

200 15 761 IV
MAW/SHE/LIA/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. April 2016

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Schnyder

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. Juni 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1957 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 25. September 2007 unter Hinweis auf eine seit 2006 bestehende Berufskrankheit (Lunge und Atemorgane) bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an, nachdem er am 30. April 2007 seine Arbeitsstelle verloren hatte (Akten der IVB, [act. II] 1 und 7/3). Das Vorliegen einer Berufskrankheit wurde vom zuständigen obligatorischen Unfallversicherer, der C._____, verneint (act. II 9/33 und 20). Die IVB nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor; namentlich holte sie die Akten der C._____ ein (vgl. act. II 9) und beauftragte die MEDAS D._____ mit einer interdisziplinären Begutachtung (act. II 29). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 30 und 34) wies die IVB das Leistungsgesuch mit Verfügung vom 16. Februar 2009 (act. II 38) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens ab. Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im Dezember 2009 gelangte der Versicherte erneut an die IVB und ersuchte um Leistungen. Zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung verwies er auf Gedächtnisstörungen, eine Depression und ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom (act. II 43). Der Versicherte, neu vertreten durch Rechtsanwalt B._____, liess der IVB mit Schreiben vom 22. Dezember 2009 (act. II 48) und 31. März 2010 (act. II 49) medizinische Unterlagen zukommen, woraufhin diese nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 50) das rechtliche Gehör betreffend eine Nachbegutachtung in der MEDAS D._____ gewährte (act. II 51). Nachdem der Versicherte eine solche abgelehnt hatte (act. II 55), wurde bei der MEDAS E._____ das interdisziplinäre Gutachten vom 20. Dezember 2010 (act. II 62.1) eingeholt. Mit Vorbescheid vom 24. Januar 2011 (act. II 63) stellte die IVB in Aussicht, das Leistungsgesuch mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtsinne abzuweisen.

Hiergegen liess der Versicherte Einwände erheben (vgl. act. II 69 und Akten der IVB [act. IIA] 72). Der Antrag auf unentgeltliche Rechtspflege im Verwaltungsverfahren (act. II 69 S. 3 Ziff. 6) wies die IVB mit Verfügung vom 7. Juni 2011 (act. IIA 73) ab. Diesen Entscheid bestätigte das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, nach Durchführung einer öffentlichen Schlussverhandlung, mit Urteil vom 29. Oktober 2012 (IV/2011/668, act. IIA 87). Eine hiergegen erhobene Beschwerde wies das Bundesgericht (BGer) mit Entscheid vom 16. März 2013 (9C_993/2012; act. IIA 108) ab. Nach Rücksprache mit dem RAD (act. IIA 75, 85 und 90) veranlasste die IVB eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 11. März 2013 (vgl. Gutachten vom 15. März 2013 [act. IIA 102.1]). Nachdem erneut Rücksprache mit dem RAD genommen (act. IIA 103 und 127) und eine Stellungnahme von Dr. med. F._____ vom 10. Juni 2013 (act. IIA 113) eingeholt worden war, wies die IVB den Versicherten am 14. Januar 2014 (act. IIA 128) schriftlich auf seine Schadenminderungspflicht hin. Gestützt auf eine weitere Begutachtung von Dr. med. F._____ (vgl. Gutachten vom 22. Dezember 2014 [act. IIA 145.1]) stellte die IVB dem Versicherten am 18. Februar 2015 (act. IIA 146) in Aussicht, das Leistungsbegehren abzuweisen, weil seit der letzten rechtskräftigen Rentenverweigerung vom 16. Februar 2009 (act. II 38) keine wesentliche Veränderung eingetreten sei. Nach hiergegen erhobenem Einwand (act. IIA 147) wies die IVB das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 26. Juni 2015 (act. IIA 156) entsprechend dem Vorbescheid ab.

C.

Mit Eingabe vom 31. August 2015 erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde. Er lässt folgende Rechtsbegehren stellen:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 26. Juni 2015 sei aufzuheben.
2. a) Dem Beschwerdeführer seien ab wann rechtens die gesetzlichen IV-Leistungen (IV-Rente, berufliche Eingliederungsmassnahmen, inkl. vorgängige Integrationsmassnahmen mit Belastbarkeits- und Aufbautraining) bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins von 5 % auszurichten.

- b) Eventualiter: es sei die Beschwerdesache zur Durchführung eines ergebnisoffenen und strukturierten Beweisverfahrens mit Indikatorenprüfung im Rahmen einer medizinischen Neubegutachtung unter Einbezug mindestens der psychiatrischen und neuropsychologischen Fachrichtungen gemäss Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 an die IV-Stelle Bern zurück zu weisen, wobei vorgängig die gesetzlich vorgesehenen beruflichen Integrationsmassnahmen durchzuführen seien, damit eine Überprüfung nach E. 4.3.1.2 des Urteils vom 3. Juni 2015 stattfinden kann.
 - c) Subeventualiter: es sei ein medizinisches Gerichtsgutachten nach den Vorgaben des Urteils 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 durchzuführen.
 - d) Subsubeventualiter: dem Beschwerdeführer sei eine befristete Invalidenrente zuzusprechen.
3. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen mit zusätzlicher Partei- und Zeugenbefragung.
 4. Dem Beschwerdeführer sei für das vorliegende Beschwerdeverfahren die volle unentgeltliche Rechtspflege unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.
 5. Der Beschwerdeführer sei von der Leistung eines Gerichtskostenvorschusses zu dispensieren.
 6. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 23. September 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Aufforderungsgemäss reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 2. Oktober 2015 seine auf das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht beschränkte, detaillierte Kostennote ein.

Mit prozessleitender Verfügung 26. Oktober 2015 wies der zuständige Instruktionsrichter den Antrag des Beschwerdeführers auf Partei- und Zeugenbefragung ab und er setzte den Termin zur öffentlichen Schlussverhandlung auf Mittwoch, 20. Januar 2016. Am 6. November 2015 hiess er das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt gut. Der Termin zur Schlussverhandlung vom 20. Januar 2016 musste wegen Erkrankung des Anwalts abgesagt werden. Den neuen Termin zur öffentlichen Schlussverhandlung setzte der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 15. Februar 2016 auf Dienstag, 22. März 2016 fest.

An der öffentlichen Schlussverhandlung vom 22. März 2016 bestätigte Rechtsanwalt B._____ im Namen des Beschwerdeführers im Wesentlichen die gestellten Rechtsbegehren und nahm hiezu im Rahmen des Plä-

doyers Stellung. Weiter reichte er dem angerufenen Gericht seine ergänzende Kostennote ein.

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. Juni 2015 (act. IIA 156). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

2.3 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 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). 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

2.4.1 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]). 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).

2.4.2 Nach Eingang einer Neuanmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt

glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

2.4.3 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – 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; AHJ 1999 S. 84 E. 1b).

2.4.4 Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

2.5 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).

3.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung eingetreten und hat den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers materiell geprüft. Die Behandlung der Eintretensfrage, d.h. ob eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft geltend gemacht wurde, ist somit vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E 2b S. 114).

Indes gilt zu prüfen, ob im Vergleich zur Sachlage, wie sie der Leistungsablehnung im Februar 2009 (act. II 38) zugrunde lag, im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Juni 2015 (act. IIA 156) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.3 hiervor).

3.1 Die rechtskräftige Verfügung vom 16. Februar 2009 (act. II 38) basierte in medizinischer Hinsicht massgeblich auf dem Gutachten der MEDAS D. _____ vom 3. Dezember 2008 (act. II 29). In dieser interdisziplinären Expertise wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten. Ohne Auswirkungen seien (S. 13):

1. Obstruktives Apnoe-/Hypopnoe-Syndrom
2. Restless-legs-Syndrom
3. Leichte degenerative Veränderungen der Brust- und Lendenwirbelsäule mit Hohl- und Rundrücken
4. Muskuläre Dysbalance
5. Mittelgradige depressive Episode in Remission (ICD-10 F32.8)

Bei der Anamnese und der klinischen Untersuchung seien relativ diffuse unklar bleibende Beschwerdeangaben festgestellt worden. Die Untersuchung sei von Inkohärenzen geprägt gewesen (S. 13). Weder die allgemein internistische noch die rheumatologische Untersuchung hätten relevante pathologische Befunde aufgezeigt, welche die vorgebrachten Beschwerden hätten erklären können. Seitens der psychiatrischen Untersuchung sei aus der Anamnese eine früher vorliegende depressive Episode angenommen worden, die jedoch zur Zeit der Untersuchung unter Medikation in Remission gewesen sei. Ausserdem hätten sich keine positiven Hinweise ergeben, um eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung zu postulieren. Anlässlich der Untersuchung sei in keinem Moment der Verdacht auf kognitive Defizite aufgekommen, sodass diese Untersuchung nicht erneut durchgeführt worden sei. Es dürfe deshalb auch davon ausgegangen werden, dass das vormals noch nicht behandelte Schlafapnoe-Syndrom mitgespielt und die erfolgreiche Behandlung auch die neuropsychologischen Kapazitäten verbessert habe (S. 13 f.). Insgesamt habe die geklagte chronische Schmerzsymptomatik nicht durch ein pathologisches Korrelat erklärt werden können und aus psychiatrischer Sicht sei nicht von einer relevanten psychiatrischen Erkrankung auszugehen. Insbesondere habe keine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden können (S. 15). Die Gutachter attestierten eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... (S. 15 Ziff. C.2 und 4). Ihm sei trotz der vorliegenden Schmerzsyndrome jederzeit eine leichte bis mittelschwere handwerkliche Tätigkeit zumutbar (C.3). Im Rahmen des Schlafapnoe-Syndroms sei darauf zu achten, dass der Beschwerdeführer eine regelmässige Arbeitszeit habe (S. 16 Ziff. C.12).

3.2 Zur Beurteilung der Frage, ob sich im massgeblichen Zeitraum seit der rentenabweisenden Verfügung vom 16. Februar 2009 (act. II 38) bis zur hier angefochtenen Verfügung vom 26. Juni 2015 (act. IIA 156) eine Änderung der medizinischen Situation ergeben hat, ist den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.2.1 Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Bericht vom 17. Dezember 2009 (act. II 48/3) fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit Beginn des Jahres kontinuierlich verschlechtert, vor allem Mitte 2009, so dass die Fahr-

tauglichkeit aus psychiatrischer Sicht nicht mehr gegeben sei (S. 1 Ziff. 2). Diagnostiziert wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1; S. 2 Ziff. 5). Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wurde auf ca. 30 % in einer angepassten Tätigkeit geschätzt (Ziff. 6). Gegenüber dem Strassenverkehrsamt führte Dr. med. G._____ am 15. Juni 2009 (act. IIA 48/5) aus, die depressiven Symptome seien nicht stark ausgeprägt (S. 2 Ziff. 1).

3.2.2 Dem Bericht der Klinik H._____ vom 18. März 2010 (act. 49/3) sind als Diagnosen eine Insomnie mit/bei rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), Schlafapnoe-Syndrom, unter CPAP-Therapie suffizient behandelt, und generalisiertem Schmerzsyndrom zu entnehmen. Seit ca. zehn Jahren bestünden beim Beschwerdeführer Schlafprobleme, seit Januar 2007 sei er aufgrund eines Schlafapnoe-Syndroms unter CPAP-Therapie. Seit Jahren liege eine chronische Depression vor, die gegenwärtig als schwer einzustufen sei und es scheine eine Pseudodemenz vorzuliegen. Die Einschlaf- und Durchschlafstörungen würden durch die schwere Depression, die völlige Inaktivität im Alltag und die vielfältigen chronischen Schmerzen aufrechterhalten. Die Insomnie sei vor allem im Rahmen der depressiven und Schmerzsymptomatik zu sehen (S. 1).

3.2.3 Im MEDAS E._____ -Gutachten vom 20. Dezember 2010 (act. II 62.1) figurieren die nachstehenden Diagnosen (S. 35) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0, F33.1)
2. Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)
3. Chronisches zerviko- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2/M54.5)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgenden Diagnosen (S. 36) gestellt:

1. Schlafapnoe-Syndrom unter CPAP-Therapie (ICD-10 G47.30)
2. Chronische Spannungskopfschmerzen bei generalisiertem Schmerzsyndrom (ICD-10 G44.2)
 - DD: medikamentös induzierte Kopfschmerzkomponente
3. Funktionelle kognitive Störungen (ICD-10 F06.7)

In psychiatrischer Hinsicht habe sich die depressive Störung während den letzten Jahren zunehmend akzentuiert. Während im November 2008 im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung die depressive Störung remittiert gewesen sei, sei eine deutliche Verschlechterung des Zustandbildes durch den behandelnden Psychiater (vgl. Bericht Dr. med. G. _____ vom 17. Dezember 2009, act. II 48/3) ab Februar 2009 festgestellt worden. Auch der behandelnde Arzt habe nur eine mittelgradige depressive Störung diagnostiziert (S. 25 Ziff. 4.1.8). Eine schwere depressive Störung sei einzig im Spital I. _____ (vgl. Bericht der Klinik H. _____ vom 18. März 2010, act. II 49/3) diagnostiziert worden, wobei diese Diagnose nicht näher begründet worden sei. Es bestünden keine kognitiven Einschränkungen und es liege keine schwere depressive Störung vor (S. 26 Ziff. 4.1.8). Als Hauptbefunde der psychopathologischen Befunde fänden sich eine gehemmte Psychomotorik sowie eine depressive Stimmung, welche aktuell leicht- bis mittelgradig ausgeprägt sei. Aus internistischer und somatisch-neurologischer Sicht bestünden keine zusätzlichen Befunde und Diagnosen, die sich für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden (S. 37 Ziff. 6.2). Der Einschätzung bzw. dem Zumutbarkeitsprofil des J. _____ vom 3. Oktober 2006 (act. II 9/21 Ziff. 6.1) sowie dem Gutachterbericht von Dr. med. K. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie FMH, vom 4. November 2008 (act. II 29 S. 21 ff.) könne aufgrund der Untersuchung dezidiert zugestimmt werden. Zusammenfassend resultiere aus polydisziplinärer Sicht beim Beschwerdeführer eine 70 %-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten. Das Pensum könne vollschichtig mit etwas erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement umgesetzt werden. Für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 37 Ziff. 6.2). Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früheren attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass sich die depressive Störung im Laufe der letzten Jahre kontinuierlich verschlechtert habe. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % seit Februar 2009. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten sei retrospektiv schwierig einzuschätzen, es könne dafür aber zumindest ab dem 3. Oktober 2006 von einer bleibenden und vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausge-

gangen werden. Für körperlich mittelschwere Tätigkeiten betrage die Arbeitsfähigkeit ab dem 3. Oktober 2006 für längstens sechs Monate 75 % sowie anschliessenden 100 % (S. 37 Ziff. 6.3). Für körperlich leichte Tätigkeiten könne dagegen retrospektiv aus orthopädischer Sicht keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung attestiert werden (S. 38 Ziff. 6.3).

3.2.4 Der behandelnde Psychiater Dr. med. G. _____ führte im Bericht vom 4. März 2011 (act. IIA 72/4) als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung mit unvollständiger Remission zwischen den Episoden, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Merkmale mit erheblicher affektiv-kognitiver Restsymptomatik (ICD-10 F33.2) auf (S. 1 Ziff. 2). Die kognitive Umstellungsfähigkeit sei erheblich vermindert und die Grundstimmung mittelgradig bis schwer deprimiert (S. 2 Ziff. 3). Es liege eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit vor. Die Fahrtauglichkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht gegeben. Die Einschränkung sei vor allem aber durch die affektiv-kognitive depressive Restsymptomatik begründet (Ziff. 4). Der Gesundheitszustand habe sich seit seinem letzten Bericht vom 17. Dezember 2009 (act. II 48/3) durch eine Verschlechterung der depressiv-kognitiven Symptomatik signifikant verschlechtert.

3.2.5 Der Beschwerdeführer war vom 29. März bis 14. April 2011 im Spital K. _____ hospitalisiert. Er sei von seinem Hausarzt Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, zur Beurteilung einer anamnestisch schon seit längerem bestehenden kognitiven Einschränkung zugewiesen worden (act. IIA 89/10 S. 2 ad1). Im Stationsalltag seien kaum kognitive Defizite aufgefallen. Im Verlauf der Hospitalisation habe insbesondere ein Verhalten entsprechend einer schweren depressiven Episode imponiert (ad 2). Zur stationären psychiatrischen Behandlung der depressiven Episode wurde der Beschwerdeführer an die Klinik M. _____ überwiesen (Prozedere).

3.2.6 Vom 14. April bis 1. Juni 2011 hielt sich der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung in der Klinik M. _____ auf. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 31. Mai 2011 (act. II 76/2) wurden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit hypochondrischer Störung und anhaltender somatoformer Schmerzstörung

und langjährigem Schmerzmittelgebrauch, anamnestisch progrediente kognitive Defizite unklarer Aetiologie, ein Schlafapnoe-Syndrom und ein Restless-legs-Syndrom festgehalten (S. 1). Durch einen Medikamentenwechsel sei es sowohl zu einem guten Schlaferleben wie auch zu einer aufgehellten Stimmungslage gekommen. Der Beschwerdeführer sei aktiver trotz kurzfristigem Rückschlag mit Nackenbeschwerden. Eine Eingliederung sei in Zukunft mit Unterstützung der IV und geschützter Arbeitsstätte wieder möglich (S. 2).

3.2.7 Der RAD-Arzt Dr. med. N._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, beschrieb im Bericht vom 3. September 2012 (act. IIA 85), dass die von der Klinik H._____ im Bericht vom 18. März 2010 (vgl. act. II 49/3 ff.) diagnostizierte schwere Episode gestützt auf die Aufzählung der Symptome nicht begründet werden könne (S. 2). Nach Erstellung des MEDAS E._____-Gutachtens (act. II 62.1) sei am 31. Mai 2011 durch die Klinik M._____ (act. IIA 76) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit hypochondrischer Störung und anhaltender somatoformer Schmerzstörung und langjährigem Schmerzmittelgebrauch gestellt worden. Aus Sicht des RAD sei hier kein Widerspruch zum MEDAS E._____-Gutachten (act. II 62.1) zu sehen. In medizinischer Hinsicht sei nachvollziehbar, dass die Depression sich – quasi in letzter Zeit unbehandelt – verschlimmert habe (act. IIA 85 S. 3).

3.2.8 Dr. med. G._____ hielt im Verlaufsbericht vom 13. November 2012 (act. IIA 88) fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei seit dem Bericht vom 4. März 2011 (act. IIA 72/4) stationär. Von April bis Juni 2011 (stationäre psychiatrische Behandlung; act. IIA 76/2) habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert (S. 1 Ziff. 1). Eine gesundheitlich begründete Arbeitsunfähigkeit von 100% bestehe seit März 2011 bis auf weiteres (S. 2 Ziff. 5). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (S. 3 Ziff. 2). Ganz einfache manuelle, wenig komplexe Tätigkeiten im geschützten Rahmen seien etwa 2-3 Stunden pro Tag zumutbar (Ziff. 3).

3.2.9 Im psychiatrischen Gutachten vom 15. März 2013 (act. IIA 102.1) hielt Dr. med. F._____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig agierte mit-

telgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen mit hypochondrischen Komponenten (ICD-10 F33.11), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) sowie eine Störung durch Benzodiazepine im Sinne des ständigen Gebrauchs (ICD-10 F13.25) fest (S. 36 Ziff. 4). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte der Gutachter eine fehlende kulturelle Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3), Probleme im Zusammenhang mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56), finanzielle Probleme (ICD-10 Z59), Erkrankung und Stellenlosigkeit der Ehefrau und Streit mit den Brüdern (S. 37). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit seien insbesondere die Antriebseinschränkung und die Müdigkeit, dann aber auch die kognitiven Defizite oder die Motivationsarmut mit keiner vollen Arbeitsfähigkeit, auch nicht mit der letzten gutachterlichen Einschätzung der MEDAS E. _____ (act. II 62.1), wo noch von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % habe ausgegangen werden können, zu vereinbaren (act. IIA 102.1 S. 34). Umgekehrt sei aber auch nicht von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, wie dies der behandelnde Psychiater im letzten Bericht vom März 2011 (act. IIA 72/4) festgehalten habe. Wobei er dies zu einem Zeitpunkt geschrieben habe, als der Beschwerdeführer (noch) schwer depressiv war, demzufolge damals wahrscheinlich von einer vollen Arbeitsunfähigkeit hätte ausgegangen werden müssen. Aktuell und unter Einhaltung von längeren Erholungspausen über den Mittag könne derzeit realistischerweise von einer 50 %-igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Das Zumutbarkeitsprofil fusse vollumfänglich auf den Befunden der Depression bzw. vor allem auf den Befunden der Antriebsstörung, der Müdigkeit und der kognitiven Defizite. Die Beschwerden der Somatisierungsstörung seien nicht derart zu veranschlagen, dass sie nicht überwindbar wären, würden somit bei der Beurteilung nicht oder kaum ins Gewicht fallen. Weiter sei festzuhalten, dass das depressive Bild beim Beschwerdeführer in den letzten Jahren immer wieder geschwankt habe, konkret dürfte er bald ein schweres, bald aber auch ein leichtes oder gar remittiertes Bild gezeigt haben, was unter anderem mit der Medikamentencompliance zu tun haben dürfte (S. 35). Seit Ende März 2006 sei er durchschnittlich mit Schwankungen zu 50 % arbeitsunfähig (S. 38 Ziff. 7).

3.2.10 Im Bericht vom 12. April 2013 (act. IIA 103) hielt RAD-Arzt Dr. med. N. _____ hinsichtlich dem Zumutbarkeitsprofil fest, dass gesamt-

medizinisch in angepasster Tätigkeit leichte bis mittelschwere Arbeiten unter Vermeidung von repetitivem Heben und Tragen von mehr als 15 kg für 4.2 Stunden täglich mit einer verlängerten Mittagspause von 2-3 Stunden zugemutet werden könnten. Dieses Zumutbarkeitsprofil sei seit März 2006 gültig (S. 4).

3.2.11 Auf Nachfrage der IVB hin schilderte der Gutachter Dr. med. F._____ am 10. Juni 2013 (act. IIA 113), die Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) sei deutlich am Rand und habe auch keine oder kaum Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Vielmehr handle es sich um ein klar abgrenzbares und eigenständiges depressives Zustandsbild bzw. um eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; S. 2).

3.2.12 Mit Verlaufsbericht vom 22. Juli 2014 (act. IIA 140) hielt Dr. med. G._____ im Wesentlichen dasselbe wie im Vorbericht vom 13. November 2012 (act. IIA 88) fest, ausser dass nun effektiv ein zwar schwankender, im Längsschnitt aber gleichbleibender Zustand im depressiven Formenkreis vorliege (S. 1 Ziff. 1).

3.2.13 Dr. med. F._____ führte im Verlaufsgutachten vom 22. Dezember 2014 (act. IIA 145.1) aus, dass er angesichts und unter Berücksichtigung eines klaren Verdeutlichungs- und Aggravationsverhaltens davon ausgehe, dass die depressive Störung nicht in dem Ausmass vorliegen dürfte, wie der Beschwerdeführer sie präsentierte, sodass diagnostisch von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.01) auszugehen sei (S. 19). Das Aggravationsverhalten bilde sich auch in der letztlich deutlich mangelhaften Medikamentencompliance des Beschwerdeführers seit der letzten Untersuchung ab. Dem Vorschlag den Benzodiazepinkonsum zu sistieren, sei dieser nachgekommen. Die mangelhafte Compliance des Beschwerdeführers weise darauf hin, dass er von Seiten der Depression keineswegs derart einschneidende Einschränkungen erleiden dürfte, wie er vorgebe, sonst hätte er auf die Medikamente zurückgegriffen (S. 20). Bezüglich der Arbeitsunfähigkeit sei weiterhin von Einschränkungen auszugehen, die aber angesichts des Rückgangs der depressiven Befunde und des Aggravationsverhaltens tiefer anzusiedeln seien als noch im März 2013 (vgl. Bericht von Dr. med. G._____ vom 4. März 2013; act. IIA 102.1). Keineswegs könne von

einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, wie dies der behandelnde Psychiater in seinem letzten Bericht (vgl. Bericht vom 22. Juli 2014; act. IIA 140) festgehalten habe. Die Beschwerden der Somatisierungsstörung seien weiterhin nicht derart zu veranschlagen, dass sie eine Einschränkung, auch der Arbeitsfähigkeit, zur Folge haben dürften, auch dürften sie im Kontext einer Arbeitstätigkeit überwindbar sein. Aktuell und unter Einhaltung von längeren Erholungspausen über den Mittag könne realistisch von einer 80 %-igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (S. 22). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde lediglich die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.01) aufgeführt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen (S. 24):

- Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)
- Störung durch Benzodiazepine, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F13.20)
- Fehlende kulturelle Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3)
- Probleme im Zusammenhang mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56)
- Finanzielle Probleme, Schulden (ICD-10 Z59)
- Erkrankung und Stellenlosigkeit der Ehefrau
- Streit mit den Brüdern
- Aggravationsverhalten

Der Grad der Arbeitsfähigkeit gelte spätestens ab dato. Bezüglich der vorherigen Verhältnisse sei auf die Vorbeurteilung im Jahre 2013 (vgl. Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 15. März 2013; act. IIA 102.1) verwiesen (S. 26 Ziff. 7).

3.3 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). 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 Beweiswürdigung 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).

3.4

3.4.1 Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung vom 26. Juni 2015 (act. IIA 156) in somatischer Hinsicht massgeblich auf das orthopädische Teilgutachten der MEDAS E. _____ vom 20. Dezember 2010 (act. II 62.1 S. 26 ff.) abgestellt. Dieses Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind

einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einlässlich begründet, so dass darauf abgestellt werden kann. Auch gemäss dem RAD-Bericht vom 12. April 2013 (act. IIA 103) sei für die Beurteilung der somatischen Gesundheitsstörung auf die MEDAS E._____ abzustellen. Zudem bringt der Beschwerdeführer keine Einwände gegen die Verwertbarkeit des orthopädischen Teilgutachtens vor.

3.4.2 In psychiatrischer Hinsicht hat sich die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten von Dr. med. F._____ vom 15. März 2013 (act. IIA 102.1) und das Verlaufsgutachten desselben vom 22. Dezember 2014 (act. IIA 145.1) gestützt. Auch diese Gutachten erfüllen die Anforderungen, welche vom Bundesgericht an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellt werden (vgl. E. 3.3 hiervor), weshalb diese ebenfalls volle Beweiskraft entfalten (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Auch die Feststellungen von Dr. med. F._____ stützen sich auf eigene Abklärungen und sind unter Berücksichtigung der Vorakten und der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden getroffen.

Daran vermögen auch die beschwerdeweise erhobenen (Beschwerde S. 12 Ziff. 12) sowie anlässlich der Schlussverhandlung vom 22. März 2016 wiederholten Vorbringen des Beschwerdeführers gegen das psychiatrische Verlaufsgutachten von Dr. med. F._____ (act. IIA 145.1), wonach der letzte Bericht des behandelnden Psychiaters im Zeitpunkt der Untersuchung bereits ein halbes Jahr alt gewesen sei und er sich mit der anders lautenden Einschätzung nicht auseinandergesetzt habe bzw. keine Rücksprache mit dem Psychiater erfolgt sei, nichts zu ändern. Zwar datiert der letzte Bericht des Psychiaters vom 22. Juli 2014 (act. IIA 140) und damit rund fünf Monate vor der psychiatrischen Verlaufsbeurteilung von Dr. med. F._____ vom 15. Dezember 2014. Jedoch hielt der behandelnde Arzt im Wesentlichen dasselbe fest, wie bereits im Bericht vom 13. November 2012 (act. IIA 88) und es ist nicht zu erwarten, dass dieser etwas Neues vorgebracht hätte. Im Weiteren hat sich der Gutachter unter anderem insofern mit dem letzten Bericht des Psychiaters auseinandergesetzt, als er ihn kurz zusammengefasst (vgl. act. IIA 145.1 S. 6) und schlüssig ausgeführt hat, weshalb nicht – wie vom behandelnden Psychiater attestiert (vgl.

act. IIA 140 S. 3 Ziff. 2) – von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden könne (act. IIA 145.1 S. 22). Schliesslich dringt der Beschwerdeführer auch mit der Rüge der fehlenden Fremdanamnese nicht durch. Es ist nicht einzusehen, welche zusätzliche (notwendige) Information sich Dr. med. F._____ mittels der Fremdanamnese hätte beschaffen sollen. Zudem liegt die Beurteilung der Notwendigkeit der Fremdanamnese im Ermessen des Gutachters (Entscheid des BGer vom 19. Oktober 2010, 9C_762/2010, E. 3.1; Entscheid des BGer vom 14. Februar 2014, 8C_847/2013, E. 5.1.2). Die Forderung nach einer solchen wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht weiter substantiiert.

3.4.3 Der Beschwerdeführer bringt in der Beschwerde ausserdem vor (S. 14 Ziff. 14), dass widersprüchlich und ungeklärt sei, warum auf eine neuropsychologische Begutachtung verzichtet worden sei, obschon sowohl Dr. med. F._____ im Gutachten vom 15. März 2013 (vgl. act. IIA 102.1 S. 34) als auch die RAD-Ärztin Dr. med. O._____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, in der Stellungnahme vom 12. August 2013 (act. IIA 118) eine solche als erforderlich erachtet hätten, falls die kognitiven Befunde auch unter Benzodiazepinabstinenz persistieren und die depressiven Beschwerden aufhellen würden. Hierzu ist festzuhalten, dass es sich bei der Stellungnahme des RAD um eine Schilderung der Ausgangssituation bzw. um die Wiedergabe der Ausführungen von Dr. med. F._____ und nicht um eine medizinische Beurteilung handelt.

Ob eine neuropsychologische Abklärung erforderlich ist, um den Gesundheitszustand einer versicherten Person beurteilen zu können, liegt im Ermessen der begutachtenden Ärzte. Sind derartige Untersuchungen unterblieben, kann daraus nicht auf eine fehlende Beweiskraft der Expertise geschlossen werden (Entscheid des BGer vom 11. März 2011, 8C_362/2010, E. 4.2.1). Von Dr. med. F._____ wird in der Verlaufsbeurteilung vom 22. Dezember 2014 (act. IIA 145.1) entgegen der Vorbeurteilung (act. IIA 102.1 S. 34) keine neuropsychologische Abklärungen mehr empfohlen. Hinsichtlich der kognitiven bzw. mnestischen Einschränkungen des Beschwerdeführers führt er schlüssig und nachvollziehbar aus, dass der Beschwerdeführer auch betreffend dieser Einschränkungen ein aggraviertes bzw. inkonsistentes Verhalten präsentiert hat (vgl. act. IIA 145.1 S. 16).

Ausserdem wurde bereits im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS E. _____ vom 20. Dezember 2009 festgehalten, dass keine kognitiven Einschränkungen bestünden (vgl. act. 62.1 S. 26 Ziff. 4.1.8). Während der Hospitalisation im Spital K. _____ fielen ebenfalls kaum kognitive Defizite auf (vgl. act. IIA 89/10 S. 2 ad 2). Eine neuropsychologische Begutachtung war dementsprechend in medizinischer Hinsicht nicht angezeigt und wurde folglich von Dr. med. F. _____ auch zu Recht nicht mehr als notwendig erachtet.

3.4.4 Der Sachverhalt erweist sich damit sowohl in psychiatrischer als auch in somatischer Hinsicht als durch die Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt und von weiteren Beweissmassnahmen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse mehr zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Dem Antrag des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 2, Rechtsbegehren 2b und c) auf eine medizinische Neubegutachtung unter Einbezug mindestens der psychiatrischen und neuropsychologischen Fachrichtung ist deshalb nicht zu entsprechen.

3.5 In der Folge ist zu prüfen, ob seit der letzten Verfügung vom 16. Februar 2009 (act. II 38) hinsichtlich der medizinischen oder erwerblichen Verhältnissen eine wesentliche Veränderung eingetreten ist.

Eine medizinisch attestierte Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 % bzw. durchschnittlich 50 % besteht rückwirkend gesehen seit Ende März 2006 (vgl. act. IIA 102.1 S. 38 Ziff. 6 f., act. IIA 145.1 S. 26 Ziff. 6). Der RAD-Arzt Dr. med. N. _____ hält im Bericht vom 12. April 2013 (act. IIA 103) ebenfalls fest, dass das Zumutbarkeitsprofil seit März 2006 gültig sei (S. 4).

Dementsprechend ist in den medizinischen Verhältnissen keine rentenrelevante Veränderung seit Februar 2009 eingetreten. Es handelt sich somit um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts. Nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) ist damit erstellt, dass im Vergleich zum Referenzzeitpunkt im Jahr 2009 – entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 10 Ziff. 10 f.) – in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen keine anspruchsbegründete Änderung eingetreten ist. Auch in erwerblicher Hinsicht ist eine

Veränderung nicht ausgewiesen. Der Beschwerdeführer ist weiterhin nicht erwerbstätig.

Im Weiteren hat die Hospitalisation im Spital K. _____ vom 29. März bis 14. April 2011 (act. IIA 89/10) und anschliessend in der Klinik M. _____ (act. IIA 76/2) bis 1. Juni 2011 insgesamt weniger als drei Monate gedauert. Es handelt sich somit nicht um eine langandauernde Veränderung im Sinne von Art. 88a Abs. 2 IVV, weshalb sie auch nicht als eine den Rentenanspruch vorübergehend beeinflussende Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen ist. Aus der Klinik M. _____ wurde der Beschwerdeführer denn auch mit leicht gebessertem Zustand entlassen (act. IIA 76/2 S. 2). Dies zeigte sich auch im Gutachten von Dr. med. F. _____, in welchem im Vergleich zur Klinik M. _____ noch eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert wurde (vgl. act. IIA 102.1 S. 33).

Zudem bestehen Anzeichen dafür, dass im Falle des Beschwerdeführers ein Ausschlussgrund vorliegt (BGE 131 V 49 und 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f.). Beruht nämlich eine Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Im Verlaufsgutachten von Dr. med. F. _____ (act. IIA 145.1) wurde ein klares Aggravations- und Verdeutlichungsverhalten festgestellt. Dafür gab es bereits im ersten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F. _____ (act. IIA 102.1) Anhaltspunkte; so habe sein Hincken etwas demonstrativ gewirkt, auch habe es irritierend gewirkt, dass das Zittern nach dem Aufstehen nachgelassen habe, sich dann in die oberen Extremitäten verschoben hätte (S. 33). Zudem wird mehrfach nachvollziehbar auf Malcompliance (vgl. act. II 62.1 S. 25 Ziff. 4.1.7, act. IIA 102.1 S. 31 und 34, act. IIA 145.1 S. 20 ff.) und eine deutliche Symptomausweitung (vgl. act. IIA 145.1 S. 19 f.) verwiesen. Auch aus diesem Grund kann keine Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem 16. Februar 2009 angenommen werden. Von den behandelnden Ärzten bzw. vom psychiatrischen Gutachter der MEDAS E. _____, Dr. med. P. _____, wurde dies nicht erkannt, weshalb auf deren diagnostische Einschätzung bzw. die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht abgestellt werden kann. Zudem geht der Beschwerdeführer lediglich einmal pro Monat (vgl. act. II 62.1 S. 21 Ziff.

4.1.1.2, act. IIA 102.1 S. 23) bzw. alle zwei Monate in psychiatrische Behandlung (vgl. act. IIA 145.1 S. 10) und nimmt wie vorstehend erwähnt bereits seit Jahren die Medikamente nicht oder nicht regelmässig, was für einen geringen Leidensdruck spricht (S. 21).

3.6 Nach dem Dargelegten ist gestützt auf die Akten erstellt, dass weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht eine Veränderung im Gesundheitszustand des Beschwerdeführers eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad und damit einen allfälligen Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.3 hiervor). Selbst wenn ein Revisionsgrund vorläge und damit eine freie Prüfung zu erfolgen hätte (vgl. E. 2.4.3 hiervor), ergäbe sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Würde zu Gunsten des Beschwerdeführers von der von Dr. med. F. _____ attestierten Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 20 % ausgegangen werden (vgl. act. IIA 145.1 S. 25 Ziff. 3), würde ein IV-Grad von deutlich unter 40 % resultieren.

3.7 Nichts anderes kann der Beschwerdeführer aus der neusten Rechtsprechung des Bundesgerichts ableiten (BGE 141 V 281; Beschwerde S. 9 Ziff. 9). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Dr. med. F. _____ hat dargelegt, dass die Somatisierungsstörung deutlich am Rand steht sowie keine oder kaum Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. act. IIA 102.1 S. 35, act. IIA 113 S. 1, act. IIA 145.1 S. 22). Zudem geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer während den Begutachtungen kaum je über die Schmerzen sprach und als er danach befragt wurde, diese lediglich bloss in Erscheinung traten (act. IIA 145.1 S. 18). Es spielt für den vorliegenden Fall deshalb von vornherein keine Rolle, dass das Bundesgericht mit dem erwähnten Urteil die für die zweite Ebene massgebliche Rechtsprechung geändert hat und die früher für psychosomatischen Störungen gültige (widerlegbare) Überwindbarkeitsvermutung durch eine ergebnisoffene, nach Indikatoren vorzunehmende Prüfung ersetzt hat. Schliesslich liegt gemäss dem BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287 regelmässig keine Gesundheitsschädigung vor, wenn die (geltend gemachte) Leistungseinschränkung auf Aggravation oder eine

ähnliche Erscheinung beruht. Diese wurde wie in E. 3.5.2 ausgeführt, einlässlich und überzeugend dargelegt.

3.8 Nach dem Gesagten ist kein Revisionsgrund ausgewiesen, weshalb die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch im Ergebnis zu Recht verneinte. Die angefochtene Verfügung vom 26. Juni 2015 (act. IIA 156) ist damit im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die hiergegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und 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.

Im vorliegenden Fall sind die Verfahrenskosten auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege – dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

4.3 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).

Das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege unter Beordnung von Rechtsanwalt B. _____ wurde mit prozessleitender Verfügung vom 6. November 2015 gutgeheissen. Gemäss Art. 42 des kanto-

nalen 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 2. Oktober 2015 sowie deren Ergänzung vom 22. März 2016 wird von Rechtsanwalt B. _____ ein tarifmässiger Parteikostenersatz inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer von Fr. 4'190.95 (Fr. 3'613.30 Honorar, Fr. 267.20 Auslagen, Fr. 310.45 Mehrwertsteuer) geltend gemacht. Zur Berechnung des amtlichen Honorars ergibt sich, was folgt: In der vom Rechtsanwalt eingereichten Kostennote verrechnet dieser Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der durch seine Erkrankung notwendig gewordenen Verschiebung des Termins zur öffentlichen Schlussverhandlung angefallen sind und demzufolge von diesem nicht dem Beschwerdeführer (bzw. im Rahmen der anwaltlichen Vertretung dem Kanton Bern) belastet werden können. Daher sind 0.92 Stunden vom geltend gemachten Stundenaufwand abzuziehen. Dasselbe gilt für die diesbezüglichen Auslagen im Betrag von Fr. 21.90. Ferner beträgt die Kilometerentschädigung gemäss dem Regierungsratsbeschluss vom 16. Dezember 2015 über die Festsetzung der Gehälter, Entschädigungen und des Wertes der Naturalien für das Kantonspersonal für das Jahr 2016 70 Rappen. Deshalb kann im Rahmen der amtlichen Verbeiständung bloss dieser Ansatz und nicht die geltend gemachte Entschädigung von Fr. 1.-- pro Kilometer zugesprochen werden. Die amtliche Entschädigung von Rechtsanwalt B. _____ beträgt somit in diesem Verfahren Fr. 3'426.75 (Fr. 2'958.-- Honorar [14.79 Stunden x Fr. 200.--/Stunde], Fr. 214.90 Auslagen, Fr. 253.85 Mehrwertsteuer) und wird diesem nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils aus der Gerichtskasse vergütet. Der Beschwerdeführer hat dem Kanton Bern diese Kosten entspre-

chend den Voraussetzungen von Art. 123 des Gesetzes über die Zivilprozessordnung vom 7. Juli 1918 (ZPO; BSG 271.1) nachzuzahlen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer 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. Rechtsanwalt B._____ wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 3'426.75 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) als amtliches Honorar vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt lic. iur. B._____ z.H. des Beschwerdeführers (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung gemäss Art. 6 EMRK vom 22. März 2016)
 - IV-Stelle Bern (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung gemäss Art. 6 EMRK vom 22. März 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.