

200 15 801 IV
MAW/FRN/L AB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Dezember 2015

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch B. _____,
lic.iur. C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Juli 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1963 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 29. Mai 2006 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage [AB] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Insbesondere veranlasste sie eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Gutachten vom 4. September 2007, AB 24). Mit Verfügung vom 26. November 2007 (AB 33) wies sie das Leistungsbegehren ab.

B.

Am 7. April 2014 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine Hirnblutung und einen epileptischen Anfall erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 35). Die IVB nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Insbesondere holte sie das im Auftrag der Krankentaggeldversicherung erstellte bidisziplinäre psychiatrische / neurologische E._____-Gutachten (MEDAS) vom 25. Februar 2015 (AB 65.1) ein. Mit Vorbescheid vom 29. April 2015 (AB 66) stellte sie dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte Einwand (AB 70) und reichte eine Stellungnahme (AB 72) des behandelnden Psychiaters Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein. Zu dessen Ausführungen nahm der Gutachter mit Schreiben vom 15. Juli 2015 (AB 74) Stellung. Am 20. Juli 2015 verfügte die IVB wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Leistungsbegehren ab (AB 75).

C.

Hiergegen er hob der Versicherte, vertreten durch lic. iur. C. _____ vom B. _____, mit Eingabe vom 11. September 2015 Beschwerde und stellte folgendes Rechtsbegehren:

Die Verfügung vom 20. Juli 2015 sei aufzuheben und es sei die Arbeitsfähigkeit psychiatrisch näher abzuklären. Sodann sei über den Rentenanspruch sowie über weitergehende Leistungen erneut zu befinden.

-Unter Entschädigungsfolge-

Mit Beschwerdeantwort vom 12. Oktober 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Schreiben vom 19. Oktober 2015 reichte lic. iur. C. _____ ihre Kostennote zu den Akten.

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 Invali-

denversicherung 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 Ab s. 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 20. Juli 2015 (AB 75). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Ab s. 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 Ab s. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Ab s. 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 Ab s. 1 ATSG).

2.2 Gemäss Art. 28 Ab s. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 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 be-

urteilen 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).

2.4 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 Ab s. 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 Ab s. 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). Die glaubhaft zu machende Änderung muss nicht gerade jenes Anspruchselement betreffen, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr hat es zu genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Ab s. 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 Aus den Akten wird ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung vom 7. April 2014 (AB 35) eingetreten ist. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 26. November 2007 (AB 33) und der hier angefochtenen Verfügung vom 20. Juli 2015 (AB 75) eine anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 2.4 hiervor).

3.2 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verfügung vom 26. November 2007 (AB 33) massgeblich auf das Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 4. September 2007 (AB 24). In diesem wurde – nachdem die psychiatrischen Dienste der Spital G. _____ im Bericht vom 19. Oktober 2006 (AB 14 S. 1) eine schwere depressive Episode mit psychosenahen Symptomen (ICD-10 F32.30), getriggert durch eine sich chronifizierende posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) sowie einen Verdacht auf Zwangsgedanken- und Handlungen (ICD-10 F42.2) diagnostiziert hatten – festgehalten, der Beschwerdeführer leide weder an einer Zwangsstörung, noch an einer PTSD und es fänden sich auch keine Hinweise auf ein depressives Zustandsbild. Der Gutachter führte aus, im Untersuchungsgespräch hätten sich keinerlei Verhaltensweisen wie stereotype Bewegungen oder inhaltliche Kognition gefunden, die auf Zwangsstörungen hindeuteten. Die Diagnose einer PTSD müsste verworfen werden, da der Beschwerdeführer nicht die typischen Merkmale einer PTSD zeigte, wie wenn er im Krieg traumatisierende Dinge erlebt hätte. Er habe keine Alpträume, kein intrusives Erleben, kein Gefühl von Sinnlosigkeit des Lebens, er habe auch jetzt noch Zukunftsperspektiven, würde gerne arbeiten und ginge auch zum RAV. Er habe zudem auch keine emotionale Stumpfheit gezeigt. Im Untersuchungsgespräch habe er auch keine Hinweise auf ein depressives Zustandsbild gezeigt. Er zeige keine verminderte Aufmerksamkeit oder Konzentration sowie kein vermindertes Selbstwertgefühl oder Selbstvertrauen. Er habe sich im Gespräch engagiert gezeigt, habe keine Schuldgefühle oder Gefühle von Wertlosigkeit. Er habe auch den Willen gezeigt, wieder arbeiten zu wollen. Er weise keine negativen oder pessimistischen Zukunftsperspektiven und keine Suizidgedanken auf. Dass der

Schlaf vermindert sei, müsse auch vor dem Hintergrund einer mangelnden Tagesstruktur gesehen werden, ebenso die Appetitverminderung. Er zeige auch keinen Interessenverlust oder einen Verlust an der Freude von normalerweise angenehmen Aktivitäten. So diskutiere er gerne mit seiner Frau, zeige kein frühmorgendliches Erwachen, kein Morgentief und im psychiatrischen Gespräch habe sich nicht der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit gezeigt (AB 24 S. 4 f.).

3.3 Der nunmehr angefochtene Verfügung vom 20. Juli 2015 (AB 75) liegen insbesondere folgende Berichte zugrunde:

3.3.1 Im Austrittsbericht des Spitals H._____, Klinik für Neurologie vom 3. März 2014 (AB 49 S. 12 ff.) diagnostizierten die Ärzte eine intrazerebrale Blutung rechts parietal am 8. Januar 2014 und in deren Rahmen eine strukturelle Epilepsie sowie eine Anpassungsstörung mit Angst- und Panikreaktion und Somatisierungstendenz (S. 12). Im Bericht wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe eine intrazerebrale Blutung erlitten, welche sich initial durch Muskelspasmen des linken Armes und in der Folge durch einen Verwirrheitszustand sowie eine halbseitige Schwäche, eine dysarthrische Sprache und Mundastschwäche mit Speichelfluss gezeigt habe. Während des Transportes mit dem Rettungsdienst sei es zu einem generalisierten tonisch-klonischen Krampfanfall gekommen. Im CT-Schädel habe sich die intrazerebrale Blutung rechts gezeigt. In einer am Folgetag durchgeführten cerebralen Angiographie habe sich keine Blutungsursache gefunden. Der Beschwerdeführer habe im Verlauf nach ... verlegt werden können. Dort seien starke Kopfschmerzen und eine äusserst gedrückte Stimmung im Vordergrund gestanden. In der Neuropsychologie seien verschiedene Therapien zur Verbesserung der kognitiven Defizite durchgeführt worden. Bei Austritt hätten kognitive Minderleistungen in verschiedenen Bereichen bestanden, dies aufgrund von Aggravationstendenzen eingeschränkter Interpretierbarkeit (S. 13).

3.3.2 Im Austrittsbericht des Spitals H._____, Klinik für Neurologie vom 8. Juli 2014 (AB 47 S. 4 f.) wurde ausgeführt, der postinterventionelle Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Die Ätiologie der Blutung bleibe letztlich unklar. Aufgrund der ausgedehnten Abklärungen, die allseits

negativ gewesen seien, seien weitere Untersuchungen nicht indiziert. Der Beschwerdeführer habe keine neurologischen Defizite mehr.

3.3.3 Der behandelnde Psychiater Dr. med. F. _____ diagnostizierte im Bericht vom 1. September 2014 (AB 49 S. 1 ff.) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mittel- bis schwergradige depressive Episode, intermittierend mit psychosenahen und agitierten Symptomen (ICD-10 F32.3), eine Angststörung mit Panikstörung (ICD-10 F41.1, F41.0), massive, anhaltende Kopfschmerzen, initial rechts parietal, zunehmend generalisierend, eine interzerebrale Blutung rechts parietal am 8. Januar 2014, eine strukturelle Epilepsie sowie anamnestisch eine sich chronifizierende PTSD (ICD-10 F43.1, S. 1). Der Beschwerdeführer leide unter massiven Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefiziten. Es liege eine ausgeprägte Vergesslichkeit, eine massiv reduzierte psychische Belastbarkeit, Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit bei depressiver Symptomatik, eine emotionale Dysregulation mit Affektlabilitäts- und/oder Resignationsneigung bei stark reduzierter emotionaler Reizbarkeitskontrolle, eine Antriebsreduktion, massive Schlafstörungen, eine allgemeine Verlangsamung, eine deutlich reduzierte Reiztoleranzschwelle mit spürbarer Neigung zur Impulskontrolle und/oder Agitation, eine exekutive Blockade, Angst, intermittierende Panikattacken und Rückzugstendenzen vor. Zudem leide der Beschwerdeführer an massiven, anhaltenden Kopfschmerzen mit der Intensität zwischen 8 und 10 (auf einer Skala von 0 bis 10). Aktuell müsse die bisherige Tätigkeit als ... als eindeutig unzumutbar betrachtet werden (S. 3).

3.3.4 Im von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenen bisdisziplinären E. _____-Gutachten vom 25. Februar 2015 (AB 65.1) wurde von den Experten nach psychiatrischen und neurologischen Untersuchungen keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0), chronisches Kopfweg vom Spannungstyp, ein Status nach spontaner intrazerebraler Blutung rechts parietal, aktuell ohne klinische Ausfälle sowie eine symptomatische Epilepsie, unter Behandlung anfallsfrei, diagnostiziert (S. 9).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 30. Januar 2015 (AB 65.2) wurde von Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ausgeführt, der Beschwerdeführer habe anlässlich der Exploration sehr leidend gewirkt und habe auch immer wieder schmerzverzerrt das Gesicht verzogen (S. 6 f.). Es sei einfach gewesen, einen tragfähigen Kontakt zum Beschwerdeführer herzustellen. Er habe die ihn belastende Situation deutlich dramatisierend dargestellt. Die Merkfähigkeit, das Kurz- und das Langzeitgedächtnis hätten im klinisch-psychopathologischen Befund unbeeinträchtigt gewirkt. Die Willenskräfte seien ausreichend strukturiert und regelrecht gewesen. Ambivalenz oder Ambitendenz beständen nicht. Die Antriebslage sei ausreichend gewesen (S. 7). Der Beschwerdeführer habe sich in ausgeglichener Grundstimmung gezeigt. Die affektive Stimmungsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt gewesen. Es hätten keine Affektlabilität oder Affektinkontinenz bestanden. Weiter hätten keine Interessenlosigkeit, kein ausgewiesener Rückzug und keine Anhedonie erfragt werden können (S. 8). Die vom Beschwerdeführer geschilderte Beschwerdesymptomatik habe ihren Ursprung nicht in einem krankheitswertigen psychiatrischen Prozess. Die vorliegende Neurasthenie beinhalte keine derart ausgeprägte Symptomatik, die eine Einschränkung begründen würde, wie sie der Beschwerdeführer berichtet habe. Eine Depression sei nicht zu diagnostizieren gewesen (S. 9). Es liege ein syndromales Beschwerdebild vor, weshalb die Foerster-Kriterien zu diskutieren seien. Hier ergebe sich, dass ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf nicht festgestellt werden könne. Es liege kein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Lebensbereichen vor. Eine ausgewiesene somatische Komorbidität sei ebenfalls nicht erkennbar. Der Gutachter führte weiter aus, dass er mit der psychiatrischen Einschätzung der Kollegen des Spitals H._____ übereinstimme, die darauf hingewiesen hätten, dass eine Erklärbarkeit der Beschwerden aus den erhobenen objektiven Befunden nicht möglich sei und eine Aggravationstendenz bestehe (S. 10).

Im neurologischen Teilgutachten vom 10. Februar 2015 (AB 65.3) wurde von Dr. med. J._____, Facharzt für Neurologie FMH, ausgeführt, in der diagnostischen Angiographie habe es keinen Nachweis einer Blutungsquelle gegeben. Die initialen somatischen neurologischen Ausfälle hätten sich vollständig zurückgebildet (wahrscheinlich seien sie durch ein begleitendes

Hirnödem verursacht worden). Die vom Beschwerdeführer heute beschriebenen Kopfschmerzen liessen sich organisch nicht begründen.

Die Gutachter führten im bidisziplinären Konsens aus, die Arbeitsfähigkeit liege sowohl aus neurologischer als auch aus psychiatrischer Sicht bei 100% (AB 65.1 S. 10).

3.3.5 Der behandelnde Psychiater Dr. med. F. _____ nahm in seinem Bericht vom 29. Juni 2015 (AB 72) Stellung zum bidisziplinären Gutachten vom 25. Februar 2015 (AB 65.1). Er führte aus, das psychiatrische Teilgutachten sei zwar formell korrekt gegliedert, inhaltlich seien aber im Abschnitt „Psychiatrischer Befund“ mehrere inkorrekte Angaben zu finden (S. 2). Der Beschwerdeführer und seine Tochter, die ebenfalls an der Begutachtung teilgenommen habe, behaupteten, dass der Beschwerdeführer von seinen hartnäckigen, kreisenden, ängstlichen Gedanken, von denen er sich intermittierend kaum „befreien“ könne, berichtet habe. Damit hätte sich der Gutachter differenzierter befassen müssen. Im Bereich des Antriebs habe der Gutachter geschrieben, dass die Antriebslage ausreichend gewesen sei. Dies obschon der Beschwerdeführer seit der Hirnblutung nicht in der Lage sei, ..., vor allem weil ihm die Energie dazu fehle. Zudem hätte sich der Gutachter mit dem Phänomen des massiven sozialen Rückzugs weiter auseinandersetzen müssen. Weiter müsse gesagt werden, dass der Beschwerdeführer an beträchtlichen, massiv einschränkenden Ängsten wechselhafter Intensität sowie an intermittierenden Panikattacken leide, die er gegenüber dem Gutachter deutlich kommuniziert habe. Weshalb diese Symptomatik im Gutachten mit keinem Wort erwähnt worden sei, bleibe ebenfalls unklar (S. 3). Unter Fremdanamnese habe der Gutachter die von der Tochter berichtete Vergesslichkeit im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses erwähnt. In seinem Befund schreibe der Gutachter vom unbeeinträchtigt wirkendem Kurz- und Langzeitgedächtnis. Er habe sich somit nicht mit den Kurzzeitgedächtnisstörungen auseinandergesetzt, obwohl er darauf hingewiesen worden sei (S. 4).

3.3.6 Der psychiatrische Gutachter führte in seiner Stellungnahme vom 15. Juli 2015 (AB 74) zum Bericht von Dr. med. F. _____ vom 29. Juni 2015 (AB 72) aus, dass nicht widersprochen werde, dass sowohl der Beschwerdeführer, als auch seine anwesende Angehörige diejenige Sympto-

matik, die der behandelnde Psychiater in seiner ausführlichen Stellungnahme wiedergebe, vorgetragen hätte. Es liege in der Natur der Sache, dass ein medizinischer Gutachter eigene Angaben des Beschwerdeführers sowie fremdanamnestiche Angaben hinsichtlich ihres Wahrheitsgehaltes nicht überprüfen könne. Es bleibe dem Gutachter nur seine ureigene Aufgabe, nämlich den Beschwerdeführer zu untersuchen und eine Plausibilitätsprüfung vorzunehmen (S. 1). In der psychiatrischen Untersuchung hätte die vom Beschwerdeführer und seiner Angehörigen dargestellte, massive Einschränkung nicht reproduziert werden können. Die demonstrativ präsentierten Defizite seien nicht durchgehend vorhanden, was per se den Verdacht auf eine mindestens vorliegende Aggravation lenke. Auch in der Schilderung der Tochter des Beschwerdeführers werde eine Tendenz zur Verdeutlichung erkennbar. Sie sehe ihren Vater als schwer krank an. Hierbei verkenne sie, dass es sich vor allem aus neurologischer Sicht um einen sehr erfreulichen Verlauf einer zerebralen Durchblutungsstörung handle. Die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters vermöge im vorliegenden Fall keine Änderung der gutachterlichen Einschätzung herbeizuführen (S. 2).

3.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft ei-

nes Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 20. Juli 2015 (AB 75) massgeblich auf das bidisziplinäre E._____ -Gutachten vom 25. Februar 2015 (AB 65.1) sowie auf die Stellungnahme des Gutachters vom 15. Juli 2015 (AB 74) gestützt. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 3 ff.) erfüllen diese Expertisen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben sich in den ärztlichen Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet.

3.5.1 Was den somatischen Gesundheitszustand anbelangt, ergeben sich anhand der medizinischen Aktenlage keine Anhaltspunkte für eine relevante Einschränkung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit. Gemäss dem Bericht des Neurozentrums des Spitals H._____ vom 8. Juli 2014 (AB 47 S. 5) hat sich der Verlauf nach der Hirnblutung vom 1. Januar 2014 komplikationslos gestaltet und es bestehen keine neurologischen Defizite mehr. Diese Feststellung stimmt überein mit dem neurologischen E._____ -Teilgutachten vom 10. Februar 2015 (AB 65.3), indem trotz den Schilderungen des Beschwerdeführers, unter dauernden Schmerzen zu leiden und im ganzen Kopf sehr vergesslich zu sein, keine neurologischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt und eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (AB 65.3 S. 2 und 5). Durch die Hirnblutung vom 8. Januar 2014 ist somit zwar (zwischenzeitlich) eine massive Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der ursprünglichen Rentenverweigerung vom 26. November 2007 (AB 33) eingetreten. Diese Hirn-

blutung war jedoch – gestützt auf die beweiskräftigen Ausführungen der Ärzte des Spitals H._____ (AB 47 S. 5) – zum Zeitpunkt eines möglichen Rentenbeginns sechs Monate nach der Neuanmeldung (Oktober 2014; Art. 29 Abs. 1 IVG) neurologisch nicht mehr feststellbar.

3.5.2 In psychiatrischer Hinsicht stellte der Gutachter, Dr. med. I._____, schlüssig und nachvollziehbar dar, weshalb der Beschwerdeführer trotz der geschilderten Angst einen neuen Schlaganfall zu erleiden, weder an Zwangssymptomen, phobischen Ängsten, noch an einer Depression leidet. Demzufolge wurde keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, sondern lediglich eine somatoforme Schmerzstörung und eine Neurasthenie als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit festgehalten (AB 65.2 S. 8 ff.). An der Einschätzung des Gutachters ändert der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. F._____ nichts, der schwergewichtig eine mittel- bis schwergradige depressive Episode sowie Angstzustände mit einer Panikstörung diagnostizierte und daraus eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ableitete (AB 49 S. 1 und 3). Denn der Gutachter hat nachvollziehbar begründet, weshalb diese beiden Diagnosen nicht gestellt werden können. So lässt sich gemäss seiner Einschätzung das vom Beschwerdeführer berichtete Beschwerdebild nicht mit einer Depression in Einklang bringen bzw. ist eine Depression, die den geschilderten Verlauf zeigt, aus psychiatrischer Sicht nicht möglich. Die vom Beschwerdeführer geklagte Angst sowie die Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden ordnete er der Neurasthenie zu (AB 65.2 S. 9). Die medizinische Beurteilung des Gutachters ist nicht nur für sich allein nachvollziehbar und überzeugend, sondern sie stimmt auch mit derjenigen vor der ablehnenden Verfügung vom 26. November 2007 (AB 33) überein, in der der behandelnde Psychiater ebenfalls gestützt auf die angegebenen Beschwerden des Beschwerdeführers massive Einschränkungen - insbesondere eine schwere depressive Episode sowie eine PTSD - attestierte (AB 14 S. 1), die in der Begutachtung vom 4. September 2007 (AB 24) dann abgelehnt wurden.

Wie der Gutachter in der Stellungnahme vom 15. Juli 2015 (AB 74 S. 2) korrekt dargelegt hat, basiert die Kritik des behandelnden Psychiaters vom 29. Juni 2015 (AB 72 S. 2 f.) auf den Vorbringen des Beschwerdeführers

und dessen Tochter. Der Gutachter hat überzeugend dargelegt, dass diese geltend gemachten Einschränkungen anlässlich der Begutachtung nicht reproduziert werden konnten und dass die präsentierten Defizite nicht durchgehend feststellbar gewesen sind. Schliesslich ist dem Gutachter zuzustimmen, dass fremdanamnestische Angaben von Angehörigen (hier Tochter des Beschwerdeführers) mit einer gewissen Vorsicht bewertet werden müssen (AB 74 S. 2). Soweit der behandelnde Psychiater vorbrachte, dass die gutachterliche Untersuchung gemäss den Aussagen des Beschwerdeführers und dessen Tochter höchstens 45 Minuten und nicht wie im Gutachten aufgeführt 100 Minuten gedauert hat (AB 72 S. 2), ist festzuhalten, dass es – abgesehen davon ob die Aussage überhaupt zutrifft – für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Entscheid des BGer vom 29. März 2010, 8C_942/2009, E. 5.2).

Die psychiatrische Beurteilung im E. _____-Gutachten stimmt mit derjenigen von Dr. med. D. _____, der kein Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte (AB 24) bzw. gestützt auf dessen psychiatrische Einschätzung eine Rentenzusprache verneint wurde (AB 33), überein. Deshalb liegt diesbezüglich ein unveränderter Gesundheitszustand vor. Zumal eine IV-relevante psychische Erkrankung (in Form einer Angststörung) als Folge der Hirnblutung nicht objektiv ausgewiesen ist, sondern lediglich vom Beschwerdeführer subjektiv geltend gemacht wird.

3.5.3 Selbst wenn aufgrund der vom Gutachter diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung (AB 65.2 S. 8) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes angenommen würde, änderte dies nichts am Ergebnis. Denn zum einen wurde dieser Diagnose von den Gutachtern keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zuerkannt und zum andern wurde beim Beschwerdeführer eine nahe an einer Simulation liegende Aggravation festgestellt (AB 74 S. 2), welche Leistungen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung von vornherein ausschliesst (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287).

3.6 Nach dem Dargelegten hat sich – weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht – eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen

Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, eingestellt. Somit ist die angefochtene Verfügung vom 20. Juli 2015 (AB 75) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und ab zuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Ab s. 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. 800.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege – dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Ab s. 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 einer Partei überdies ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Ab s. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2). Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist aktenkundig (Beschwerdebeilage [BB], 3). Zudem kann das Verfahren als nicht von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist demnach gutzuheissen. Somit ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR

272) i.V.m. Art. 113 VRPG – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Prozessführung wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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