiben und erübrigen sich insbesondere Ausführungen zu den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281. Insoweit

ist ein Grund zur Revision des Rentenentscheides vom 1. Mai 2012 (act. IIA 145) nicht ausgewiesen, womit es mit der Abweisung des Leistungsgesuchs sein Bewenden haben muss (vgl. E. 2.5 hiavor).

3.6 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 9. März 2015 (act. IIA 193) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobenen Rügen sind unbegründet und die Beschwerde deshalb abzuweisen.

4.

4.1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG), unter Vorbehalt der zu prüfenden unentgeltlichen Rechtspflege.

4.2 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Im vorliegenden Fall war das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos zu bezeichnen. Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers hat angesichts seiner Sozialhilfeabhängigkeit als ausgewiesen zu gelten (Beschwerdebeilage [BB] 4 – 6). Eine anwaltliche Verbeiständung war geboten, so dass dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren ist unter Beiordnung von Fürsprecher B. _____ als amtlicher Anwalt.

4.3 Dementsprechend ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

4.4 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung; auch die obsiegende Beschwerdegegnerin hat keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

4.5 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 Verordnung über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte vom 20. Oktober 2010 (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 26. Mai 2016 macht Fürsprecher B. _____ eine Parteientschädigung von insgesamt Fr. 2'741.35 (Aufwand 10 Stunden à Fr. 250.--, zuzüglich Auslagen von Fr. 38.30 und MWSt. von Fr. 203.05) geltend. Das amtliche Honorar beträgt Fr. 2'000.-- (Aufwand 10 Stunden à Fr. 200.--), zuzüglich Auslagen von Fr. 38.30 und Mehrwertsteuer von Fr. 163.05, insgesamt Fr. 2'201.35, und ist Fürsprecher B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse zu vergüten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers nach Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 113 VRPG.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Fürsprecher B. _____ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. 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.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'741.35 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Fürsprecher B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'201.35 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

6. Zu eröffnen (R):

- Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern (samt Kopie der Eingabe vom 26. Mai 2016)
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,
3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

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.