

200 18 341 IV
KOJ/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. Januar 2019

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Februar 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1955 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 28. August 2001 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Rentenbezug an (Akten der IVB [act. II] 2). Diese tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Mit Verfügung vom 13. Januar 2003 (act. II 15) lehnte sie bei einem Invaliditätsgrad von 25% den Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente ab, was sie mit Einspracheentscheid vom 22. Mai 2003 (act. II 22) bestätigte. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 23/2) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 3. November 2003, IV 63773 (act. II 31), dahingehend gut, als es den angefochtenen Einspracheentscheid aufhob und die Akten an die IVB zur Einholung eines interdisziplinären Gutachtens zurückwies.

In der Folge holte die IVB beim C._____ (MEDAS) ein interdisziplinäres Gutachten ein, welches am 22. März 2005 (act. II 38) erstellt wurde. Vom 6. April bis zum 4. Mai 2005 erfolgte – wie von den MEDAS-Gutachtern vorgeschlagen – eine stationäre psychiatrische Behandlung (act. II 42/3). Nach Einholung einer Aktenbeurteilung beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 11. Januar 2006 (act. II 45) sprach die IVB dem Versicherten mit Verfügung vom 15. Juni 2006 (act. II 50/2) bei einem Invaliditätsgrad von 58% rückwirkend ab Juni 2001 eine halbe Invalidenrente zu. Nach hiergegen erhobener Einsprache (act. II 52/2) holte sie auf Anraten des RAD (act. II 55) bei der MEDAS ein Zusatzgutachten vom 28. September 2007 (act. II 59/3) ein. Gestützt auf dessen Schlussfolgerungen wies die IVB mit Entscheid vom 22. August 2008 (act. II 62) die Einsprache ab. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 63/3) hiess das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 28. November 2008, IV 69836 (act. II 67), dahingehend gut, als es den angefochtenen Einspracheentscheid aufhob und die Akten an die IVB zurückwies, damit diese nach Einholung einer Stellungnahme beim psychiatrischen MEDAS-Gutachter die medizinischen Akten neu würdige und über den Rentenanspruch neu verfüge.

Die daraufhin bei der MEDAS eingeholten Stellungnahmen datieren vom 27. März 2009 (act. II 71) und 14. August 2009 (act. II 76). Mit Vorbescheid vom 16. April 2010 (act. II 78) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 58% die Ausrichtung einer halben Invalidenrente ab dem 1. Juni 2001 in Aussicht, wogegen der Versicherte Einwände erhob (act. II 81). In der Folge erging keine Verfügung. Die IVB leitete im Dezember 2012 (act. II 95) ein „Rentenrevisionsverfahren“ ein. Insbesondere liess sie den Versicherten durch die Dres. med. D. _____, Fachärztin für Neurochirurgie, und E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bidisziplinär untersuchen (vgl. neurochirurgisches Teilgutachten vom 20. August 2013 [Akten der IVB {act. IIA} 100.1/2], psychiatrisches Teilgutachten vom 19. August 2014 [act. IIA 112.1/2] sowie bidisziplinäre Beurteilung vom 2. September 2014 [act. IIA 113.2]). Am 22. September 2014 (act. IIA 114) erliess sie einen neuen Vorbescheid, in welchem sie in Aussicht stellte, bei einem Invaliditätsgrad von 55% das „Rentenerhöhungsgesuch“ abzuweisen. Nach hiergegen erhobenen Einwänden (act. IIA 115) und Einholen einer RAD-Stellungnahme vom 18. Dezember 2014 (act. IIA 118) verfügte die IVB am 26. Januar 2015 (act. IIA 119) dem Vorbescheid entsprechend. Im darauffolgenden Beschwerdeverfahren (act. IIA 126/3) hob die IVB die angefochtene Verfügung wiedererwägungsweise auf (act. IIA 127). Mit Urteil vom 8. April 2015, IV/2015/205 (act. IIA 129), schrieb das Verwaltungsgericht das Beschwerdeverfahren als gegenstandslos geworden ab.

In der Folge holte die IVB auf Anraten des RAD (vgl. Bericht vom 12. Februar 2016 [act. IIA 145]) bei Dr. med. F. _____, Praktische Ärztin sowie Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten vom 2. September 2016 (act. IIA 152.1) ein. Mit Vorbescheid vom 21. April 2017 (act. IIA 153) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 58% ab dem 1. Juni 2001 die Ausrichtung einer halben Invalidenrente in Aussicht, wogegen der Versicherte – vertreten durch Rechtsanwalt B. _____ – Einwände erhob (act. IIA 155). Am 23. Februar 2018 (act. IIA 158) verfügte sie dem Vorbescheid entsprechend.

B.

Mit Eingabe vom 4. Mai 2018 erhob der Versicherte – weiterhin vertreten

durch Rechtsanwalt B. _____ – hiergegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die angefochtene Verfügung vom 23. Februar 2018 sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass der Beschwerdeführer seit dem 1. Juni 2001 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe.
2. Eventuell: Die Akten seien der Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Durchführung der notwendigen aktuellen medizinischen Abklärungen und zum anschliessenden Erlass einer neuen Verfügung für den Zeitraum ab August 2007.
3. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren, unter Beordnung des Rechtsanwaltes des Beschwerdeführers als amtlicher Rechtsbeistand.
4. Die Ergänzung und Anpassung der Rechtsbegehren bleibt ausdrücklich vorbehalten.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 4. Juli 2018, auf die Beschwerde nicht einzutreten. Eventualiter sei sie abzuweisen.

Mit Verfügung vom 9. Juli 2018 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege unter Beordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt gut.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträ-

gen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Auch die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]) und die Bestimmungen über die Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) sind eingehalten.

1.2

1.2.1 Die Beschwerde ist innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung des Einspracheentscheides oder der Verfügung, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, einzureichen (Art. 60 Abs. 1 ATSG). Dabei sind Art. 38-41 ATSG sinngemäss anwendbar (Art. 60 Abs. 2 ATSG). Berechnet sich eine Frist nach Tagen oder Monaten und bedarf sie der Mitteilung an die Parteien, so beginnt sie am Tag nach ihrer Mitteilung zu laufen (Art. 38 Abs. 1 ATSG). Bedarf sie nicht der Mitteilung an die Parteien, so beginnt sie am Tag nach ihrer Auslösung zu laufen (Art. 38 Abs. 2 ATSG). Ist der letzte Tag der Frist ein Samstag, ein Sonntag oder ein vom Bundesrecht oder vom kantonalen Recht anerkannter Feiertag, so endet sie am nächstfolgenden Werktag. Massgebend ist das Recht des Kantons, in dem die Partei oder ihr Vertreter beziehungsweise ihre Vertreterin Wohnsitz oder Sitz hat (Art. 38 Abs. 3 ATSG). Gesetzliche oder behördliche Fristen, die nach Tagen oder Monaten bestimmt sind, stehen gemäss Art. 38 Abs. 4 ATSG still vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern (lit. a), vom 15. Juli bis und mit dem 15. August (lit. b) und vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (lit. c). Schriftliche Eingaben müssen spätestens am letzten Tag der Frist dem Versicherungsträger eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben werden (Art. 39 Abs. 1 ATSG).

Die Eröffnung der Verfügung ist eine empfangsbedürftige, nicht aber annahmebedürftige einseitige Rechtshandlung; sie entfaltet daher ihre Rechtswirkungen vom Zeitpunkt der ordnungsgemässen Zustellung an. Ob die betroffene Person vom Verfügungsinhalt Kenntnis nimmt oder nicht, hat

keinen Einfluss (BGE 119 V 89 E. 4c S. 95). Aus einer mangelhaften Eröffnung einer Verfügung darf der betroffenen Person kein Nachteil erwachsen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Eröffnung der Verfügung ist dann mängelfrei, wenn die unter Berücksichtigung aller massgebenden Elemente (Schriftlichkeit, Begründung, Rechtsmittelbelehrung) ausgefertigte Verfügung ordnungsgemäss zugestellt ist (UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 49 N. 60).

Für die Tatsache und den Zeitpunkt der Zustellung trägt die Behörde, welche die Verfügung erlässt, den Zustellungsbeweis (BGE 103 V 63 E. 2a S. 65). Bei der Würdigung von Beweisen im Zusammenhang mit der Zustellung von Verfügungen gilt der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (KIESER, a.a.O., Art. 49 N. 51).

1.2.2 Die angefochtene Verfügung vom 23. Februar 2018 (act. IIA 158) wurde dem Rechtsanwalt des Beschwerdeführers (gleichentags) am 23. Februar 2018 (Eingangsstempel; act. IIA 159/3) per Post zugestellt. Der Rechtsvertreter teilte der Beschwerdegegnerin am 20. März 2018 (act. IIA 159/1) schriftlich mit, die fragliche Verfügung sei ihm unvollständig (nur 5 von 12 Seiten) eröffnet worden. Die Beschwerdegegnerin habe ihm am 20. März 2018 zudem die Verfügung vollständig per E-Mail zugestellt; auch diese Zustellung sei jedoch nicht rechtsgenügend erfolgt. Der Rechtsvertreter bat die Beschwerdegegnerin, ihm unverzüglich per eingeschriebener Postsendung die Verfügung vom 23. Februar 2018 zu eröffnen. Dies erfolgte schliesslich am 23. März 2018 (act. IIA 160). Am 4. Mai 2018 wurde die Beschwerde der Schweizerischen Post übergeben.

1.2.3 Die Beschwerdegegnerin argumentiert mit Bezug auf ihren Hauptantrag, die angefochtene Verfügung sei dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 23. Februar 2018 zugestellt worden und insoweit sei nicht von einer mangelhaft eröffneten Verfügung auszugehen. Aus den Akten würden sich keine Hinweise ergeben, dass dem Beschwerdeführer nicht die gesamte Verfügung zugestellt worden sei. Zudem umfasse der Streitgegenstand in concreto den Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Vergleichseinkommen dagegen würden nur Teilaspekte begründen, welche die Leistung (mit-)bestimmten, d.h. sie stellten lediglich ein Begründungs-

element des Streitgegenstandes dar. Dieser Argumentation ist nicht zu folgen.

Im vorliegenden Fall obliegt es nach dem oben Erwähnten (vgl. E. 1.2.1 hiervor) der Beschwerdegegnerin, die Tatsache zu beweisen, die Verfügung sei komplett zugestellt worden. Dies ist jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich, ist doch nicht einzusehen, weshalb sie bei einer ursprünglich ordnungsgemässen Eröffnung dem Beschwerdeführer die gleiche Verfügung ein zweites Mal per E-Mail und ein drittes Mal per eingeschriebener Postsendung vorbehaltlos hätte zustellen sollen. Es ist daher auf die Darstellung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers abzustellen, wonach ihm am 23. Februar 2018 nur 5 Seiten der 12-seitigen Verfügung zugestellt wurden und dabei namentlich die Begründung fehlte. Somit war die Eröffnung der Verfügung vom 23. Februar 2018 mangelhaft und löste keinen Fristenlauf aus. Unter Annahme der Zustellung der vollständigen Verfügung via E-Mail am 20. März 2018 (vgl. act. IIA 159/1) begann die Beschwerdefrist am 21. März 2018 und endete unter Berücksichtigung des Fristenstillstands über Ostern (vgl. 1.2.1 hiervor) am Freitag, den 4. Mai 2018. Mit der Postaufgabe der Beschwerde an jenem Tag (vgl. Briefumschlag [in den Gerichtsakten]) ist die Frist eingehalten. Dies gilt erst recht, wenn auf das Datum der Eröffnung der Verfügung mit eingeschriebener Briefsendung am 23. März 2018 (act. IIA 160) abgestellt wird. Ob die Zustellung per E-Mail rechtsgenügend erfolgte oder nicht (wie dies vom Rechtsvertreter am 20. März 2018 geltend gemacht wurde [act. II 159/1]), kann somit offen bleiben.

1.2.4 Aufgrund des Dargelegten ist die Beschwerde rechtzeitig erhoben worden, so dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und auf die Beschwerde einzutreten ist.

1.3 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 23. Februar 2018 (act. IIA 158), mit welcher dem Beschwerdeführer ab dem 1. Juni 2001 eine halbe Invalidenrente zugesprochen wurde. Anstelle der halben verlangt der Beschwerdeführer die Zusprache einer ganzen Rente. Auch wenn lediglich einzelne Elemente der Rentenfestsetzung beanstandet werden, bedeutet dies nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BGE 125 V 413 E. 2d S. 17) nicht, dass die unbestrittenen Teilaspekte in Rechtskraft erwachsen und demzufolge der richterlichen Überprüfung entzogen sind. Folglich ist

vorliegend nicht bloss der Anspruch auf eine höhere als die zugesprochene halbe Rente, sondern der Rentenanspruch des Beschwerdeführers als Ganzes und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung zu prüfen.

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

1.5 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 Bei der Prüfung eines Anspruchs auf eine Rente der Invalidenversicherung, der allenfalls schon vor dem Inkrafttreten des ATSG am 1. Januar 2003 entstanden ist, sind die allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln heranzuziehen. Danach sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts gegolten haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1). Demzufolge ist der Rentenanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2002 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (BGE 130 V 445). Auf Rentenleistungen ab dem 1. Januar 2004 sind zudem die auf diesen Zeitpunkt in Kraft getretenen neuen Vorschriften des IVG anzuwenden (4. IV-Revision) und auf Rentenleistungen ab dem 1. Januar 2008 die Vorschriften der 5. IV-Revision. Das ATSG und die IV-Revisionen brachten für die Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der früheren Rechtslage, so dass die dazu ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (BGE 130 V 343 ff.; Entscheid des Bundesgerichts (BGer) vom 28. August 2008, 8C_373/2008, E. 2.1).

2.2 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 Erwerbs-

möglichkeiten 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).

2.3 Nach der bis am 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung von aArt. 28 Abs. 1 IVG bestand der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens zu zwei Dritteln, derjenige auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zur Hälfte invalid war. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% bestand Anspruch auf eine Viertelsrente. In Härtefällen hatte die versicherte Person nach aArt. 28 Abs. 1^{bis} IVG bereits bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine halbe Rente. Nach der bis am 31. Dezember 2007 gültigen Fassung von aArt. 29 Abs. 1 IVG entstand der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist (lit. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (lit. b).

Nach dem seit dem 1. Januar 2008 geltenden 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.

2.4 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

2.4.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

2.4.2 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

2.4.3 Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Entscheid des BGer vom 16. Juni 2009, 8C_87/2009, E. 2.2 mit Hinweisen).

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.

3.1 Im ersten Teil der angefochtenen Verfügung vom 23. Februar 2018 (act. IIA 158) werden die Rentenleistungen ab 1. November 2013 frankenmässig festgelegt (S. 2 f.). Gemäss dem Dispositiv im zweiten Verfügungsteil wird dem Beschwerdeführer ab dem 1. Juni 2001 eine halbe Invalidenrente zugesprochen (S. 9). Diese dispositivmässige Leistungszusprechung ist massgebend. In der Verfügung auf S. 7 ff. wird ausführlich begründet und gestützt auf die Akten ist denn auch erstellt, dass über den Rentenanspruch ab Juni 2001 bis anhin noch nicht rechtskräftig verfügt worden ist (vgl. diesbezüglich insbesondere Verfahren IV/2015/205, act. IIA 126-129). Aufgrund der Akten (vgl. u.a. act. II 38 S. 4 Ziff. 1.3 und S. 5 Ziff. 2.2) legte der Beschwerdeführer im Juni 2000 (letzter effektiver Arbeitstag: 14. Juni 2000 gemäss den Angaben gegenüber den Gutachtern, gemäss dem Arbeitgeberbericht vom 20. Februar 2002 dagegen Mai 2000 [act. II 10 S. 1 Ziff. 4]) infolge Rückenschmerzen seine Arbeit nieder. In der Folge nahm er keine Arbeitstätigkeit mehr auf und es wurde vom behandelnden Dr. med. G._____, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Neurologie, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. u.a. act. II 6 S 6). Damit entstand ein allfälliger Rentenanspruch nach damals gültiger Gesetzeslage (vgl. E. 2.3. hiervor) frühestens im Juni 2001. Was den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ab Juni 2001 betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Dr. med. G._____ führte im Bericht vom 31. Oktober 2001 (act. II 6/5) aus, der Versicherte sei seit dem 14. Juli 2000 und bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig (S. 5 lit. B). Nach der Sigma-Karzinom-Operation vom 13. November 2000 seien eine deutliche Verschlechterung der Lumboschialgie sowie ständige Schmerzen im Unterbauch beidseits, linksbetont, mit mehrmaliger Subileus-Entwicklung postoperativ aufgetreten. Durch die verzögerte Wundheilung nach der Operation sei die Rückenbehandlung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben worden. Der Versicherte sei nicht in der Lage, schwere körperliche Tätigkeiten, die mit langem Stehen oder Heben von Lasten über 10-15 kg verbunden seien, zu verrichten (S. 6 Ziff. 2.3).

Im Bericht vom 19. Februar 2002 (act. II 9/5) führte Dr. med. G._____ aus, neu liege seit Oktober 2001 ein Diabetes mellitus Typ II vor (S. 5 lit. A). Dem Versicherten sei die angestammte (S. 7 lit. A Ziff. 2) wie auch eine andere Tätigkeit (lit. B Ziff. 2) nicht möglich. Durch die Schmerzen sei er nicht in der Lage, seine Aktivitäten des täglichen Lebens vollumfänglich selbstständig durchzuführen (Ziff. 2.2).

3.1.2 Im Bericht der Klinik H._____ vom 25. Oktober 2002 (act. II 13/12) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein schweres lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit funktioneller Überlagerungskomponente diagnostiziert (S. 12 lit. A Ziff. 1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe der Verdacht auf Kopfschmerzen vom Spannungskopfschmerztyp (Ziff. 2). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (S. 14 lit. A Ziff. 1). Da die Schmerzen belastungsabhängig seien, sollte das Heben von Lasten über 15 kg vermieden werden. Sitzende Tätigkeiten mit Belastungen der LWS (z.B. ...) seien eher ebenso ungünstig. Ideal wäre eine leichte Arbeit mit wechselnden Sitz- und Stehpositionen (Ziff. 2.1). Eine solche Tätigkeit wäre bei entsprechend flexibler Arbeitsposition zu 100% möglich. Die funktionelle Überlagerung bei chronischen Schmerzen schränke realistisch die Arbeitsfähigkeit insgesamt ein. Eine insgesamt herabgesetzte Leistungsfähigkeit auf mindestens 80% werde vermutet (Ziff. 2.1).

3.1.3 Gemäss dem Bericht von Dr. med. I._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. September 2003 (act. II 27/2) sei der

Versicherte seit dem 31. August 2002 wegen einer Depression bei ihr in Behandlung (S. 1). Sie diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33), gegenwärtig schwere depressive Episode (ICD-10 F33.2) ohne psychotische Symptome (S. 3 f.). Der Versicherte sei seit dem 14. Juli 2000 aus körperlichen Gründen krankgeschrieben und seither nicht mehr in der Lage zu arbeiten. Aus der Vorgeschichte sei anzunehmen, dass er nach der Operation in eine Depression geraten sei. Er sei nicht arbeitsfähig (Antriebsstörung, Motivationsstörung, depressive Stimmungslage, S. 4).

3.1.4 Dr. med. G._____ führte im Bericht vom 21. Oktober 2003 (act. II 31/13) aus, beim Versicherten bestehe eine schwierige Konstellation mit einer multifaktoriellen physischen und psychischen Problematik. Im Vordergrund stehe die massive Schmerzproblematik, die ihn in seiner Konzentrationsfähigkeit und psychischen Belastbarkeit stark einschränke. Aufgrund der Schmerzproblematik sowie bei deutlicher depressiver Entwicklung bestehe eine deutlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit, welche eine künftige Erwerbstätigkeit beeinträchtige. Therapeutisch beständen keine weiteren Möglichkeiten, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern. Durch die Schmerzen sei der Versicherte nicht in der Lage, seine Aktivitäten des täglichen Lebens vollumfänglich selbstständig durchzuführen (S. 14).

3.1.5 Im MEDAS-Gutachten vom 22. März 2005 (act. II 38) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

- Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit älterem motorischem radikulärem Ausfallsyndrom L5 rechts geringer Ausprägung bei degenerativen Veränderungen der LWS mit Diskushernie L4/L5 und rechtsmediolateraler partiell verkalkter Diskushernie lumbosakral,
- Cervikalsyndrom mit Tendomyosen im Nacken-/Schulterbereich, ohne radikuläre Reiz- und Ausfallsymptome an den oberen Extremitäten,
- mittelgradige depressive Episode,
- obstruktives Schlafapnoesyndrom (S. 22 Ziff. 4.1).

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beständen ein metabolisches Syndrom, ein Status nach Entfernung eines Sigmakarzinoms 2000, chronifizierte Spannungskopfschmerzen sowie eine Epikondylopathia humeri radialis und ulnaris beidseits (Ziff. 4.2). Aufgrund der Erkrankungen im Bewegungsapparat sei der Versicherte in seiner letzten Tätigkeit als ... nicht mehr einsetzbar. Bezüglich des vor einigen Monaten diagnostizierten und erst seit

einigen Wochen apparativ behandelten Schlafapnoesyndroms sei der weitere Verlauf abzuwarten. (S. 23 Ziff. 5). Im psychiatrischen Bereich bestehe seit der Tumorerkrankung 2000 eine mittelgradige depressive Episode, dies auch aktuell. Der Versicherte stehe in kontinuierlicher psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung. Jedoch habe sich in diesem Bereich auch kein grosser Erfolg gezeigt. Hinweise für eine somatoforme Schmerzstörung hätten nicht gefunden werden können. Insgesamt betrage die Arbeitsfähigkeit als ... 0% (S. 24). Bezüglich Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könnten im somatischen Bereich keine nennenswerten Vorschläge unterbreitet werden. Aufgrund der langdauernden, therapieresistenten depressiven Episode schlugen die Gutachter eine stationäre Behandlung vor. Damit lasse sich hoffen, dass der Versicherte eine neue Arbeitsfähigkeit erreichen könnte. Nach Durchführung der erwähnten Massnahmen sollte er in einer dem Rückenleiden adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von zweimal zwei Stunden pro Tag erreichen (Ziff. 6).

3.1.6 Vom 6. April bis zum 4. Mai 2005 war der Versicherte in den psychiatrischen Diensten J. _____ hospitalisiert. Gemäss deren Austrittsbericht vom 11. Mai 2005 (act. II 42/3) trat keine Verbesserung der depressiven Symptomatik ein. Der Versicherte habe im Verlauf des Aufenthalts keine Möglichkeit gefunden, sich von seinen Schmerzen abzulenken und sich auf etwas anderes einzulassen (S. 5).

3.1.7 Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. I. _____ führte im Bericht vom 10. Dezember 2005 (act. II 43) aus, weder die depressive Symptomatik noch die Schmerzsymptomatik hätten während und nach der stationären Behandlung beeinflusst werden können. Der Versicherte leide stark unter Rückenschmerzen. Er sei kaum mehr in der Lage, an den Gesprächen teilzunehmen und nach einem Gespräch bei ihr müsse er sich mindestens drei Stunden erholen (S. 1). Neben diversen somatischen Diagnosen liege eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung aufgrund einer körperlichen Rückenerkrankung vor. Der Versicherte leide an einer rezidivierenden Depression aufgrund der chronischen Schmerzen, die kaum mehr eine Aufhellung zeige. Er habe einen mehrjährigen Krankheitsverlauf mit unveränderter, progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission und weise einen

sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens auf. Es handle sich bei ihm um einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren Verlauf (S. 2).

3.1.8 Dr. med. G. _____ führte im Bericht vom 14. Juli 2006 (act. II 52/19) aus, seit Mai 2005 habe sich der Allgemeinzustand langsam verschlechtert mit progredientem Schmerzsyndrom sowie Verschlechterung der depressiven Stimmungslage (S. 19 Ziff. 1). Der Versicherte sei aktuell aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik und seiner psychischen und physischen Belastbarkeit schwer eingeschränkt, sodass jegliche Arbeitstätigkeit verunmöglicht werde. Dies gelte auch für eine rückenadaptierte Tätigkeit von zweimal zwei Stunden pro Tag. Therapeutisch beständen keine weiteren Möglichkeiten, die Erwerbsfähigkeit wesentlich zu verbessern (Ziff. 2).

3.1.9 Im MEDAS-Gutachten vom 28. September 2007 (act. II 59/3) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

- Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in das rechte Bein, bei Diskushernien LWK4/5, LWK5/S1,
- cervikales und cervikocephales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Reiz- und Ausfallsymptome an den oberen Extremitäten,
- leichte bis mittelgradige depressive Episode,
- obstruktives Schlafapnoesyndrom (S. 24 Ziff. 4.1).

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellten die Gutachter die gleichen Diagnosen wie bereits 2005 (Ziff. 4.2). Nach dem Gutachten von 2005 sei der Versicherte einen Monat lang stationär behandelt worden. Die Hospitalisation habe nicht den gewünschten Erfolg gebracht. Somatisch habe man heute das gleiche Bild, wie es 2005 erhoben worden sei. Im rheumatologischen-neurologischen Bereich habe sich objektiv nichts Wesentliches geändert. Aufgrund der Erkrankung der Wirbelsäule sei der Versicherte in einem körperlich schweren Beruf eingeschränkt. Im internistischen Bereich sei die Behandlung des Schlafapnoesyndroms weniger erfolgreich. Das Leiden schränke die Arbeitsfähigkeit weiter ein, weil der Versicherte nicht in der Lage sei, mit ..., auf ... und als ... zu arbeiten. Psychiatrisch liege heute eine leichte bis mittelgradige depressive Episode vor. Diesbezüglich habe sich der Zustand seit 2005 etwas gebessert (S. 24 f. Ziff. 5). Insgesamt habe sich der gesamte Gesundheitszustand seit 2005 unwesentlich verbessert. Nach wie vor sei der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätig-

keit als ... nicht mehr arbeitsfähig (S. 26). Bezüglich der Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könnten heute im somatischen und psychiatrischen Bereich keine Vorschläge mehr unterbreitet werden. Der Versicherte sei in einer dem Rücken wie auch dem Schlafapnoesyndrom adaptierten Tätigkeit nach wie vor zweimal zwei Stunden pro Tag arbeitsfähig (S. 27 Ziff. 6).

3.1.10 In der MEDAS-Stellungnahme vom 27. März 2009 (act. II 71) wurde festgehalten, möglicherweise handle es sich um ein Missverständnis. Beim ersten Gutachten hätten sie den Versicherten in seinem damaligen Zustand als ... als nicht mehr arbeitsfähig betrachtet und postuliert, nach einer stationären Behandlung der mittelschweren depressiven Episode sollte er in der Lage sein, zweimal zwei Stunden täglich zu arbeiten (S. 1). Die durchgeführte stationäre Behandlung habe den psychischen Gesundheitszustand nicht nachhaltig gebessert. Zwei Jahre später, d.h. zum Zeitpunkt der zweiten Begutachtung, habe aber nur noch eine leichte bis mittelgradige depressive Episode diagnostiziert werden können, was eine Besserung des psychischen Zustandes darstelle. Somit habe der Versicherte trotz damals erfolgloser stationärer Behandlung den im ersten Gutachten postulierten Gesundheitszustand erreicht, der ihm erlauben sollte, einer Tätigkeit von zweimal zwei Stunden täglich nachzugehen (S. 2).

3.1.11 In der MEDAS-Stellungnahme vom 14. August 2009 (act. II 76) wurde ausgeführt, es sei bekannterweise schwierig, die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person rückwirkend zu beurteilen. Die anlässlich der Begutachtungen festgestellten Erkrankungen im Bewegungsapparat seien seit Juli 2000 mit der Tätigkeit als ... nicht mehr zu vereinbaren (S. 1). Da der Versicherte einige Monate später wegen eines Darmkarzinoms habe operiert werden müssen, sei anzunehmen, dass ihm auch eine angepasste Tätigkeit zu diesem Zeitpunkt nicht zuzumuten gewesen sei. Der Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit lasse sich allerdings zwischen 2001 und 2005 nicht mehr rekonstruieren. Zumindest ab dem Zeitpunkt der Untersuchung in der MEDAS vom August 2007 sei dem Versicherten eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von zweimal zwei Stunden zuzumuten (S. 2 f.).

3.1.12 Dr. med. K. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie vom RAD, vertrat im Bericht vom 15. Oktober 2009 (act. II 77) die Meinung, es sei so gut wie unmöglich, Verläufe retrospektiv zu rekonstruieren, ohne auf den behandelnden Arzt abzustellen. Die Gutachter stellten eine Besserung der Depression fest und begründeten dies nachvollziehbar. Das Gericht werde entscheiden müssen, ob Dr. med. I. _____ oder den Gutachtern zu folgen sei (S. 3).

3.1.13 Dr. med. I. _____ führte im Bericht vom 16. Mai 2010 (act. II 81/10) an den Versicherten aus, der Gesundheitszustand habe sich seit der stationären Behandlung 2005 eher verschlechtert (S. 10). Es bestehe eine Chronifizierung einer rezidivierenden Depression (ICD-10 F33.1) über die Jahre. Zurzeit erreiche sie einen mittelgradigen bis schweren Grad mit ausgeprägter Müdigkeit, Passivität, sozialem Rückzug und latenter Suizidalität. Daneben beständen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Rückenproblemen (ICD-10 F45.4) sowie diverse somatische Probleme wie ein Diabetes mellitus Typ II und eine Schlafapnoe. Eine Arbeitsintegration in der freien Wirtschaft sei aussichtslos, eine Integration in eine geschützte Umgebung nicht sicher umsetzbar (S. 11).

3.1.14 Dr. med. G. _____ postulierte im Verlaufsbericht vom 25. Januar 2013 (act. II 97) eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit dem 9. Juli 2012; die Diagnosen hätten sich geändert. Es beständen eine Spinalkanalstenose mit Einklemmung der Cauda equina bei Diskushernie und Facettenarthrose L3/4, relativer Spinalkanalstenose L4/5, Bandscheibenprolaps L5/S1 mit beidseitiger S1-Wurzelbedrängung, klinisch eine Zunahme der Claudicatio spinalis, eine Schwäche des linken Beines, links nicht möglicher Zehengang, eine Epicondylitis humeri ulnaris links sowie ein zervikoradikuläres Reizsyndrom C7 links bei Diskushernie C6/7 (S. 1 Ziff. 2 f.). Es sei keine zumutbare Erwerbsfähigkeit gegeben (S. 3 Ziff. 2).

3.1.15 In der im Rahmen einer neurochirurgisch-psychiatrischen Begutachtung vorgenommenen bidisziplinären Beurteilung vom 2. September 2014 (act. IIA 113.2; vgl. auch Teilgutachten vom 20. August 2013 [act. IIA 100.1] und 19. August 2014 [act. IIA 112.1]) diagnostizierten die Dres. med. D. _____ und E. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbales und lumboischialgiformes Schmerzsyndrom beidseits

mit/bei einer LWS-Fehlform/-haltung und degenerativen LWS-Veränderungen, ein chronifiziertes zervikales und zervikobrachialgiformes Schmerzsyndrom links mit/bei einer HWS-Fehlform/-haltung und degenerativen HWS-Veränderungen sowie eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden Störung bzw. anhaltenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1; S. 1). Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei aufgrund bestehender körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen qualitativ und quantitativ beeinträchtigt. Erstere würden eine verminderte Wirbelsäulenbelastbarkeit begründen. Aus psychiatrischer Sicht könne in Berücksichtigung des langjährigen Verlaufes seit 2002 von einer anhaltenden depressiven Störung ausgegangen werden. Dabei hätten insgesamt mittelgradige Beeinträchtigungen von Vitalgefühlen, Antrieb, Psychomotorik, Grundstimmung und Affektivität beobachtet werden können. Das Störungsbild sei stark überlagert und geprägt von sekundären Faktoren wie ausgeprägter Krankheitsüberzeugung, Selbstlimitierung und zahlreichen nicht krankheitswertigen psychosozialen Faktoren. Die Kriterien für das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4 hätten nicht vorgefunden werden können (S. 2 f.). Dem Versicherten seien Tätigkeiten ohne körperliche Belastung sowie körperlich leichte konsequent wechselbelastende Arbeiten in einem zeitlichen Rahmen von sechs Stunden pro Tag an fünf Tagen die Woche bei dabei bestehender 10 bis maximal 20% verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar. Dabei würden sich aus psychiatrischer Sicht keine zusätzlichen Anforderungen an ein spezifisches Arbeitsplatz-/Belastungsprofil ergeben. Eine Tätigkeit in diesem Rahmen werde sowohl den somatischen Befunden wie auch dem psychischen Befund gerecht. Ausgeschlossen seien körperlich schwere und körperlich mittelschwere Tätigkeiten, solche welche die LWS und HWS statisch belasten, Arbeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der LWS und HWS sowie in Zwangshaltungen der LWS und HWS (insbesondere vornübergeneigte Tätigkeiten, repetitive Tätigkeiten über Kopf und über Schulterhöhe), mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS und HWS sowie mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das repetitive Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 5 kg limitiert. In der bisherigen Tätigkeit im ... müsse grundsätzlich von einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (S. 3).

3.1.16 Am 5. November 2013 unterzog sich der Versicherte einer operativen endospinalen Dekompression L3-5, mit Discus-Sequester-Entfernung L3/4 rechts sowie semirigider, interspinöser Fusion L3-5. Zwei Monate nach der Operation führte Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurochirurgie, im Bericht vom 9. Januar 2014 (act. IIA 115/4) aus, es zeige sich ein etwas protrahierter Verlauf, wobei insgesamt eine deutliche Besserung gegenüber präoperativ festgestellt werden könne. Er habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für zwei Monate attestiert. Der Versicherte könne nun seine Belastungen sukzessive steigern und wieder seinen gewohnten Lebensalltag einnehmen (S. 5). Dr. med. L. _____ erklärte im Bericht vom 1. April 2014 (act. IIA 115/2), nachdem vor und nach der Operation keine eigentliche radikuläre Symptomatik S1 vorgelegen habe, beständen nun wieder zunehmend ischialgiforme Ausstrahlungen links beim Gehen und Stehen. Die präoperative Femoralgie habe sich mittlerweile erfreulicherweise vollständig zurückgebildet (S. 3).

3.1.17 Im RAD-Aktenbericht vom 18. Dezember 2014 (act. IIA 118) legte Dr. med. M. _____, Fachärztin für Neurologie, dar, offenbar sei neu eine Femoralgie links aufgetreten, welche sich nach der Operation vom November 2013 gebessert habe. Es handle sich um eine neue Symptomatik, welche gemäss Operateur vollständig regredient sei. Zu den weiterbestehenden ischialgiformen Schmerzen habe Dr. med. D. _____ ausführlich und sorgfältig Stellung bezogen. Die Befunde seien hinreichend bekannt. Auf das von ihr erstellte Zumutbarkeitsprofil könne abgestützt werden. Für eine orthopädische Beurteilung würden sich keine Anhaltspunkte ergeben, da keine wesentliche Instabilität der Wirbelsäule vorliege (S. 3 f.).

3.1.18 Dr. med. I. _____ führte im Bericht vom 12. Juli 2015 (act. IIA 134/1) aus, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (S.1 Ziff. 1). Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beständen eine rezidivierende Depression, zeitweise schwere depressive Episoden, mit somatischem Syndrom, chronische Rückenschmerzen mit physiologischem Korrelat und entsprechenden klinischen Ausfällen, ein Diabetes mellitus sowie eine Hypertonie (Ziff. 2). Es beständen Rückenschmerzen, eine Gangstörung, Nackenschmerzen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, eine gestörte Stimmung und ein gestörter Antrieb, eine Hoffnungslosigkeit und ein Rück-

zug (S. 4 Ziff. 12). Der Versicherte sei als ... bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 5). Auch eine leidensangepasste Tätigkeit sei ihm nicht zuzumuten (S. 4 Ziff. 14).

3.1.19 Dr. med. G. _____ postulierte im Bericht vom 11. August 2015 (act. II 137) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Der Versicherte könne nicht über längere Zeit Sitzen/Stehen oder Gehen. Er sei zu 100% arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 11). Es beständen eine Blockierung der LWS-Beweglichkeit, Depressionen und die psycho-physische Ausdauer sei enorm reduziert (Ziff. 12). Therapeutisch beständen keine weiteren Möglichkeiten, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten wesentlich zu verbessern (Ziff. 13).

3.1.20 Dr. med. M. _____ erklärte in der RAD-Stellungnahme vom 12. Februar 2016 (act. IIA 145), Dr. med. I. _____ gebe eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes an, wobei dazu im Widerspruch die eher geringe antidepressive Therapie stehe. Auf das bisher formulierte Zumutbarkeitsprinzip könne bis zur letzten RAD-Stellungnahme vom 18. Dezember 2014 (act. IIA 118) abgestellt werden. Unklar sei, ab wann (und ob) in der Folge eine Verschlechterung des psychischen Leidens eingetreten sei (S. 6).

3.1.21 Dr. med. I. _____ beschrieb im Bericht vom 15. März 2016 (act. IIA 150) einen stationären Gesundheitszustand (S. 2 Ziff. 1). Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten die chronischen Rückenschmerzen mit physiologischem Korrelat und klinischen Ausfällen, die chronischen Kopfschmerzen, die chronische Schmerzmitteleinnahme, die rezidivierenden Depressionen, zeitweise schwere depressive Episoden, der Diabetes mellitus, die arterielle Hypertonie sowie das erhöhte Cholesterin (Ziff. 3). Seit Jahren bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 11). Dem Versicherten sei wegen der Schmerzen keine Belastung mehr zumutbar. Er sei unkonzentriert und nicht mehr motivierbar. Weiter bestehe eine eingeschränkte Wahrnehmung, ein sozialer Rückzug, eine depressive Stimmung sowie eine fehlende innere Motivation (Ziff. 12). Ihm seien sämtliche Tätigkeiten unzumutbar (Ziff. 13).

3.1.22 Dr. med. F. _____ diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 2. September 2016 (act. IIA 152.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, aktuell höchstens leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0, S. 10). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beständen Probleme in Verbindung mit ökonomischen Verhältnissen (ICD-10 Z59) sowie eine Dekonditionierung (S. 11). Seit der gutachterlichen Untersuchung am 22. Oktober 2013 sei aus psychiatrischer Sicht keine wesentliche Veränderung eingetreten (S. 12 Ziff. 1). Aktuell seien die Befunde höchstens leichtgradig ausgeprägt (Ziff. 3). Aufgrund der gesundheitlichen Funktionseinschränkungen aus psychiatrischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit leicht bis mittelgradig eingeschränkt. Eine Anpassung der Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht notwendig (Ziff. 5). Aktuell sei eher eine Verdeutlichung als eine Aggravation festzustellen. Anlässlich früherer Untersuchungen hätten sich gemäss Angaben in den Akten klare Hinweise auf Aggravation gefunden (Ziff. 6). Die Einschränkungen durch die psychiatrische Diagnose und die somatischen Diagnosen würden sich gegenseitig nicht zusätzlich verstärken (S. 13 Ziff. 18). In einer dem körperlichen Leiden angepassten Tätigkeit sei angesichts des langjährigen Verlaufs der rezidivierenden depressiven Störung eine Leistungseinschränkung von ca. 40% aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbar (S. 15 Ziff. 15).

3.2

3.2.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 medizi-

nischen 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.2 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 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

3.2.3 In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.3

3.3.1 In medizinischer Hinsicht liegen vorab zwei MEDAS-Gutachten vom 22. März 2005 (act. II 38) und vom 28. September 2007 (act. II 59/3) vor, in welchen die Gutachter zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sowie in einer angepassten Tätigkeit Stellung bezogen (act. II 38 S. 23 f. Ziff. 5 f., 59/3 S. 24 ff. Ziff. 5 f.). Im darauffolgenden Gerichtsverfahren stellte das Verwaltungsgericht in VGE IV 69836 (act. II 67) fest, aus den Akten und insbesondere den beiden MEDAS-Gutachten gehe hervor, dass beim Be-

schwerdeführer rein somatisch keine Änderungen des Gesundheitszustandes und damit der Arbeitsfähigkeit eingetreten seien. Das Ausmass der Arbeitsfähigkeit hänge somit wesentlich von seinem psychischen Gesundheitszustand ab (E. 5.2). Da jedoch weder der Verlauf der verbleibenden Arbeitsfähigkeit noch die aktuelle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der MEDAS-Gutachten und Berichte der behandelnden Ärzte beurteilt werden könne, sei eine Stellungnahme des psychiatrischen MEDAS-Gutachters einzuholen (E. 5.3). Gestützt auf diese Ausführungen des angerufenen Gerichts steht fest, dass jedenfalls hinsichtlich der somatischen Gesundheitsschäden für die Beurteilung des Arbeits- und Leistungsfähigkeit ab Juni 2001 auf die beiden MEDAS-Gutachten abgestellt werden kann.

In der psychiatrischen MEDAS-Stellungnahme vom 27. März 2009 (act. II 71) führte die MEDAS die Kritik an der Festsetzung der Arbeitsfähigkeit auf ein mögliches Missverständnis zurück (S. 1) und bestätigte die bisherigen Angaben, wonach es dem Beschwerdeführer möglich sein sollte, einer Tätigkeit zweimal zwei Stunden täglich nachzugehen (S. 2). In der psychiatrischen Stellungnahme vom 14. August 2009 (act. II 76) äusserte sich die MEDAS zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit dahingehend, dass sich dieser zwischen 2001 und 2005 nicht mehr rekonstruieren lasse. Zumindest ab der Begutachtung vom August 2007 sei dem Beschwerdeführer eine Arbeitstätigkeit in einer angepassten Tätigkeit von zweimal zwei Stunden täglich zumutbar (S. 2). In beiden MEDAS-Gutachten wurde die Frage nach der aktuellen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... aufgeworfen und beantwortet (0%; vgl. act. II 38 S. 23 f. Ziff. 5, 59/3 S. 26 Ziff. 5). Im ersten Gutachten wurden Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erörtert, bzw. die Prognose betreffend einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nach Durchführung der vorgeschlagenen Massnahmen formuliert. Eine Angabe zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ohne vorgängige Massnahmen findet sich jedoch nicht (act. II 39 S. 2 Ziff. 24 Ziff. 6). Im zweiten Gutachten wurden erstmals explizite Angaben zur aktuellen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit festgelegt (act. II 59/3 S. 26 Ziff. 6). Auf die hinsichtlich des frühestmöglichen Rentenbeginns im Juni 2001 zeitnächste gutachterliche Angabe, wonach der Beschwerdeführer

„nach wie vor“ zweimal zwei Stunden pro Tag arbeitsfähig sei (act. II 59/3 S. 26 Ziff. 6), ist abzustellen. Unter Berücksichtigung der nachträglichen Stellungnahme vom 27. März 2009 (act. II 71) bezieht sich diese Einschätzung offensichtlich auf den gesamten in Frage kommenden Zeitraum; dies deckt sich denn auch im Wesentlichen mit der Einschätzung des Dr. med. E. _____ im Gutachten vom 19. August 2014 (act. IIA 112.1 S. 28).

Die Vorbringen des Beschwerdeführers, er sei im Zeitraum zwischen 2001 und Mitte 2007 vollständig arbeits- und erwerbsunfähig gewesen (vgl. Beschwerde S. 5 ff. Ziff. 2), ändern daran nichts. Bei der in der Beschwerde zitierten Angabe der MEDAS-Gutachter in der Stellungnahme vom 14. August 2009 (act. II 76), der Beschwerdeführer habe einige Monate nach Eintritt der massgebenden Arbeitsunfähigkeit im Juni 2000 im November 2000 wegen eines Darmkarzinoms operiert werden müssen, weshalb anzunehmen sei, dass ihm in jenem Zeitpunkt auch eine angepasste Tätigkeit nicht zuzumuten gewesen sei (S. 2 oben), handelt es sich um eine blosser Mutmassung. Nichts zu ändern vermögen auch die Angaben der Gutachter, der Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit lasse sich zwischen 2001 und 2005 nicht mehr rekonstruieren (S. 2), bzw. der RAD-Psychiaterin Dr. med. K. _____ vom 15. Oktober 2009, wonach es so gut wie unmöglich sei, Verläufe retrospektiv zu rekonstruieren ohne auf den behandelnden Arzt abzustellen (act. II 77 S. 3). Über die Dauer einer allfälligen vollständigen Erwerbsunfähigkeit ab Juni 2000 liegen keinerlei Angaben vor, namentlich ist nach dem oben Erwähnten eine gänzliche Erwerbsunfähigkeit über den Juni 2001 hinaus nicht ausgewiesen. Aus dem Fehlen einer Rekonstruktionsmöglichkeit kann der Beschwerdeführer nichts Entscheidendes zu seinen Gunsten ableiten, insoweit trägt er die Beweislast, da er aus dem Bestehen eines Gesundheitsschadens Rechte geltend macht.

Ebenfalls nicht abgestützt werden kann auf die Angaben der behandelnden Ärzte Dres. med. I. _____ und G. _____. Diese bescheinigen durchwegs höhere Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit als die beigezogenen Gutachter. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es indes-

sen nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Erste Arztberichte datieren vom Herbst 2001 (vgl. Arztbericht von Dr. med. G. _____ vom 31. Oktober 2001 [act. II 6/5]). Darin wurde weder ein psychisches Leiden diagnostiziert (S. 5) noch ergeben sich hierfür Anzeichen aus den aufgelisteten Befunden (S. 7 Ziff. 5). Soweit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auch für eine andere als die angestammte Tätigkeit attestiert wurde, überzeugt dies nicht, zumal Dr. med. G. _____ lediglich angab, der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, schwere körperliche Tätigkeiten, die mit langem Stehen oder Heben von Lasten über 10-15 kg verbunden seien, zu verrichten (S. 6 Ziff. 2.3). Auch im Bericht der Klinik H. _____ vom 25. Oktober 2002 (act. II 13/12) wurde kein psychisches Leiden diagnostiziert oder erwähnt. Bezüglich einer leidensangepassten Tätigkeit sollten, da die Schmerzen belastungsabhängig seien, das Heben von Lasten >15 kg vermieden werden. Sitzende Arbeiten mit Belastungen der LWS (z.B. ...) seien eher ebenso ungünstig. Ideal wäre eine leichte Arbeit mit wechselnden Sitz- und Stehpositionen. Eine solche wäre bei entsprechend flexibler Arbeitsposition zu 100% möglich bei einer insgesamt auf 80% herabgesetzten Arbeitsfähigkeit (S. 14 Ziff. 14). Erstmals wurde im Bericht von Dr. med. I. _____ vom 20. September 2003 (act. II 27/2) ein psychisches Leiden diagnostiziert (S. 3). Der Beschwerdeführer befinde sich bei ihr seit dem 31. August 2002 wegen einer Depression in Behandlung (S. 2) und sei wegen einer Antriebsstörung, einer Motivationsstörung und einer depressiven Stimmungslage nicht arbeitsfähig (S. 4). Dem weiteren Bericht von Dr. med. I. _____ vom 10. Dezember 2005 (act. II 43) fehlt neben Angaben zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auch eine Auflistung von Befunden. Eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, geschweige denn eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten, kann gestützt darauf nicht hinreichend begründet werden. Zu-

dem postulierte sie im besagten Bericht wie auch später (vgl. u.a. Bericht vom 16. Mai 2010 [act. II 81/10]) eine posttraumatische Belastungsstörung. Das Vorliegen einer solchen Erkrankung wurde jedoch sowohl von den MEDAS-Gutachtern (vgl. act. II 38 S. 24 Ziff. 5) als auch von den Dres. med. D._____ und E._____ (act. IIA 113.2 S. 2 f.) nachvollziehbar verneint. Weiter können dem Bericht von Dr. med. G._____ vom 14. Juli 2006 (act. II 52) keine Befunde entnommen werden, welche die von ihm attestierte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit erklären könnten. Die Beschwerdegegnerin brachte in der Verfügung vom 23. Februar 2018 (act. IIA 158) denn auch zu Recht vor, der Umstand, dass der Beschwerdeführer seine Psychiaterin in Abständen von sechs Wochen konsultierte (vgl. act. II 59 S. 9 Ziff. 2.3), spreche gegen das Vorliegen eines erheblichen psychischen Beschwerdebildes. Bezüglich der Berichte von Dr. med. G._____ ist abschliessend darauf hinzuweisen, dass dessen Ausführungen zu den psychischen Einschränkungen nicht zu überzeugen vermögen, zumal er über keinen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt. Die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit obliegt jedoch gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung (Entscheid des BGer vom 31. März 2015, 9C_619/2014, E. 5.1) grundsätzlich dem Facharzt oder der Fachärztin. Soweit die Gutachter der MEDAS im Gutachten vom 22. März 2005 (act. II 38) zum Schluss kamen, eine depressive Episode bestehe seit 2000 (S. 24 Ziff. 5), erscheint dies nach dem soeben Erwähnten fraglich; Weiterungen erübrigen sich indessen, führten die Gutachter diese Erkrankung doch auf die im fraglichen Zeitpunkt gestellte Tumordiagnose zurück, womit es sich um ein reaktives und damit invaliditätsfremdes Geschehen handelte (vgl. Entscheid des BGer vom 1. Februar 2018, 8C_300/2017, E. 4.1.4.2).

Aufgrund des Dargelegten bestand somit ab dem frühestmöglichen Rentenbeginn per 1. Juni 2001 in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von zweimal zwei Stunden täglich. Insgesamt bleibt es für die Folgezeit mangels rechtsgenügender Hinweise auf zwischenzeitliche Veränderungen bei diesen Angaben, dies jedenfalls für die Zeit bis im April 2010, als im Anschluss an den Vorbescheid vom 16. April 2010 irrtümlicherweise nicht verfügt wurde.

3.3.2 In der Zeit zwischen April 2010 und den Untersuchungen bei den Dres. med. D. _____ und E. _____ am 30. Juli 2013 (Gutachten vom 20. August 2013, act. IIA 100.1) bzw. 22. Oktober 2013 (Gutachten vom 19. August 2014, act. IIA 112.1) hat sich keine anspruchsrelevante Änderung im Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ergeben bzw. lassen sich den medizinischen Berichten keine Anhaltspunkte hierfür entnehmen. In der bidisziplinären Stellungnahme vom 2. September 2014 (act. IIA 113.1) wird jedoch ein im Vergleich zum bisher geltenden (vgl. E. 3.3.1 hiavor in fine) deutlich unterschiedliches Zumutbarkeitsprofil für eine leidensangepasste Arbeit formuliert. Danach sind dem Beschwerdeführer Tätigkeiten ohne körperliche Belastung und körperlich leichte konsequent wechselbelastende Arbeiten bei Gewährleistung der Einhaltung einer Rückenergonomie/rückenergonomische Arbeitsplatzgestaltung/rückenergonomische Verhaltensweisen an sechs Stunden pro Tag an fünf Tagen in der Woche zumutbar bei einer Verminderung der Leistungsfähigkeit von 10-20%. Ausgeschlossen sind körperlich schwere und körperlich mittelschwere Tätigkeiten, die LWS und HWS statisch belastende Arbeiten, solche mit Haltungs- und Positionsmonotonien der LWS und HWS, Tätigkeiten in Zwangshaltungen der LWS und HWS (insbesondere vornübergeneigte Arbeiten, repetitive Tätigkeiten über Kopf und über Schulterhöhe), Arbeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS und HWS sowie Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das repetitive Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 5 kg limitiert (S. 32 f. Ziff. 11 ff.). Die Ausführungen der Dres. med. D. _____ und E. _____ überzeugen und stützen sich auf ihre eigene Untersuchung sowie die Akten und werden von RAD-Ärztin Dr. med. M. _____ im Bericht vom 18. Dezember 2014 (act. IIA 118) bestätigt. Für die Zeit ab Juli 2013, dem Zeitpunkt der für die Definition des Zumutbarkeitsprofils massgebenden Untersuchung bei Dr. med. D. _____, ist somit auf dieses Zumutbarkeitsprofil abzustellen, wobei letztlich offen bleiben kann, ob hier wirklich ein Revisionsgrund oder allein eine – revisionsrechtlich unbeachtliche – unterschiedliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleichen Sachverhalts vorliegt (vgl. auch E. 3.3.3 hiernach).

Nichts an dem von den Dres. med. D. _____ und E. _____ formulierten Zumutbarkeitsprofil ändern die übrigen medizinischen Berichte sowie

die Vorbringen des Beschwerdeführers. So konnten etwa die Einschätzungen von Dr. med. G. _____ im Bericht vom 25. Januar 2013 (act. II 97), wonach keine zumutbare Erwerbsfähigkeit gegeben sei, im Ergebnis anlässlich der neurochirurgischen Untersuchung bei Dr. med. D. _____ nicht bestätigt werden (act. IIA 100.1 S. 30). Auch die nach dem bidisziplinären Gutachten aufgetretene Femoralgie hat keine Änderung des Zumutbarkeitsprofils zur Folge, zumal diese sich gemäss dem Bericht des Operateurs Dr. med. L. _____ vom 1. April 2014 (act. IIA 115/2) wieder vollständig zurückgebildet hat (S. 3). Auch die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I. _____ vom 12. Juli 2015 (act. IIA 134) und 15. März 2016 (act. IIA 150) haben keine Änderung des formulierten Zumutbarkeitsprofils zur Folge. So führte Dr. med. M. _____ vom RAD im Bericht vom 12. Februar 2016 (act. IIA 145) überzeugend aus, die von Dr. med. I. _____ postulierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes stehe im Widerspruch zur durchgeführten eher geringen antidepressiven Therapie. Weiter kam Dr. med. F. _____ im Gutachten vom 2. September 2016 (act. IIA 152.1) bezüglich der von Dr. med. I. _____ diagnostizierten schwergradigen depressiven Episoden zum nachvollziehbaren und überzeugenden Schluss, es sei unwahrscheinlich, dass eine schwergradige depressive Episode mit monatlichen psychiatrischen Sitzungen ausreichend behandelt sei. Daneben hielt sie ebenso plausibel fest, eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes bzw. eine wesentliche Änderung des Zumutbarkeitsprofils sei seit der Untersuchung bei Dr. med. E. _____ nicht eingetreten, eher eine Verbesserung (S. 11 f). Weiter spreche der nicht im therapeutischen Bereich liegende Medikamentenspiegel gegen die Ausschöpfung der therapeutischen Optionen. Bei einer schweren depressiven Episode wäre eine stationäre Behandlung grundsätzlich indiziert. Medikamentös werde seit vielen Jahren mit dem Antidepressivum Cipralext behandelt. Ein Wechsel der Medikation oder eine Kombination verschiedener Antidepressiva wäre bei einer anhaltenden depressiven Symptomatik leitliniengerecht (S. 14 Ziff. 29). Auch die Berichte von Dr. med. G. _____ vom 11. August 2015 (act. IIA 137) und vom 22. Februar 2016 (act. IIA 148) haben keine Änderung des Zumutbarkeitsprofils zur Folge (vgl. E. 3.3.1 hiavor). Zudem ist zu beachten, dass Dr. med. G. _____ durchgehend von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgeht, obwohl die Gutachter mehrheitlich von einem

gleichgebliebenen bzw. sich verbessernden Gesundheitszustand ausgehen.

Letztlich vermag auch das Vorbringen des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, im Anschluss an die Rückenoperation im November 2013 weitere gutachterliche Abklärungen in somatischer bzw. orthopädischer Sicht zu veranlassen (Beschwerde S. 7 f. Ziff. 3.2), nicht zu überzeugen. Dr. med. M. _____ vom RAD führte in ihrem Aktenbericht vom 18. Dezember 2014 (act. IIA 118) schlüssig aus, für eine orthopädische Beurteilung würden sich keine Anhaltspunkte ergeben, da keine wesentliche Instabilität der Wirbelsäule vorliege (S. 3 f.). Hinzu kommt, dass Dr. med. L. _____ im Rahmen der Rekonvaleszenzphase lediglich für zwei Monate eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestierte, was im revisionsrechtlichen Kontext (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV) von vornherein keine relevante Änderung darstellt. Auf diese Einschätzungen ist abzustellen.

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer ab Juli 2013 eine leidensangepasste Tätigkeit sechs Stunden pro Tag an fünf Tagen die Woche bei einer Verminderung der Leistungsfähigkeit von 10-20% zumutbar ist. Aufgrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Entscheid des BGer vom 4. Juni 2013, 9C_730/2012, E. 4.2) ist der Mittelwert, d.h. 15%, massgebend.

3.3.3 Unter der Annahme, dass die Gültigkeit dieses Zumutbarkeitsprofils zugleich als wesentliche Änderung im Sinne eines Revisionsgrundes (vgl. E. 2.4.1 hiervor) zu qualifizieren ist, was mangels Auswirkungen auf den Rentenanspruch letztlich jedoch offen bleiben kann, ist per Juli 2013 eine neue Invaliditätsgradberechnung vorzunehmen (vgl. zum Ganzen E. 4.5 hiernach). Diese hat Geltung bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 23. Februar 2018 (act. IIA 158), sind doch bis dahin keine weiteren revisionsrechtlich relevanten Tatsachenänderungen ersichtlich, wobei gleichzeitig festzuhalten ist, dass der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist und auf weitere Beweismassnahmen in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann.

4.

Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG bzw. aArt. 28 Abs. 2 IVG für die Zeit vor dem 1. Januar 2003).

4.2

4.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.2.2 Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik (BfS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BfS herausge-

gebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.4 Frühestmöglicher Rentenbeginn ist Juni 2001 (vgl. E. 3.1 hiavor). Damit ist auf diesen Zeitpunkt hin ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

4.4.1 Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden im Jahre 2001 und auch in den folgenden Jahren weiterhin bei der ... gearbeitet hätte. Gemäss den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin (vgl. Fragebogen vom 20. Februar 2002 [act. II 10]) hätte er 2001 monatlich Fr. 4'500.-- erwirtschaftet, d.h. Fr. 58'500.-- pro Jahr (Fr. 4'500.-- x 13 Monate). Dabei handelt es sich nicht um ein deutlich unterdurchschnittliches Brancheneinkommen; solches wird vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht und es besteht kein Anlass für eine allfällige Parallelisierung der Vergleichseinkommen (vgl. dazu BGE 141 V 1 E. 5.4 S. 3).

4.4.2 Was das Invalideneinkommen betrifft, so ist dieses anhand von Tabellenlöhnen zu berechnen, da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht optimal verwertet bzw. verwertete. Gemäss dem Totalwert im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) der Tabelle TA1 der LSE 2000 betrug das monatliche Einkommen für Männer im Jahr 2000 Fr. 4'437.--. Aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.9 Stunden (vgl. Totalwert der Tabelle betriebsüblich-

che Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche) und die Nominallohnentwicklung per 2001 (Tabelle T1.93, Nominallohnindex, Totalwert, Männer) sowie einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von vier Stunden täglich (vgl. E. 3.3.1 hiervor) ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 27'271.95 (Fr. 4'437.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.9 Stunden / 106.5 [2000] x 109.1 [2001] / 41.9 Stunden x 20 Stunden). Weiter hat die Beschwerdegegnerin einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn von 10% gewährt, was aufgrund sämtlicher Umstände nicht zu beanstanden ist. Damit beläuft sich das Invalideneinkommen auf Fr. 24'544.75 (Fr. 27'271.95 x 90%).

4.4.3 Ab dem 1. Juni 2001 besteht damit bei einer invaliditätsbedingten Einbusse von Fr. 33'955.25 (Fr. 58'500.-- – Fr. 24'544.75) bzw. einem Invaliditätsgrad von gerundet 58% (Fr. 33'955.25 / 58'500.-- x 100%) Anspruch auf eine halbe Invalidenrente.

4.5

Nachfolgend ist der IV-Grad ab Juli 2013 zu ermitteln (vgl. E. 3.3.2 hiervor).

4.5.1 Was das Valideneinkommen betrifft, ist vorab festzuhalten, dass über die ehemalige Arbeitgeberin des Beschwerdeführers am 23. April 2009 der Konkurs eröffnet wurde (vgl. www.zefix.ch) und der Beschwerdeführer somit im Juli 2013 auch im Gesundheitsfall nicht mehr bei ihr arbeiten würde. Damit kann das dort erzielte Einkommen nicht mehr für die Bestimmung des Valideneinkommens herangezogen werden (Entscheid des BGer vom 21. Oktober 2014, 9C_378/2014, E. 4.3.1) und Letzteres ist auf der Grundlage statistischer Durchschnittslöhne zu ermitteln.

Gemäss den Akten (vgl. u.a. act. II 10 S. 1 Ziff. 5, 38 S. 5 Ziff. 2.2, act. IIA 101 S. 13, 112.1 S. 13) absolvierte der Beschwerdeführer in seiner Heimat die Ausbildung zum ... bzw. ... und ab 1977 arbeitete er in der Schweiz als ..., ..., ... und Dabei handelt es sich nicht um einfache und repetitive (Hilfsarbeiter-)Tätigkeiten, weshalb – insbesondere unter Berücksichtigung der mit der langen Arbeitstätigkeit verbundenen erheblichen Berufserfahrung – vom Kompetenzniveau 2 der anwendbaren LSE auszugehen ist (vgl. auch Entscheid des BGer vom 13. Dezember 2010, 8C_439/2010, E. 3.3.3).

Der Beschwerdeführer hätte gemäss der anwendbaren LSE 2012, Tabelle TA1, Baugewerbe, Kompetenzniveau 2, Männer, monatlich ein Einkommen von Fr. 5'874.-- erzielen können. Aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.5 Stunden (Tabelle betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Ziff. 41-43 [Baugewerbe/Bau]) sowie die Nominallohnentwicklung per 2013 (Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer Ziff. 41-43 [Baugewerbe/Bau]) ergibt sich pro Juli 2013 ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 73'562.75 (Fr. 5'874.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.5 Stunden / 101.7 [2012] x 102.3 [2013]).

4.5.2 Was das Invalideneinkommen ab Juli 2013 betrifft, lag das monatliche Einkommen gemäss dem Totalwert der Tabelle TA1 der LSE 2012 im Kompetenzniveau 1 bei Männern bei Fr. 5'210.--. Aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Totalwert der Tabelle betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche) und die Nominallohnentwicklung per 2012 (Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Totalwert, Männer) sowie die zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von sechs Stunden täglich bei einer zusätzlichen Einschränkung von 15% (vgl. E. 3.3.2 hiervoor) resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 40'170.-- (Fr. 5'210.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.7 Stunden / 101.7 [2012] x 102.5 [2013] / 41.7 Stunden x 30 Stunden x 85%). Zusätzlich ist wegen der gesundheitlichen Einschränkungen, welche sich auch bei einfachen Tätigkeiten manifestieren, ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn von 10% zu gewähren (vgl. E. 4.4.2 hiervoor). Damit beläuft sich das Invalideneinkommen auf Fr. 36'153.-- (Fr. 40'170.-- x 90%).

4.5.3 Bei einer ab Juli 2013 bestehenden invaliditätsbedingten Einbusse von Fr. 37'409.75 (Fr. 73'562.75 – Fr. 36'153.--) ergibt sich ein Invaliditätsgrad von gerundet 51% (Fr. 37'409.75 / Fr. 73'562.75 x 100%). Damit bleibt es beim Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Invalidenrente.

4.6 Zusammenfassend hat der Beschwerdeführer ab 1. Juni 2001 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechters. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Unter Berücksichtigung des gutgeheissenen Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 9. Juli 2018) wird er – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

5.2 Aufgrund seines Unterliegens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Festzusetzen bleibt indes das amtliche Honorar von Rechtsanwalt B._____.

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

5.2.2 Die Kostennote vom 18. Juli 2018, in welcher Rechtsanwalt B._____ einen Aufwand von 10.5 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 41.60 geltend macht, ist nicht zu beanstanden. Somit ist der tarif-

mässige Parteikostenersatz auf Fr. 2'871.95 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzulegen. Entsprechend ist das amtliche Honorar auf Fr. 2'306.50 (Fr. 2'100.-- [10.5 Stunden à Fr. 200.--] zuzüglich Auslagen von Fr. 41.60 und MWSt. von Fr. 164.90 [7.7% von Fr. 2'141.60]) festzusetzen und Rechtsanwalt B._____ aus der Gerichtskasse zu vergüten. Der Beschwerdeführer hat dem Kanton Bern diese Kosten nach den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO – d.h. sobald er innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist – nachzubezahlen (Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'871.95 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'306.50 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- 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.