

SO_GERICHTE VSBES.2015.183 vom 15. Mai 2017

SO Obergericht, 2017-05-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.183_d20170515

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.183 du 15 mai 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.183 del 15 maggio 2017

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

3.2 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. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4).

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelwürdigung 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 (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen 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, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_151/2012 vom 12. Juli 2012 E. 2, 8C_399/2013 vom 17. September 2013 E. 2, 8C_635/2015 vom 5. November 2015 E. 2).

4. Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 141 V 585 E. 5.3, 134 V 131 E. 3 S. 132, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

E. 4

Zusätzlich zu den bis heute nicht beantworteten Zusatzfragen Nrn. 1 bis 4 und 8 bis 13 seien der noch zu bestimmenden Gutachterstelle die folgenden Fragen zur Beantwortung zu unterbreiten (Beweisgegenstand: unvollständige gutachterliche Abklärungen und Abklärung der bundesgerichtlich geforderten Indikatoren): (1) Sind die von der versicherten Person (VP) geklagten Beschwerden und Leistungseinschränkungen konsistent? Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung unter Berücksichtigung der relevanten biologischen und psychosozialen ätiologischen Faktoren, der Ressourcen und der Schweregrad- und Konsistenzindikatoren unter spezieller Berücksichtigung von Funktion, Aktivität und Partizipation der VP. (2) Welche Schweregrad- und Prognoseindikatoren können Sie bei der VP evaluieren und wie sind diese zu bewerten: a. Klinisch diagnostische Indikatoren (Symptom- und Person-Ebene)? b. Klinisch therapeutische Indikatoren? c. Verhaltensindikatoren? (3) Wie bewerten Sie die evaluierten Schweregrad- und Prognoseindikatoren insgesamt in Bezug auf die Funktionsfähigkeit der VP aus medizinischer Sicht. (4) Wie beurteilen Sie die Fähigkeit der VP, ihre Beschwerden mit einer Willensanspannung zu überwinden unter Einbezug der vorerwähnten Indikatoren aus rein medizinischer Sicht? (5) Weist das von Ihnen erhobene Leidensbild eine derartige Schwere auf, dass der VP die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt bei objektiver Betrachtung – und unter Ausschluss von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, die auf aggravatorisches Verhalten zurückzuführen sind – sozialpraktisch nicht oder nur mehr beschränkt zumutbar oder dies für die Gesellschaft gar untragbar ist?

E. 5

5.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien

Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. mit weiteren Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_360/2015 vom 7. April 2016 E. 3.1 mit Hinweis, 9C_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2).

5.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die im Rahmen der Neuanmeldung vom 21. September 2010 beantragten Leistungen mit Verfügung vom 9. Juni 2015 (A.S. 1 ff.) aufgrund eines errechneten IV-Grades von 0 % zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Ablehnungsverfügung (im vorliegenden Fall entspricht dies dem Zeitpunkt des letzten rechtskräftigen Einspracheentscheids vom 17. Juni 2004) bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 9. Juni 2015 (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

7. Im Zeitpunkt des rechtskräftigen Einspracheentscheids vom 17. Juni 2004 (IV-Nr. 55) stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das vom 30. Dezember 2003 datierende polydisziplinäre Gutachten bei der B.____ ab. Darin wiesen Dr. med. K.____,

Innere Medizin FMH, Oberarzt, Dr. med. L.____, Fallverantwortliche Ärztin, Dr. med. M.____, Oberarzt Rheumatologische Universitätsklinik, Dr. med. N.____, stellvertretender Oberarzt Psychiatrische Universitäts-Poliklinik und Dr. med. O.____, Fachärztin Neurologie, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus (IV-Nrn. 45.1 - 45.5):

1.Chronisches zervikozephal und intermittierend -spondylogenes Syndrom beidseits (ICD-10 M53.0 resp. M53.1) bei/mit

- Status nach HWS-Distorsion Dezember 2001

- Chronifizierung bei geringem organischem Korrelat und psychosozialer Problemkonstellation

2.Chronisches lumbospondylogenes Syndrom, derzeit links (ICD-10 M54.4) bei/mit

- Status nach Quetschtrauma Juni 2001

- degenerativen Veränderungen der LWS (paramedian rechtsseitige Diskushernie L5/S1 gemäss MRI März 2002 ohne Nervenwurzelkompression)

- derzeit oligosymptomatisch

3.Depressive Störung leichten Grades ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.0), vorwiegend reaktiv bedingt bei psychosozialen Belastungen und veränderter Lebenssituation

4.Nicht auszuschliessende undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)

5.Anamnestisch Hinweis auf milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) mit chronisch-persistierenden Kopfschmerzen (ICD-10 S06.0)

Weitere Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien:

1.Hypercholesterinämie, Erstdiagnose 13. März 2003

2.Status nach Reparatur des hinteren Kreuzbandes rechts 1996

3.Atypische Magenbeschwerden bei normaler Gastroskopie 1996 und 1999, am ehesten im psychiatrischen Kontext zu sehen

4.Atypische Thoraxschmerzen, vermutlich muskuloskelettal

5.Ambulante Operation der Zunge als Kind

In der bisherigen Tätigkeit als Aushilfskraft bei diversen Firmen ergebe sich eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit, je nach Belastungsumfang der jeweiligen Arbeit. Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans für alle Tätigkeiten mit schwerem Heben und Tragen von Lasten sowie Tätigkeiten in wirbelsäulenbelastenden Zwangspositionen länger dauernd rein sitzend, rein stehend, in vornüber geneigten Körperhaltungen sowie mit repetitiv rumpforientierenden Stereotypien. Für die zuletzt ausgeführte Arbeit als Lagerarbeiter bestehe daher eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Da es sich dabei jedoch nicht um eine feste Stelle gehandelt habe, müsse für die Tätigkeit als Aushilfskraft bei diversen Firmen je nach Belastungsumfang von einer mindestens 50%igen bis zu einer maximal 80%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

Im März 2002 sei von neurologischer Seite eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Am 2. Mai 2002 sei nach einem Aufenthalt in der P.____ von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ausgegangen

worden. Aufgrund der Aktenlage und der durchgeführten Untersuchungen sei davon auszugehen, dass mindestens seit dem 2. Mai 2002 die hier genannten Arbeitsfähigkeiten bestünden.

Für andere, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen von Lasten sowie ohne Tätigkeiten in wirbelsäulenbelastenden Zwangspositionen länger dauernd rein sitzend, rein stehend, in vornüber geneigten Körperhaltungen sowie ohne repetitiv rumpfrozierende Stereotypen bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Auch Arbeiten im Überkopfbereich oder mit länger dauernd erhobenen Armen seien ungünstig. Diese Arbeitsfähigkeit sei jedoch verbesserbar durch eine Behandlung der psychiatrischen Erkrankungen. Eine Einschränkung der Alltagsfunktionen sei nicht gegeben. Der vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eingereichte Bericht mit Berechnung des Haushaltsschadens sei zur Kenntnis genommen worden. Aufgrund des aktuell erhobenen Befundes und des Gesamteindrucks in der Untersuchung könnten die geltend gemachten Einschränkungen und der bezifferte Haushaltsschaden aus medizinischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Auch hier ergebe sich eine Diskrepanz zwischen den subjektiv geschilderten Einschränkungen und den effektiven Leistungen in der Untersuchung bzw. anamnestisch (z.B. Bewältigung der Wegstrecke zum Gutachten [Auto fahren]).

Aus rheumatologischer und neurologischer Sicht seien derzeit keine medizinischen Massnahmen indiziert, abgesehen von einem allgemeinen Fitnesstraining in Eigeninitiative (IV-Nr. 45.1 S. 26). Aus psychiatrischer Sicht empfehle sich die konsequente Wiederaufnahme bzw. Weiterführung der Psychotherapie zur Bewältigung der umfangreichen Lebensschwierigkeiten und zur kognitiven Restrukturierung der dysfunktionalen Kognitionen, insbesondere eine sehr konsequente antidepressive Medikation. Auffallend sei bei dieser Untersuchung die subtherapeutische Fluoxetin-Serumkonzentration gewesen. Dies erkläre jedoch die fehlende Remission nicht ausreichend. Es werde daher eine Reevaluation und Ausschöpfung der Möglichkeiten im Rahmen der vorgeschlagenen, konsequenten, längerfristigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung empfohlen. Insbesondere sollten dabei auch die Schlafstörung und Anspannung beachtet werden, da diese den Circulus vitiosus von Muskelverspannung und Grübeln sowie Insuffizienzgefühlen und Antriebsstörungen unterhalte. Falls sich nach konsequenter psychotherapeutischer und antidepressiver Behandlung keine Besserung abzeichne, sollten Augmentationsstrategien in Betracht gezogen werden. Die antidepressive Basismedikation würde nicht nur die depressiven Symptome (Anhedonie, Schlafstörungen), sondern auch die Schmerzperzeption günstig beeinflussen. Bei fehlender Remission könnte eine einvernehmlich geplante, zwischengeschaltete stationäre Behandlung erwogen werden. Aus psychiatrischer Sicht seien noch nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft, und es könne daher in dieser Hinsicht noch nicht von einem Endzustand im Sinne einer Invalidität gesprochen werden. Eine erneute Begutachtung wäre erst nach einer vollumfänglichen Ausschöpfung der gültigen Therapieoptionen sinnvoll.

Theoretisch könnten berufliche Massnahmen empfohlen werden, jedoch müsse darauf hingewiesen werden, dass bedeutende invaliditätsfremde Faktoren bestünden, welche die berufliche Reintegration einschränken würden: unter anderem die begrenzten deutschen Sprachkenntnisse, die begrenzte soziokulturelle Integration, welche die Regressionstendenz verstärke, die begrenzte Ausbildung und Bildung, die inzwischen über zwei Jahre dauernde, völlige Entwöhnung von einer regelmässigen Arbeitstätigkeit, d.h. also eine erhebliche

Dekonditionierung und die vollständige subjektive Krankheitsüberzeugung. Durch Vermittlung entsprechender adäquater Coping-Strategien im Rahmen der Psychotherapie könnte man diese teilweise Selbstlimitierung vielleicht aufheben, und bei entsprechender Motivation wären dann berufliche Massnahmen sinnvoll.

8. Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2015 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

8.1 Im Austrittsbericht der Erwachsenenpsychiatrie Q.____ vom 28. Februar 2005 (IV-Nr. 61 S. 8 f.) hielten Dr. R.____, Assistenzärztin, und Dr. S.____, Oberarzt, betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 22. Februar 2005 folgende Diagnosen fest:

-Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) im Rahmen einer psycho-sozialen Belastungssituation

-anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Eine akute Suizidalität habe nicht festgestellt werden können, wobei der Beschwerdeführer angegeben habe, dass er am Tag zuvor Suizidgedanken gehabt habe, weil er verschiedene Telefonate von Behörden erhalten habe. Das erneute Auftreten von Suizidgedanken in Überforderungssituationen könne nicht ausgeschlossen werden. Eine psychiatrische sowie auch soziale Nachbetreuung sei sicher indiziert.

8.2 Dr. med. T.____, Facharzt FMH für Neurologie, Computer-Tomographie, nahm im Bericht vom 11. März 2005 (IV-Nr. 61 S. 3 f.) folgende Beurteilung vor: Der Beschwerdeführer habe zunächst ein Verhebetauma 1997 mit Lumbovertebralsyndrom, im Jahr 2000 eine Körperkontusion mit vorübergehenden Schmerzen, ohne Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit und ohne Notwendigkeit für ärztliche Konsultation erlitten. Der Unfall vom Jahr 2001 im Juni, mit lumbaler Kontusion bei Einklemmung zwischen zwei schweren Wagen, habe zur Arbeitsunfähigkeit geführt, die lumbalen Beschwerden seien dann durch die Auffahrkollision im Dezember 2001 stark verstärkt worden, zusätzlich seien jetzt erstmals cervicale Beschwerden und cervico-cephale Symptome hinzugekommen, allmählich habe der Beschwerdeführer wegen des Zustandes auch psychisch dekomponiert. Es seien verschiedene ärztliche Konsultationen, Begutachtungen, stationäre Behandlungen etc. erfolgt. Der Beschwerdeführer zeige ein Schmerzsyndrom ohne neurologische Ausfälle. Die Kausalität des Lumbovertebralsyndroms sei im Zusammenhang vom Unfall vom Juni 2001, diejenige des Cervicalsyndroms mit Verstärkung des Lumbovertebralsyndroms im Zusammenhang mit dem Unfall vom Dezember 2001 gegeben.

8.3 Dr. med. C.____, RAD, führte in seiner Beurteilung vom März 2005 (IV-Nr. 62) aus, es seien im Vergleich zum Gutachten der B.____ keine neuen wesentlichen medizinischen Fakten aufgetreten, wie der Vergleich der Diagnoselisten ergebe. Massive invaliditätsfremde Probleme (Sozialamtabhängigkeit, Wut gegen Behörden) seien ersichtlich. Somit sei erneut ein Nichteintretensentscheid abzusenden (keine Rentenverfügung).

8.4 Im Bericht des U.____, Medizinische Klinik, vom 6. Juli 2005 (IV-Nr. 74 S. 4 ff.) stellten Dr. med. V.____, Oberarzt, und Dr. med. W.____ folgende Diagnosen:

1.Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom

-Schmerzpersistenz und -progredienz seit Autoauffahrunfall 2001, IV-Teilrente

-median bis paramedian rechtsseitige Diskushernie L5/S1 mit möglicher Tangierung der rechtsseitigen S1 Wurzel (CT LWS 7. Januar)

-Röntgen LWS und BWS: Streckhaltung der LWS und BWS, keilförmige Wirbelkonfiguration insbesondere L1/L2, beginnende L4/5 Osteochondrose

-MRI LWS 17. Juni 2005: kleine Diskusprotrusion L5/S1 ohne Nervenwurzelkontakt

2. Angst- und depressive Störung mit somatoformer Schmerzstörung

3. Links parasternale Thoraxschmerzen seit vier Jahren

-DD: am ehesten muskuloskelettal

-Schmerzen auf Druck auslösbar

4. Status nach rezidivierenden Hyperventilationen

Nebendiagnosen seien:

-Status nach HWS Distorsionsstrauma am 18. Dezember 2001

-Status nach Kniearthroskopie rechts 1998

Im konventionellen Röntgenbild der LWS und BWS hätten sich neben den bereits bekannten degenerativen Veränderungen keine Auffälligkeiten gezeigt. Ossäre Läsionen seien nicht sichtbar gewesen. Klinisch sei zudem ein beidseits vorhandener, wenn auch diskreter paravertebraler Hartspann objektivierbar gewesen. Es würden eine analgetische Therapie und Physiotherapie etabliert, worunter sich die Beschwerden rasch gebessert hätten. In der Magnetresonanztomographie der LWS hätte sich bis auf eine mediane kleine Diskusprotrusion ohne Nervenwurzelkontakt keine Pathologie gezeigt. Nach Rücksprache mit Dr. med. X.____, Orthopäde im Hause, sei die bereits etablierte analgetische Therapie und Physiotherapie unverändert fortgeführt worden. Eine Indikation zur Infiltration sei nicht gegeben gewesen. Nach Rücksprache mit Dr. med. Y.____, Psychiater im Hause, bei dem der Beschwerdeführer bereits in Behandlung gewesen sei, sei die Therapie mit Anafranil und Mianserin unverändert weitergeführt worden und dem Beschwerdeführer bei weiterhin vorhandener, wenn auch regredienter depressiver Störung, weiter empfohlen worden, sich in regelmässige ambulante psychiatrische Betreuung des Q.____ zu begeben.

8.5 Gemäss Beurteilung von Dr. med. C.____, RAD, vom Juli 2005 (IV-Nr. 75) ergebe sich aufgrund des für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit einzig relevanten medizinischen Dokuments aus dem U.____ vom 6. Juli 2005 (vgl. E. II. 8.4 hiervor), im Vergleich zum Zustand bei der B.____ Abklärung keinesfalls eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Im Bericht des U.____ vom 6. Juli 2005 seien ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom nach Autounfall 2001, Diskushernie L5/S1 mit möglicher Tangierung der S1 Wurzel rechts, im MRI LWS 17. Juni 2005 kein Nervenwurzelkontakt, Angst und Depressionen mit somatoformer Schmerzstörung, links parasternalen Thoraxschmerzen seit vier Jahren festgestellt worden. Klinisch habe man einen beidseitigen DISKREten paravertebralen Hartspann gefunden, unter analgetischer Therapie und Physiotherapie hätte sich die Beschwerden rasch gebessert, dazu auch die regrediente depressive Störung.

8.6 Im Rahmen des Wiedereintrittsgesprächs vom 15. Juni 2010 (IV-Nr. 136 S. 15 ff.) stellten med. pract. Z.____, Assistenzarzt, und Dr. med. AA.____, Oberarzt, Q.____, folgende Diagnosen:

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)
- Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit nachgewiesener Diskushernie L5/S1 rechts 2001
- Status nach Distorsion der Halswirbelsäule (Dezember 2001)
- Anamnestisch Morbus Scheuermann

Der 40jährige, türkischstämmige Beschwerdeführer leide nach einem Auffahrunfall vom Dezember 2001 unter einer anhaltenden chronifizierten Schmerzsymptomatik mit zunehmender depressiver Entwicklung vor dem Hintergrund einer psychosozialen Belastungsstörung. Seit 2004 sei er von der Sozialhilfe abhängig und mittlerweile ausgesteuert. Der vom Beschwerdeführer beschriebene, anhaltende Schmerz könne durch physiologische Prozesse und durch das bekannte Lumbovertebralsyndrom beziehungsweise der HWS-Distorsion nicht vollständig erklärt werden. Der Schmerz trete in Verbindung mit psychosozialen Problemen (knappe finanzielle Verhältnisse mit Betreibungen/Pfändungen, langjährige Arbeitslosigkeit ohne berufliche Perspektive) auf, so dass von einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden könne. Die depressive Symptomatik sei derzeit nur leicht ausgeprägt. Der Hamilton-Score betrage 14 Punkte bei deutlicher Überlagerung durch die Schmerzsymptomatik. Das Procedere bestehe aus einer ambulant psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie, evtl. Einbezug des Familiensystems, medikamentöse Optimierung, aktuell Etablierung des dual wirksamen Antidepressivums Cymbalta. Evtl. Einbindung in die Schmerzgruppentherapie und gegebenenfalls teilstationäre tagesklinische Behandlung zur Ressourcenaktivierung und Aktivitätsförderung.

8.7 Dr. med. AB.____, FMH Radiologie, hielt aufgrund der am 25. August 2010 durchgeführten MRT HWS folgende Beurteilung fest (IV-Nr. 136 S. 14; vgl. auch Beschwerdebeilage Nr. 5): Zerrung der Ligamentum interspinosi Th1/2; multi-etagere Diskopathie der Segmente C3 bis C6, Punctum maximum im Segment C4/5 und C5/6; leichte bis mässige ossäre Einengung der Neuroforamen C5 beidseits rechtsbetont und leichte ossäre Einengung C6 beidseits, einerseits in Folge unkovertebrales und dorsaler Spondylosen und andererseits in Folge zirkulärer Diskusprotrusion. MR-morphologisch keine Hinweise auf eine neurale Kompression, in Korrelation mit der Klinik sei eine Irritation der C5-Nervenwurzel rechts möglich.

8.8 Dr. med. T.____ hielt in seiner neurologischen Standortbestimmung vom 30. August 2010 (IV-Nr. 146 S. 6 ff.) unter «Gesamtbeurteilung und Procedere» folgendes fest: Status nach Verkehrsunfall vom 4. Dezember 2008 mit HWS-Distorsion, in ungünstiger Körperstellung (nach vorne rechts unten geneigt), mit hauptsächlichlicher Lokalisation der Schmerzen cervicothorakal, mit Druckdolenzen. Dazu passe die spezielle MRI-Untersuchung vom 25. August 2010 (vgl. E. II. 8.7 hiervor), mit Zerrung des Ligamentum interspinosum Th1/2, was die klinische Verdachtsdiagnose bestätige. Solche Befunde könnten nicht auf Anhub im Standard MRI erhoben werden, es müsse danach mit spezieller Fragestellung gesucht werden. Aus diesem Befund ergebe sich auch die Therapie, am besten direkt mit Infiltration in Loco dolenti bzw. cervico-thorakal (Th1/2 und evtl. C7/Th1) mit Lokalanästhetikum, mit oder ohne Kortison. Je nach Ansprechbarkeit seien weitere Schritte zu bestimmen.

8.9 Im «CT-Befund» vom 11. März 2011 (IV-Nr. 136 S. 9) hielt Dr. med. T.____ folgende Beurteilung fest: Medio-bilaterale linksbetonte Protrusion der Bandscheibe L5/S1 mit Reizung der linken L5-Wurzel intraforaminal. Ausgeprägte Osteochondrose L4/5 mit Vakuumphänomen der Bandscheibe und bilateraler intraforaminaler Protrusion. Normale Bandscheiben L2/3 und L3/4. Weniger als ein 1 cm grosses Lipom rechts antero-lateral vom Duralsack L5. Anteriore ISG-Arthrose beidseits. Fehlform der LWS mit aufgehobener Lordose (Streckhaltung und angedeuteten Sakrum akutum). Eingeengte Foramina L5/S1 beidseits und leichte Retroposition L5 gegenüber S1.

8.10 Dr. med. T.____ stellte aufgrund der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 11. März 2011 im Bericht vom 16. März 2011 (IV-Nr. 146 S. 4 f.) folgende «Beurteilung» fest: Lumboischialgie links, offenbar funktionelle Schwäche im Bereich vom linken Bein mit Einsacken und Sturz auf Treppe. Die durchgeführte LWS-CT Abklärung habe Hinweise auf eine intraforaminale Wurzelreizung L5 links ergeben. Soweit überblickbar finde Dr. med. T.____ in den früheren Akten keine Beschreibung eines Lipoms im Spinalkanal L5 rechts, jedoch ohne eindeutige klinische Symptomatik bestehe diesbezüglich kein Handlungsbedarf. Bezüglich cervico-thorakal würden Neurodolphaster verordnet.

8.11 Im Arztbericht vom 30. September 2011 (IV-Nr. 136 S. 5 f.) wies Dr. med. AC.____, Facharzt FMH Allgemeinmedizin, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus:

-Status nach Verkehrsunfall vom 4. Dezember 2008 mit HWS Distorsion in ungünstiger Körperstellung

-chronisches zerviko-zepales Syndrom

-Lumboischialgie links mit funktioneller Schwäche im linken Bein bei intra-foraminaler Wurzeleinengung L5 links

-rezidivierende depressive Störungen

Seit seiner Betreuungszeit habe Dr. med. AC.____ den Beschwerdeführer nie in einer arbeitsfähigen Stimmung oder Situation angetroffen, eine Angabe betreffend die Arbeitsfähigkeit könne er daher leider nicht machen. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. Eventuell könne die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt.

8.12 Im Abschlussbericht vom 21. November 2011 (IV-Nr. 140) hielt der Eingliederungsfachmann der Beschwerdegegnerin fest, die Abklärungen zusammen mit der D.____ hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer am Aufbautraining durchaus motiviert teilgenommen habe, sich aber immer von den Beschwerden (Schmerzen im Halswirbelsäulenbereich und Rücken) habe vereinnahmen lassen. Er habe bei einer Anwesenheit von 70 % die Leistungsfähigkeit im geschützten Bereich nicht über 30 % steigern können. Dabei differenziere seine Eigenwahrnehmung stark. Er sehe aber seine Leistungsfähigkeit dem Arbeitsmarkt angepasst. Während dem Aufbautraining hätten sie den Eindruck gehabt, der Beschwerdeführer habe durchaus Potenzial, die Leistungsfähigkeit zu steigern. Der Beschwerdeführer habe auf die Vorgesetzten der D.____ sehr schmerzorientiert gewirkt und habe eine geringe Eigeninitiative gehabt. Eine intensive Begleitung habe keine Steigerung herbeiführen können. Unter den genannten Gründen sei eine Weiterführung der beruflichen Eingliederung nicht zielgerichtet. Wie stark die Leistungseinschränkung gesundheitsbedingt nachvollziehbar sei, müsse gemäss

Rücksprache mit dem RAD mit einem B.____-Gutachten geklärt werden. Der Fall werde in der beruflichen Eingliederung abgeschlossen.

8.13 Dr. med. T.____ bestätigte im Bericht vom 23. November 2011 (IV-Nr. 141) seine Beurteilung im Bericht vom 11. März 2011 (vgl. E. II. 8.9 hiervor) und führte zudem aus, die Beschwerden cervico-thorakal und lumbal seien chronifiziert, wahrscheinlich sei keine namhafte Besserung zu erwarten. Die Beurteilung der weiteren Zumutbarkeit hänge auch vom Bericht der D.____ ab, möglicherweise könnte der Beschwerdeführer in der Montage zu 70 % arbeitsfähig sein.

8.14 Dr. med. AC.____ hielt im handgeschriebenen Verlaufsbericht zur Aktualisierung des Dossiers bei Erwachsenen vom 22. März 2012 fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei seit dem letzten Bericht vom 30. September 2011 (vgl. E. II. 8.11 hiervor) stationär (IV-Nr. 146). Die Diagnose habe sich leider nicht verändert. In der Zwischenzeit wurde gleich viel in die berufliche Rehabilitation investiert und frustrierenderweise habe dies alles die Geschichte nicht positiv beeinflusst. Auch ein selbständig versuchter Arbeitseinsatz bei einer Montage-Firma sei «natürlich» nach einer Woche zu Ende gewesen. Physiotherapie / NSAR seien nach Bedarf einzusetzen und eine Psychotherapie werde im psychiatrischen Ambulatorium des U.____ durchgeführt.

8.15 Dr. med. AD.____, Chefarzt-Stv. Orthopädische Klinik, und Dr. med. AE.____, Oberarzt, Kompetenzzentrum Wirbelsäulen Chirurgie des U.____, stellten im Bericht vom 23. April 2013 (IV-Nr. 203.2) aufgrund der Sprechstunde vom 18. April 2013 die Diagnose «Lumbago». In der Untersuchung bestünden keine sensomotorischen Defizite mit schwachen aber symmetrischen Muskeleigenreflexen. Es bestehe ein sehr leichter ISG [Iliosakralgelenk] Schmerz auf beiden Seiten. Im MRI der LWS vom 21. März 2013 sehe man keine Bandscheibenvorfälle, keine Spinalkanalstenose und keine Hinweise auf Instabilität sowie keine fortgeschrittene Gelenkarthrose. Zum Abschluss einer Instabilität hätten die Ärzte heute ein Röntgen der LWS mit Funktionsaufnahmen veranlasst, welche keine Hinweise auf Instabilität und Spondylolisthese gezeigt hätten. Die Ursache der Beschwerden aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht sei heute ausgeschlossen worden. Einen Grund für blockierende Schmerzen lumbal sähen die Ärzte nicht. Weitere Kontrollen seien weder klinisch noch radiologisch vorgesehen.

8.16 Im polydisziplinären Gutachten des E.____ vom 29. September 2014 (IV-Nrn. 203.1 - 203.2) wiesen Dr. med. F.____, Fallführung, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. I.____, FMH Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. G.____, FMH Neurologie, keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus. Hingegen stellten sie folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest:

1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
2. Schmerzverarbeitungsstörung (Symptomausweitung) (ICD-10 F54)
3. Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.8)
 - chronisch zervikozephalales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0)
 - Status nach HWS-Distorsion im Rahmen einer Heckauffahrkollision am 18. Dezember 2001
 - Status nach HWS-Distorsion im Sinne einer Frontalkollision am 4. Dezember 2008

-radiologisch keine relevante Veränderung an der zervikalen Wirbelsäule (MRI 25. August 2010)

-chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulären Schmerzausstrahlungen in beide Beine (ICD-10 M54.55)

-aktenanamnestisch Status nach akutem Lumbovertebralsyndrom im Rahmen eines Verhebeereignisses am 15. Juni 1998

-aktenanamnestisch Status nach multiplen Kontusionen im Rahmen eines Treppensturzes am 14. Oktober 2000

-Status nach Rückenkontusion am 27. Juni 2001

-radiologisch keine relevante Veränderung an lumbaler Wirbelsäule und Iliosakralgelenken (MRI 21. März 2013 und Röntgen 18. April 2013)

-unter Ablenkung keine höhergradige Bewegungseinschränkung an zervikaler und lumbaler Wirbelsäule

4.Chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M79.66/Z98.8)

-anamnestisch Status nach Eingriff bei hinterer Kreuzbandläsion circa 1998 (Regionalspital Emmental Burgdorf)

-klinisch reizloses freibewegliches Kniegelenk ohne Hinweise für höhergradige Degeneration oder Instabilität, jedoch mit möglicher Innenmeniskusläsion

5.Neuropathie des Nervus cutaneus femoris lateralis (ICD-10 G57.0)

6.Verdacht auf arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)

7.Übergewicht, BMI 29 kg/m²(ICD-10 E66.0)

Zusammenfassend könnten aus polydisziplinärer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Der Beschwerdeführer sei in körperlich leichten bis zumindest mittelschweren Tätigkeiten uneingeschränkt arbeits- und leistungsfähig (IV-Nr. 203.1 S. 35). Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen die Gutachter davon aus, dass auch retrospektiv keine längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten attestiert werden könnten. Die Einschätzung einer vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer körperlich leichten bis zumindest mittelschwer belastenden Tätigkeit sei seit mehreren Jahren anzunehmen. Der Beschwerdeführer erachte sich in einer körperlich leichten Tätigkeit als zu maximal 50 % arbeitsfähig, was im deutlichen Gegensatz zur Beurteilung der Gutachter stehe, wonach eine körperlich leichte bis zumindest mittelschwer belastende Tätigkeit uneingeschränkt und ganztags zumutbar sei. Diese Diskrepanz ergebe sich wohl dadurch, dass der Beschwerdeführer davon ausgehe, sich vollständig gesund fühlen zu müssen und zu keiner Zeit Schmerzen verspüren zu dürfen, um einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können, wogegen die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinisch theoretischer Sicht auf einer anderen Grundlage festgelegt werde. Im Weiteren bestünden bei Schmerzverarbeitungsstörungen stets höhere Selbstlimitierungen, als es medizinisch theoretisch, insbesondere im Sinne der Willensanstrengung aus psychiatrischer Sicht zumutbar wäre. Die weiter erklärende Dynamik sei auch dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen. Da der Beschwerdeführer zumindest einer 50%igen beruflichen Erwerbstätigkeit nachzugehen willens sei, könnten berufliche Massnahmen im Sinne der

Hilfe bei der Stellensuche empfohlen werden. In Bezug auf die medizinischen Massnahmen werde auf die einzelnen Teilgutachten verwiesen (IV-Nr. 203.1 S. 35): Im internistischen Teilgutachten wird festgehalten, aus rein allgemeininternistischer Sicht sollte eine 24-Stunden-Blutdruckmessung durchgeführt werden. Sollte eine arterielle Hypertonie nachgewiesen werden, müsse eine antihypertensive Therapie aufgenommen werden. Das Gewicht sollte bei einem BMI 29 kg/m² reduziert werden (IV-Nr. 203.1 S. 17). Im psychiatrischen Teilgutachten wies Dr. med. H. ___ darauf hin, sollte es im weiteren Verlauf zu einer Verschlechterung der Depression kommen, so solle erneut eine fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgen. Auch sonst könne die regelmässige Einnahme eines sedierenden und schmerzmodulierenden Antidepressivums auf die Nacht hilfreich sein, auch bereits in niedriger Dosierung. Die Schlafhygiene sollte beachtet werden. Tagesstrukturierende Massnahmen könnten hilfreich sein. Berufliche Massnahmen im Sinne eines schrittweisen Arbeits- bzw. Belastbarkeitstrainings könnten nur empfohlen werden, wenn der Beschwerdeführer glaubhaft die dazu notwendige Motivation aufbringe (IV-Nr. 203.1 S. 22). Dr. med. I. ___ hielt in seinem orthopädischen Teilgutachten fest, bei Zunahme der rechtsseitigen Kniebeschwerden wäre grundsätzlich eine vertiefte orthopädische Abklärung indiziert; bei im Vordergrund zu stehend scheinender nicht-organischer Beschwerdekomponente sollte jedoch von invasiven Massnahmen möglichst Abstand genommen werden. Auf beruflicher Ebene wäre die Re-Integration in den Arbeitsprozess dringend anzustreben, doch könnten hier bei nicht klar fassbarer Motivation keine Vorschläge gemacht werden (IV-Nr. 203.1 S. 28). Gemäss Dr. med. G. ___ könnten aus neurologischer Sicht keine Vorschläge im Hinblick auf allfällige Massnahmen gemacht werden (IV-Nr. 203.1 S. 33). Die Gutachter bezeichnen die Prognose bezüglich Reintegration in den Arbeitsprozess aufgrund der langjährigen Desintegration aus dem Arbeitsprozess sowie der subjektiven Wahrnehmung einer maximal 50%igen Arbeitsfähigkeit als eher ungünstig (IV-Nr. 203.1 S. 35).

8.17 Die RAD-Ärztin Dr. med. J. ___ hielt im Rahmen ihrer Stellungnahme vom 5. Dezember 2014 (IV-Nr. 206) fest, das E. ___-Gutachten vom 29. September 2014 sei ausführlich und medizinisch korrekt erstellt worden. Es sei die Möglichkeit zum Befundvergleich mit dem B. ___-Gutachten vom 30. Dezember 2003 wahrgenommen worden. Die Gesamtbeurteilung der Gutachter könne nachvollzogen werden. Das die Arbeitsfähigkeit einschränkende Unfallereignis sei genau vor sechs Jahren geschehen. Eine auf den Tag genaue Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach so langer Zeit könne von den Gutachtern nicht erwartet werden. Die Einschätzung der E. ___-Gutachter einer schon seit mehreren Jahren bestehenden vollen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis zumindest mittelschwer belastende Tätigkeiten sei zu übernehmen.

9. Aufgrund der sich präsentierenden medizinischen Akten kann festgehalten werden, dass beim Beschwerdeführer bereits im Zeitpunkt des leistungsablehnenden Einspracheentscheids vom 17. Juni 2004 sowie auch im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2015 sowohl somatische als auch psychiatrische Befunde diagnostiziert worden sind und sein Gesundheitszustand daher sowohl aus psychischer als auch aus somatischer Sicht beeinträchtigt ist. Zudem ist augenfällig, dass beim Beschwerdeführer eine psychosoziale Belastungssituation besteht.

10. Es ist zunächst auf das polydisziplinäre Gutachten des E. ___ vom 29. September 2014 (vgl. E. II. 8.16 hiervor) einzugehen und zu prüfen, ob diesem Beweiswert zukommt und die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 9. Juni 2015 (A.S. 2) daher zu Recht auf

dieses abgestellt hat:

10.1 Das von Dr. med. F.____, Fallführung, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. I.____, FMH Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. G.____, FMH Neurologie, erstellte Gutachten wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.4 hiervor) in allen Punkten gerecht. So beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen, indem der Beschwerdeführer am 23. Juli, 13. und 26. August 2014 (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 2) je einer umfassenden Exploration durch die jeweiligen Gutachter unterzogen wurde, womit seine subjektiv geklagten Beschwerden in die Beurteilung mit eingeflossen sind (IV-Nr. 203.1 S. 14 ff., 18 f., 22 ff., 29 f.). Zudem wurde am 13. August 2014 eine Laboruntersuchung durchgeführt (IV-Nr. 203.1 S. 17), die psychiatrische Befunderhebung entsprechend der AMDP [Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie] dokumentiert (S. 20) und es wurden sowohl der orthopädische als auch der neurologische Status (S. 24 ff., 30 f.) erhoben. Durch das Zusammenfassen der Ausgangssituation unter den Titeln «Grund für diese medizinische Abklärung» (IV-Nr. 203.1 S. 3 ff.), «Auflistung der vorhandenen Akten in chronologischer Reihenfolge» (S. 5 ff.) und dem Auszug aus den wichtigsten Vordokumenten (S. 11 ff.) wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der relevanten Vorakten (Anamnese) abgegeben. Es kann daher bei sämtlichen Experten von der Kenntnis der Vorakten ausgegangen werden. Zudem gingen die E.____-Gutachter in ihren jeweiligen Teilgutachten auf die ihren Diagnosestellungen entgegenstehenden Befunde in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise ein, wodurch die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten: So führt Dr. med. F.____ anlässlich der internistischen Exploration aus, aus allgemeininternistischer Sicht bestehe der Verdacht auf eine arterielle Hypertonie, welche zur Kopfschmerzproblematik beitragen könnte. Es seien daher regelmässige Blutdruckkontrollen bzw. eine 24-Stunden-Blutdruckmessung zur Erhärtung der Diagnose dringend indiziert (S. 17). Diese Ausführungen erscheinen deshalb relevant, weil der Beschwerdeführer im Rahmen der Exploration durch Dr. med. F.____ angibt, seit dem Unfall vom 4. Dezember 2008 unter anhaltenden täglichen chronischen Nackenschmerzen, ausstrahlend in den Hinterkopf sowie im Bereich beider Arme als auch unter chronischen Kopfschmerzen, begleitet von intermittierender Nausea, zu leiden (S. 15). Die Einschätzung der Verdachtsdiagnose einer arteriellen Hypertonie überzeugt ferner auch aufgrund des bei der allgemeininternistischen Untersuchung gemessenen Blutdrucks (liegend von 173/111 mmHg und sitzend von 200/124 mmHg; vgl. S. 16). In diesem Zusammenhang erscheint auch der Hinweis von Dr. med. F.____ betreffend das Übergewicht des Beschwerdeführers plausibel. Da der BMI des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Gutachtens 29 kg/m²(S. 16) betrage, leuchtet ein, dass Dr. med. F.____ im Rahmen der Massnahmen aus allgemeininternistischer Sicht die Empfehlung abgibt, das Gewicht sei zu reduzieren (S. 17).

Die im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. H.____ festgestellte Diagnose einer «leichten depressiven Episode», gekennzeichnet durch die ICD-10 Kriterien «verminderte Freudeempfindungsfähigkeit, anamnestisch auch aggressive Gemüthsstimmung, Ängste unter Leuten, erhöhte Ermüdbarkeit, leichte Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen», vermag aufgrund der bei der Exploration festgestellten psychopathologischen Befunde einzuleuchten (IV-Nr. 203.1 S. 20): So hielt Dr. med. H.____ unter anderem fest, es sei eine wenig auffällige Psychomotorik vorhanden, der affektive

Kontakt sei gut herstellbar und die Stimmung sei leicht depressiv. Der Beschwerdeführer gebe eine erhöhte Ermüdbarkeit und Schlafstörungen an, jedoch insbesondere ausgeweitete, diffuse Rücken-, Kopf- und Nackenschmerzen sowie Ängste unter vielen Leuten mit einer Rückzugstendenz. Es seien keine Hinweise auf Zwänge gegeben, die Vigilanz sei nicht gestört, der Beschwerdeführer sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Er habe praktisch keine Kontakte angegeben, die Beziehungsfähigkeit sei erhalten. Anamnestisch habe er auch eine aggressive Gestimmtheit angegeben, ohne Hinweise auf deutliche Impulskontrollstörungen. Der Antrieb sei herabgesetzt mit erhöhter Ermüdbarkeit bei erhaltener Intentionalität. Gemäss Dr. med. H. ___ bestehe weder eine schwere chronische Erkrankung noch ein schweres psychisches Leiden, das theoretisch therapeutisch nicht günstig beeinflusst werden könne, wie eine psychotische Störung oder eine schwere Persönlichkeitsstörung. Diese Ausführung erscheint schlüssig, da Dr. med. H. ___ seine Einschätzung damit bekräftigt, dass vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung voller Leistungsfähigkeit gegen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit spreche. Obschon der Beschwerdeführer angebe, allein zu leben, nur wenige Kontakte zu haben und finanziell vom Sozialamt abhängig zu sein, führt Dr. med. H. ___ aus, dieser falle aber aus dem sozialen Rahmen nicht hinaus und sei sonst bezüglich der Lebensführung selbständig (IV-Nr. 203.1 S. 21). Diese Einschätzung stimmt mit den Angaben des Beschwerdeführers überein, wonach er allein in einer 21/2-Zimmer-Mietwohnung lebe, seit 12 Jahren vom Sozialamt abhängig sei, Kreditschulden von CHF 14'000.00 habe, seinen Haushalt allein erledige und einkaufe, was er am Tag brauche (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 19). Die Darlegung des Beschwerdeführers, wonach er keine Kollegen mehr habe, kann im Übrigen nicht ohne weiteres nachvollzogen werden. So habe ihn ein Kollege mit dem Auto zur gutachterlichen Untersuchung nach Basel gefahren (IV-Nr. 203.1 S. 19) und im Rahmen der neurologischen Exploration gibt der Beschwerdeführer ferner an, er treffe sich am Nachmittag gerne mit Kollegen (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 30). Es erscheint somit nachvollziehbar, wenn Dr. med. H. ___ darlegt, es könne nicht von einem schweren sozialen Rückzug in allen Bereichen des Lebens gesprochen werden (IV-Nr. 203.1 S. 21).

Im orthopädischen Teilgutachten führt Dr. med. I. ___ aus, der Beschwerdeführer schildere seine Beschwerden auffallend vage und ausweichend. Nach ausführlicher Diskussion bleibe unklar, inwieweit zum Zeitpunkt des Unfalls von 2008 frühere Verletzungen einschliesslich der rechten Knieläsion noch bestanden hätten (IV-Nr. 203.1 S. 27). Diese Darlegungen leuchten ein, da der Beschwerdeführer anlässlich der Anamnese von zwei weiteren Unfallereignissen sowohl im Dezember 2001 (Autounfall) als auch 1999 (Arbeitsunfall) berichtet habe (IV-Nr. 203.1 S. 23). Dr. med. I. ___ legt weiter dar, die Tatsache, dass der Beschwerdeführer trotz seiner Adipositas im Langsitz den Oberkörper hochstemmen könne, um auf der Unterlage rückwärts zu rutschen, sei mit einer höhergradigen Veränderung an den oberen Extremitäten nicht vereinbar und auch die erheblich vermehrte Beschwielung an den Händen beidseits würde unzweifelhaft für noch kürzlich erfolgte manuelle Tätigkeiten sprechen (IV-Nr. 203.1 S. 27 f.). Dadurch werden ferner Zweifel an der Zuverlässigkeit der Schilderungen und Ausführungen des Beschwerdeführers hervorgerufen, zumal dieser während der Untersuchung wiederholt angegeben habe, dass seine Hände kraftlos seien und zittern würden (IV-Nr. 203.1 S. 22). Es vermag daher einzuleuchten, wenn Dr. med. I. ___ zusammenfassend festhält, die vom Beschwerdeführer äusserst diffus beklagten Beschwerden an Stamm und Extremitäten würden sich durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls nachvollziehen lassen (IV-Nr. 203.1 S. 28). In Bezug

auf die von ihm weiter als «durchaus möglich» eingestuft degenerativen Veränderungen sowie eine Innenmeniskusläsion am rechten Kniegelenk geht er in der Folge nicht näher ein. Dies erscheint korrekt, da der Beschwerdeführer gemäss Dr. med. I.____ erst auf wiederholt gezielte Frage überhaupt von diesen Beschwerden gesprochen habe und daher eine ganz klar nichtorganische Beschwerdekomponekte im Vordergrund stehe (IV-Nr. 203.1 S. 28).

Im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens führt Dr. med. G.____ aus, der Beschwerdeführer leide unter im Vordergrund stehenden chronischen Nackenschmerzen, die sich diffus im Kopf ausbreiten würden, wobei indes keine radikulären Schmerzausstrahlungen beschrieben würden (IV-Nr. 203.1 S. 31 f.). Diese Ausführungen lassen sich aufgrund der Beschreibungen des Beschwerdeführers nachvollziehen, wonach die Nackenschmerzen seit vielen Jahren vorhanden seien und sich durch den erneuten Verkehrsunfall mit einer Frontalkollision im Jahre 2008 wieder verschlechtert hätten. Er könne wegen den Schmerzen im Nackenbereich die sich in beide Schultern ausbreiten würden, die Arme nicht nach oben halten, über Schulterniveau (IV-Nr. 203.1 S. 29). Bei der klinischen Untersuchung zeige der Beschwerdeführer eine leicht eingeschränkte HWS-Beweglichkeit und es finde sich eine leicht diffuse Druckempfindlichkeit der Nackenmuskulatur mit unspezifischem Charakter. Es liessen sich aber keine Triggerpunkte abgrenzen und es seien keine Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- bzw. sensomotorische Ausfallsymptomatik gegeben (IV-Nr. 203.1 S. 31). Eine solche finde sich auch in Bezug auf die Schmerzen im Bereich des linken Unterschenkels nicht (S. 32). Die weitere Darlegung, wonach der Beschwerdeführer kein nachvollziehbares Schonverhalten zeige (IV-Nr. 203.1 S. 32) überzeugt, da Dr. med. G.____ diesbezüglich ausführt, dass die Bewegungsabläufe in verschiedenen Situationen während der Untersuchung völlig normal seien.

Damit ist das polydisziplinäre Gutachten des E.____ vom 29. September 2014 als grundsätzlich beweiswertig zu qualifizieren.

10.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Berichte den grundsätzlich beweiswertigen Diagnosen und Ergebnissen des E.____-Gutachtens vom 29. September 2014 allenfalls entgegenstehen:

10.2.1 In Bezug auf das allgemeininternistische Teilgutachten von Dr. med. F.____ 2014 ist insbesondere auf die beiden relativ kurz ausgefallenen Berichte des Hausarztes und Allgemeinmediziners Dr. med. AC.____ vom 30. September 2011 bzw. vom 22. März 2012 einzugehen (vgl. E. II. 8.11 und 8.14 hiervor), in denen sowohl ein chronisches zerviko-zephalales Syndrom als auch eine Lumboischialgie links mit funktioneller Schwäche im linken Bein bei intraforaminaler Wurzeleinengung und eine rezidivierende depressive Störung ausgewiesen werden. Auf diese Diagnosestellungen ging Dr. med. AC.____ indes nicht näher ein und begründete diese auch nicht, weshalb sie nicht vollumfänglich nachvollzogen werden können. So bleibt insbesondere unklar, auf welche Untersuchungen und Befunde er sich dabei stützte. Ähnlich vage sind seine Ausführungen im Hinblick auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. So hielt Dr. med. AC.____ einzig fest, er könne dazu keine Angabe machen, erwähnte jedoch, dass er den Beschwerdeführer nie in einer arbeitsfähigen Stimmung gesehen habe (vgl. E. II. 8.11 hiervor). Diesbezüglich führt Dr. med. F.____ im Rahmen ihres allgemeininternistischen Teilgutachtens aus, aus rein allgemeininternistischer Sicht sei der Beschwerdeführer voll arbeits- und leistungsfähig. Weiter hält sie dafür, zu den Diagnosen betreffend die Problematik des

Bewegungsapparates im Gutachten des E.____ werde aus neurologischer und orthopädischer Sicht Stellung genommen (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 17).

Im Zusammenhang mit den Berichten der behandelnden Ärzte ist auf den durch die Rechtsprechung anerkannten Grundsatz hinzuweisen, wonach diese wegen der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind. Das gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470 f.; SVR 2008 IV Nr. 2 S. 3, I 697/05 E. 4.2 je mit Hinweis; aus jüngerer Zeit: Urteile des Bundesgerichts 8C_913/2013 vom 11. April 2014 E. 4.4.3, 8C_98/2014 vom 7. Mai 2014 E. 3.1, 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3). Da sich die behandelnden Ärzte zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten (vgl. dazu II. E. 3.4 hiervor). Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), kommt im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470 f.).

Der grundsätzliche Beweiswert des allgemeininternistischen Teilgutachtens des E.____ wird aufgrund der beiden Arztberichte von Dr. med. AC.____ somit nicht eingeschränkt.

10.2.2 Dr. med. I.____ geht in seinem orthopädischen E.____-Teilgutachten unter anderem auf den Bericht des Kompetenzzentrums Wirbelsäulenchirurgie des U.____ vom 23. April 2013 (vgl. E. II. 8.15 hiervor) ein und hält fest, es könne der entsprechenden Einschätzung aufgrund der heutigen Untersuchung einschränkungslos gefolgt werden (IV-Nr. 203.1 S. 29). Demzufolge geht Dr. med. I.____ mit der Feststellung im entsprechenden Bericht des U.____ einig, dass die Ursache der Beschwerden aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht ausgeschlossen werden könne und daher keine weiteren klinischen oder radiologischen Kontrollen vorgesehen seien.

Es findet sich folglich kein den Beweiswert des orthopädischen E.____-Teilgutachtens schmälender Bericht in den vorliegenden Akten.

10.2.3 Betreffend das neurologische Teilgutachten von Dr. med. G.____ ist auf die Berichte des Neurologen Dr. med. T.____ einzugehen. Wie seinen Berichten vom 11. März 2005 bzw. vom 30. August 2010 (vgl. E. II. 8.2 und 8.8 hiervor) zu entnehmen ist, bestehe beim Beschwerdeführer eine Vorgeschichte mit zweimaligem Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion von 2001 und 2008. Dies bestätigt auch Dr. med. G.____, wobei er weiter darlegt, es sei dabei jeweils zu unspezifischen Beschwerden im Sinne eines zervikozephalen Schmerzsyndroms gekommen, teilweise mit ausgeprägter Begleitsymptomatik, wobei aber keine neurologische, objektivierbare Ausfallsymptomatik bestanden habe (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 31). Diese Einschätzung wird von Dr. med. T.____ in den Berichten vom März 2005 und August 2010 geteilt: So führte er aus, die bereits vorbestehenden lumbalen Beschwerden seien durch die Auffahrkollision im Dezember 2001 stark verstärkt worden, zusätzlich seien erstmals cervicale Beschwerden und cervico-cephale Symptome hinzugekommen, der Beschwerdeführer zeige ein Schmerzsyndrom ohne neurologische Ausfälle (vgl. E. II. 8.2 hiervor). Dr. med. G.____

präsentiert die Ergebnisse des MRT der HWS vom 25. August 2010, bei der sich mässig ausgeprägte degenerative Veränderungen auf verschiedenen Niveaus gezeigt hätten, jedoch keine sichere Neurokompression. Auch diese Ausführungen lassen sich unter Heranziehung der Berichte von Dr. med. T. ___ vom 30. August 2010 bzw. des Radiologen Dr. med. AB. ___ vom 25. August 2010 bestätigen (vgl. E. II. 8.7 f. hiervor): So konnten anlässlich des am 25. August 2010 durchgeführten MRT der HWS unter anderem eine multietagere Diskopathie der Segmente C3 bis C6, eine leichte bis mässige ossäre Einengung der Neuroforamen C5 beidseits rechtsbetont sowie eine leichte ossäre Einengung C6 beidseits, einerseits in Folge von unkovertibralen und dorsalen Spondylosen und andererseits infolge zirkulärer Diskusprotrusion objektiviert werden. Der Radiologe Dr. med. AB. ___ wies indes darauf hin, dass keine neurale Kompression bestehe (vgl. E. II 8.7 hiervor). Diese Einschätzung scheint Dr. med. G. ___ zu teilen, da sich seiner Meinung nach unter Berücksichtigung der aktuell vorliegenden Klinik keine Gründe ergeben würden, um eine erneute MRI-Bildgebung der HWS anzustreben (IV-Nr. 203.1 S. 31). In Bezug auf die CT der LWS vom 11. März 2011 (vgl. II. E. 8.9 hiervor) führte Dr. med. T. ___ in seinem Bericht vom 16. März 2011 ■ den er inhaltlich am 23. November 2011 sodann bestätigte (vgl. E. II. 8.10 und 8.13 hiervor) ■ im Wesentlichen aus, es seien eine Bandscheibenprotrusion, Hinweise auf eine neuroforaminale Wurzelreizung sowie ein Lipom rechts gegeben, wobei zu den radiologischen Befunden kein klinisches Korrelat gefunden werden könne (vgl. E. II. 8.10 hiervor). Dies gibt Dr. med. G. ___ in seinem Teilgutachten entsprechend wieder (IV-Nr. 203.1 S. 32). In Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. med. T. ___ im Bericht vom November 2011, wonach der Beschwerdeführer in der Montage möglicherweise zu 70 % arbeitsfähig sei (vgl. E. II. 8.13 hiervor), hält Dr. med. G. ___ fest, diese Einschätzung beruhe im Wesentlichen auf nichtneurologischen Diagnosen (IV-Nr. 203.1 S. 33). Dem ist zuzustimmen, zumal zum einen nicht genau ersichtlich ist, auf welche Diagnose sich Dr. med. T. ___ bei seiner Beurteilung genau stützte und er zum anderen seine Einschätzung auch vom Bericht der D. ___ abhängig machte (IV-Nr. 141 S. 2). Von einer reinen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht kann daher ■ gemäss den entsprechenden Ausführungen von Dr. med. G. ___ ■ nicht ausgegangen werden.

Die Berichte von Dr. med. T. ___ vermögen daher den grundsätzlichen Beweiswert des neurologischen E. ___-Teilgutachtens von Dr. med. G. ___ nicht zu schmälern.

10.2.4 Betreffend das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. H. ___ ist auf die Berichte der Q. ___ vom 28. Februar 2005 und 15. Juni 2010 einzugehen. Im Hinblick auf die im Bericht des Wiedereintrittsgesprächs vom 15. Juni 2010 (vgl. E. II. 8.6 hiervor) ausgewiesene Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)» führt Dr. med. H. ___ aus, eine rezidivierende depressive Störung mit deutlichen Phasen von Verschlechterung, Verbesserung und symptomfreien Intervallen bestehe nicht (IV-Nr. 203.1 S. 22). Diese Darlegung überzeugt, da sich aufgrund der vorliegenden Akten beim Beschwerdeführer kein entsprechender Verlauf entnehmen lässt und Dr. med. H. ___ in diesem Zusammenhang weiter festhält, der Beschwerdeführer habe einen kontinuierlichen Verlauf mit gleichbleibend schlechtem Zustand angegeben (IV-Nr. 203.1 S. 22). Es ist demgegenüber vielmehr von einem chronischen Verlauf auszugehen, da die depressive Störung beim Beschwerdeführer schon vor Jahren (so z.B. im Austrittsbericht der Q. ___ vom 28. Februar 2005, vgl. E. II. 8.1 hiervor) dokumentiert wurde. In Bezug auf die im Austrittsbericht vom 28. Februar 2005 (vgl. E. II. 8.1 hiervor)

zusätzlich ausgewiesene «Angst», ging Dr. med. H.____ nicht ein. Dies ist nicht zu beanstanden, da bereits anlässlich des Wiedereintritts vom 15. Juni 2010 in die Q.____ (vgl. E. II. 8.6 hiervor) die Diagnose «Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2)» nicht mehr ausgewiesen bzw. diagnostiziert wurde. Zudem gibt der Beschwerdeführer bei der gutachterlichen Exploration gegenüber Dr. med. H.____ lediglich an, «sich unter Leuten nicht wohl zu fühlen» (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 19). Es kann daher nachvollzogen werden, dass Dr. med. H.____ darauf nicht weiter eingeht, sondern die ICD-Kriterien einer leichten depressiven Episode erläutert und ausführt, unter diese würden auch die vom Beschwerdeführer geschilderten «Ängste unter Leuten» fallen (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 20).

In Bezug auf die durch die Psychiater der Q.____ im Bericht vom 28. Februar 2005 sowie im Wiedereintrittsgespräch vom 15. Juni 2010 ausgewiesene Diagnose einer «anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)» geht Dr. med. H.____ in seinem psychiatrischen E.____-Teilgutachten ein. Dabei führt er in nachvollziehbarer Weise aus, diese Diagnose könne nicht gestellt werden, da deutliche, schwere psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren, die als hauptsächlich ursächliche Einflüsse der Schmerzen gelten könnten, fehlen würden. Es handle sich auch nicht um ein ausschliessliches Rentenbegehren oder um eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, da eine deutliche Entwertung bisheriger Behandlungen und ein deutliches aufmerksamkeitsuchendes Verhalten nicht im Vordergrund stünden (IV-Nr. 203.1 S. 21 f.). Die Ausführungen von Dr. med. H.____ stehen denjenigen in den Berichten der Q.____ nicht entgegen. So stellten die Psychiater der Q.____ in den Berichten vom Februar 2005 und Juni 2010 in Übereinstimmung mit Dr. med. H.____ ebenfalls eine psychosoziale Belastungssituation fest. Die diesbezügliche quantifizierende Einschätzung von Dr. med. H.____, wonach es sich dabei aber nicht um «schwere psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren» handle, vermag zu überzeugen, da er in seinem Teilgutachten auf die psychosozialen Symptome beim Beschwerdeführer eingeht, indem er unter «soziale Anamnese» die finanziellen Probleme des Beschwerdeführers, die langjährige Abhängigkeit vom Sozialamt und die Trennung von seiner Ehefrau 2012 thematisiert (IV-Nr. 203.1 S. 19) und anschliessend unter «Stellungnahme zur Selbsteinschätzung/Inkonsistenzen» darlegt (IV-Nr. 203.1 S. 21), dass die psychosozialen Probleme eine Rolle spielen würden. Die weitere Einschätzung von Dr. med. H.____, wonach beim Beschwerdeführer kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf bestehe, erscheint plausibel, weil Dr. med. H.____ anschliessend ausführt, der Beschwerdeführer sei nicht mehr in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und erhalte auch keine psychopharmakologische Medikation. Diesen Ausführungen kann aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers im Gespräch gegenüber Dr. med. H.____ gefolgt werden, wonach er die Medikamente, die er im [...] erhalten habe, nicht mehr nehme, da er davon nur Magenbeschwerden bekommen habe (IV-Nr. 203.1 S. 18) und, sofern es vorgeschlagen werde, auch wieder in eine psychiatrische Behandlung gehen werde (IV-Nr. 203.1 S. 19). Aufgrund dieser Ausführungen kann die oben erwähnte Beurteilung von Dr. med. H.____ nachvollzogen werden. Folglich ist davon auszugehen, dass schwere psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren, die als hauptsächlich ursächliche Einflüsse der Schmerzen gelten könnten, beim Beschwerdeführer fehlen. Dies unter anderem auch deshalb, weil sich die Psychiater der Q.____ mit der Diagnosestellung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht vertieft auseinandergesetzt haben. So führten sie bspw. im Bericht vom 15. Juni 2010 (vgl. E. II. 8.6 hiervor) einzig aus, der Schmerz würde in Verbindung mit psychosozialen Problemen auftreten (knappe finanzielle

Verhältnisse mit Betreibungen und Pfändungen, langjähriger Arbeitslosigkeit ohne berufliche Perspektive), so dass von einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden könne. Daher erscheint die Einschätzung von Dr. med. H.____, wonach aufgrund der beim Beschwerdeführer bestehenden gewissen Selbstlimitierung und der erwähnten Inkonsistenzen eine Schmerzverarbeitungsstörung (Symptomausweitung) bestehe, schlüssig (IV-Nr. 203.1 S. 22).

Die Berichte der Q.____ vermögen somit die beweismässigen Ausführungen und Einschätzungen von Dr. med. H.____ nicht in Frage zu stellen.

10.2.5 Insgesamt vermögen die übrigen medizinischen Akten die beweismässigen Einschätzungen und Diagnosestellungen der E.____-Gutachter im Gutachten vom 29. September 2014 nicht zu schmälern.

11. Wie bereits unter II. E. 6 hiervor dargelegt, ist nachfolgend zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2015 im Vergleich zu demjenigen im Zeitpunkt des in Rechtskraft erwachsenen Einspracheentscheids vom 17. Juni 2004 in anspruchrelevanter Weise verändert hat. Dazu sind die Befunde und Diagnosestellungen im Gutachten der B.____ vom 30. Dezember 2003 heranzuziehen und mit denjenigen des als voll beweismässig zu qualifizierenden Gutachtens des E.____ vom 29. September 2014 zu vergleichen:

11.1 Eingehend auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers fällt auf, dass die bereits im Rahmen des B.____-Gutachtens vom 30. Dezember 2003 (vgl. E. II. 7 hiervor) festgestellte «depressive Störung leichten Grades ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.0), vorwiegend reaktiv bedingt bei psychosozialen Belastungen und veränderter Lebenssituation» auch im Gutachten des E.____ vom 29. September 2014 ausgewiesen wird, indem die Gutachter eine «leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)» diagnostizieren (vgl. E. II. 8.16 hiervor). So stellt Dr. med. H.____ im Rahmen seines psychiatrischen E.____-Teilgutachtens vom 23. Juli 2014 denn auch fest, diese Diagnose sei bereits im Gutachten der B.____, 2003 ausgewiesen worden (IV-Nr. 203.1 S. 21 unten). Eine Veränderung der depressiven Störung liegt damit nicht vor.

In Bezug auf die im Gutachten der B.____ vom Dezember 2003 ebenfalls diagnostizierte «nicht auszuschliessende undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1; vgl. E. II. 7 hiervor)» führt Dr. med. H.____ anlässlich seines psychiatrischen Teilgutachtens aus, bei einer solchen komme es nach ICD-10 zu multiplen, wechselnden somatischen Beschwerden (IV-Nr. 203.1 S. 21). Beim Beschwerdeführer seien die Beschwerden aber vor allem im Bewegungsapparat ausgeprägt. Es erscheint daher nachvollziehbar, dass Dr. med. H.____ diese Diagnose nicht bestätigt. Daran vermögen die Ausführungen von Dr. med. N.____ anlässlich seines psychiatrischen Teilgutachtens der B.____ vom 13. Oktober 2003 keine Zweifel hervorzurufen: So führte er in allgemein-abstrakter Weise aus, bei den sehr zahlreichen und unterschiedlichen Beschwerden, die auf unterschiedliche Weise vorgetragen würden, werde die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung als wahrscheinlich angenommen (IV-Nr. 45.4 S. 7). Demzufolge handelte es sich bei der entsprechenden Diagnosestellung im Rahmen des B.____-Gutachtens von 2003 nicht um eine vollständig gesicherte Diagnose, sondern eher um eine Verdachtsdiagnose. Unter Heranziehung der beiden Gutachten lässt sich ferner feststellen, dass die vom Beschwerdeführer vorgetragene Beschwerden sowohl im B.____-Gutachten vom 17. Juni 2004 als auch vom E.____-Gutachten vom 29. September 2014 weitgehend identisch lauten:

So bezogen sich die im B.____-Gutachten beklagten Beschwerden hauptsächlich auf den Hinterkopf, den Nacken, die Wirbelsäule bis in die Beine und weiter bis in die Ferse. Aufgrund dieser Beschwerden schlafe er nachts schlecht. Zudem leide er seit dem Unfall unter einem Ohrgeräusch rechts, bisweilen auch im linken Ohr und habe einen einseitigen beeinträchtigten Geruchssinn (IV-Nr. 45.4 S. 3). Ähnliche Angaben machte der Beschwerdeführer sodann auch im Rahmen der psychiatrischen Exploration von Dr. med. H.____, indem er angab, unter Schlafproblemen und Kopf- bzw. Nackenschmerzen zu leiden. Aber auch sonst leide er unter Schmerzen in der Wirbelsäule mit Brennen sowie Stechen und habe Gleichgewichtsprobleme (IV-Nr. 203.1 S. 18 oben).

Es ist folglich von einer geringgradig anderen diagnostischen Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen psychischen Gesundheitszustandes auszugehen, was nach revisionsrechtlichen Gesichtspunkten unbeachtlich (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372 mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 104 E. 3a) und somit auch im vorliegenden Fall nicht relevant ist.

11.2 Es ist auf die somatischen Diagnosestellungen in den Gutachten einzugehen:

Im rheumatologischen Fachgutachten der B.____ vom 15. Oktober 2003 (IV-Nr. 45.3) wies Dr. med. M.____ folgende Hauptdiagnosen aus: ein «chronisches zervikozephal und intermittierend -spondylogenes Syndrom beidseits (ICD-10 M53.0 resp. M53.1)» und ein «chronisches lumbospondylogenes Syndrom, derzeit links (ICD-10 M54.4)» (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 4). Dr. med. I.____ hielt sodann im orthopädischen E.____-Teilgutachten vom 26. August 2014 (IV-Nr. 203.1 S. 22 ff.) sowohl die Hauptdiagnose eines «chronischen paravertebralen Schmerzsyndroms unter lumbaler Betonung (ICD-10 M54.80)» als auch «chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M79.66/Z98.8)» und einen «Verdacht auf Schmerzausweitung» fest (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 26 f.). Aufgrund dieser Diagnosestellungen fällt auf, dass die bereits im Gutachten der B.____ 2003 festgestellten Befunde im Bereich der HWS und LWS des Beschwerdeführers auch im Zeitpunkt des E.____-Gutachtens von 2014 bestätigt werden können und somit nach wie vor vorhanden sind. So führte Dr. med. I.____ aus, der Beschwerdeführer beschreibe seitens des Bewegungsapparates diffuse Beschwerden an sämtlichen Wirbelsäulenabschnitten unter zervikaler Betonung samt Ausstrahlung in sämtliche Extremitäten (IV-Nr. 203.1 S. 27). Damit zeigt sich zwischen 2003 und 2014 betreffend die rheumatologisch/orthopädische Einschätzung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers keine anspruchsrelevante Veränderung. In diesem Sinne führte Dr. med. I.____ im orthopädischen E.____-Teilgutachten denn auch aus, es könne der Einschätzung von Dr. med. M.____ im Teilgutachten der B.____ aufgrund der Untersuchung anlässlich des E.____-Gutachtens insgesamt klar gefolgt werden (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 29). Diese Schlussfolgerung erscheint auch deshalb schlüssig, weil beide Experten unabhängig voneinander festgestellt haben, dass sich die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden anlässlich der durchgeführten Untersuchungen nicht vollständig objektivieren liessen: So hielt Dr. med. M.____ fest, es bestünden in der klinischen Untersuchung multiple Inkonsistenzen wie unterschiedliche Beweglichkeiten in der gezielten Untersuchung und im Spontanverhalten resp. bei Prüfung in abgelenkter Situation (IV-Nr. 45.3 S. 5). Dies bestätigte Dr. med. I.____, indem er im E.____-Teilgutachten darlegte, es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den anamnestischen Schmerzschilderungen einerseits und den objektivierbaren Befunden anlässlich der heutigen Untersuchung (IV-Nr. 203.1 S. 29). Auch die Einschätzungen der Experten betreffend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers stimmen überein: So hielt Dr. med.

M. ___ im B. ___ -Teilgutachten von 2003 fest, der Beschwerdeführer sei in einer körperlich schwer belastenden Tätigkeit 50 % arbeitsfähig. In einer körperlich leicht bis mittelschwer belastenden Tätigkeit in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen betrage die Arbeitsfähigkeit hingegen 100 % (IV-Nr. 45.3 S. 5). Diese Einschätzung teilte Dr. med. I. ___ im E. ___-Gutachten von 2014, indem er darlegt, für körperlich leichte und zumindest mittelschwere Verrichtungen könne keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung attestiert werden (IV-Nr. 203.1 S. 28).

Es kann somit nicht von einer wesentlichen Veränderung der rheumatologischen bzw. orthopädischen Gesundheitssituation ausgegangen werden.

In Bezug auf die neurologischen Teilgutachten von Dr. med. O. ___ im Rahmen des B. ___-Gutachtens vom 11. September 2003 (IV-Nr. 45.5) und Dr. med. G. ___ vom 13. August 2014 (IV-Nr. 203.1 S. 29 ff.) ist zunächst festzuhalten, dass die im Gutachten der B. ___ ausgewiesenen Diagnosen eines «chronischen spondylogenen Schmerzsyndroms mit Status nach HWS-Distorsionstrauma», eines «anamnestischen Hinweises auf milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) mit chronisch-persistierenden Kopfschmerzen (ICD-10 S06.0)» und das «chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom mit Status nach Verhebetauma 1998 und Kontusion 2001 (ICD-10 M47.8)» auch im Rahmen Gutachtens des B. ___ festgestellt worden sind: So diagnostizierte Dr. med. G. ___ ein «chronisches zervikozephalisches Schmerzsymptom (ICD-10 M53.0)» sowie ein «chronisches lumbales Schmerzsymptom mit pseudoradikulären Schmerzausstrahlungen in beide Beine (ICD-10 M54.55)» und eine «Neuropathie des Nervus cutaneus femoris lateralis (ICD-10 G57)». Dr. med. G. ___ führte im Rahmen seines Teilgutachtens ferner aus, im Vergleich zur neurologischen Begutachtung im Rahmen der interdisziplinären Abklärung vom September 2003 ergäben sich keine neuen Aspekte. Aus neurologischer Sicht könnten weiterhin keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aufgrund der Aktenlage ergäben sich keine neuen Anhaltspunkte, dass zwischenzeitlich eine relevante, objektivierbare Veränderung ausneurologischer Sicht eingetreten wäre (IV-Nr. 203.1 S. 32).

Es ist folglich nicht von einer wesentlichen Veränderung des neurologischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auszugehen.

11.3 Aufgrund des vorangehenden Vergleichs der Befunde und Diagnosestellungen der beiden Gutachten von 2003 bzw. 2014 wird deutlich, dass sich zwischen 2003 und 2014 weder der psychische noch der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich bzw. in anspruch relevanter Weise verändert haben. Folglich liegt im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2015 keine erhebliche Veränderung gegenüber dem leistungsablehnenden Einspracheentscheid vom 17. Juni 2004 vor. In diesem Sinne hielt auch bereits der RAD-Arzt Dr. med. C. ___ in seinen Beurteilungen sowohl vom März als auch vom Juni 2005 (vgl. E. II. 8.3 und 8.5 hiervor) fest, es seien im Vergleich zum Gutachten der B. ___ keine wesentlichen Änderungen festzustellen.

12. Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass in Bezug auf die gesundheitliche Situation seit dem letzten rechtskräftigen Einspracheentscheid keine wesentliche Änderung eingetreten ist. Es kann ergänzend festgehalten werden, dass die neue Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen bzw. äquivalenten Beschwerdebildern nach BGE 141 V 281 für sich allein keinen Neuanmeldungs- bzw. Revisionsgrund darstellt. Grund für eine Neuanmeldung ■ bei der die Revisionsregeln

analog anwendbar sind ■ ist somit allemal eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10). Ob ein rechtskräftig beurteilter, unveränderter Sachverhalt nach einer neuen Rechtsprechung rechtlich anders eingeordnet würde, spielt keine Rolle (BGE 141 V E. 5.3 S. 588 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_699/2015 vom 28. Dezember 2015 E. 3.3.2).

13. Es ist nachfolgend auf die Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen:

13.1 Der Beschwerdeführer beantragt, es seien vom E.____ die Angaben über die attestierten Arbeitsfähigkeiten von 40 % oder mehr für leidensangepasste Tätigkeiten seit 2011 offenzulegen (vgl. E. I. 4 Ziff. 2.b hiavor). Das Bundesgericht hat diesbezüglich im Verfahren 8C_599/2014 mit Urteil vom 18. Dezember 2015 E. 6.6 ausgeführt, im Rahmen der Qualitätskontrolle über die Gutachterstellen, welche mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) einen Vertrag gemäss Art. 72bis Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] geschlossen haben, verlange dieses von den Gutachterstellen jährlich verschiedene Angaben über ihre Geschäftstätigkeit. Gemäss seinen Ausführungen in der Vernehmlassung vom 11. Mai 2015 sei das Bundesamt dazu übergegangen, nunmehr auch Daten betreffend die attestierten Arbeitsunfähigkeiten einzuverlangen. Das BSV habe dem Bundesgericht jedoch am 12. Juni 2015 mitgeteilt, dass die medizinische Abklärungsstelle (das E.____) für das Jahr 2014 die entsprechenden Daten nicht erhoben habe. Gemäss Bundesgericht könne jedoch offenbleiben, ob diese Daten nachgeliefert werden müssen, da zum einen die Daten eines einzelnen Instituts ohne Vergleichsdaten im Vornherein uninteressant seien. Gestützt auf diese Darlegungen läuft das Vorbringen des Beschwerdeführers aufgrund der fehlenden Vergleichsdaten ins Leere. Von einer, wie vom Beschwerdeführer in E. I. 4 Ziff. 2.c hiavor formulierten «fehlenden Ergebnisoffenheit» kann somit auch ohne Vorliegen des entsprechenden Zahlenmaterials des E.____ nicht gesprochen werden.

Das an der öffentlichen Verhandlung vom 15. Mai 2017 gestellte Begehren, es sei das vorliegende Beschwerdeverfahren bis zum rechtskräftigen Abschluss der beim Verwaltungsgericht des Kantons Solothurns hängigen Beschwerdeverfahren VWBES.2017.68 und VWBES.2017.69 (vgl. Protokoll vom 16. Mai 2017, A.S. 91 ff.) zu sistieren, wird abgewiesen. Es ist nicht ersichtlich und wird durch den Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht, welchen konkreten Erkenntnisgewinn die entsprechenden Urteile in Bezug auf den hier zu beurteilenden Fall haben. Selbst wenn davon auszugehen wäre, dass den beiden hier in Frage stehenden Gesuchstellern Einsicht in die Begutachtungspraxis des E.____ gewährt würde (vgl. Plädoyernotizen des Vertreters des Beschwerdeführers vom 15. Mai 2017, S. 4), lässt sich daraus nichts für den vorliegenden Fall ableiten. So sind ■ wie bereits oben erläutert ■ die Daten eines einzelnen Instituts ohne Vergleichsdaten im Vornherein uninteressant.

Zum weiteren, allgemein gehaltenen Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach sich insbesondere aus der Studie «Assessing work ability» vom 10. Februar 2014 (Beschwerdebeilage Nr. 4) von Dr. AF.____, Leiter des E.____, schliessen lasse, dass das E.____ bei syndromalen Beschwerdebildern nie eine leistungsbegründende Invalidität attestiere (vgl. Plädoyernotizen des Vertreters des Beschwerdeführers vom 15. Mai 2017, S. 2), kann festgehalten werden, dass Dr. med. AF.____ an der vorliegenden Begutachtung durch das E.____ vom 29. September 2014 gar nicht als begutachtender Facharzt beteiligt war (vgl. E. II. 8.16 hiavor). Es fehlt somit auch hier der konkrete Bezug zum vorliegend zu beurteilenden Fall.

13.2 Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, seine Zusatzfragen Nrn. 1 bis 4 und 8 bis 13 sowie die anlässlich der Beschwerdeschrift neu formulierten Fragen Nrn. 1 bis 5 seien einer noch zu bestimmenden Gutachterstelle zur Beantwortung zu unterbreiten (vgl. E. I. 4 Ziff. 4 hiervor). Somit geht der Beschwerdeführer ■ wie im Übrigen in E. I. 4 Ziff. 3 durch ihn auch beantragt ■ implizit davon aus, dass ein neues polydisziplinäres Gutachten zu erstellen sei. Dies ist jedoch aufgrund des im vorliegenden Fall ■ wie oben dargelegt ■ voll beweismässigen E.____-Gutachtens vom 29. September 2014 nicht erforderlich. Es kommt hinzu, dass über die Zusatzfragen Nrn. 1 bis 4 und 8 bis 13 bereits im Rahmen des Urteils des Versicherungsgerichts VSBES.2013.131 vom 19. März 2014 (IV-Nr. 193 S. 2 ff.) rechtskräftig entschieden worden ist. Daher kann auf die entsprechenden Ausführungen in E. 6.3 des besagten Urteils verwiesen werden. Folglich handelt es sich hierbei um eine abgeurteilte Sache (res iudicata) im Rechtssinne. Auf das entsprechende Rechtsbegehren des Beschwerdeführers ist nicht weiter einzugehen.

13.3 In Bezug auf die durch den Beschwerdeführer beantragte längere Durchführung einer videodokumentarischen Überwachung gemäss dem E.____-Gutachten, S. 28 (vgl. E. I. 4 Ziff. 5), ist auf das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. I.____ einzugehen, der eine erhebliche Diskrepanz zwischen den anamnestischen Schmerzschilderungen einerseits und den objektivierbaren Befunden andererseits formuliert. In diesem Zusammenhang führt er sodann aus, die tatsächlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers im Alltag könnten allerdings nur im Rahmen einer längerdauernden Beobachtung vor Ort festgestellt werden. Diese Ausführung erscheint nachvollziehbar, da die Schilderungen des Beschwerdeführers aufgrund der klinischen gutachterlichen Untersuchung nicht ohne weiteres nachvollzogen werden können. So habe sich z.B. die Kopffrotation, die vom Beschwerdeführer als «kaum möglich» bezeichnet worden sei, unter Ablenkung als frei erwiesen (IV-Nr. 203.1 S. 27). Somit konnten ■ wie von Dr. med. I.____ entsprechend erläutert ■ die durch den Beschwerdeführer beklagten gesundheitlichen Einschränkungen bei der klinischen Untersuchung nicht vollumfänglich bestätigt werden. Die Einschätzung von Dr. med. I.____, wonach nur eine längere Beobachtung des Beschwerdeführers im Alltag diesbezüglich weitere Informationen liefern könne, erscheint in diesem Zusammenhang sinnvoll und plausibel. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist diese Aussage indes nicht als ein «gutachterlicher Vorbehalt» zu werten. Denn entsprechende Rückschlüsse lassen sich weder aus dem Teilgutachten von Dr. med. I.____ noch der konsensualen Besprechung mit den übrigen Experten ziehen (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 33 f.). Gestützt auf diese Ausführungen ist die Durchführung einer Observation des Beschwerdeführers nicht, wie vom Beschwerdeführer angenommen, notwendig.

13.4 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin sei unter Androhung von Straffolgen gerichtlich anzuweisen, die IV-Anfrage an die webbasierte Plattform SwissMED@P mit den gewählten Parametern und Angaben hinsichtlich Verfahrenssprache, Abklärungstyp etc. zu den Verfahrensakten zu reichen (vgl. E. I. 4 Ziff. 6 hiervor). Da der Beschwerdeführer darauf indes nicht weiter eingeht und insbesondere nicht erläutert, inwiefern diese Parameter zur Beurteilung des vorliegenden Sachverhalts erforderlich sein sollen, ist von einer Aufforderung an die Beschwerdegegnerin abzusehen. Diese Parameter sind im vorliegenden Fall als nicht weiterführend zu qualifizieren.

13.5 Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, über seine im vorliegenden Beschwerdeverfahren gestellten Anträge sei eine Beweisverfügung zu eröffnen (vgl. E. I. 4

Ziff. 7 hervor). Er beruft sich dabei auf die Praxis des Bundesverwaltungsgerichts, das die Anordnung einer entsprechenden Verfügungspflicht insbesondere im Bereich der Sozialversicherungsverfahren ausdrücklich verlange. Gemäss Lehre und Praxis sind Beweisverfügungen im Verwaltungsverfahren, das vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht wird, zwar nicht ausgeschlossen, aber in der Regel nicht erforderlich. Es besteht mit anderen Worten keine generelle Pflicht der Invalidenversicherung, eine formelle Beweisverfügung darüber zu erlassen, welche Beweise sie zu erheben gedenkt und welche Beweisanträge sie ablehnt (Urs Müller: *Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung*, Bern 2010, N 1775/1784; s.a. BGE 113 Ib 90 E. 2c S. 94). Beweisanträge können daher uno actu mit der Endverfügung über den Leistungsanspruch abgewiesen werden, wobei dies auch konkludent geschehen kann (vgl. Bernhard Waldmann/Jürg Bickel in: Bernhard Waldmann/Philippe Weissenberger [Hrsg.]: *Praxiskommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren*, Zürich 2016, 2. Aufl., Art. 33 VwVG N 38). Dies verlangen auch die Natur der Massenverwaltung und das Gebot der beförderlichen Erledigung der Leistungsbegehren. Seine Grenze findet das Praktikabilitätsargument zwar in den Verfahrensrechten des Versicherten (Müller, a.a.O., N 1785). Eine Situation mit besonderem Schutzbedürfnis des Versicherten liegt hier aber nicht vor, womit dieser Einwand nicht durchdringt. Daran vermag auch das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 4. Juni 2014 (B-3253/2012 E. 3.2) nichts zu ändern, welches jegliche Hinweise auf andere Entscheide oder Literatur vermissen lässt und daher nicht in Einklang mit der Lehre und Praxis steht (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2016 vom 29. August 2016 E. 3.1).

13.6 In Bezug auf das Vorbringen des Beschwerdeführers, der Gutachtensauftrag hätte mittels Einigungsverfahren vergeben werden müssen (A.S. 33 ff.) ist auf das rechtskräftige Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. März 2014 (VSBES.2013.131 E. II. 5.1; IV-Nr. 193 S. 2 ff.) hinzuweisen, in welchem auf das bereits am 15. Januar 2013 erlassene Urteil VSBES.2012.147 (IV-Nr. 158) verwiesen wurde. In diesem wurde explizit festgehalten, dass die Beschwerdegegnerin die Begutachtung «nach dem Zufallsprinzip» zu vergeben habe. Das Vorbringen des Beschwerdeführers erweist sich demnach als nicht weiterführend. Es handelt sich dabei um eine bereits abgeurteilte Sache, eine *res iudicata*.

13.7 In Bezug auf das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach der psychiatrische Gutachter Dr. med. H.____ abzulehnen sei und sein E.____-Teilgutachten inkonsistent und widersprüchlich sei (A.S. 40 f.), kann festgehalten werden, dass dem Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Mitteilung vom 10. Juli 2014 (vgl. IV-Nr. 196) eine Frist von zehn Tagen eingeräumt wurde, um gegen die ihm vorgeschlagenen Gutachterpersonen, zu denen unter anderem auch Dr. med. H.____ zählte, Einwände zu erheben. Innert dieser Frist wurden durch den Beschwerdeführer indes keine Einwände erhoben. Jedenfalls sind solche in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Nach der Durchführung der Untersuchung bei Dr. med. H.____ reichte der Beschwerdeführer am 13. August 2014 (IV-Nr. 199) eine Stellungnahme betreffend die Begutachtung bei Dr. med. H.____ vom 23. Juli 2014 ein, in der er eine neue Begutachtung durch einen anderen Psychiater beantragte und dabei insbesondere die Müdigkeit des Experten während der Befragung und die kurze Dauer der Untersuchung von 30 Minuten beanstandete. Das E.____ teilte dem Beschwerdeführer daraufhin mit Schreiben vom 25. August 2014 mit (IV-Nr. 201), die Untersuchung sei umfassend gewesen und werde, wie bei jeder Untersuchung, insbesondere aus psychiatrischer Sicht dann beendet, wenn der Versicherte bestätige, dass alles gesagt sei

und keine weiteren Angaben mehr zu geben seien. Es ergäben sich nach Durchsicht der neuen Bemängelungspunkte des Beschwerdeführers keine klaren Unzulänglichkeiten für eine Untersuchung. Die Argumentation des Beschwerdeführers erweist sich ferner weder als nachvollziehbar noch als überprüfbar. So sind die Vorbringen des Beschwerdeführers im Schreiben vom 13. August 2014 insbesondere in Bezug auf die Müdigkeit des Experten zum einen zu allgemein gehalten, als dass sie unter dem Titel formeller Ablehnungsgründe behandelt werden könnten. Die Berufung auf negative Erfahrungen mit einem bestimmten Gutachter ■ mangels weiterführender Begründung ■ besteht ferner letztlich einzig in der Behauptung, in den angeblichen Fehlleistungen manifestierten sich systemimmanente Gefährdungen der Verfahrensfairness (BGE 137 V 210 E. 2.4 S. 237 und E. 3.4.2.6 S. 256, 138 V 271 E. 2.2.2 S. 277, vgl. 139 V 349 E. 5.2.2.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2013 9C_475/2013 E. 2.2). Bei diesen Vorbringen handelt es sich um Umstände, die nicht in objektiver Weise, sondern bloss aufgrund des subjektiven Empfindens des Beschwerdeführers und dessen Rechtsvertreters geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit von Dr. med. H.____ zu erwecken (vgl. BGE 137 V 210 E. 6.1.2 S. 267, 132 V 93 E. 7.1 S. 109 mit Hinweis; Urteile des Bundesgerichts 9C_1061/2009 vom 11. März 2010 E. 4.1, 9C_104/2012 vom 12. September 2012 E. 3.1, 9C_726/2012 vom 31. Oktober 2012 E. 1). Die gegen Dr. med. H.____ vorgebrachten Argumente werden zudem nicht substantiiert begründet und erweisen sich demzufolge als haltlos. Es kann zudem für den Aussagegehalt eines Arztberichts gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht allein auf die Dauer der Untersuchung ankommen. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand hängt dabei stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab (Urteil des Bundesgerichts 8C_86/2015 vom 6. Mai 2015 E. 5.2, I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1 mit Hinweisen, bestätigt u.a. mit Urteilen 8C_847/2013 vom 14. Februar 2014 E. 5.1.1 und 8C_737/2012 vom 27. Mai 2013 E. 3.4 mit Hinweis). Da das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. H.____ als voll beweismässig einzustufen ist (vgl. E. II. 10.2.4 hiervor), greift auch dieses Vorbringen des Beschwerdeführers nicht.

14. Das Gutachten des E.____ vom 29. September 2014 ist somit als voll beweismässig zu qualifizieren. Eine entsprechende Beurteilung hielt im Übrigen die RAD-Ärztin Dr. med. J.____ bereits in ihrer Stellungnahme vom 5. Dezember 2014 (vgl. E. II. 8.17 hiervor) fest, indem sie darlegte, die Gesamtbeurteilung der Gutachter könne nachvollzogen werden. Die Beschwerdegegnerin hat daher in der Verfügung vom 9. Juni 2015 (A.S. 2) zu Recht auf das Gutachten des E.____ abgestellt. Demnach ist auch auf die im E.____-Gutachten geschätzte volle Arbeitsfähigkeit von 100 % ganztags in einer körperlich angepassten leichten bis mindestens mittelschweren Tätigkeit abzustellen. Somit erübrigt sich ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 50) ■ die Durchführung eines Einkommensvergleichs. Ergänzend kann darauf hingewiesen werden, dass die Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers infolge eines fehlenden Revisionsgrundes nicht zu prüfen ist.

15. Zusammenfassend ist somit die angefochtene Verfügung 9. Juni 2015 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

16. Im Übrigen ist betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur

Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211; Urteil des Bundesgerichts 8C_364/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1). Da von der durch den Beschwerdeführer beantragten Erstellung eines neuen poldisziplinären Gutachtens und der weiteren Abklärung (vgl. E. I. Ziff. 3a hiervor) keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist davon abzusehen.

17. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

17.1 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege, wobei diese gegenüber der Kostentragung der Rechtsschutzversicherung [...], die 50 % der Gerichts- und Vertretungskosten umfasst, subsidiär ist (vgl. E. I. 6 hiervor).

17.2 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Der Rechtsbeistand Rémy Wyssmann hat am 15. Dezember 2015 (A.S. 83 ff.) eine Kostennote eingereicht, die er anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 15. Mai 2017 ergänzt hat (A.S. 95 ff.). Er macht damit einen Kostenersatz von insgesamt CHF 7'956.45 geltend ■ basierend auf einem zeitlichen Aufwand von 29,73 Stunden und Auslagen von CHF 231.90. Darin ist ein Kanzleiaufwand für sieben Klientenbriefe (15. Juli, 2., 20. November, 15. Dezember 2015, 25. November 2016, 25. Januar und 27. Februar 2017) à je 0,17 Stunden und für eine Fristerstreckung von 0,25 Stunden (14. September 2015) enthalten, die im Stundenansatz bereits inbegriffen und daher nicht gesondert zu entschädigen ist. Unter Abzug von insgesamt 1,44 Stunden beträgt der Aufwand noch total 28,29 Stunden. In Anbetracht der Tatsache, wonach sich der Vertreter des Beschwerdeführers mit seinen Eingaben teilweise auf bereits mit früheren Urteilen des Versicherungsgerichts rechtskräftig abgeurteilte Sachverhalte bezieht (vgl. E. II.13.2 und 13.6 hiervor) und Rechtsanwalt Wyssmann den Beschwerdeführers bereits im Vorbescheidverfahren vertreten hat, steht fest, dass dieser bereits über eine umfassende Aktenkenntnis verfügte. Daher ist der für das Verfassen der Beschwerde vom 13. Juli 2015 ans Versicherungsgericht angegebene Aufwand von 20,00 Stunden zu hoch veranschlagt. Der Aufwand wird somit pauschal auf total 20 Stunden gekürzt. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 8. März 2016, in Kraft seit 15. Juli 2016 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GebT, BGS 615.11) CHF 180.00. Damit beträgt die Entschädigung CHF 3'600.00. Was die Auslagen von CHF 231.90 anbelangt, so sind die 146 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GebT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 73.00 auf CHF 158.90. Somit beläuft sich die Kostenforderung des Rechtsbeistandes unter Einbezug der MwSt von 8 % (CHF 300.70) auf total CHF 4'059.60, wovon mit Blick auf die Kostengutsprache der Rechtsschutzversicherung [...] die Hälfte davon (CHF 2'029.80) durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen ist. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

Vorbehalten bleibt auch der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von gerundet CHF 540.00 (aufgrund der Kostengutsprache der Rechtsschutzversicherung [...] die Hälfte von CHF 1'080.00, der Differenz zum vollen

Honorar von CHF 4'059.60), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier lediglich von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 GebT) auszugehen ist, wenn ■ wie hier ■ keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht.

17.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Rémy Wyssmann, wird auf CHF 2'029.80 (inkl. Auslagen und MwSt.) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 540.00 (die Hälfte der Differenz zum vollen Honorar), während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

5. Je eine Kopie der an der öffentlichen Verhandlung vom 15. Mai 2017 durch den Vertreter des Beschwerdeführers eingereichten Urkunden 7 und 8 sowie der aktualisierten Kostennote vom 15. Mai 2017 gehen zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

6. Eine Kopie des Protokolls der öffentlichen Verhandlung vom 15. Mai 2017 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Jäggi

E. 6

Die Beschwerdegegnerin sei gestützt auf Art. 190 Abs. 2 ZPO i.V.m. § 58 Abs. 1 VRPG unter Androhung der Straffolgen nach Art. 292 StGB gerichtlich anzuweisen, die IV-Anfrage an die webbasierte Plattform SwissMED@P mit den gewählten Parametern und Angaben hinsichtlich Verfahrenssprache, Abklärungstyp, etc. (vgl. II [Prozess] Nummer 2 des Anhangs V [Handbuch für Gutachter- und IV-Stellen]) zu den Verfahrensakten zu reichen (Beweisgegenstand: Frage nach dem Funktionieren des Zufallsprinzips in der vorliegenden Auswahl der Gutachterstelle).

E. 7

Über die vom Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren gestellten Beweisanträge und über die vom Bundesgericht mit Urteil vom 3. Juni 2015 verlangten zwingend erforderlichen Beweisthemen sei eine Beweisverfügung nach Art. 154 ZPO i.V.m. § 58 Abs. 1 VRPG, Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 6 Abs. 1 EMRK zu eröffnen, worin die zugelassenen Beweismittel bezeichnet werden und wo bestimmt wird, welcher Partei zu welchen Tatsachen der Haupt- oder Gegenbeweis obliegt. Dabei sei der Praxis des Bundesverwaltungsgerichts Rechnung zu tragen, welche die Anordnung einer solchen Beweisverfügung insbesondere im Bereich des Sozialversicherungsverfahrens ausdrücklich verlangt.

E. 8

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit durchzuführen.

E. 8.1

hiervor) dokumentiert wurde. In Bezug auf die im Austrittsbericht vom 28. Februar 2005 (vgl. E. II. 8.1 hiervor) zusätzlich ausgewiesene «Angst», ging Dr. med. H.____ nicht ein. Dies ist nicht zu beanstanden, da bereits anlässlich des Wiedereintritts vom 15. Juni 2010 in die Q.____ (vgl. E. II. 8.6 hiervor) die Diagnose «Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2)» nicht mehr ausgewiesen bzw. diagnostiziert wurde. Zudem gibt der Beschwerdeführer bei der gutachterlichen Exploration gegenüber Dr. med. H.____ lediglich an, «sich unter Leuten nicht wohl zu fühlen» (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 19). Es kann daher nachvollzogen werden, dass Dr. med. H.____ darauf nicht weiter eingeht, sondern die ICD-Kriterien einer leichten depressiven Episode erläutert und ausführt, unter diese würden auch die vom Beschwerdeführer geschilderten «Ängste unter Leuten» fallen (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 20). In Bezug auf die durch die Psychiater der Q.____ im Bericht vom 28. Februar 2005 sowie im Wiedereintrittsgespräch vom 15. Juni 2010 ausgewiesene Diagnose einer «anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)» geht Dr. med. H.____ in seinem psychiatrischen E.____-Teilgutachten ein. Dabei führt er in nachvollziehbarer Weise aus, diese Diagnose könne nicht gestellt werden, da deutliche, schwere psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren, die als hauptsächlich ursächliche Einflüsse der Schmerzen gelten könnten, fehlen würden. Es handle sich auch nicht um ein ausschliessliches Rentenbegehren oder um eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, da eine deutliche Entwertung bisheriger Behandlungen und ein deutliches aufmerksamkeitssuchendes Verhalten nicht im

Vordergrund stünden (IV-Nr. 203.1 S. 21 f.). Die Ausführungen von Dr. med. H.____ stehen denjenigen in den Berichten der Q.____ nicht entgegen. So stellten die Psychiater der Q.____ in den Berichten vom Februar 2005 und Juni 2010 in Übereinstimmung mit Dr. med. H.____ ebenfalls eine psychosoziale Belastungssituation fest. Die diesbezügliche quantifizierende Einschätzung von Dr. med. H.____, wonach es sich dabei aber nicht um «schwere psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren» handle, vermag zu überzeugen, da er in seinem Teilgutachten auf die psychosozialen Symptome beim Beschwerdeführers eingeht, indem er unter «soziale Anamnese» die finanziellen Probleme des Beschwerdeführers, die langjährige Abhängigkeit vom Sozialamt und die Trennung von seiner Ehefrau 2012 thematisiert (IV-Nr. 203.1 S. 19) und anschliessend unter «Stellungnahme zur Selbsteinschätzung/Inkonsistenzen» darlegt (IV-Nr. 203.1 S. 21), dass die psychosozialen Probleme eine Rolle spielen würden. Die weitere Einschätzung von Dr. med. H.____, wonach beim Beschwerdeführer kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf bestehe, erscheint plausibel, weil Dr. med. H.____ anschliessend ausführt, der Beschwerdeführer sei nicht mehr in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und erhalte auch keine psychopharmakologische Medikation. Diesen Ausführungen kann aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers im Gespräch gegenüber Dr. med. H.____ gefolgt werden, wonach er die Medikamente, die er im [...] erhalten habe, nicht mehr nehme, da er davon nur Magenbeschwerden bekommen habe (IV-Nr. 203.1 S. 18) und, sofern es vorgeschlagen werde, auch wieder in eine psychiatrische Behandlung gehen werde (IV-Nr. 203.1 S. 19). Aufgrund dieser Ausführungen kann die oben erwähnte Beurteilung von Dr. med. H.____ nachvollzogen werden. Folglich ist davon auszugehen, dass schwere psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren, die als hauptsächliche ursächliche Einflüsse der Schmerzen gelten könnten, beim Beschwerdeführer fehlen. Dies unter anderem auch deshalb, weil sich die Psychiater der Q.____ mit der Diagnosestellung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht vertieft auseinandergesetzt haben. So führten sie bspw. im Bericht vom 15. Juni 2010 (vgl. E. II. 8.6 hiervor) einzig aus, der Schmerz würde in Verbindung mit psychosozialen Problemen auftreten (knappe finanzielle Verhältnisse mit Beteiligungen und Pfändungen, langjähriger Arbeitslosigkeit ohne berufliche Perspektive), so dass von einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden könne. Daher erscheint die Einschätzung von Dr. med. H.____, wonach aufgrund der beim Beschwerdeführer bestehenden gewissen Selbstlimitierung und der erwähnten Inkonsistenzen eine Schmerzverarbeitungsstörung (Symptomausweitung) bestehe, schlüssig (IV-Nr. 203.1 S. 22). Die Berichte der Q.____ vermögen somit die beweismässigen Ausführungen und Einschätzungen von Dr. med. H.____ nicht in Frage zu stellen. 10.2.5 Insgesamt vermögen die übrigen medizinischen Akten die beweismässigen Einschätzungen und Diagnosestellungen der E.____-Gutachter im Gutachten vom 29. September 2014 nicht zu schmälern. 11. Wie bereits unter II. E. 6 hiervor dargelegt, ist nachfolgend zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2015 im Vergleich zu demjenigen im Zeitpunkt des in Rechtskraft erwachsenen Einspracheentscheids vom 17. Juni 2004 in anspruchsrelevanter Weise verändert hat. Dazu sind die Befunde und Diagnosestellungen im Gutachten der B.____ vom 30. Dezember 2003 heranzuziehen und mit denjenigen des als voll beweismässig zu qualifizierenden Gutachtens des E.____ vom 29. September 2014 zu vergleichen: 11.1 Eingehend auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers fällt auf, dass die bereits im Rahmen des B.____-Gutachtens vom 30. Dezember 2003 (vgl. E. II. 7 hiervor) festgestellte «depressive Störung leichten Grades ohne somatisches Syndrom (ICD-10

F32.0), vorwiegend reaktiv bedingt bei psychosozialen Belastungen und veränderter Lebenssituation» auch im Gutachten des E.____ vom 29. September 2014 ausgewiesen wird, indem die Gutachter eine «leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)» diagnostizieren (vgl. E. II. 8.16 hiervor). So stellt Dr. med. H.____ im Rahmen seines psychiatrischen E.____-Teilgutachtens vom 23. Juli 2014 denn auch fest, diese Diagnose sei bereits im Gutachten der B.____, 2003 ausgewiesen worden (IV-Nr. 203.1 S. 21 unten). Eine Veränderung der depressiven Störung liegt damit nicht vor. In Bezug auf die im Gutachten der B.____ vom Dezember 2003 ebenfalls diagnostizierte «nicht auszuschliessende undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1; vgl. E. II. 7 hiervor)» führt Dr. med. H.____ anlässlich seines psychiatrischen Teilgutachtens aus, bei einer solchen komme es nach ICD-10 zu multiplen, wechselnden somatischen Beschwerden (IV-Nr. 203.1 S. 21). Beim Beschwerdeführer seien die Beschwerden aber vor allem im Bewegungsapparat ausgeprägt. Es erscheint daher nachvollziehbar, dass Dr. med. H.____ diese Diagnose nicht bestätigt. Daran vermögen die Ausführungen von Dr. med. N.____ anlässlich seines psychiatrischen Teilgutachtens der B.____ vom 13. Oktober 2003 keine Zweifel hervorzurufen: So führte er in allgemein-abstrakter Weise aus, bei den sehr zahlreichen und unterschiedlichen Beschwerden, die auf unterschiedliche Weise vorgetragen würden, werde die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung als wahrscheinlich angenommen (IV-Nr. 45.4 S. 7). Demzufolge handelte es sich bei der entsprechenden Diagnosestellung im Rahmen des B.____-Gutachtens von 2003 nicht um eine vollständig gesicherte Diagnose, sondern eher um eine Verdachtsdiagnose. Unter Heranziehung der beiden Gutachten lässt sich ferner feststellen, dass die vom Beschwerdeführer vorgetragenen Beschwerden sowohl im B.____-Gutachten vom 17. Juni 2004 als auch vom E.____-Gutachten vom 29. September 2014 weitgehend identisch lauten: So bezogen sich die im B.____-Gutachten beklagten Beschwerden hauptsächlich auf den Hinterkopf, den Nacken, die Wirbelsäule bis in die Beine und weiter bis in die Ferse. Aufgrund dieser Beschwerden schlafe er nachts schlecht. Zudem leide er seit dem Unfall unter einem Ohrgeräusch rechts, bisweilen auch im linken Ohr und habe einen einseitigen beeinträchtigten Geruchssinn (IV-Nr. 45.4 S. 3). Ähnliche Angaben machte der Beschwerdeführer sodann auch im Rahmen der psychiatrischen Exploration von Dr. med. H.____, indem er angab, unter Schlafproblemen und Kopf- bzw. Nackenschmerzen zu leiden. Aber auch sonst leide er unter Schmerzen in der Wirbelsäule mit Brennen sowie Stechen und habe Gleichgewichtsprobleme (IV-Nr. 203.1 S. 18 oben). Es ist folglich von einer geringgradig anderen diagnostischen Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen psychischen Gesundheitszustandes auszugehen, was nach revisionsrechtlichen Gesichtspunkten unbeachtlich (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372 mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 104 E. 3a) und somit auch im vorliegenden Fall nicht relevant ist. 11.2 Es ist auf die somatischen Diagnosestellungen in den Gutachten einzugehen: Im rheumatologischen Fachgutachten der B.____ vom 15. Oktober 2003 (IV-Nr. 45.3) wies Dr. med. M.____ folgende Hauptdiagnosen aus: ein «chronisches zervikozephal und intermittierend-spondylogenes Syndrom beidseits (ICD-10 M53.0 resp. M53.1)» und ein «chronisches lumbospondylogenes Syndrom, derzeit links (ICD-10 M54.4)» (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 4). Dr. med. I.____ hielt sodann im orthopädischen E.____-Teilgutachten vom 26. August 2014 (IV-Nr. 203.1 S. 22 ff.) sowohl die Hauptdiagnose eines «chronischen paravertebralen Schmerzsyndroms unter lumbaler Betonung (ICD-10 M54.80)» als auch «chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M79.66/Z98.8)» und einen «Verdacht auf Schmerzausweitung» fest (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 26 f.). Aufgrund dieser Diagnosestellungen

fällt auf, dass die bereits im Gutachten der B.____ 2003 festgestellten Befunde im Bereich der HWS und LWS des Beschwerdeführers auch im Zeitpunkt des E.____-Gutachtens von 2014 bestätigt werden können und somit nach wie vor vorhanden sind. So führte Dr. med. I.____ aus, der Beschwerdeführer beschreibe seitens des Bewegungsapparates diffuse Beschwerden an sämtlichen Wirbelsäulenabschnitten unter zervikaler Betonung samt Ausstrahlung in sämtliche Extremitäten (IV-Nr. 203.1 S. 27). Damit zeigt sich zwischen 2003 und 2014 betreffend die rheumatologisch/orthopädische Einschätzung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers keine anspruchsrelevante Veränderung. In diesem Sinne führte Dr. med. I.____ im orthopädischen E.____-Teilgutachten denn auch aus, es könne der Einschätzung von Dr. med. M.____ im Teilgutachten der B.____ aufgrund der Untersuchung anlässlich des E.____-Gutachtens insgesamt klar gefolgt werden (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 29). Diese Schlussfolgerung erscheint auch deshalb schlüssig, weil beide Experten unabhängig voneinander festgestellt haben, dass sich die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden anlässlich der durchgeführten Untersuchungen nicht vollständig objektivieren liessen: So hielt Dr. med. M.____ fest, es beständen in der klinischen Untersuchung multiple Inkonsistenzen wie unterschiedliche Beweglichkeiten in der gezielten Untersuchung und im Spontanverhalten resp. bei Prüfung in abgelenkter Situation (IV-Nr. 45.3 S. 5). Dies bestätigte Dr. med. I.____, indem er im E.____-Teilgutachten darlegte, es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den anamnestischen Schmerzschilderungen einerseits und den objektivierbaren Befunden anlässlich der heutigen Untersuchung (IV-Nr. 203.1 S. 29). Auch die Einschätzungen der Experten betreffend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers stimmen überein: So hielt Dr. med. M.____ im B.____ -Teilgutachten von 2003 fest, der Beschwerdeführer sei in einer körperlich schwer belastenden Tätigkeit 50 % arbeitsfähig. In einer körperlich leicht bis mittelschwer belastenden Tätigkeit in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen betrage die Arbeitsfähigkeit hingegen 100 % (IV-Nr. 45.3 S. 5). Diese Einschätzung teilte Dr. med. I.____ im E.____-Gutachten von 2014, indem er darlegt, für körperlich leichte und zumindest mittelschwere Verrichtungen könne keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung attestiert werden (IV-Nr. 203.1 S. 28). Es kann somit nicht von einer wesentlichen Veränderung der rheumatologischen bzw. orthopädischen Gesundheitssituation ausgegangen werden. In Bezug auf die neurologischen Teilgutachten von Dr. med. O.____ im Rahmen des B.____-Gutachtens vom 11. September 2003 (IV-Nr. 45.5) und Dr. med. G.____ vom 13. August 2014 (IV-Nr. 203.1 S. 29 ff.) ist zunächst festzuhalten, dass die im Gutachten der B.____ ausgewiesenen Diagnosen eines «chronischen spondylogenen Schmerzsyndroms mit Status nach HWS-Distorsionstrauma», eines «anamnestischen Hinweises auf milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) mit chronisch-persistierenden Kopfschmerzen (ICD-10 S06.0)» und das «chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom mit Status nach Verhebetauma 1998 und Kontusion 2001 (ICD-10 M47.8)» auch im Rahmen Gutachtens des B.____ festgestellt worden sind: So diagnostizierte Dr. med. G.____ ein «chronisches zervikozephalales Schmerzsymptom (ICD-10 M53.0)» sowie ein «chronisches lumbales Schmerzsymptom mit pseudoradikulären Schmerzausstrahlungen in beide Beine (ICD-10 M54.55)» und eine «Neuropathie des Nervus cutaneus femoris lateralis (ICD-10 G57)». Dr. med. G.____ führte im Rahmen seines Teilgutachtens ferner aus, im Vergleich zur neurologischen Begutachtung im Rahmen der interdisziplinären Abklärung vom September 2003 ergäben sich keine neuen Aspekte. Aus neurologischer Sicht könnten weiterhin keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aufgrund der Aktenlage ergäben sich

keine neuen Anhaltspunkte, dass zwischenzeitlich eine relevante, objektivierbare Veränderung ausneurologischer Sicht eingetreten wäre (IV-Nr. 203.1 S. 32). Es ist folglich nicht von einer wesentlichen Veränderung des neurologischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auszugehen. 11.3 Aufgrund des vorangehenden Vergleichs der Befunde und Diagnosestellungen der beiden Gutachten von 2003 bzw. 2014 wird deutlich, dass sich zwischen 2003 und 2014 weder der psychische noch der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich bzw. in anspruchswerter Weise verändert haben. Folglich liegt im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2015 keine erhebliche Veränderung gegenüber dem leistungsablehnenden Einspracheentscheid vom 17. Juni 2004 vor. In diesem Sinne hielt auch bereits der RAD-Arzt Dr. med. C.____ in seinen Beurteilungen sowohl vom März als auch vom Juni 2005 (vgl. E. II. 8.3 und 8.5 hiervor) fest, es seien im Vergleich zum Gutachten der B.____ keine wesentlichen Änderungen festzustellen. 12. Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass in Bezug auf die gesundheitliche Situation seit dem letzten rechtskräftigen Einspracheentscheid keine wesentliche Änderung eingetreten ist. Es kann ergänzend festgehalten werden, dass die neue Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen bzw. äquivalenten Beschwerdebildern nach BGE 141 V 281 für sich allein keinen Neuanmeldungs- bzw. Revisionsgrund darstellt. Grund für eine Neuanmeldung – bei der die Revisionsregeln analog anwendbar sind – ist somit allemal eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10). Ob ein rechtskräftig beurteilter, unveränderter Sachverhalt nach einer neuen Rechtsprechung rechtlich anders eingeordnet würde, spielt keine Rolle (BGE 141 V E. 5.3 S. 588 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_699/2015 vom 28. Dezember 2015 E. 3.3.2). 13. Es ist nachfolgend auf die Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen: 13.1 Der Beschwerdeführer beantragt, es seien vom E.____ die Angaben über die attestierten Arbeitsfähigkeiten von 40 % oder mehr für leidensangepasste Tätigkeiten seit 2011 offenzulegen (vgl. E. I. 4 Ziff. 2.b hiervor). Das Bundesgericht hat diesbezüglich im Verfahren 8C_599/2014 mit Urteil vom 18. Dezember 2015 E. 6.6 ausgeführt, im Rahmen der Qualitätskontrolle über die Gutachterstellen, welche mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) einen Vertrag gemäss Art. 72 bis Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] geschlossen haben, verlange dieses von den Gutachterstellen jährlich verschiedene Angaben über ihre Geschäftstätigkeit. Gemäss seinen Ausführungen in der Vernehmlassung vom 11. Mai 2015 sei das Bundesamt dazu übergegangen, nunmehr auch Daten betreffend die attestierten Arbeitsunfähigkeiten einzuverlangen. Das BSV habe dem Bundesgericht jedoch am 12. Juni 2015 mitgeteilt, dass die medizinische Abklärungsstelle (das E.____) für das Jahr 2014 die entsprechenden Daten nicht erhoben habe. Gemäss Bundesgericht könne jedoch offenbleiben, ob diese Daten nachgeliefert werden müssen, da zum einen die Daten eines einzelnen Instituts ohne Vergleichsdaten im Vornherein uninteressant seien. Gestützt auf diese Darlegungen läuft das Vorbringen des Beschwerdeführers aufgrund der fehlenden Vergleichsdaten ins Leere. Von einer, wie vom Beschwerdeführer in E. I. 4 Ziff. 2.c hiervor formulierten «fehlenden Ergebnisoffenheit» kann somit auch ohne Vorliegen des entsprechenden Zahlenmaterials des E.____ nicht gesprochen werden. Das an der öffentlichen Verhandlung vom 15. Mai 2017 gestellte Begehren, es sei das vorliegende Beschwerdeverfahren bis zum rechtskräftigen Abschluss der beim Verwaltungsgericht des Kantons Solothurns hängigen Beschwerdeverfahren VWBES.2017.68 und VWBES.2017.69 (vgl. Protokoll vom 16. Mai 2017, A.S. 91 ff.) zu sistieren, wird abgewiesen. Es ist nicht ersichtlich und wird durch den

Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht, welchen konkreten Erkenntnisgewinn die entsprechenden Urteile in Bezug auf den hier zu beurteilenden Fall haben. Selbst wenn davon auszugehen wäre, dass den beiden hier in Frage stehenden Gesuchstellern Einsicht in die Begutachtungspraxis des E. ___ gewährt würde (vgl. Plädoyernotizen des Vertreters des Beschwerdeführers vom 15. Mai 2017, S. 4), lässt sich daraus nichts für den vorliegenden Fall ableiten. So sind – wie bereits oben erläutert – die Daten eines einzelnen Instituts ohne Vergleichsdaten im Vornherein uninteressant. Zum weiteren, allgemein gehaltenen Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach sich insbesondere aus der Studie «Assessing work ability» vom 10. Februar 2014 (Beschwerdebeilage Nr. 4) von Dr. AF. ___, Leiter des E. ___, schliessen lasse, dass das E. ___ bei syndromalen Beschwerdebildern nie eine leistungsbegründende Invalidität attestiere (vgl. Plädoyernotizen des Vertreters des Beschwerdeführers vom 15. Mai 2017, S. 2), kann festgehalten werden, dass Dr. med. AF. ___ an der vorliegenden Begutachtung durch das E. ___ vom 29. September 2014 gar nicht als begutachtender Facharzt beteiligt war (vgl. E. II. 8.16 hiavor). Es fehlt somit auch hier der konkrete Bezug zum vorliegend zu beurteilenden Fall.

13.2 Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, seine Zusatzfragen Nrn. 1 bis 4 und 8 bis 13 sowie die anlässlich der Beschwerdeschrift neu formulierten Fragen Nrn. 1 bis 5 seien einer noch zu bestimmenden Gutachterstelle zur Beantwortung zu unterbreiten (vgl. E. I. 4 Ziff. 4 hiavor). Somit geht der Beschwerdeführer – wie im Übrigen in E. I. 4 Ziff. 3 durch ihn auch beantragt – implizit davon aus, dass ein neues polydisziplinäres Gutachten zu erstellen sei. Dies ist jedoch aufgrund des im vorliegenden Fall – wie oben dargelegt – voll beweismässigen E. ___-Gutachtens vom 29. September 2014 nicht erforderlich. Es kommt hinzu, dass über die Zusatzfragen Nrn. 1 bis 4 und 8 bis 13 bereits im Rahmen des Urteils des Versicherungsgerichts VSBES.2013.131 vom 19. März 2014 (IV-Nr. 193 S. 2 ff.) rechtskräftig entschieden worden ist. Daher kann auf die entsprechenden Ausführungen in E. 6.3 des besagten Urteils verwiesen werden. Folglich handelt es sich hierbei um eine abgeurteilte Sache (res iudicata) im Rechtssinne. Auf das entsprechende Rechtsbegehren des Beschwerdeführers ist nicht weiter einzugehen.

13.3 In Bezug auf die durch den Beschwerdeführer beantragte längere Durchführung einer videodokumentarischen Überwachung gemäss dem E. ___-Gutachten, S. 28 (vgl. E. I. 4 Ziff. 5), ist auf das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. I. ___ einzugehen, der eine erhebliche Diskrepanz zwischen den anamnestischen Schmerzschilderungen einerseits und den objektivierbaren Befunden andererseits formuliert. In diesem Zusammenhang führt er sodann aus, die tatsächlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers im Alltag könnten allerdings nur im Rahmen einer längerdauernden Beobachtung vor Ort festgestellt werden. Diese Ausführung erscheint nachvollziehbar, da die Schilderungen des Beschwerdeführers aufgrund der klinischen gutachterlichen Untersuchung nicht ohne weiteres nachvollzogen werden können. So habe sich z.B. die Kopffrotation, die vom Beschwerdeführer als «kaum möglich» bezeichnet worden sei, unter Ablenkung als frei erwiesen (IV-Nr. 203.1 S. 27). Somit konnten – wie von Dr. med. I. ___ entsprechend erläutert – die durch den Beschwerdeführer beklagten gesundheitlichen Einschränkungen bei der klinischen Untersuchung nicht vollumfänglich bestätigt werden. Die Einschätzung von Dr. med. I. ___, wonach nur eine längere Beobachtung des Beschwerdeführers im Alltag diesbezüglich weitere Informationen liefern könne, erscheint in diesem Zusammenhang sinnvoll und plausibel. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist diese Aussage indes nicht als ein «gutachterlicher Vorbehalt» zu werten. Denn entsprechende Rückschlüsse lassen sich weder aus dem Teilgutachten von Dr. med. I. ___ noch der konsensualen Besprechung mit

den übrigen Experten ziehen (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 33 f.). Gestützt auf diese Ausführungen ist die Durchführung einer Observation des Beschwerdeführers nicht, wie vom Beschwerdeführer angenommen, notwendig. 13.4 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin sei unter Androhung von Straffolgen gerichtlich anzuweisen, die IV-Anfrage an die webbasierte Plattform SwissMED@P mit den gewählten Parametern und Angaben hinsichtlich Verfahrenssprache, Abklärungstyp etc. zu den Verfahrensakten zu reichen (vgl. E. I. 4 Ziff. 6 hiervor). Da der Beschwerdeführer darauf indes nicht weiter eingeht und insbesondere nicht erläutert, inwiefern diese Parameter zur Beurteilung des vorliegenden Sachverhalts erforderlich sein sollen, ist von einer Aufforderung an die Beschwerdegegnerin abzusehen. Diese Parameter sind im vorliegenden Fall als nicht weiterführend zu qualifizieren. 13.5 Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, über seine im vorliegenden Beschwerdeverfahren gestellten Anträge sei eine Beweisverfügung zu eröffnen (vgl. E. I. 4 Ziff. 7 hiervor). Er beruft sich dabei auf die Praxis des Bundesverwaltungsgerichts, das die Anordnung einer entsprechenden Verfügungspflicht insbesondere im Bereich der Sozialversicherungsverfahren ausdrücklich verlange. Gemäss Lehre und Praxis sind Beweisverfügungen im Verwaltungsverfahren, das vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht wird, zwar nicht ausgeschlossen, aber in der Regel nicht erforderlich. Es besteht mit anderen Worten keine generelle Pflicht der Invalidenversicherung, eine formelle Beweisverfügung darüber zu erlassen, welche Beweise sie zu erheben gedenkt und welche Beweisanträge sie ablehnt (Urs Müller: Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, N 1775/1784; s.a. BGE 113 Ib 90 E. 2c S. 94). Beweisanträge können daher uno actu mit der Endverfügung über den Leistungsanspruch abgewiesen werden, wobei dies auch konkludent geschehen kann (vgl. Bernhard Waldmann/Jürg Bickel in: Bernhard Waldmann/Philippe Weissenberger [Hrsg.]: Praxiskommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zürich 2016, 2. Aufl., Art. 33 VwVG N 38). Dies verlangen auch die Natur der Massenverwaltung und das Gebot der beförderlichen Erledigung der Leistungsbegehren. Seine Grenze findet das Praktikabilitätsargument zwar in den Verfahrensrechten des Versicherten (Müller, a.a.O., N 1785). Eine Situation mit besonderem Schutzbedürfnis des Versicherten liegt hier aber nicht vor, womit dieser Einwand nicht durchdringt. Daran vermag auch das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 4. Juni 2014 (B-3253/2012 E. 3.2) nichts zu ändern, welches jegliche Hinweise auf andere Entscheide oder Literatur vermessen lässt und daher nicht in Einklang mit der Lehre und Praxis steht (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2016 vom 29. August 2016 E. 3.1). 13.6 In Bezug auf das Vorbringen des Beschwerdeführers, der Gutachtensauftrag hätte mittels Einigungsverfahren vergeben werden müssen (A.S. 33 ff.) ist auf das rechtskräftige Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. März 2014 (VSBES.2013.131 E. II. 5.1; IV-Nr. 193 S. 2 ff.) hinzuweisen, in welchem auf das bereits am 15. Januar 2013 erlassene Urteil VSBES.2012.147 (IV-Nr. 158) verwiesen wurde. In diesem wurde explizit festgehalten, dass die Beschwerdegegnerin die Begutachtung «nach dem Zufallsprinzip» zu vergeben habe. Das Vorbringen des Beschwerdeführers erweist sich demnach als nicht weiterführend. Es handelt sich dabei um eine bereits abgeurteilte Sache, eine res iudicata. 13.7 In Bezug auf das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach der psychiatrische Gutachter Dr. med. H. ___ abzulehnen sei und sein E. ___-Teilgutachten inkonsistent und widersprüchlich sei (A.S. 40 f.), kann festgehalten werden, dass dem Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Mitteilung vom 10. Juli 2014 (vgl. IV-Nr. 196) eine Frist von zehn Tagen eingeräumt wurde, um gegen die ihm vorgeschlagenen Gutachterpersonen, zu denen unter anderem auch Dr. med. H. ___ zählte,

Einwände zu erheben. Innert dieser Frist wurden durch den Beschwerdeführer indes keine Einwände erhoben. Jedenfalls sind solche in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Nach der Durchführung der Untersuchung bei Dr. med. H.____ reichte der Beschwerdeführer am 13. August 2014 (IV-Nr. 199) eine Stellungnahme betreffend die Begutachtung bei Dr. med. H.____ vom 23. Juli 2014 ein, in der er eine neue Begutachtung durch einen anderen Psychiater beantragte und dabei insbesondere die Müdigkeit des Experten während der Befragung und die kurze Dauer der Untersuchung von 30 Minuten beanstandete. Das E.____ teilte dem Beschwerdeführer daraufhin mit Schreiben vom 25. August 2014 mit (IV-Nr. 201), die Untersuchung sei umfassend gewesen und werde, wie bei jeder Untersuchung, insbesondere aus psychiatrischer Sicht dann beendet, wenn der Versicherte bestätige, dass alles gesagt sei und keine weiteren Angaben mehr zu geben seien. Es ergäben sich nach Durchsicht der neuen Bemängelungspunkte des Beschwerdeführers keine klaren Unzulänglichkeiten für eine Untersuchung. Die Argumentation des Beschwerdeführers erweist sich ferner weder als nachvollziehbar noch als überprüfbar. So sind die Vorbringen des Beschwerdeführers im Schreiben vom 13. August 2014 insbesondere in Bezug auf die Müdigkeit des Experten zum einen zu allgemein gehalten, als dass sie unter dem Titel formeller Ablehnungsgründe behandelt werden könnten. Die Berufung auf negative Erfahrungen mit einem bestimmten Gutachter – mangels weiterführender Begründung – besteht ferner letztlich einzig in der Behauptung, in den angeblichen Fehlleistungen manifestierten sich systemimmanente Gefährdungen der Verfahrensfairness (BGE 137 V 210 E. 2.4 S. 237 und E. 3.4.2.6 S. 256, 138 V 271 E. 2.2.2 S. 277, vgl. 139 V 349 E. 5.2.2.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2013 9C_475/2013 E. 2.2). Bei diesen Vorbringen handelt es sich um Umstände, die nicht in objektiver Weise, sondern bloss aufgrund des subjektiven Empfindens des Beschwerdeführers und dessen Rechtsvertreters geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit von Dr. med. H.____ zu erwecken (vgl. BGE 137 V 210 E. 6.1.2 S. 267, 132 V 93 E. 7.1 S. 109 mit Hinweis; Urteile des Bundesgerichts 9C_1061/2009 vom 11. März 2010 E. 4.1, 9C_104/2012 vom 12. September 2012 E. 3.1, 9C_726/2012 vom 31. Oktober 2012 E. 1). Die gegen Dr. med. H.____ vorgebrachten Argumente werden zudem nicht substantiiert begründet und erweisen sich demzufolge als haltlos. Es kann zudem für den Aussagegehalt eines Arztberichts gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht allein auf die Dauer der Untersuchung ankommen. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand hängt dabei stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab (Urteil des Bundesgerichts 8C_86/2015 vom 6. Mai 2015 E. 5.2, I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1 mit Hinweisen, bestätigt u.a. mit Urteilen 8C_847/2013 vom 14. Februar 2014 E. 5.1.1 und 8C_737/2012 vom 27. Mai 2013 E. 3.4 mit Hinweis). Da das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. H.____ als voll beweiswertig einzustufen ist (vgl. E. II. 10.2.4 hiervor), greift auch dieses Vorbringen des Beschwerdeführers nicht. 14. Das Gutachten des E.____ vom 29. September 2014 ist somit als voll beweiswertig zu qualifizieren. Eine entsprechende Beurteilung hielt im Übrigen die RAD-Ärztin Dr. med. J.____ bereits in ihrer Stellungnahme vom 5. Dezember 2014 (vgl. E. II. 8.17 hiervor) fest, indem sie darlegte, die Gesamtbeurteilung der Gutachter könne nachvollzogen werden. Die Beschwerdegegnerin hat daher in der Verfügung vom 9. Juni 2015 (A.S. 2) zu Recht auf das Gutachten des E.____ abgestellt. Demnach ist auch auf die im E.____-Gutachten geschätzte volle Arbeitsfähigkeit von 100 % ganztags in einer körperlich angepassten leichten bis mindestens mittelschweren

Tätigkeit abzustellen. Somit erübrigt sich – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 50) – die Durchführung eines Einkommensvergleichs. Ergänzend kann darauf hingewiesen werden, dass die Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers infolge eines fehlenden Revisionsgrundes nicht zu prüfen ist. 15. Zusammenfassend ist somit die angefochtene Verfügung 9. Juni 2015 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 16. Im Übrigen ist betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211; Urteil des Bundesgerichts 8C_364/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1). Da von der durch den Beschwerdeführer beantragten Erstellung eines neuen poldisziplinären Gutachtens und der weiteren Abklärung (vgl. E. I. Ziff. 3a hiervor) keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist davon abzusehen. 17. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 17.1 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege, wobei diese gegenüber der Kostentragung der Rechtsschutzversicherung [...], die 50 % der Gerichts- und Vertretungskosten umfasst, subsidiär ist (vgl. E. I. 6 hiervor). 17.2 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Der Rechtsbeistand Rémy Wyssmann hat am 15. Dezember 2015 (A.S. 83 ff.) eine Kostennote eingereicht, die er anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 15. Mai 2017 ergänzt hat (A.S. 95 ff.). Er macht damit einen Kostenersatz von insgesamt CHF 7'956.45 geltend – basierend auf einem zeitlichen Aufwand von 29,73 Stunden und Auslagen von CHF 231.90. Darin ist ein Kanzleiaufwand für sieben Klientenbriefe (15. Juli, 2., 20. November, 15. Dezember 2015, 25. November 2016, 25. Januar und 27. Februar 2017) à je 0,17 Stunden und für eine Fristerstreckung von 0,25 Stunden (14. September 2015) enthalten, die im Stundenansatz bereits inbegriffen und daher nicht gesondert zu entschädigen ist. Unter Abzug von insgesamt 1,44 Stunden beträgt der Aufwand noch total 28,29 Stunden. In Anbetracht der Tatsache, wonach sich der Vertreter des Beschwerdeführers mit seinen Eingaben teilweise auf bereits mit früheren Urteilen des Versicherungsgerichts rechtskräftig abgeurteilte Sachverhalte bezieht (vgl. E. II.13.2 und 13.6 hiervor) und Rechtsanwalt Wyssmann den Beschwerdeführers bereits im Vorbescheidverfahren vertreten hat, steht fest, dass dieser bereits über eine umfassende Aktenkenntnis verfügte. Daher ist der für das Verfassen der Beschwerde vom 13. Juli 2015 ans Versicherungsgericht angegebene Aufwand von 20,00 Stunden zu hoch veranschlagt. Der Aufwand wird somit pauschal auf total 20 Stunden gekürzt. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 8. März 2016, in Kraft seit 15. Juli 2016 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GebT, BGS 615.11) CHF 180.00. Damit beträgt die Entschädigung CHF 3'600.00. Was die Auslagen von CHF 231.90 anbelangt, so sind die 146 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GebT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 73.00 auf CHF 158.90. Somit beläuft sich die Kostenforderung des Rechtsbeistandes unter Einbezug der MwSt von 8 % (CHF 300.70) auf total CHF 4'059.60, wovon mit Blick auf die Kostengutsprache der

Rechtsschutzversicherung [...] die Hälfte davon (CHF 2'029.80) durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen ist. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Vorbehalten bleibt auch der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von gerundet CHF 540.00 (aufgrund der Kostengutsprache der Rechtsschutzversicherung [...] die Hälfte von CHF 1'080.00, der Differenz zum vollen Honorar von CHF 4'059.60), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier lediglich von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 GebT) auszugehen ist, wenn – wie hier – keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht. 17.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

E. 8.16

hiervor) einzugehen und zu prüfen, ob diesem Beweiswert zukommt und die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 9. Juni 2015 (A.S. 2) daher zu Recht auf dieses abgestellt hat: 10.1 Das von Dr. med. F.____, Fallführung, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. I.____, FMH Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. G.____, FMH Neurologie, erstellte Gutachten wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.4 hiervor) in allen Punkten gerecht. So beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen, indem der Beschwerdeführer am 23. Juli, 13. und 26. August 2014 (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 2) je einer umfassenden Exploration durch die jeweiligen Gutachter unterzogen wurde, womit seine subjektiv geklagten Beschwerden in die Beurteilung mit eingeflossen sind (IV-Nr. 203.1 S. 14 ff., 18 f., 22 ff., 29 f.). Zudem wurde am 13. August 2014 eine Laboruntersuchung durchgeführt (IV-Nr. 203.1 S. 17), die psychiatrische Befunderhebung entsprechend der AMDP [Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie] dokumentiert (S. 20) und es wurden sowohl der orthopädische als auch der neurologische Status (S. 24 ff., 30 f.) erhoben. Durch das Zusammenfassen der Ausgangssituation unter den Titeln «Grund für diese medizinische Abklärung» (IV-Nr. 203.1 S. 3 ff.), «Auflistung der vorhandenen Akten in chronologischer Reihenfolge» (S. 5 ff.) und dem Auszug aus den wichtigsten Vordokumenten (S. 11 ff.) wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der relevanten Vorakten (Anamnese) abgegeben. Es kann daher bei sämtlichen Experten von der Kenntnis der Vorakten ausgegangen werden. Zudem gingen die E.____-Gutachter in ihren jeweiligen Teilgutachten auf die ihren Diagnosestellungen entgegenstehenden Befunde in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise ein, wodurch die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten: So führt Dr. med. F.____ anlässlich der internistischen Exploration aus, aus allgemeininternistischer Sicht bestehe der Verdacht auf eine arterielle Hypertonie, welche zur Kopfschmerzproblematik beitragen könnte. Es seien daher

regelmässige Blutdruckkontrollen bzw. eine 24-Stunden-Blutdruckmessung zur Erhärtung der Diagnose dringend indiziert (S. 17). Diese Ausführungen erscheinen deshalb relevant, weil der Beschwerdeführer im Rahmen der Exploration durch Dr. med. F.____ angibt, seit dem Unfall vom 4. Dezember 2008 unter anhaltenden täglichen chronischen Nackenschmerzen, ausstrahlend in den Hinterkopf sowie im Bereich beider Arme als auch unter chronischen Kopfschmerzen, begleitet von intermittierender Nausea, zu leiden (S. 15). Die Einschätzung der Verdachtsdiagnose einer arteriellen Hypertonie überzeugt ferner auch aufgrund des bei der allgemeininternistischen Untersuchung gemessenen Blutdrucks (liegend von 173/111 mmHg und sitzend von 200/124 mmHg; vgl. S. 16). In diesem Zusammenhang erscheint auch der Hinweis von Dr. med. F.____ betreffend das Übergewicht des Beschwerdeführers plausibel. Da der BMI des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Gutachtens 29 kg/m² (S. 16) betrage, leuchtet ein, dass Dr. med. F.____ im Rahmen der Massnahmen aus allgemeininternistischer Sicht die Empfehlung abgibt, das Gewicht sei zu reduzieren (S. 17). Die im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. H.____ festgestellte Diagnose einer «leichten depressiven Episode», gekennzeichnet durch die ICD-10 Kriterien «verminderte Freudeempfindungsfähigkeit, anamnestisch auch aggressive Gestimmtheit, Ängste unter Leuten, erhöhte Ermüdbarkeit, leichte Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen», vermag aufgrund der bei der Exploration festgestellten psychopathologischen Befunde einzuleuchten (IV-Nr. 203.1 S. 20): So hielt Dr. med. H.____ unter anderem fest, es sei eine wenig auffällige Psychomotorik vorhanden, der affektive Kontakt sei gut herstellbar und die Stimmung sei leicht depressiv. Der Beschwerdeführer gebe eine erhöhte Ermüdbarkeit und Schlafstörungen an, jedoch insbesondere ausgeweitete, diffuse Rücken-, Kopf- und Nackenschmerzen sowie Ängste unter vielen Leuten mit einer Rückzugstendenz. Es seien keine Hinweise auf Zwänge gegeben, die Vigilanz sei nicht gestört, der Beschwerdeführer sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Er habe praktisch keine Kontakte angegeben, die Beziehungsfähigkeit sei erhalten. Anamnestisch habe er auch eine aggressive Gestimmtheit angegeben, ohne Hinweise auf deutliche Impulskontrollstörungen. Der Antrieb sei herabgesetzt mit erhöhter Ermüdbarkeit bei erhaltener Intentionalität. Gemäss Dr. med. H.____ bestehe weder eine schwere chronische Erkrankung noch ein schweres psychisches Leiden, das theoretisch therapeutisch nicht günstig beeinflusst werden könne, wie eine psychotische Störung oder eine schwere Persönlichkeitsstörung. Diese Ausführung erscheint schlüssig, da Dr. med. H.____ seine Einschätzung damit bekräftigt, dass vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung voller Leistungsfähigkeit gegen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit spreche. Obschon der Beschwerdeführer angebe, allein zu leben, nur wenige Kontakte zu haben und finanziell vom Sozialamt abhängig zu sein, führt Dr. med. H.____ aus, dieser falle aber aus dem sozialen Rahmen nicht hinaus und sei sonst bezüglich der Lebensführung selbständig (IV-Nr. 203.1 S. 21). Diese Einschätzung stimmt mit den Angaben des Beschwerdeführers überein, wonach er allein in einer 21/2-Zimmer-Mietwohnung lebe, seit 12 Jahren vom Sozialamt abhängig sei, Kreditschulden von CHF 14'000.00 habe, seinen Haushalt allein erledige und einkaufe, was er am Tag brauche (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 19). Die Darlegung des Beschwerdeführers, wonach er keine Kollegen mehr habe, kann im Übrigen nicht ohne weiteres nachvollzogen werden. So habe ihn ein Kollege mit dem Auto zur gutachterlichen Untersuchung nach Basel gefahren (IV-Nr. 203.1 S. 19) und im Rahmen der neurologischen Exploration gibt der Beschwerdeführer ferner an, er treffe sich am Nachmittag gerne mit Kollegen (vgl.

IV-Nr. 203.1 S. 30). Es erscheint somit nachvollziehbar, wenn Dr. med. H.____ darlegt, es könne nicht von einem schweren sozialen Rückzug in allen Bereichen des Lebens gesprochen werden (IV-Nr. 203.1 S. 21). Im orthopädischen Teilgutachten führt Dr. med. I.____ aus, der Beschwerdeführer schildere seine Beschwerden auffallend vage und ausweichend. Nach ausführlicher Diskussion bleibe unklar, inwieweit zum Zeitpunkt des Unfalls von 2008 frühere Verletzungen einschliesslich der rechten Knieläsion noch bestanden hätten (IV-Nr. 203.1 S. 27). Diese Darlegungen leuchten ein, da der Beschwerdeführer anlässlich der Anamnese von zwei weiteren Unfallereignissen sowohl im Dezember 2001 (Autounfall) als auch 1999 (Arbeitsunfall) berichtet habe (IV-Nr. 203.1 S. 23). Dr. med. I.____ legt weiter dar, die Tatsache, dass der Beschwerdeführer trotz seiner Adipositas im Langsitz den Oberkörper hochstemmen könne, um auf der Unterlage rückwärts zu rutschen, sei mit einer höhergradigen Veränderung an den oberen Extremitäten nicht vereinbar und auch die erheblich vermehrte Beschwielung an den Händen beidseits würde unzweifelhaft für noch kürzlich erfolgte manuelle Tätigkeiten sprechen (IV-Nr. 203.1 S. 27 f.). Dadurch werden ferner Zweifel an der Zuverlässigkeit der Schilderungen und Ausführungen des Beschwerdeführers hervorgerufen, zumal dieser während der Untersuchung wiederholt angegeben habe, dass seine Hände kraftlos seien und zittern würden (IV-Nr. 203.1 S. 22). Es vermag daher einzuleuchten, wenn Dr. med. I.____ zusammenfassend festhält, die vom Beschwerdeführer äusserst diffus beklagten Beschwerden an Stamm und Extremitäten würden sich durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls nachvollziehen lassen (IV-Nr. 203.1 S. 28). In Bezug auf die von ihm weiter als «durchaus möglich» eingestuft degenerativen Veränderungen sowie eine Innenmeniskusläsion am rechten Kniegelenk geht er in der Folge nicht näher ein. Dies erscheint korrekt, da der Beschwerdeführer gemäss Dr. med. I.____ erst auf wiederholt gezielte Frage überhaupt von diesen Beschwerden gesprochen habe und daher eine ganz klar nichtorganische Beschwerdekomponente im Vordergrund stehe (IV-Nr. 203.1 S. 28). Im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens führt Dr. med. G.____ aus, der Beschwerdeführer leide unter im Vordergrund stehenden chronischen Nackenschmerzen, die sich diffus im Kopf ausbreiten würden, wobei indes keine radikulären Schmerzausstrahlungen beschrieben würden (IV-Nr. 203.1 S. 31 f.). Diese Ausführungen lassen sich aufgrund der Beschreibungen des Beschwerdeführers nachvollziehen, wonach die Nackenschmerzen seit vielen Jahren vorhanden seien und sich durch den erneuten Verkehrsunfall mit einer Frontalkollision im Jahre 2008 wieder verschlechtert hätten. Er könne wegen den Schmerzen im Nackenbereich die sich in beide Schultern ausbreiten würden, die Arme nicht nach oben halten, über Schulterniveau (IV-Nr. 203.1 S. 29). Bei der klinischen Untersuchung zeige der Beschwerdeführer eine leicht eingeschränkte HWS-Beweglichkeit und es finde sich eine leicht diffuse Druckempfindlichkeit der Nackenmuskulatur mit unspezifischem Charakter. Es liessen sich aber keine Triggerpunkte abgrenzen und es seien keine Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- bzw. sensomotorische Ausfallsymptomatik gegeben (IV-Nr. 203.1 S. 31). Eine solche finde sich auch in Bezug auf die Schmerzen im Bereich des linken Unterschenkels nicht (S. 32). Die weitere Darlegung, wonach der Beschwerdeführer kein nachvollziehbares Schonverhalten zeige (IV-Nr. 203.1 S. 32) überzeugt, da Dr. med. G.____ diesbezüglich ausführt, dass die Bewegungsabläufe in verschiedenen Situationen während der Untersuchung völlig normal seien. Damit ist das polydisziplinäre Gutachten des E.____ vom 29. September 2014 als grundsätzlich beweiswertig zu qualifizieren. 10.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Berichte den grundsätzlich beweiswertigen

Diagnosen und Ergebnissen des E.____-Gutachtens vom 29. September 2014 allenfalls entgegenstehen: 10.2.1 In Bezug auf das allgemeininternistische Teilgutachten von Dr. med. F.____ 2014 ist insbesondere auf die beiden relativ kurz ausgefallenen Berichte des Hausarztes und Allgemeinmediziners Dr. med. AC.____ vom 30. September 2011 bzw. vom 22. März 2012 einzugehen (vgl. E. II. 8.11 und 8.14 hiervor), in denen sowohl ein chronisches zerviko-zephalales Syndrom als auch eine Lumboischialgie links mit funktioneller Schwäche im linken Bein bei intraforaminaler Wurzeleinengung und eine rezidivierende depressive Störung ausgewiesen werden. Auf diese Diagnosestellungen ging Dr. med. AC.____ indes nicht näher ein und begründete diese auch nicht, weshalb sie nicht vollumfänglich nachvollzogen werden können. So bleibt insbesondere unklar, auf welche Untersuchungen und Befunde er sich dabei stützte. Ähnlich vage sind seine Ausführungen im Hinblick auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. So hielt Dr. med. AC.____ einzig fest, er könne dazu keine Angabe machen, erwähnte jedoch, dass er den Beschwerdeführer nie in einer arbeitsfähigen Stimmung gesehen habe (vgl. E. II. 8.11 hiervor). Diesbezüglich führt Dr. med. F.____ im Rahmen ihres allgemeininternistischen Teilgutachtens aus, aus rein allgemeininternistischer Sicht sei der Beschwerdeführer voll arbeits- und leistungsfähig. Weiter hält sie dafür, zu den Diagnosen betreffend die Problematik des Bewegungsapparates im Gutachten des E.____ werde aus neurologischer und orthopädischer Sicht Stellung genommen (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 17). Im Zusammenhang mit den Berichten der behandelnden Ärzte ist auf den durch die Rechtsprechung anerkannten Grundsatz hinzuweisen, wonach diese wegen der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind. Das gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470 f.; SVR 2008 IV Nr. 2 S. 3, I 697/05 E. 4.2 je mit Hinweis; aus jüngerer Zeit: Urteile des Bundesgerichts 8C_913/2013 vom 11. April 2014 E. 4.4.3, 8C_98/2014 vom 7. Mai 2014 E. 3.1, 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3). Da sich die behandelnden Ärzte zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten (vgl. dazu II. E. 3.4 hiervor). Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), kommt im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470 f.). Der grundsätzliche Beweiswert des allgemeininternistischen Teilgutachtens des E.____ wird aufgrund der beiden Arztberichte von Dr. med. AC.____ somit nicht eingeschränkt. 10.2.2 Dr. med. I.____ geht in seinem orthopädischen E.____-Teilgutachten unter anderem auf den Bericht des Kompetenzzentrums Wirbelsäulen Chirurgie des U.____ vom 23. April 2013 (vgl. E. II. 8.15 hiervor) ein und hält fest, es könne der entsprechenden Einschätzung aufgrund der heutigen Untersuchung einschränkungslos gefolgt werden (IV-Nr. 203.1 S. 29). Demzufolge geht Dr. med. I.____ mit der Feststellung im entsprechenden Bericht des U.____ einig, dass die Ursache der Beschwerden aus wirbelsäulen chirurgischer Sicht ausgeschlossen werden könne und daher keine weiteren klinischen oder radiologischen Kontrollen vorgesehen seien. Es findet sich folglich kein den Beweiswert des orthopädischen E.____-Teilgutachtens schmälender Bericht in den vorliegenden Akten. 10.2.3 Betreffend das neurologische Teilgutachten von Dr. med. G.____ ist auf die Berichte des Neurologen Dr. med. T.____

einzugehen. Wie seinen Berichten vom 11. März 2005 bzw. vom 30. August 2010 (vgl. E. II. 8.2 und 8.8 hiervor) zu entnehmen ist, bestehe beim Beschwerdeführer eine Vorgeschichte mit zweimaligem Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion von 2001 und 2008. Dies bestätigt auch Dr. med. G.____, wobei er weiter darlegt, es sei dabei jeweils zu unspezifischen Beschwerden im Sinne eines zervikozephalen Schmerzsyndroms gekommen, teilweise mit ausgeprägter Begleitsymptomatik, wobei aber keine neurologische, objektivierbare Ausfallsymptomatik bestanden habe (vgl. IV-Nr. 203.1 S. 31). Diese Einschätzung wird von Dr. med. T.____ in den Berichten vom März 2005 und August 2010 geteilt: So führte er aus, die bereits vorbestehenden lumbalen Beschwerden seien durch die Auffahrkollision im Dezember 2001 stark verstärkt worden, zusätzlich seien erstmals cervicale Beschwerden und cervico-cephale Symptome hinzugekommen, der Beschwerdeführer zeige ein Schmerzsyndrom ohne neurologische Ausfälle (vgl. E. II. 8.2 hiervor). Dr. med. G.____ präsentiert die Ergebnisse des MRT der HWS vom 25. August 2010, bei der sich mässig ausgeprägte degenerative Veränderungen auf verschiedenen Niveaus gezeigt hätten, jedoch keine sichere Neurokompression. Auch diese Ausführungen lassen sich unter Heranziehung der Berichte von Dr. med. T.____ vom 30. August 2010 bzw. des Radiologen Dr. med. AB.____ vom 25. August 2010 bestätigen (vgl. E. II. 8.7 f. hiervor): So konnten anlässlich des am 25. August 2010 durchgeführten MRT der HWS unter anderem eine multietagere Diskopathie der Segmente C3 bis C6, eine leichte bis mässige ossäre Einengung der Neuroforamen C5 beidseits rechtsbetont sowie eine leichte ossäre Einengung C6 beidseits, einerseits in Folge von unkovertebraalen und dorsalen Spondylosen und andererseits infolge zirkulärer Diskusprotrusion objektiviert werden. Der Radiologe Dr. med. AB.____ wies indes darauf hin, dass keine neurale Kompression bestehe (vgl. E. II. 8.7 hiervor). Diese Einschätzung scheint Dr. med. G.____ zu teilen, da sich seiner Meinung nach unter Berücksichtigung der aktuell vorliegenden Klinik keine Gründe ergeben würden, um eine erneute MRI-Bildgebung der HWS anzustreben (IV-Nr. 203.1 S. 31). In Bezug auf die CT der LWS vom 11. März 2011 (vgl. E. II. 8.9 hiervor) führte Dr. med. T.____ in seinem Bericht vom 16. März 2011 – den er inhaltlich am 23. November 2011 sodann bestätigte (vgl. E. II. 8.10 und 8.13 hiervor) – im Wesentlichen aus, es seien eine Bandscheibenprotrusion, Hinweise auf eine neuroforaminale Wurzelreizung sowie ein Lipom rechts gegeben, wobei zu den radiologischen Befunden kein klinisches Korrelat gefunden werden könne (vgl. E. II. 8.10 hiervor). Dies gibt Dr. med. G.____ in seinem Teilgutachten entsprechend wieder (IV-Nr. 203.1 S. 32). In Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. med. T.____ im Bericht vom November 2011, wonach der Beschwerdeführer in der Montage möglicherweise zu 70 % arbeitsfähig sei (vgl. E. II. 8.13 hiervor), hält Dr. med. G.____ fest, diese Einschätzung beruhe im Wesentlichen auf nichtneurologischen Diagnosen (IV-Nr. 203.1 S. 33). Dem ist zuzustimmen, zumal zum einen nicht genau ersichtlich ist, auf welche Diagnose sich Dr. med. T.____ bei seiner Beurteilung genau stützte und er zum anderen seine Einschätzung auch vom Bericht der D.____ abhängig machte (IV-Nr. 141 S. 2). Von einer reinen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht kann daher – gemäss den entsprechenden Ausführungen von Dr. med. G.____ – nicht ausgegangen werden. Die Berichte von Dr. med. T.____ vermögen daher den grundsätzlichen Beweiswert des neurologischen E.____-Teilgutachtens von Dr. med. G.____ nicht zu schmälern.

10.2.4 Betreffend das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. H.____ ist auf die Berichte der Q.____ vom 28. Februar 2005 und 15. Juni 2010 einzugehen. Im Hinblick auf die im Bericht des Wiedereintrittsgesprächs vom 15. Juni 2010 (vgl. E. II. 8.6 hiervor) ausgewiesene Diagnose

einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)» führt Dr. med. H.____ aus, eine rezidivierende depressive Störung mit deutlichen Phasen von Verschlechterung, Verbesserung und symptomfreien Intervallen bestehe nicht (IV-Nr. 203.1 S. 22). Diese Darlegung überzeugt, da sich aufgrund der vorliegenden Akten beim Beschwerdeführer kein entsprechender Verlauf entnehmen lässt und Dr. med. H.____ in diesem Zusammenhang weiter festhält, der Beschwerdeführer habe einen kontinuierlichen Verlauf mit gleichbleibend schlechtem Zustand angegeben (IV-Nr. 203.1 S. 22). Es ist demgegenüber vielmehr von einem chronischen Verlauf auszugehen, da die depressive Störung beim Beschwerdeführer schon vor Jahren (so z.B. im Austrittsbericht der Q.____ vom 28. Februar 2005, vgl. E. II.

E. 9

Vor der Eröffnung des materiellen Endentscheides sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung resp. einer armenrechtlichen Entschädigung zu geben (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV).

E. 10

Dem Beschwerdeführer sei für das vorliegende Beschwerdeverfahren die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren; dabei sei die hälftige Kostengutsprache durch die Rechtsschutzversicherung zu berücksichtigen.

E. 11

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. U.K.u.E.F.
5. Mit Eingabe vom 9. Oktober 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung des Sistierungsantrags (A.S. 76). 6. Die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts weist mit Verfügung vom 29. Oktober 2015 (A.S. 77 f.) das Gesuch um Sistierung des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bis zum Ausgang des bundesgerichtlichen Beschwerdeverfahrens 8C_599/2014 ab. Zudem wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege teilweise bewilligt und Rechtsanwalt und Notar Rémy Wyssmann als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege sei gegenüber der Kostentragung durch die Rechtsschutzversicherung [...] subsidiär und umfasse 50 % der Gerichts- und Vertretungskosten, soweit diese als erforderlich und angemessen qualifiziert würden. Der unentgeltliche Rechtsbeistand habe dem Gericht nach Abschluss des Mandates mitzuteilen, in welchem Umfang die [...] die entstandenen Anwaltskosten übernommen habe. 7. Die Beschwerdegegnerin verzichtet mit Eingabe vom 26. November 2015 (A.S. 80) im Rahmen der Beschwerdeantwort auf Ausführungen und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. Eventualiter sei bei der von der IV-Stelle beauftragten Gutachterstelle ein Gutachten zu erstellen, worin diese die Indikatoren der geänderten bundesgerichtlichen Schmerzrechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 8) ergänzend zu prüfen habe (vgl. dazu KVG-Verfügung vom 21. Oktober resp. 19. November 2015 i.S. VSBES.2015.36). 8. Der Vertreter des Beschwerdeführers lässt am 15. Dezember 2015 (A.S. 83 ff.) seine Kostennote einreichen, die der Beschwerdegegnerin am 17. Dezember 2015 zur Kenntnisnahme zugestellt wird (A.S. 86). 9. 9.1 Mit Verfügung vom 16. Februar 2017 (A.S. 88 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 15. Mai 2017, 14.00 Uhr, vorgeladen. 9.2 Der im Rahmen der Verhandlung (vgl. Protokoll, A.S. 91 ff.) gestellte Beweisantrag des Vertreters

des Beschwerdeführers, wonach die eingereichten Urkunden 7 und 8 zu den Akten zu nehmen seien, wird gutgeheissen. Der weitere Beweisantrag auf Befragung des Beschwerdeführers betreffend die Art und Weise der Begutachtung beim E.____ im Jahr 2014, insbesondere durch Dr. med. H.____, und seine subjektive Eingliederungsfähigkeit wird abgewiesen. Anschliessend wird das Beweisverfahren geschlossen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hält einen Parteivortrag und bekräftigt im Wesentlichen die in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren, wobei er neu die Sistierung des vorliegenden Verfahrens bis zum Abschluss der beiden vor dem Verwaltungsgericht des Kantons Solothurn hängigen Beschwerdeverfahren (VWBES.2017.68 und VWBES.2017.69) beantragt und Ausführungen zur vorliegenden Dauer des Verfahrens sowie zur Begutachtung beim E.____ macht. In der Folge schliesst die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts die öffentliche Verhandlung. Im Nachgang zu dieser Verhandlung reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine aktualisierte Kostennote ein (A.S. 94 ff.).

10. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

2. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte 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 zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. 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.

3. 3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

3.2 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. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine

zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen 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, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_151/2012 vom 12. Juli 2012 E. 2, 8C_399/2013 vom 17. September 2013 E. 2, 8C_635/2015 vom 5. November 2015 E. 2).

4. Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 141 V 585 E. 5.3, 134 V 131 E. 3 S. 132, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

5. 5.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des strittigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. mit weiteren Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_360/2015 vom 7. April 2016 E. 3.1 mit Hinweis, 9C_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2).

5.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche

Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). 6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die im Rahmen der Neuanmeldung vom 21. September 2010 beantragten Leistungen mit Verfügung vom 9. Juni 2015 (A.S. 1 ff.) aufgrund eines errechneten IV-Grades von 0 % zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) – durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Ablehnungsverfügung (im vorliegenden Fall entspricht dies dem Zeitpunkt des letzten rechtskräftigen Einspracheentscheids vom 17. Juni 2004) bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 9. Juni 2015 (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2). 7. Im Zeitpunkt des rechtskräftigen Einspracheentscheids vom 17. Juni 2004 (IV-Nr. 55) stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das vom 30. Dezember 2003 datierende polydisziplinäre Gutachten bei der B. ___ ab. Darin wiesen Dr. med. K. ___, Innere Medizin FMH, Oberarzt, Dr. med. L. ___, Fallverantwortliche Ärztin, Dr. med. M. ___, Oberarzt Rheumatologische Universitätsklinik, Dr. med. N. ___, stellvertretender Oberarzt Psychiatrische Universitäts-Poliklinik und Dr. med. O. ___, Fachärztin Neurologie, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus (IV-Nrn. 45.1 - 45.5): 1. Chronisches zervikozephal und intermittierend -spondylogenes Syndrom beidseits (ICD-10 M53.0 resp. M53.1) bei/mit - Status nach HWS-Distorsion Dezember 2001 - Chronifizierung bei geringem organischem Korrelat und psychosozialer Problemkonstellation 2. Chronisches lumbospondylogenes Syndrom, derzeit links (ICD-10 M54.4) bei/mit - Status nach Quetschtrauma Juni 2001 - degenerativen Veränderungen der LWS (paramedian rechtsseitige Diskushernie L5/S1 gemäss MRI März 2002 ohne Nervenwurzelkompression) - derzeit oligosymptomatisch 3. Depressive Störung leichten Grades ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.0), vorwiegend reaktiv bedingt bei psychosozialen Belastungen und veränderter Lebenssituation 4. Nicht auszuschliessende undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) 5. Anamnestisch Hinweis auf milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) mit chronisch-persistierenden Kopfschmerzen (ICD-10 S06.0) Weitere Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien: 1. Hypercholesterinämie,

Erstdiagnose 13. März 2003 2. Status nach Reparatur des hinteren Kreuzbandes rechts 1996
3. Atypische Magenbeschwerden bei normaler Gastroskopie 1996 und 1999, am ehesten im psychiatrischen Kontext zu sehen 4. Atypische Thoraxschmerzen, vermutlich muskuloskelettal 5. Ambulante Operation der Zunge als Kind In der bisherigen Tätigkeit als Aushilfskraft bei diversen Firmen ergebe sich eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit, je nach Belastungsumfang der jeweiligen Arbeit. Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans für alle Tätigkeiten mit schwerem Heben und Tragen von Lasten sowie Tätigkeiten in wirbelsäulenbelastenden Zwangspositionen länger dauernd rein sitzend, rein stehend, in vornüber geneigten Körperhaltungen sowie mit repetitiv rumpforientierenden Stereotypen. Für die zuletzt ausgeführte Arbeit als Lagerarbeiter bestehe daher eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Da es sich dabei jedoch nicht um eine feste Stelle gehandelt habe, müsse für die Tätigkeit als Aushilfskraft bei diversen Firmen je nach Belastungsumfang von einer mindestens 50%igen bis zu einer maximal 80%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Im März 2002 sei von neurologischer Seite eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Am 2. Mai 2002 sei nach einem Aufenthalt in der P. ___ von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ausgegangen worden. Aufgrund der Aktenlage und der durchgeführten Untersuchungen sei davon auszugehen, dass mindestens seit dem 2. Mai 2002 die hier genannten Arbeitsfähigkeiten bestünden. Für andere, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen von Lasten sowie ohne Tätigkeiten in wirbelsäulenbelastenden Zwangspositionen länger dauernd rein sitzend, rein stehend, in vornüber geneigten Körperhaltungen sowie ohne repetitiv rumpforientierende Stereotypen bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Auch Arbeiten im Überkopfbereich oder mit länger dauernd erhobenen Armen seien ungünstig. Diese Arbeitsfähigkeit sei jedoch verbesserbar durch eine Behandlung der psychiatrischen Erkrankungen. Eine Einschränkung der Alltagsfunktionen sei nicht gegeben. Der vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eingereichte Bericht mit Berechnung des Haushaltsschadens sei zur Kenntnis genommen worden. Aufgrund des aktuell erhobenen Befundes und des Gesamteindrucks in der Untersuchung könnten die geltend gemachten Einschränkungen und der bezifferte Haushaltsschaden aus medizinischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Auch hier ergebe sich eine Diskrepanz zwischen den subjektiv geschilderten Einschränkungen und den effektiven Leistungen in der Untersuchung bzw. anamnestisch (z.B. Bewältigung der Wegstrecke zum Gutachten [Auto fahren]). Aus rheumatologischer und neurologischer Sicht seien derzeit keine medizinischen Massnahmen indiziert, abgesehen von einem allgemeinen Fitnesstraining in Eigeninitiative (IV-Nr. 45.1 S. 26). Aus psychiatrischer Sicht empfehle sich die konsequente Wiederaufnahme bzw. Weiterführung der Psychotherapie zur Bewältigung der umfangreichen Lebensschwierigkeiten und zur kognitiven Restrukturierung der dysfunktionalen Kognitionen, insbesondere eine sehr konsequente antidepressive Medikation. Auffallend sei bei dieser Untersuchung die subtherapeutische Fluoxetin-Serumkonzentration gewesen. Dies erkläre jedoch die fehlende Remission nicht ausreichend. Es werde daher eine Reevaluation und Ausschöpfung der Möglichkeiten im Rahmen der vorgeschlagenen, konsequenten, längerfristigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung empfohlen. Insbesondere sollten dabei auch die Schlafstörung und Anspannung beachtet werden, da diese den Circulus vitiosus von Muskelverspannung und Grübeln sowie Insuffizienzgefühlen und Antriebsstörungen unterhalte. Falls sich nach konsequenter psychotherapeutischer und antidepressiver Behandlung keine Besserung abzeichne, sollten Augmentationsstrategien in Betracht

gezogen werden. Die antidepressive Basismedikation würde nicht nur die depressiven Symptome (Anhedonie, Schlafstörungen), sondern auch die Schmerzperzeption günstig beeinflussen. Bei fehlender Remission könnte eine einvernehmlich geplante, zwischengeschaltete stationäre Behandlung erwogen werden. Aus psychiatrischer Sicht seien noch nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft, und es könne daher in dieser Hinsicht noch nicht von einem Endzustand im Sinne einer Invalidität gesprochen werden. Eine erneute Begutachtung wäre erst nach einer vollumfänglichen Ausschöpfung der gültigen Therapieoptionen sinnvoll. Theoretisch könnten berufliche Massnahmen empfohlen werden, jedoch müsse darauf hingewiesen werden, dass bedeutende invaliditätsfremde Faktoren bestünden, welche die berufliche Reintegration einschränken würden: unter anderem die begrenzten deutschen Sprachkenntnisse, die begrenzte soziokulturelle Integration, welche die Regressionstendenz verstärke, die begrenzte Ausbildung und Bildung, die inzwischen über zwei Jahre dauernde, völlige Entwöhnung von einer regelmässigen Arbeitstätigkeit, d.h. also eine erhebliche Dekonditionierung und die vollständige subjektive Krankheitsüberzeugung. Durch Vermittlung entsprechender adäquater Coping-Strategien im Rahmen der Psychotherapie könnte man diese teilweise Selbstlimitierung vielleicht aufheben, und bei entsprechender Motivation wären dann berufliche Massnahmen sinnvoll. 8. Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2015 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: 8.1 Im Austrittsbericht der Erwachsenenpsychiatrie Q.____ vom 28. Februar 2005 (IV-Nr. 61 S. 8 f.) hielten Dr. R.____, Assistenzärztin, und Dr. S.____, Oberarzt, betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 22. Februar 2005 folgende Diagnosen fest: - Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) im Rahmen einer psycho-sozialen Belastungssituation - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) Eine akute Suizidalität habe nicht festgestellt werden können, wobei der Beschwerdeführer angegeben habe, dass er am Tag zuvor Suizidgedanken gehabt habe, weil er verschiedene Telefonate von Behörden erhalten habe. Das erneute Auftreten von Suizidgedanken in Überforderungssituationen könne nicht ausgeschlossen werden. Eine psychiatrische sowie auch soziale Nachbetreuung sei sicher indiziert. 8.2 Dr. med. T.____, Facharzt FMH für Neurologie, Computer-Tomographie, nahm im Bericht vom 11. März 2005 (IV-Nr. 61 S. 3 f.) folgende Beurteilung vor: Der Beschwerdeführer habe zunächst ein Verhebetauma 1997 mit Lumbovertebralsyndrom, im Jahr 2000 eine Körperkontusion mit vorübergehenden Schmerzen, ohne Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit und ohne Notwendigkeit für ärztliche Konsultation erlitten. Der Unfall vom Jahr 2001 im Juni, mit lumbaler Kontusion bei Einklemmung zwischen zwei schweren Wagen, habe zur Arbeitsunfähigkeit geführt, die lumbalen Beschwerden seien dann durch die Auffahrkollision im Dezember 2001 stark verstärkt worden, zusätzlich seien jetzt erstmals cervicale Beschwerden und cervico-cephale Symptome hinzugekommen, allmählich habe der Beschwerdeführer wegen des Zustandes auch psychisch dekompenziert. Es seien verschiedene ärztliche Konsultationen, Begutachtungen, stationäre Behandlungen etc. erfolgt. Der Beschwerdeführer zeige ein Schmerzsyndrom ohne neurologische Ausfälle. Die Kausalität des Lumbovertebralsyndroms sei im Zusammenhang vom Unfall vom Juni 2001, diejenige des Cervicalsyndroms mit Verstärkung des Lumbovertebralsyndroms im Zusammenhang mit dem Unfall vom Dezember 2001 gegeben. 8.3 Dr. med. C.____, RAD, führte in seiner Beurteilung vom März 2005 (IV-Nr. 62) aus, es seien im Vergleich zum Gutachten der B.____ keine neuen wesentlichen medizinischen Fakten aufgetreten, wie der Vergleich der Diagnoselisten ergebe. Massive invaliditätsfremde Probleme

(Sozialamtabhängigkeit, Wut gegen Behörden) seien ersichtlich. Somit sei erneut ein Nichteintretensentscheid abzusenden (keine Rentenverfügung). 8.4 Im Bericht des U.____, Medizinische Klinik, vom 6. Juli 2005 (IV-Nr. 74 S. 4 ff.) stellten Dr. med. V.____, Oberarzt, und Dr. med. W.____ folgende Diagnosen: 1. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - Schmerzpersistenz und -progredienz seit Autoauffahrunfall 2001, IV-Teilrente - median bis paramedian rechtsseitige Diskushernie L5/S1 mit möglicher Tangierung der rechtsseitigen S1 Wurzel (CT LWS 7. Januar) - Röntgen LWS und BWS: Streckhaltung der LWS und BWS, keilförmige Wirbelkonfiguration insbesondere L1/L2, beginnende L4/5 Osteochondrose - MRI LWS 17. Juni 2005: kleine Diskusprotrusion L5/S1 ohne Nervenwurzelkontakt 2. Angst- und depressive Störung mit somatoformer Schmerzstörung 3. Links parasternale Thoraxschmerzen seit vier Jahren - DD: am ehesten muskuloskelettal - Schmerzen auf Druck auslösbar 4. Status nach rezidivierenden Hyperventilationen Nebendiagnosen seien: - Status nach HWS Distorsionstrauma am 18. Dezember 2001 - Status nach Kniearthroskopie rechts 1998 Im konventionellen Röntgenbild der LWS und BWS hätten sich neben den bereits bekannten degenerativen Veränderungen keine Auffälligkeiten gezeigt. Ossäre Läsionen seien nicht sichtbar gewesen. Klinisch sei zudem ein beidseits vorhandener, wenn auch diskreter paravertebraler Hartspann objektivierbar gewesen. Es würden eine analgetische Therapie und Physiotherapie etabliert, worunter sich die Beschwerden rasch gebessert hätten. In der Magnetresonanztomographie der LWS hätte sich bis auf eine mediane kleine Diskusprotrusion ohne Nervenwurzelkontakt keine Pathologie gezeigt. Nach Rücksprache mit Dr. med. X.____, Orthopäde im Hause, sei die bereits etablierte analgetische Therapie und Physiotherapie unverändert fortgeführt worden. Eine Indikation zur Infiltration sei nicht gegeben gewesen. Nach Rücksprache mit Dr. med. Y.____, Psychiater im Hause, bei dem der Beschwerdeführer bereits in Behandlung gewesen sei, sei die Therapie mit Anafranil und Mianserin unverändert weitergeführt worden und dem Beschwerdeführer bei weiterhin vorhandener, wenn auch regredienter depressiver Störung, weiter empfohlen worden, sich in regelmässige ambulante psychiatrische Betreuung des Q.____ zu begeben.

8.5 Gemäss Beurteilung von Dr. med. C.____, RAD, vom Juli 2005 (IV-Nr. 75) ergebe sich aufgrund des für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit einzig relevanten medizinischen Dokuments aus dem U.____ vom 6. Juli 2005 (vgl. E. II. 8.4 hiervor), im Vergleich zum Zustand bei der B.____ Abklärung keinesfalls eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Im Bericht des U.____ vom 6. Juli 2005 seien ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom nach Autounfall 2001, Diskushernie L5/S1 mit möglicher Tangierung der S1 Wurzel rechts, im MRI LWS 17. Juni 2005 kein Nervenwurzelkontakt, Angst und Depressionen mit somatoformer Schmerzstörung, links parasternalen Thoraxschmerzen seit vier Jahren festgestellt worden. Klinisch habe man einen beidseitigen DISKRETEN paravertebralen Hartspann gefunden, unter analgetischer Therapie und Physiotherapie hätte sich die Beschwerden rasch gebessert, dazu auch die regrediente depressive Störung.

8.6 Im Rahmen des Wiedereintrittsgesprächs vom 15. Juni 2010 (IV-Nr. 136 S. 15 ff.) stellten med. pract. Z.____, Assistenzarzt, und Dr. med. AA.____, Oberarzt, Q.____, folgende Diagnosen: - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit nachgewiesener Diskushernie L5/S1 rechts 2001 - Status nach Distorsion der Halswirbelsäule (Dezember 2001) - Anamnestisch Morbus Scheuermann Der 40jährige, türkischstämmige Beschwerdeführer leide nach einem Auffahrunfall vom Dezember 2001 unter einer anhaltenden chronifizierten

Schmerzsymptomatik mit zunehmender depressiver Entwicklung vor dem Hintergrund einer psychosozialen Belastungsstörung. Seit 2004 sei er von der Sozialhilfe abhängig und mittlerweile ausgesteuert. Der vom Beschwerdeführer beschriebene, anhaltende Schmerz könne durch physiologische Prozesse und durch das bekannte Lumbovertebralsyndrom beziehungsweise der HWS-Distorsion nicht vollständig erklärt werden. Der Schmerz trete in Verbindung mit psychosozialen Problemen (knappe finanzielle Verhältnisse mit Betreibungen/Pfändungen, langjährige Arbeitslosigkeit ohne berufliche Perspektive) auf, so dass von einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden könne. Die depressive Symptomatik sei derzeit nur leicht ausgeprägt. Der Hamilton-Score betrage 14 Punkte bei deutlicher Überlagerung durch die Schmerzsymptomatik. Das Procedere bestehe aus einer ambulant psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie, evtl. Einbezug des Familiensystems, medikamentöse Optimierung, aktuell Etablierung des dual wirksamen Antidepressivums Cymbalta. Evtl. Einbindung in die Schmerzgruppentherapie und gegebenenfalls teilstationäre tagesklinische Behandlung zur Ressourcenaktivierung und Aktivitätsförderung. 8.7 Dr. med. AB.____, FMH Radiologie, hielt aufgrund der am 25. August 2010 durchgeführten MRT HWS folgende Beurteilung fest (IV-Nr. 136 S. 14; vgl. auch Beschwerdebeilage Nr. 5): Zerrung der Ligamentum interspinozi Th1/2; multi-etagere Diskopathie der Segmente C3 bis C6, Punctum maximum im Segment C4/5 und C5/6; leichte bis mässige ossäre Einengung der Neuroforamen C5 beidseits rechtsbetont und leichte ossäre Einengung C6 beidseits, einerseits in Folge unkovertebrales und dorsaler Spondylosen und andererseits in Folge zirkulärer Diskusprotrusion. MR-morphologisch keine Hinweise auf eine neurale Kompression, in Korrelation mit der Klinik sei eine Irritation der C5-Nervenwurzel rechts möglich. 8.8 Dr. med. T.____ hielt in seiner neurologischen Standortbestimmung vom 30. August 2010 (IV-Nr. 146 S. 6 ff.) unter «Gesamtbeurteilung und Procedere» folgendes fest: Status nach Verkehrsunfall vom 4. Dezember 2008 mit HWS-Distorsion, in ungünstiger Körperstellung (nach vorne rechts unten geneigt), mit hauptsächlichlicher Lokalisation der Schmerzen cervicothorakal, mit Druckdolenz. Dazu passe die spezielle MRI-Untersuchung vom 25. August 2010 (vgl. E. II. 8.7 hiervor), mit Zerrung des Ligamentum interspinosum Th1/2, was die klinische Verdachtsdiagnose bestätige. Solche Befunde könnten nicht auf Anheb im Standard MRI erhoben werden, es müsse danach mit spezieller Fragestellung gesucht werden. Aus diesem Befund ergebe sich auch die Therapie, am besten direkt mit Infiltration in Loco dolenti bzw. cervico-thorakal (Th1/2 und evtl. C7/Th1) mit Lokalanästhetikum, mit oder ohne Kortison. Je nach Ansprechbarkeit seien weitere Schritte zu bestimmen. 8.9 Im «CT-Befund» vom 11. März 2011 (IV-Nr. 136 S. 9) hielt Dr. med. T.____ folgende Beurteilung fest: Medio-bilaterale linksbetonte Protrusion der Bandscheibe L5/S1 mit Reizung der linken L5-Wurzel intraforaminal. Ausgeprägte Osteochondrose L4/5 mit Vakuumphänomen der Bandscheibe und bilateraler intraforaminaler Protrusion. Normale Bandscheiben L2/3 und L3/4. Weniger als ein 1 cm grosses Lipom rechts antero-lateral vom Duralsack L5. Anteriore ISG-Arthrose beidseits. Fehlform der LWS mit aufgehobener Lordose (Streckhaltung und angedeuteten Sakrum akutum). Eingeengte Foramina L5/S1 beidseits und leichte Retroposition L5 gegenüber S1. 8.10 Dr. med. T.____ stellte aufgrund der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 11. März 2011 im Bericht vom 16. März 2011 (IV-Nr. 146 S. 4 f.) folgende «Beurteilung» fest: Lumboischialgie links, offenbar funktionelle Schwäche im Bereich vom linken Bein mit Einsacken und Sturz auf Treppe. Die durchgeführte LWS-CT Abklärung habe Hinweise auf eine intraforaminale Wurzelreizung L5 links ergeben. Soweit überblickbar finde Dr. med. T.____ in den früheren

Akten keine Beschreibung eines Lipoms im Spinalkanal L5 rechts, jedoch ohne eindeutige klinische Symptomatik bestehe diesbezüglich kein Handlungsbedarf. Bezüglich cervico-thorakal würden Neurodolphaster verordnet. 8.11 Im Arztbericht vom 30. September 2011 (IV-Nr. 136 S. 5 f.) wies Dr. med. AC.____, Facharzt FMH Allgemeinmedizin, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus: - Status nach Verkehrsunfall vom 4. Dezember 2008 mit HWS Distorsion in ungünstiger Körperstellung - chronisches zerviko-zepales Syndrom - Lumboischialgie links mit funktioneller Schwäche im linken Bein bei intra-foraminaler Wurzeleinengung L5 links - rezidivierende depressive Störungen Seit seiner Betreuungszeit habe Dr. med. AC.____ den Beschwerdeführer nie in einer arbeitsfähigen Stimmung oder Situation angetroffen, eine Angabe betreffend die Arbeitsfähigkeit könne er daher leider nicht machen. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. Eventuell könne die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt. 8.12 Im Abschlussbericht vom 21. November 2011 (IV-Nr. 140) hielt der Eingliederungsfachmann der Beschwerdegegnerin fest, die Abklärungen zusammen mit der D.____ hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer am Aufbautraining durchaus motiviert teilgenommen habe, sich aber immer von den Beschwerden (Schmerzen im Halswirbelsäulenbereich und Rücken) habe vereinnahmen lassen. Er habe bei einer Anwesenheit von 70 % die Leistungsfähigkeit im geschützten Bereich nicht über 30 % steigern können. Dabei differenziere seine Eigenwahrnehmung stark. Er sehe aber seine Leistungsfähigkeit dem Arbeitsmarkt angepasst. Während dem Aufbautraining hätten sie den Eindruck gehabt, der Beschwerdeführer habe durchaus Potenzial, die Leistungsfähigkeit zu steigern. Der Beschwerdeführer habe auf die Vorgesetzten der D.____ sehr schmerzorientiert gewirkt und habe eine geringe Eigeninitiative gehabt. Eine intensive Begleitung habe keine Steigerung herbeiführen können. Unter den genannten Gründen sei eine Weiterführung der beruflichen Eingliederung nicht zielgerichtet. Wie stark die Leistungseinschränkung gesundheitsbedingt nachvollziehbar sei, müsse gemäss Rücksprache mit dem RAD mit einem B.____-Gutachten geklärt werden. Der Fall werde in der beruflichen Eingliederung abgeschlossen. 8.13 Dr. med. T.____ bestätigte im Bericht vom 23. November 2011 (IV-Nr. 141) seine Beurteilung im Bericht vom 11. März 2011 (vgl. E. II. 8.9 hiervor) und führte zudem aus, die Beschwerden cervico-thorakal und lumbal seien chronifiziert, wahrscheinlich sei keine namhafte Besserung zu erwarten. Die Beurteilung der weiteren Zumutbarkeit hänge auch vom Bericht der D.____ ab, möglicherweise könnte der Beschwerdeführer in der Montage zu 70 % arbeitsfähig sein. 8.14 Dr. med. AC.____ hielt im handgeschriebenen Verlaufsbericht zur Aktualisierung des Dossiers bei Erwachsenen vom 22. März 2012 fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei seit dem letzten Bericht vom 30. September 2011 (vgl. E. II. 8.11 hiervor) stationär (IV-Nr. 146). Die Diagnose habe sich leider nicht verändert. In der Zwischenzeit wurde gleich viel in die berufliche Rehabilitation investiert und frustrierenderweise habe dies alles die Geschichte nicht positiv beeinflusst. Auch ein selbständig versuchter Arbeitseinsatz bei einer Montage-Firma sei «natürlich» nach einer Woche zu Ende gewesen. Physiotherapie / NSAR seien nach Bedarf einzusetzen und eine Psychotherapie werde im psychiatrischen Ambulatorium des U.____ durchgeführt. 8.15 Dr. med. AD.____, Chefarzt-Stv. Orthopädische Klinik, und Dr. med. AE.____, Oberarzt, Kompetenzzentrum Wirbelsäulenchirurgie des U.____, stellten im Bericht vom 23. April 2013 (IV-Nr. 203.2) aufgrund der Sprechstunde vom 18. April 2013 die Diagnose «Lumbago». In der Untersuchung bestünden keine sensomotorischen Defizite mit

schwachen aber symmetrischen Muskeleigenreflexen. Es bestehe ein sehr leichter ISG [Iliosakralgelenk] Schmerz auf beiden Seiten. Im MRI der LWS vom 21. März 2013 sehe man keine Bandscheibenvorfälle, keine Spinalkanalstenose und keine Hinweise auf Instabilität sowie keine fortgeschrittene Gelenkarthrose. Zum Abschluss einer Instabilität hätten die Ärzte heute ein Röntgen der LWS mit Funktionsaufnahmen veranlasst, welche keine Hinweise auf Instabilität und Spondylolisthese gezeigt hätten. Die Ursache der Beschwerden aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht sei heute ausgeschlossen worden. Einen Grund für blockierende Schmerzen lumbal sähen die Ärzte nicht. Weitere Kontrollen seien weder klinisch noch radiologisch vorgesehen. 8.16 Im polydisziplinären Gutachten des E.____ vom 29. September 2014 (IV-Nrn. 203.1 - 203.2) wiesen Dr. med. F.____, Fallführung, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. I.____, FMH Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. G.____, FMH Neurologie, keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus. Hingegen stellten sie folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest: 1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) 2. Schmerzverarbeitungsstörung (Symptomausweitung) (ICD-10 F54) 3. Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.8) - chronisch zervikozephalales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0) - Status nach HWS-Distorsion im Rahmen einer Heckauffahrkollision am 18. Dezember 2001 - Status nach HWS-Distorsion im Sinne einer Frontalkollision am 4. Dezember 2008 - radiologisch keine relevante Veränderung an der zervikalen Wirbelsäule (MRI 25. August 2010) - chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulären Schmerzausstrahlungen in beide Beine (ICD-10 M54.55) - aktenanamnestisch Status nach akutem Lumbovertebralsyndrom im Rahmen eines Verhebeereignisses am 15. Juni 1998 - aktenanamnestisch Status nach multiplen Kontusionen im Rahmen eines Treppensturzes am 14. Oktober 2000 - Status nach Rückenkontusion am 27. Juni 2001 - radiologisch keine relevante Veränderung an lumbaler Wirbelsäule und Iliosakralgelenken (MRI 21. März 2013 und Röntgen 18. April 2013) - unter Ablenkung keine höhergradige Bewegungseinschränkung an zervikaler und lumbaler Wirbelsäule 4. Chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M79.66/Z98.8) - anamnestisch Status nach Eingriff bei hinterer Kreuzbandläsion circa 1998 (Regionalspital Emmental Burgdorf) - klinisch reizloses freibewegliches Kniegelenk ohne Hinweise für höhergradige Degeneration oder Instabilität, jedoch mit möglicher Innenmeniskusläsion 5. Neuropathie des Nervus cutaneus femoris lateralis (ICD-10 G57.0) 6. Verdacht auf arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) 7. Übergewicht, BMI 29 kg/m² (ICD-10 E66.0) Zusammenfassend könnten aus polydisziplinärer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Der Beschwerdeführer sei in körperlich leichten bis zumindest mittelschweren Tätigkeiten uneingeschränkt arbeits- und leistungsfähig (IV-Nr. 203.1 S. 35). Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen die Gutachter davon aus, dass auch retrospektiv keine längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten attestiert werden könnten. Die Einschätzung einer vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer körperlich leichten bis zumindest mittelschwer belastenden Tätigkeit sei seit mehreren Jahren anzunehmen. Der Beschwerdeführer erachte sich in einer körperlich leichten Tätigkeit als zu maximal 50 % arbeitsfähig, was im deutlichen Gegensatz zur Beurteilung der Gutachter stehe, wonach eine körperlich leichte bis zumindest mittelschwer belastende Tätigkeit uneingeschränkt und ganztags zumutbar sei. Diese Diskrepanz ergebe sich wohl dadurch, dass der Beschwerdeführer davon ausgehe, sich vollständig gesund fühlen zu müssen und zu keiner Zeit Schmerzen verspüren zu dürfen, um einer beruflichen Tätigkeit

nachgehen zu können, wogegen die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinisch theoretischer Sicht auf einer anderen Grundlage festgelegt werde. Im Weiteren bestünden bei Schmerzverarbeitungsstörungen stets höhere Selbstlimitierungen, als es medizinisch theoretisch, insbesondere im Sinne der Willensanstrengung aus psychiatrischer Sicht zumutbar wäre. Die weiter erklärende Dynamik sei auch dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen. Da der Beschwerdeführer zumindest einer 50%igen beruflichen Erwerbstätigkeit nachzugehen willens sei, könnten berufliche Massnahmen im Sinne der Hilfe bei der Stellensuche empfohlen werden. In Bezug auf die medizinischen Massnahmen werde auf die einzelnen Teilgutachten verwiesen (IV-Nr. 203.1 S. 35): Im internistischen Teilgutachten wird festgehalten, aus rein allgemeininternistischer Sicht sollte eine 24-Stunden-Blutdruckmessung durchgeführt werden. Sollte eine arterielle Hypertonie nachgewiesen werden, müsse eine antihypertensive Therapie aufgenommen werden. Das Gewicht sollte bei einem BMI 29 kg/m² reduziert werden (IV-Nr. 203.1 S. 17). Im psychiatrischen Teilgutachten wies Dr. med. H. ___ darauf hin, sollte es im weiteren Verlauf zu einer Verschlechterung der Depression kommen, so solle erneut eine fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgen. Auch sonst könne die regelmässige Einnahme eines sedierenden und schmerzmodulierenden Antidepressivums auf die Nacht hilfreich sein, auch bereits in niedriger Dosierung. Die Schlafhygiene sollte beachtet werden. Tagesstrukturierende Massnahmen könnten hilfreich sein. Berufliche Massnahmen im Sinne eines schrittweisen Arbeits- bzw. Belastbarkeitstrainings könnten nur empfohlen werden, wenn der Beschwerdeführer glaubhaft die dazu notwendige Motivation aufbringe (IV-Nr. 203.1 S. 22). Dr. med. I. ___ hielt in seinem orthopädischen Teilgutachten fest, bei Zunahme der rechtsseitigen Kniebeschwerden wäre grundsätzlich eine vertiefte orthopädische Abklärung indiziert; bei im Vordergrund zu stehend scheinender nicht-organischer Beschwerdekomponekte sollte jedoch von invasiven Massnahmen möglichst Abstand genommen werden. Auf beruflicher Ebene wäre die Re-Integration in den Arbeitsprozess dringend anzustreben, doch könnten hier bei nicht klar fassbarer Motivation keine Vorschläge gemacht werden (IV-Nr. 203.1 S. 28). Gemäss Dr. med. G. ___ könnten aus neurologischer Sicht keine Vorschläge im Hinblick auf allfällige Massnahmen gemacht werden (IV-Nr. 203.1 S. 33). Die Gutachter bezeichnen die Prognose bezüglich Reintegration in den Arbeitsprozess aufgrund der langjährigen Desintegration aus dem Arbeitsprozess sowie der subjektiven Wahrnehmung einer maximal 50%igen Arbeitsfähigkeit als eher ungünstig (IV-Nr. 203.1 S. 35).

8.17 Die RAD-Ärztin Dr. med. J. ___ hielt im Rahmen ihrer Stellungnahme vom 5. Dezember 2014 (IV-Nr. 206) fest, das E. ___-Gutachten vom 29. September 2014 sei ausführlich und medizinisch korrekt erstellt worden. Es sei die Möglichkeit zum Befundvergleich mit dem B. ___-Gutachten vom 30. Dezember 2003 wahrgenommen worden. Die Gesamtbeurteilung der Gutachter könne nachvollzogen werden. Das die Arbeitsfähigkeit einschränkende Unfallereignis sei genau vor sechs Jahren geschehen. Eine auf den Tag genaue Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach so langer Zeit könne von den Gutachtern nicht erwartet werden. Die Einschätzung der E. ___-Gutachter einer schon seit mehreren Jahren bestehenden vollen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis zumindest mittelschwer belastende Tätigkeiten sei zu übernehmen.

9. Aufgrund der sich präsentierenden medizinischen Akten kann festgehalten werden, dass beim Beschwerdeführer bereits im Zeitpunkt des leistungsablehnenden Einspracheentscheids vom 17. Juni 2004 sowie auch im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2015 sowohl somatische als auch psychiatrische Befunde diagnostiziert worden sind und sein Gesundheitszustand daher sowohl aus

psychischer als auch aus somatischer Sicht beeinträchtigt ist. Zudem ist augenfällig, dass beim Beschwerdeführer eine psychosoziale Belastungssituation besteht. 10. Es ist zunächst auf das polydisziplinäre Gutachten des E.____ vom 29. September 2014 (vgl. E. II.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.