



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Augustinergasse 3, Postfach 1654, 1701 Freiburg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2017 270

605 2017 271

Urteil vom 15. November 2018

I. Sozialversicherungsgerichtshof

Besetzung

Präsident:

Marc Boivin

Richter:

Susanne Fankhauser,

Marc Sugnaux

Gerichtsschreiber-Berichterstatter:

Bernhard Schaaf

Parteien

A._____, **Beschwerdeführer**, vertreten durch Rechtsanwalt Lorenz Fivian

gegen

**INVALIDENVERSICHERUNGSSTELLE DES KANTONS FREIBURG,
Vorinstanz**

Gegenstand

Invalidenversicherung – Revision, psychische Beschwerden

Beschwerde vom 20. November 2017 gegen die Verfügung vom 19. Oktober 2017

Sachverhalt

A. A._____, geboren 1966, Staatsbürger des Kosovos, in zweiter Ehe verheiratet, Vater von vier (geb. 2003, 2005, 2008 und 2010) Kindern, wohnhaft in B._____, reiste 1993 in die Schweiz ein. 2001 schloss er erfolgreich die Lehre zum Strassenbauer ab. Ab dem 25. April 2005 bestand eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit, nachdem er auf der Arbeitsstelle gestürzt war. Einen Tag später wurde er aufgrund einer Diskushernie operiert (Mikrodiskektomie L5-S1).

Am 23. Oktober 2006 meldete er sich wegen Rücken- und Beinbeschwerden für den Leistungsbezug bei der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg (nachfolgend: IV-Stelle) an. Mit Verfügung vom 8. Juli 2008 verneinte diese den Rentenanspruch (Invaliditätsgrad 30%). Eine dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Kantonsgericht Freiburg am 27. März 2009 abgewiesen (Dossier 605 2008 382).

B. Am 7. April 2011 meldete er sich erneut zum Leistungsbezug an und machte eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend. Mit Vorbescheid vom 16. April 2012 stellte die IV-Stelle eine halbe IV-Rente (Invaliditätsgrad 54%) in Aussicht. Nachdem dagegen Einwände erhoben worden waren, ordnete die IV-Stelle eine rheumatologische und eine psychiatrische Begutachtung an. Dr. med. C._____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, ging von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus. Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnte eine Arbeitsfähigkeit von 50% in einer angepassten Tätigkeit, gab aber keine definitive Schlussfolgerung ab. Ein weiteres Gutachten von Dr. med. E._____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, ergab eine nicht invalidisierende somatoforme Schmerzstörung. Gestützt auf die Gutachten C._____ und E._____ verneinte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 3. Oktober 2014 erneut einen Rentenanspruch.

Auch dagegen wurden Einwände erhoben. Am 24. März 2016 ordnete die IV-Stelle eine weitere rheumatologische-psychiatrische Abklärung an. Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ging ab 2011 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit aus. Dr. med. G._____, Facharzt für physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, erachtete eine leichte wechselbelastende Tätigkeit im Vollpensum als zumutbar an.

Gestützt auf die Gutachten G._____ und E._____ lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. Oktober 2017 das Leistungsbegehren, aufgrund eines Invaliditätsgrades von 15%, ein weiteres Mal ab.

C. Am 20. November 2017 erhebt A._____, vertreten durch Rechtsanwalt Lorenz Fivian, B._____, Beschwerde beim Kantonsgericht Freiburg und beantragt, die Verfügung vom 19. Oktober 2017 sei aufzuheben und die Angelegenheit an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit diese über den Rentenanspruch neu verfüge. Ferner stellt er ein Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (URP-Gesuch). Zur Begründung bringt er vor, die IV-Stelle habe es unterlassen, sich mit dem überzeugenden Gutachten F._____ auseinanderzusetzen.

Die IV-Stelle hält in ihren Bemerkungen vom 4. Januar 2018 an ihrer Verfügung fest und beantragt die Abweisung der Beschwerde. Der psychische Gesundheitszustand sei seit 2014 stationär. Beim Gutachten F._____ handle es sich einzig um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes.

Im weiteren Verfahren reichte der Beschwerdeführer zweimal einen Arztbericht ein, der der IV-Stelle jeweils zur Kenntnisnahme zugestellt wurde.

Die weiteren Elemente des Sachverhalts ergeben sich, soweit sie für die Urteilsfindung massgebend sind, aus den nachfolgenden rechtlichen Erwägungen.

Erwägungen

1.

Die Beschwerde vom 20. November 2017 gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 19. Oktober 2017 ist durch einen ordentlich bevollmächtigten Rechtsvertreter fristgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Der Beschwerdeführer hat ein schutzwürdiges Interesse, dass das Kantonsgesetzgebungsrat, I. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob er Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat.

Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2.

2.1. Im Sinne von Art. 8 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), welches hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zur Anwendung kommt, ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG kann Invalidität die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Versicherte haben gemäss Art. 28 IVG Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid sind.

2.2. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG i. V. m. Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Förderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 3.7.1 mit Hinweisen). Gemäss bisheriger Rechtsprechung begründeten eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden als solche noch keine Invalidität. Es bestand die Vermutung, die Störung oder

ihre Folgen seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar. Dennoch wurde bei solchen Leiden ausnahmsweise eine Invalidität angenommen, was anhand der sog. Förster-Kriterien geprüft wurde. Im Vordergrund stand die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer (BGE 130 V 352).

In BGE 141 V 281 wurde diese Rechtsprechung teilweise geändert und dabei namentlich die Überwindbarkeitsvermutung aufgehoben. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells trat ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird. Die auf Begrifflichkeiten des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens kann indes nur zu einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung führen, wenn sie unter dem Gesichtspunkt der – bis anhin in der Praxis zu wenig beachteten – Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (Urteil BGer 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 2.2, 3 und 4.1 mit zahlreichen Hinweisen). Gemäss BGE 143 V 418 sind sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen.

Das Invalidenversicherungsrecht klammert soziale Faktoren so weit aus, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden hingegen auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen. Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie mithin ausser Acht. Andererseits können psychosoziale Belastungsfaktoren mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, welche ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, wenn sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern (Urteil BGer 9C_680/2017 vom 22. Juni 2018 E. 5.2 mit Hinweisen).

2.3. Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird gemäss Art. 17 ATSG die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Der zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung (BGE 133 V 108; 130 V 71 E. 3.2.3). Falls die IV nach einer erstmaligen Rentenablehnung auf eine Neuanmeldung eintritt, so ist analog zu einer Rentenrevision zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten materiellen Abweisung eines Gesuchs in einer anspruchrelevanten Weise verändert haben (BGE 130 V 71 E. 3.1). Eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt keine relevante Änderung dar (BGE 112 V 371 E. 2b; in BGE 136 V 216 nicht publizierte E. 3.2 des Urteils BGer 8C_972/2009, publiziert in SVR 2011 IV Nr. 1 S. 1 mit Hinweis).

2.4. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (Befunderhebung, Diagnosestellung) und Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte in seinen körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt, d. h. arbeitsunfähig ist (BGE 130 V 97 E. 3.3.2; 115 V 133 E. 2c; 107 V 17 E. 2b; 105 V 156 E. 1). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wird nach dem Mass bestimmt, in welchem der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen an seinem angestammten Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massgebend ist hingegen die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 111 V 235 E. 1b mit Hinweisen). Bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf hat der Versicherte andere ihm offen stehende Erwerbsmöglichkeiten auszuschöpfen (BGE 115 V 404 E. 2; 114 V 281 E. 1d). Auch die Zumutbarkeit einer Invalidentätigkeit ist vor allem aus medizinischer Sicht zu beurteilen, wobei dieser Sachverhalt aufgrund des objektiven Befundes durch die Ärzte bestimmt wird (BGE 107 V 20 E. 2b; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, 1995, S. 201). Insbesondere ist dabei nicht auf das subjektive Empfinden des Versicherten abzustellen, hätte es doch dieser ansonsten in der Hand, seinen Invaliditätsgrad selbst zu bestimmen.

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). Für diesen Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des – möglichen – Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Erlass des Einspracheentscheidens zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 129 V 222).

2.5. Der Sozialversicherungsrichter prüft objektiv alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen und entscheidet danach, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen des Experten 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 (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc mit Hinweisen).

Die Frage, ob und in welchem Umfang die Feststellungen in einem medizinischen Gutachten anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf die Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, ist rechtlicher Natur und damit frei überprüfbar. Darum kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer Expertise abgewichen werden, ohne dass sie ihren

Beweiswert gänzlich einbüsst (Urteil BGer 8C_24/2018 vom 27. Juni 2018 E. 5.1 mit Hinweisen). Erfüllt aber ein Gutachten sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen, ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens findet nicht statt (Urteil BGer 8C_676/2017 vom 28. Februar 2018 E. 6.2.5 mit Hinweisen). Entscheidend bleibt jedoch letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenan-sprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3; 143 V 418 E. 6).

3.

Es ist streitig, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat.

3.1. Der Beschwerdeführer bringt vor, die IV-Stelle setze sich in Missachtung der Officialma-xime nicht mit dem Gutachten von Dr. med. F._____ auseinander. Gemäss diesem bestehe seit 2011 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Demgegenüber stelle die IV-Stelle auf das Gutach-ten E._____ ab. Dieses sei jedoch wegen objektiver Befangenheit des Gutachters aus dem Recht zu weisen.

3.2. Zunächst ist zu prüfen, ob seit der letzten, das Leistungsbegehren abweisenden Verfügung vom 8. Juli 2008 (IV-Akten, S. 337 ff.) eine revisionsrechtlich erhebliche Veränderung eingetreten ist.

Für die leistungsabweisende Verfügung vom 8. Juli 2008 stützte sich die IV-Stelle namentlich auf den Bericht der H._____. Die Ärzte dieser Klinik hielten am 21. Dezember 2007 (IV-Akten, S. 313 ff.) fest, es bestehe ein Status nach Mikrodiskektomie L5/S1 rechts bei traumatischer Diskushernie L5/S1 mit persistierender sensomotorischer Ausfallsymptomatik ohne Hinweis auf eine Rezidivdiskushernie bzw. Nervenwurzelkompression. Eine angepasste Tätigkeit sei zu ca. 6 Stunden pro Tag möglich bei voller Leistungsfähigkeit.

Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (nachfolgend: RAD) übernahm am 8. Februar 2008 (IV-Akten, S. 318 f.) diese Einschätzung (Arbeitsfähigkeit von 75% in einer angepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit). Der Beschwerdeführer nehme wegen der angeblich starken Schmerzen eine massive Schon- und Vermeidungshaltung ein und sei nicht motiviert zur Arbeitsaufnahme.

Ferner diagnostizierte Dr. med. J._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, am 21. Juni 2008 (IV-Akten, S. 332 ff.) auf ihrem Fachgebiet ein Entwurzelungssyndrom, verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung mit/bei Alleinleben und ohne soziales Umfeld (Ehe-frau und zwei Kinder im Kosovo), seit April 2005 ohne Arbeit und Beschäftigung und dadurch Entwicklung eines depressiven Zustandbildes mit Vermeidungs- und Opferhaltung sowie Renten-begehrlichkeit. Der Beschwerdeführer klage über Schmerzen, die nicht objektiviert werden

könnten. Die Schmerzen seien somatoformer Art und in Verbindung mit einer psychosozialen Belastung zu sehen.

3.3. Die IV-Stelle ist auf die Neuanmeldung vom 7. April 2011 eingetreten und holte unter anderem diverse Gutachten ein, in welchen die Akten jeweils korrekt wiedergegeben wurden.

In somatischer Hinsicht liegen das Gutachten C. _____ vom 27. Juni 2013 (IV-Akten, S. 607 ff.) sowie das Gutachten G. _____ vom 10. August 2016 (IV-Akten, S. 872 ff.) vor. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. C. _____ ein chronisches mehrheitlich diffuses lumboschialgiformes Schmerzsyndrom rechtsbetont seit 2005, einen Status nach bilateraler Femurkopfnekrose ohne Einsinterung der Femurköpfe sowie eine weit vordergründige psychosozial konditionierte Schmerzperzeptions- und Verarbeitungsstörung fest. Es gäbe keine objektiven Zeichen einer persistierenden Nervenkompression. Aus rein somatischer Sicht bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit.

Dr. med. G. _____ bestätigte diese Einschätzung. Als Hauptdiagnose nannte er eine chronische Schmerzkrankheit mit somatischen und psychischen Faktoren. In seinem Fachgebiet vermerkte er im Vergleich zu Dr. med. C. _____ zusätzlich eine leichte beidseitige Coxarthrose. Im Vordergrund stehe eine seit Jahren andauernde sekundäre Schmerzausweitung mit peripherer und zentraler Sensibilisierung, was zur Schonhaltung und Dekonditionierung geführt habe. Hinweis, dass die seit 2011 verwendeten Gehstöcke nicht notwendig seien, seien nicht umgesetzt worden. Aus rein rheumatologischer Sicht sei weiterhin eine ganztägige wechselbelastende Tätigkeit zumutbar. Aktuell sei eine deutliche Schmerzausweitung und erhebliche Symptomausweitung vorhanden mit hochgradigem Verdacht auf eine psychosomatische vordergründige Komponente. Der Schweregrad der funktionellen Beschwerden sei anhand der Klinik und der vorliegenden Testung als stark einzuschätzen und der Beschwerdeführer verfüge nur über wenig persönliche Ressourcen.

Betreffend die Psyche liegen drei Gutachten vor. Dr. med. D. _____ diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) mit/bei reaktiver (symptomatischer) ängstlich-depressiver Entwicklung sowie reaktiver Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien namentlich eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F68.0) mit/bei Vermeidungshaltung, Selbstlimitierung und Verdacht auf Rentenbegehrlichkeit bei mehrfacher psychosozialer Belastungssituation, iatrogener Opiatabhängigkeit (F11.25) und Abusus von Analgetika (F55.2). Er notierte einen echt wirkenden, spürbaren Leidensdruck und verneinte Anhaltspunkte für eine bewusste Simulation/Aggravation. Der Beschwerdeführer wirke bei der Darstellung seiner Beschwerden traurig, habe teilweise Mühe mit der genauen Erinnerung der Biographie, sei stark auf die Beschwerden fixiert, der Antrieb sei leicht vermindert. Eine beklagte Konzentrationsschwäche konnte klinisch nicht beobachtet werden. Dr. med. D. _____ bejahte die Förster-Kriterien teilweise und ging von einer Arbeitsfähigkeit von 50% aus, die wahrscheinlich erhöht werden könne. So würden beispielsweise diverse Medikamente eine weit unterhalb des Wirkungsbereichs liegende Plasmakonzentration aufweisen. Zum allfälligen Vorliegen einer Invalidität aus psychiatrischer Sicht könne deshalb noch nicht Stellung bezogen werden (vgl. Gutachten vom 8. August 2013; IV-Akten, S. 622 ff.).

Dr. med. E. _____ diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) sowie eine Persönlichkeit mit akzentuierten narzisstischen, emotional unreifen und impulsiven Zügen (Z 73.1), beide ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Eine psychische Komorbidität sei zu verneinen. Es bestehe seit Jahren eine ausgeprägte und eindeutig inadäquate Schmerzfixierung

mit Konzentration auf vermeintliche Behinderungen und ein starkes subjektives Schmerzerleben, dabei sei es mittlerweile zu einer gewissen Symptomausweitung mit immer neuen Somatisierungen und einer erheblichen Selbstlimitierung gekommen. Die vom behandelnden Psychiater Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Bericht vom 2. Juli 2012; IV-Akten, S. 561 ff.), sowie von der L. _____ (vgl. Bericht vom 3. Januar 2013; IV-Akten, S. 591 ff.) gestellte Depressions-Diagnose F33 sei nicht gerechtfertigt. Die depressiven Symptome stünden im Zusammenhang mit der somatoformen Schmerzstörung. Ferner würden vor allem krankheitsfremde Aspekte dominieren und es lägen eindeutige Aggravationstendenzen vor. Er ging von einer vollen Arbeitsfähigkeit bei einer um 20% verminderten Leistungsfähigkeit aus (vgl. Gutachten vom 14. April 2014; IV-Akten, S. 685 ff.).

Dr. med. F. _____ hielt am 30. Mai 2016 (IV-Akten, S. 831 ff.) eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11); eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41; Differentialdiagnose: Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom [F62.80]), ein iatrogenes Opiat- (F11.2) sowie Benzodiazepin-Abhängigkeitssyndrom (F13.2) fest. Die Diagnosen würden sich in ihren funktionellen Auswirkungen gegenseitig verstärken. Es bestünden mehrere invaliditätsfremde Faktoren. Deren Quantifizierung sei jedoch nicht möglich. Er verneinte eine Simulation. Es bestehe zwar eine verdeutlichende Darstellung. Diese Aggravationstendenzen seien jedoch Teil der Erkrankung und nicht als bewusste Aggravation zu werten. Es seien kaum mehr persönliche Ressourcen festzustellen und der Beschwerdeführer sei sozial weitgehend isoliert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 80–100%.

3.4. In somatischer Hinsicht liegt im Vergleich zur leistungsablehnenden Verfügung vom 8. Juli 2008, in der von einer Arbeitsfähigkeit von 75% in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen wurde, seit 2011 zusätzlich eine beidseitige aseptische Nekrose beider Femurköpfe vor. Dennoch ergibt sich aus somatischer Hinsicht keine revisionsrechtlich erhebliche Veränderung, da gemäss den vom Beschwerdeführer nicht kritisierten rheumatologischen Gutachten in einer angepassten Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Daran ändert die Hüftoperation vom 25. April 2017 (IV-Akten, S. 927 f.) nichts. Diesbezüglich zeigte sich ein erfreulicher Verlauf (vgl. Bericht der M. _____ vom 23. Juni 2017; IV-Akten, S. 931 f.) und gemäss Dr. med. N. _____, Facharzt für Chirurgie des RAD besteht eine reduzierte Arbeitsfähigkeit nur während maximal drei Monaten (vgl. Bericht vom 11. Oktober 2017; IV-Akten, S. 937 ff.).

3.5. Bezüglich der psychischen Seite des Falls ist die IV-Stelle der Ansicht, zwischen 2014 und 2016 sei es nicht zu einer Änderung gekommen, weshalb das Gutachten F. _____ eine andere Beurteilung eines an sich gleich gebliebenen Sachverhalts darstelle und weiterhin auf das Gutachten E. _____, worin eine invalidisierende Diagnose verneint werde, abgestützt werden könne. Die IV-Stelle scheint zu übersehen, dass der Umstand, dass bereits 2012 und 2014 ein Vorbescheid erlassen wurde, nicht von Bedeutung ist. Auch hinsichtlich der Psyche ist zu prüfen, ob es seit der rechtskräftigen Verfügung vom 8. Juli 2008 zu einer relevanten Änderung gekommen ist oder nicht.

Damals war der Beschwerdeführer einzig – auf Anraten des IV-Berufsberaters – kurz bei Dr. med. J. _____ in Behandlung. Diese ging von einem Entwurzelungssyndrom aus und erachtete – ohne eine genaue Diagnose zu stellen – die Schmerzen als somatoformer Art. Seit dem 1. März 2012 ist der Beschwerdeführer in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. K. _____ mit einem zweiwöchigen Behandlungsrhythmus. Zudem wird er einmal pro Woche durch die Psychiatrie-Spitex ambulant unterstützt (vgl. Bericht vom 2. Juli 2012, IV-Akten, S. 561 ff.). Weiter war der Beschwerdeführer aus psychischen Gründen vom 30. November bis 21. Dezember 2012 in der

L. _____, vom 13. April bis 2. Mai 2014 in der O. _____ sowie vom 28. September bis 20. Oktober 2015 und vom 4. bis 18. April 2017 im P. _____ hospitalisiert. Bereits diese Fakten weisen auf eine Verschlechterung hin.

Entscheidend ist vorliegend, ob mit der IV-Stelle auf das Gutachten von Dr. med. E. _____ oder – wie der Beschwerdeführer geltend macht – auf dasjenige von Dr. med. F. _____ abzustellen ist.

3.5.1 Wie die IV-Stelle, gestützt auf die Stellungnahme von Dr. med. Q. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin des RAD vom 24. November 2015 (IV-Akten, S. 795 f.), zunächst zutreffend erkannte, ermöglicht das Gutachten von Dr. med. E. _____ keine rechtskonforme Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach dem strukturierten Beweisverfahren im Sinne von BGE 141 V 281. Daher hat sie eine erneute bidisziplinäre Begutachtung (durch Dres. G. _____ und F. _____) angeordnet. Der RAD-Arzt hatte festgestellt, dass aufgrund des Gutachtens von Dr. med. E. _____ nicht alle nunmehr wesentlichen Fragen beantwortet werden könnten, da namentlich die – früher grundsätzlich nicht relevanten – psychosozialen Probleme von Dr. med. E. _____ auf die Seite geschoben worden seien.

Ferner muss ein psychiatrisches Gutachten eine lege artis anhand eines wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystems gestellte Diagnose enthalten (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2), welche (nur aber immerhin) Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Arbeitsunfähigkeit bildet (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6). Gemäss BGE 141 V 281 sollen die Sachverständigen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40) so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Dem diagnoseinhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung ist vermehrt Rechnung zu tragen, denn diese Diagnose setzt per definitionem Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen voraus (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 mit Hinweisen). Dr. med. E. _____ begründet die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Wesentlichen damit, die geklagten Beschwerden seien nicht durch objektivierbare somatische Befunde erklärbar und es lägen psychosoziale Belastungsfaktoren vor, was für eine nachvollziehbare Diagnosestellung nicht genügt. Insbesondere unterlässt er es genauer zu erläutern, weshalb zwar das diagnostische Kriterium, emotionale Konflikte oder psychosoziale Belastungen, die schwerwiegend genug sind, um als entscheidende ursächliche Faktoren gelten zu können (vgl. ICD-10 Ziff. F45.40), erfüllt ist, die Störung aber dennoch ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sein soll. Er begnügt sich damit, die Förster-Kriterien zu diskutieren, welche aber nicht durch den Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. dem Gericht zu diskutieren sind bzw. waren (vgl. Urteil BGer 8C_822/2013 vom 4. Juni 2014 E. 1.2). Fehlt es somit, wie hier, an einer nachvollziehbaren Diagnosestellung, entspricht das Gutachten den (neuen) Anforderungen an eine medizinische Expertise nicht, weshalb bereits deshalb nicht auf das Gutachten E. _____ abgestellt werden kann.

Weiter begründet er nicht, weshalb er von einer Aggravation als bewusst gesteuerte Verschlimmerung ausgeht im Gegensatz zu einer Verdeutlichung, die gemäss ihm bei somatoformen Störungen sogar per definitionem zum Krankheitsbild gehört, aus dem meist unbewussten Motiv des Patienten heraus, Angehörige und Ärzte vom Vorhandensein der Beschwerden zu überzeugen. Gemäss der Rechtsprechung liegt Aggravation oder eine ähnliche Konstellation namentlich vor, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch

genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (Urteil BGer 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.1 mit Hinweisen). Daran fehlt es aber im Gutachten E._____.

Überdies wird im Gutachten F._____ darauf hingewiesen, dass das von Dr. med. E._____ verwendete Major Depression Konzept nicht dem aktuellen Wissensstand entspreche, sondern veraltet sei. Dies ist insoweit korrekt, als dieser Begriff in der DSM-IV noch verwendet wurde, jedoch nicht mehr in der DSM-V von 2013. Die ICD-10 nennt die Major Depression jeweils nur als inbegriffen bei schweren depressiven Episoden (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3), nicht aber bei leichten oder mittelgradigen Episoden, weshalb die Aussage von Dr. med. E._____, es sei nicht von einer echten rezidivierenden depressiven Störung entsprechend der Definition der ICD-10 F33 im Sinne des "Major depression"-Konzepts auszugehen, nicht schlüssig ist. Zumal hier, abgesehen von einer zu Beginn vom behandelnden Psychiater festgehaltenen schweren depressiven Episode, überwiegend von einer mittelgradigen Episode ausgegangen wird.

Schliesslich besteht im Gutachten E._____ auch ein Widerspruch darin, als er einerseits erklärt, die gestellten Diagnosen seien ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und er andererseits eine um 20% verminderte Leistungseinschränkung attestiert.

Auf das Gutachten E._____ kann deshalb nicht abgestellt werden. Damit erübrigt es sich, auf den erhobenen Vorwurf der objektiven Befangenheit von Dr. med. E._____ einzugehen. Im Nachfolgenden wird deshalb das von der IV-Stelle nicht berücksichtigte Gutachten F._____ einer Prüfung unterzogen.

3.5.2 Der Beschwerdeführer gab bei Dr. med. F._____ an, er liege meist schon lange wach im Bett, wenn er um 8 Uhr aufstehe, um seine Medikamente zu nehmen. Nachher lege er sich oft erneut für 1–2 Stunden hin, da er sich morgens jeweils schlecht und ohne Kraft fühle. Je nach Zustand versuche er die notwendigen Haushaltsarbeiten zu erledigen. Ansonsten liege er meistens auf dem Sofa vor dem Fernseher. Er nehme nur einmal pro Tag, zwischen 13 und 16 Uhr, eine richtige Mahlzeit, bestehend aus altem Brot mit Käse, ein. Zudem esse er über den Tag verteilt frische Früchte. Wenn er die Wohnung verlassen müsse, gehe dies nachmittags. Er verlasse diese aber so selten wie möglich und kaufe maximal einmal in der Woche in der Nähe ein. Teilweise lasse er sich die Einkäufe nach Hause bringen. Am Abend schaue er fern, bis er einschlafe und gehe dann zu Bett. Während der Nacht erwache er mehrmals. Er gehe weder Hobbies noch Freizeitsaktivitäten nach. Er habe einen Kollegen in Bern sowie sporadischen telefonischen Kontakt mit seiner Familie, die kein Verständnis für seine Probleme habe. Zuletzt sei er im Dezember 2015 im Kosovo gewesen.

Dr. med. F._____ diagnostizierte – übereinstimmend mit Dr. med. D._____ – eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Die hierfür relevanten Diagnosekriterien seien zweifelsfrei erfüllt. So habe die Schmerzsymptomatik mit einem tatsächli-

chen körperlich begründeten Schmerz [Diskushernie] begonnen, der sich im Verlauf immer mehr mit psychischen Faktoren überlagert habe. Dieser Prozess sei nun weit über sechs Monate anhaltend und stelle den Hauptfokus der Aufmerksamkeit des Beschwerdeführers dar, der nach wie vor von einer wesentlichen körperlichen Ursache für seine Schmerzen ausgehe und immer wieder ärztliche Hilfe aufsuche. Der empfundene Schmerz schränke den Alltag erheblich ein. Typischerweise sei der nun lange Krankheitsverlauf mit einer langsamen konsekutiven Verschlechterung und dem Ringen um Anerkennung verbunden. In diesem Rahmen sei auch die Verdeutlichungstendenz des Versicherten zu verstehen. Diese Aggravationstendenzen seien typisch für eine schwere chronifizierte Schmerzstörung und selbst ein Teil der Krankheit und würden mit der fehlenden Anerkennung der Erkrankung über den Verlauf zunehmen. Der Schmerz habe seine Leit- und Warnfunktion verloren und sei zu einem selbstständigen Krankheitswert geworden. Alle bisherigen Bewältigungsversuche – trotz therapeutischer Unterstützung – seien weitgehend misslungen, was zu zusätzlichen therapiebedürftigen psychischen Auffälligkeiten geführt habe.

Trotz ersten Hinweisen 2007 habe sich erst 2011 mit der Femurkopfnekrose eine ausgeprägte depressive Symptomatik entwickelt, die ab 2012 zu einer psychiatrischen Behandlung geführt habe. Die Diagnosekriterien für eine depressive Episode mit somatischem Syndrom seien erfüllt, weshalb diese als eigenständig zu betrachten sei. Unter Berücksichtigung der Überlagerung mit der chronischen Schmerzstörung und den hiermit verbundenen krankheitsbedingten Verdeutlichungstendenzen, sei nur eine mittelschwer ausgeprägte depressive Symptomatik festzuhalten. Da es erst in deren Folge zu Panikattacken gekommen sei, sei für diese Problematik keine eigenständige Diagnose zu stellen. Der Gutachter verneinte eine von der P. _____ (vgl. Bericht vom 10. November 2015; IV-Akten, S. 807 ff.) geltend gemachte Persönlichkeitsstörung, da es bis zum Unfall von 2005 zu keinen psychischen Auffälligkeiten gekommen war.

In Bezug auf den Komplex "Gesundheitsschaden" (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1) hielt er fest, der vom Beschwerdeführer empfundene Schmerz führe zu einer erheblichen Einschränkung im Alltag. Es lägen zwar mehrere invaliditätsfremde Faktoren (Erwerbslosigkeit seit 2006 und dadurch verursachte wirtschaftlich schwierige Lage, Trennung von Kernfamilie und soziokulturellem Hintergrund, Verlust der in seiner Heimat verankerten Rolle als Familienoberhaupt und Ernährer) vor, welche die Gesamtsituation negativ beeinflussen würden. Wegen des langen chronischen Verlaufs mit hinzugekommener depressiver Erkrankung und hieraus entstandenen Funktionseinschränkungen sei aber eine genaue Quantifizierung der verschiedenen Einflussfaktoren von psychiatrischer Seite nicht mehr eindeutig möglich. Die aggravierende Darstellung der Beschwerden geschehe mehrheitlich unbewusst, im Rahmen der Suche nach Anerkennung der Beschwerden, und nehme über einen langen Verlauf dieser Erkrankung zu und sei deshalb weitgehend als krankheitsbedingt anzusehen. Er verneinte explizit, wie vor ihm Dr. med. D. _____, eine Simulation.

Hinsichtlich der psychiatrischen Komorbidität und den körperlichen Begleiterkrankungen, die heute zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst sind, ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswerten Störungen vorzunehmen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3.). Weiter fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1). Der Gutachter geht, wie gesehen, von einer mittelschweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom aus, welche er als eigenständige Krankheit erachtete. Betreffend die beiden Abhängigkeitssyndrome sei nicht davon auszugehen, dass die dadurch verursachten Funktionseinschränkungen irreversibel seien. Die gestellten psychiatrischen Diagnosen würden sich in ihren funktionellen Auswirkungen jedoch gegenseitig verstärken. Darüber hinaus würden sich der chronische

Krankheitsverlauf der Schmerzstörung sowie die im Verlauf hinzugekommene depressive Erkrankung deutlich negativ auswirken.

Die seit 2012 stattfindende Behandlung sei *lege artis* und gemäss dem Blutspiegel würden die Medikamente regelmässig eingenommen. Es bestehe eine erhebliche Chronifizierung, weshalb insgesamt aufgrund des Verlaufs und der komplexen Wechselwirkung der psychiatrischen Diagnosen von einer äusserst schwierigen Behandelbarkeit ausgegangen werden müsse. Selbst bei einer weiteren Optimierung derselben, sei nicht eine wesentliche schnelle Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Die Eingliederung werde durch das Krankheitsbild selber erschwert. Eingliederungsmassnahmen seien wenig erfolgsversprechend und nur möglich, falls bei der depressiven Problematik eine starke Verbesserung erreicht werden könne. Doch auch so wäre bereits ein tiefprozentiger Arbeitsbeginn im geschützten Rahmen als Erfolg zu werten.

Zum Komplex Persönlichkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.2) hielt er beim psychiatrischen Befund fest, es bestehe keine Auffassungsstörung. Die Aufmerksamkeit sei zu Beginn normal, gegen Ende der Untersuchung leicht eingeschränkt. Die Konzentration ihrerseits sei zu Beginn leicht und gegen Ende mittelgradig vermindert. Auch die Merkfähigkeit über eine Zeitspanne von zehn Minuten sei mittelgradig vermindert. Beim formalen Denken bestehe eine leichte Verlangsamung sowie mittelschwer ausgeprägtes Grübeln und Gedankenkreisen. Es zeigten sich aber weder inhaltliche Denkstörungen noch Wahnsymptome. Ich-Störungen und Sinnesstörungen würden vom Beschwerdeführer verneint. Der Affekt sei mittelgradig zum depressiven Pol hin ausgelenkt. Die Schwingungsfähigkeit sei deutlich reduziert, aber nicht vollständig aufgehoben. Der Antrieb sei mittelgradig reduziert. Als Ressourcen lägen einzig gute Deutschkenntnisse sowie die Fähigkeit, sich Hilfe zu organisieren (Anwalt, Elektroscooter) vor. Veränderungen der Persönlichkeit ergäben sich aus dem langen Verlauf der Krankheit und wären differentialdiagnostisch als andauernde Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80) zu werten.

Bezüglich des Komplexes "Sozialer Kontext" (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3) notierte er, der Beschwerdeführer sei sozial weitgehend isoliert. In seinem privaten Umfeld könnten keine wesentlichen Ressourcen festgestellt werden. Er werde jedoch von professioneller Seite (Spitex) intensiv unterstützt. Eine Ausweitung dieses Helfernetzes sei eher kontraproduktiv.

Schliesslich verneinte er Diskrepanzen zwischen den geschilderten Symptomen, dem gezeigten Verhalten während der Untersuchung, der Aktenlage sowie den angegebenen Alltagsaktivitäten und bejahte damit ebenfalls die Konsistenz.

3.5.3. Die Angaben von Dr. med. F. _____ sind schlüssig und nachvollziehbar. Dies bereits, was die von ihm diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren betrifft. So sind bei dieser Diagnose gemäss der ICD-10 (vgl. F45.41) seit mindestens sechs Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben im Vordergrund des klinischen Bildes. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. So bestand vorliegend zu Beginn eine rein somatische Problematik. Einen Tag nach seinem Sturz von 2005 wurde der Beschwerdeführer wegen einer Diskushernie am Rücken operiert. Ferner liegt seit 2011 eine Hüftproblematik vor. Auch wenn diese beiden Problemfelder, wie gesehen, nicht invalidisierend sind, sind sie dennoch als Schmerzursache anzusehen, weshalb die von den Gutachtern D. _____ und F. _____ gestellte Diagnose überzeugt. So hatte schon Dr. med. D. _____ explizit darauf hingewiesen, die chronische

Schmerzproblematik, und damit die psychische Problematik, habe sich aus einer Diskushernienproblematik entwickelt. Diese Sichtweise wird gestützt durch die Angaben des behandelnden Psychiaters vom 7. November 2014 (S. 768 f.), wonach bis 2013 die Schmerzsymptomatik in ausreichenden Masse somatisch habe erklärt werden können, nun aber von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen sei. Weiter hält die ICD-10 hinsichtlich dieser Diagnose fest, der Schmerz verursache in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen und werde nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der vorgetäuschten Störung oder Simulation), was die beiden Gutachter D._____ und F._____ bestätigten.

Ebenso kann den Ausführungen zu den Indikatoren gefolgt werden. Dieser Ansicht war bereits Dr. med. Q._____ des RAD, der am 23. Januar 2017 (IV-Akten, S. 895 ff.) die Frage, ob die Schlussfolgerungen des Gutachters schlüssig und nachvollziehbar im Sinne der neuen Rechtsprechung seien mit "ja" beantwortete. Was die regelmässig erwähnten psychosozialen Faktoren betrifft, ist es relevant, dass diese nicht als Ursprung der Problematik angesehen werden können. Da zudem der Gutachter die depressive Episode mittleren Ausmasses als eine verselbständigte psychische Störung betrachtet, verliert diese nicht jegliche Relevanz im Sinne eines rein invaliditätsfremden Geschehens, nur weil sie auch auf psychosoziale Faktoren zugeführt werden kann (vgl. Urteil BGer 9C_116/2018 vom 17. April 2018 E. 3.2.2). Zudem sind diese Faktoren hier nicht die Ursache der psychischen Beschwerden – dies war, wie gesehen, die rein somatische Problematik – diese aber aufrechterhalten bzw. verschlimmern. Weiter ist hier nicht von eigentlicher bewusster Aggravation, sondern "nur" von Verdeutlichungstendenzen auszugehen, die gemäss der überzeugenden Ausführungen des Gutachters aufgrund der eingetretenen Chronifizierung als Teil der Krankheit anzusehen sind. Ferner ist sowohl im Komplex Gesundheitsschaden als auch den Komplexen Persönlichkeit und sozialer Kontext von ressourcenhemmenden Faktoren auszugehen, die im Vergleich zu den noch vorhandenen Ressourcen überwiegen. So hielt auch Dr. med. G._____ in seinem rheumatologischen Gutachten explizit fest, der Schweregrad der funktionellen Beschwerden sei anhand der Klinik und der vorliegenden Testung als stark einzuschätzen und der Beschwerdeführer verfüge nur noch über wenig persönliche Ressourcen. Ferner notierte die P._____ in ihrem Bericht vom 20. Juni 2017 (IV-Akten, S. 906 ff.), es sei schon schwierig, mit dem Beschwerdeführer eine Tagesstruktur zu erarbeiten. Auch ist die Konsistenz zu bejahen, da von einer massiven Einschränkung in allen Lebensbereichen auszugehen ist. Der Beschwerdeführer ist sozial weitgehend isoliert, verlässt seine Wohnung nur selten und geht keinen Hobbies oder Freizeitaktivitäten mehr nach. Schliesslich erfüllt das Gutachten F._____ ebenso die übrigen allgemeinen Anforderungen an ein Gutachten. Es ist umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und die Beurteilung ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar.

3.5.4. Insofern das Gutachten F._____ somit sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen erfüllt, ist es beweiskräftig. Wie dargestellt, hat in diesem Fall keine juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens zu erfolgen und es ist grundsätzlich die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Gutachters zu übernehmen. Diese beträgt damit in jeglicher Tätigkeit mindestens 80%. Zu prüfen bleibt jedoch, ob dem Gutachter auch hinsichtlich des Beginns der anspruchserheblichen Arbeitsunfähigkeit gefolgt werden kann.

Der Gutachter geht von einer Arbeitsunfähigkeit in gleichem Ausmass seit 2011 aus. Zuvor habe seit 2007 mindestens eine solche von 20% bestanden. Zwar bestehen gewisse Hinweise darauf, dass bereits vor dem Gutachten F._____ von einer relevanten Auswirkung der vorliegenden

Diagnosen bezüglich ihres Schweregrades und ihren ressourcenhemmenden Wirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Retrospektiv ist aber nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellbar, wann die jetzt als erstellt geltende Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist, weil noch keine Prüfung anhand der massgebenden Indikatoren erfolgt ist. Dr. med. D. _____ hielt zwar eine Arbeitsunfähigkeit von 50% fest, erklärte jedoch gleichzeitig, diverse Medikamente würden eine weit unterhalb des Wirkungsbereichs liegende Plasmakonzentration aufweisen, weshalb er zur Frage einer Invalidität aus psychiatrischer Sicht explizit keine Stellung bezog. Weiter geht zwar der behandelnde Psychiater in seinem vorerwähnten Bericht vom 2. Juli 2012 wegen einer seit Jahren bestehenden chronifizierten schweren depressiven Störung von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus. Dies steht aber im Widerspruch zu den Akten, da für die Zeit nach der ersten leistungsablehnenden Verfügung vom Juli 2008 bis 2012 überhaupt keine medizinischen Unterlagen vorhanden sind, was im Falle einer tatsächlich vorhandenen schweren Depression wohl nicht der Fall wäre und es überdies erst Ende 2012 zum ersten stationären Aufenthalt (30. November bis 21. Dezember 2012) in der L. _____ kam. Gemäss dem Bericht dieser Klinik vom 3. Januar 2013 (IV-Akten, S. 591 f.) lag einzig eine mittelgradige depressive Episode bei psychosozialer Belastungssituation und den bekannten somatischen Problemen vor. Überdies arbeitete der Beschwerdeführer damals zu Beginn motiviert und engagiert am Therapieprogramm mit. Ebenfalls kann nicht dem vorerwähnten Bericht des behandelnden Psychiaters vom 7. November 2014 an den früheren Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gefolgt werden. Da er darin zum Vorbescheid der IV-Stelle vom 3. Oktober 2014 Stellung nimmt, ist dieser Bericht nicht als Arztbericht, sondern als rechtliche Eingabe und Parteinahme zugunsten des Beschwerdeführers anzusehen (vgl. Urteil BGer 9C_671/2014 vom 19. März 2015 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Ebenso kann nicht auf den vorerwähnten Bericht der P. _____ vom 10. November 2015 abgestellt werden, da zusammen mit dem Gutachter das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, wie von dieser Klinik festgehalten, zu verneinen ist, da der Beschwerdeführer bis zu seinem Sturz von 2005 psychisch unauffällig war. Die O. _____ ihrerseits äusserte sich am 15. Mai 2014 (IV-Akten, S. 772 ff.) nicht zur Arbeitsfähigkeit. Damit ist eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die Zeit vor dem Gutachten F. _____ nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten des Beschwerdeführers auswirkt.

4.

Zusammenfassend ist im Vergleich zur leistungsablehnenden Verfügung vom 8. Juli 2008 von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen. So ist seit der Begutachtung durch Dr. med. F. _____ am 12. Mai 2016 von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 80% auszugehen, was unter der Berücksichtigung der revisionsrechtlichen Bestimmungen ab dem 1. August 2016 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente gibt (vgl. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; Art. 29 Abs. 3 IVG).

Bei diesem Ausgang erübrigt es sich, auf die während des Verfahrens eingereichten Unterlagen (Bericht von Dr. med. R. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 24. Mai 2018 betreffend einer erneuten Rückenoperation sowie Bericht von Dr. med. S. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. November 2017) einzugehen.

Die Gerichtskosten werden auf CHF 800.- zu Lasten der IV-Stelle festgesetzt.

Da der Beschwerdeführer obsiegt, hat er Anspruch auf eine Entschädigung seiner Parteikosten. Diese ist entsprechend der am 26. September 2018 eingereichten Kostenliste seines Rechtsvertreters auf CHF 4'500.- (18 Stunden à CHF 250.-) festzusetzen. Zu diesem Betrag kommen die Auslagen von CHF 135.- sowie die Mehrwertsteuer in der Höhe von CHF 370.80 (8% von CHF 4'635.-) hinzu. Der Totalbetrag von CHF 5'005.80 geht zu Lasten der IV-Stelle.

Das Gesuch vom 20. September 2017 um Gewährung der vollständigen unentgeltlichen Rechtspflege (605 2017 271) erweist sich damit als gegenstandslos und kann vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben werden.

Der Hof erkennt:

- I. Die Beschwerde (605 2017 270) von A._____ wird gutgeheissen.
Die Verfügung vom 19. Oktober 2017 wird aufgehoben. A._____ hat ab dem 1. August 2016 Anspruch auf eine ganze Rente.
- II. Es werden Gerichtskosten von CHF 800.- zu Lasten der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg erhoben.
- III. A._____ wird zu Lasten der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg für das vorliegende Verfahren eine Parteientschädigung für Honorar (CHF 4'500.-) und Auslagen (CHF 135.-) des Rechtsvertreters von CHF 4'635, zuzüglich der Mehrwertsteuer von CHF 370.80 und damit insgesamt CHF 5'005.80 zugesprochen.
- IV. Das Gesuch um vollständige unentgeltliche Rechtspflege wird als gegenstandslos vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben (605 2017 271).
- V. Zustellung.

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig.

Freiburg, 15. November 2018/bsc

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber-Berichterstatler: