

200 19 221 IV
LOU/SVE/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. Juli 2020

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. Februar 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1974 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), ..., meldete sich erstmals 2002 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1.9). Mit Verfügung vom 20. Februar 2003 verneinte die IV einen Anspruch auf eine Invalidenrente (AB 1.3). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im Juni 2010 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug bei der IV an (AB 5). Es erfolgte eine Begutachtung bei der C. _____ (MEDAS; Expertise vom 26. März 2012 [AB 27.1]). Mit Verfügung vom 17. August 2012 (AB 30) wurde ein Rentenanspruch verneint. Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Der Versicherte meldete sich im Mai 2013 erneut zum Leistungsbezug an (AB 33). Die IVB tätigte in der Folge medizinische Abklärungen. Mit Vorbescheid vom 18. Juni 2014 (AB 62) stellte sie in Aussicht, vom 1. Dezember 2013 bis zum 31. Mai 2014 befristet eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 67) veranlasste die IVB eine psychiatrisch-orthopädische Begutachtung bei der Begutachtungsstelle D. _____ (Expertise vom 14. Oktober 2015 [AB 116.1]). Gestützt darauf forderte sie den Versicherten im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht auf, sich einer teilstationären Behandlung in einer Tagesklinik mit Neueinstellung der antidepressiven Medikation zu unterziehen (AB 119). Nach weiteren medizinischen Abklärungen erfolgte eine erneute Begutachtung durch die MEDAS (Expertise vom 16. Januar 2018 [AB 172.1]). Mit weiterem Vorbescheid vom 5. April 2018 (AB 174) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 75 % eine vom 1. Dezember 2014 bis zum 30. September 2017 befristete ganze Rente in Aussicht.

Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 177, 179 f.) verfügte die IVB am 15. Februar 2019 (AB 186) dem Vorbescheid entsprechend.

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, mit Eingabe vom 18. März 2019 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Februar 2019 ist insoweit aufzuheben, als sie per 1. Oktober 2017 den Invaliditätsgrad auf weniger als 40 % festsetzt.
2. Der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers ist ab 1. Oktober 2017 auf mindestens 50 % anzusetzen.
3. Eventualiter: Es sind weitere medizinische Abklärungen bezüglich Zumutbarkeit eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess zu treffen.
4. Dem Beschwerdeführer ist für das Beschwerdeverfahren das Recht zur unentgeltlichen Rechtspflege, unter Beiordnung eines amtlichen Anwaltes, zu erteilen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 23. April 2019 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingaben vom 25. April und 7. Juni 2019 ergänzte der Beschwerdeführer die Beschwerde samt Beilagen.

Die Beschwerdegegnerin ergänzte ihre Beschwerdeantwort mit Eingabe vom 11. Juli 2019.

Mit prozessleitender Verfügung vom 27. März 2020 wies der Instruktionsrichter den Beschwerdeführer auf die Möglichkeit einer Schlechterstellung hin.

Der Beschwerdeführer hielt mit Stellungnahme vom 14. Mai 2020 an den gestellten Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 15. Februar 2019 (AB 186). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Streitig und zu prüfen ist demnach der Anspruch auf eine IV-Rente unter Einschluss der vom 1. Dezember 2014 bis zum 30. September 2017 zugesprochenen ganzen Rente.

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

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist - im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit - nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im

Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4

2.4.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

2.4.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch 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. 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 (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.4.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.4.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

2.5 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) festzusetzende Zeitpunkt der

Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2019 IV Nr. 2 S. 4 E. 2).

2.6 Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV). Dabei ist im Unterschied zu dem in Art. 88a Abs. 1 IVV geregelten Tatbestand der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit nicht verlangt, dass die Änderung, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat, voraussichtlich weiterhin andauern muss. Das gesetzliche Erfordernis einer auf Dauer gerichteten Änderung ist mit Ablauf der dreimonatigen Wartezeit grundsätzlich erfüllt (SVR 2017 IV Nr. 71 S. 220 E. 2.3.1).

2.7 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom Mai 2013 (AB 33) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft.

Praxisgemäss ist die Eintretensfrage durch das Gericht daher nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der rentenverneinenden Verfügung vom 17. August 2012 (AB 30), als letztmals eine allseitige Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen erfolgte, mit demjenigen bei Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 15. Februar 2019 (AB 186) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 f. hiervor). Gegebenenfalls ist anschliessend der Leistungsanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. E. 2.4.4 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 17. August 2012 (AB 30) basierte im Wesentlichen auf dem MEDAS-Gutachten vom 26. März 2012 (AB 27.1), in welchem die Dres. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen festhielten (S. 19 Ziff. 5.1):

- chronische Hüftschmerzen beidseits unter rechtsseitiger Betonung (ICD-10 M79.65);
 - anamnestisch fragliche Besserung nach arthroskopischer anterolateraler Labrumresektion, Pfannenrandtrimmung und anterosuperiorer Taillierung des Kopf-Hals-Überganges links am 26. Februar 2010 (Klinik X._____);
 - sehr inkonstant geäusserte Leistenschmerzen beidseits.

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten sie die folgenden Diagnosen auf (S. 19 Ziff. 5.2):

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4);
- Status nach Kokain-Abhängigkeit (ICD-10 F14.2);
- chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.80);
 - radiologisch beginnende Spondylarthrose LWK4 bis SWK1 (Röntgen vom 27. Januar 2012);
- chronische Polyarthralgie im Fingerbereich beidseits (ICD-10 M25.54);
- gastroösophageale Refluxkrankheit bei Hiatushernie (ICD-10 K21.9);
- leichte mikrozytäre, hypochrome Anämie (ICD-10 D50.9);
 - DD bei Eisenmangel, kontrollbedürftig;
- Hypogonadismus gemäss Unterlagen (ICD-10 E29.1);
 - unter Testosteron-Substitution;
- chronischer Nikotinabusus, ca. 35 py (ICD-10 F17.1);

- Status nach Operation bei Epicondylitis humeri radialis rechts September 2010, Bern (ICD-10 Z98.8).

Aus orthopädischer Sicht beeinflussten die chronischen Hüftschmerzen beidseits die Arbeitsfähigkeit (S. 20 Ziff. 6.2). Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden liessen sich allerdings durch die klinischen und radiologischen Befunde kaum erklären. Die erheblichen Inkonsistenzen sowie das völlig fehlende Ansprechen auf langdauernde körperliche Schonung könnten als klare Hinweise für eine massive nicht-organische Beschwerdekomponekte angesehen werden (S. 17 Ziff. 4.2.4). Für die angestammte Tätigkeit als ... bestehe aufgrund der objektivierbaren Befunde ebenso wie für andere körperlich schwere Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung liege dagegen aus orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Das Heben und Tragen von Lasten über 15 Kilogramm sollte dabei vermieden werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ausser der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und dem Status nach Kokainabhängigkeit könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Dem Beschwerdeführer könne zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer seinen körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeiten nachzugehen (S. 20 Ziff. 6.2). Insgesamt könne interdisziplinär eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in jeder anderen körperlich schwer belastenden Tätigkeit festgestellt werden. Für körperlich leicht bis mittelschwer adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könnten keine vorgeschlagen werden. Berufliche Massnahmen könnten aufgrund zu geringer Erfolgsaussichten (S. 22 Ziff. 6.8) infolge der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung (welche jedoch keinen Krankheitswert habe und sich durch eine psychiatrische Behandlung kaum wesentlich beeinflussen lassen würde [S. 21 Ziff. 6.6]) nicht empfohlen werden (S. 21 Ziff. 6.7).

3.3 Was den Gesundheitszustand bzw. die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Neuanmeldung vom Mai 2013 (AB 33) betrifft, ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

3.3.1 Dem Operationsbericht von Prof. Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 16. Oktober 2013 (AB 56) ist zu entnehmen, dass am 4. Oktober 2013 eine chirurgische Hüftluxation mit Labrumrevision, Zurücktrimmen des anterosuperioren Pfannenrandes, Labrumrefixation sowie Schaffung einer korrekten Taille am Femurkopf-Schenkelhalsübergang an der rechten Hüfte vorgenommen wurde.

3.3.2 Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Tropenmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), hielt in der Stellungnahme vom 20. August 2014 (AB 74) fest, aufgrund des postoperativen Verlaufs betrage die Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten schätzungsweise bis Oktober 2014 weiterhin 100 %.

3.3.3 Im bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle D._____ vom 14. Oktober 2015 (AB 116.1; vgl. auch Stellungnahme vom 27. April 2016 [AB 130.1]) führten die Dres. med. J._____, Facharzt für Chirurgie, und K._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen auf (S. 31 Ziff. 6):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit zusätzlichen Panikattacken und agoraphobischem Meideverhalten (ICD-10 F33.1);
- dringender Verdacht auf histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4);
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei zugrundeliegender action-pain-proneness-Struktur (ICD-10 F45.0);
- Somatisierungsstörung bei zugrunde liegender action-pain-proneness-Struktur (ICD-10 F45.0);
- chronische Hüftschmerzen beidseits, rechtsbetont mit/bei (...).

Als Diagnosen mit unklarem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie die Folgenden fest (S. 31 Ziff. 6):

- Abhängigkeitssyndrom von Opioiden, gegenwärtig Teilnahme an ärztlich überwachtem Ersatzdrogenprogramm bzw. Verschreibung zur

Schmerztherapie (Methadon), fraglich zusätzlicher Substanzgebrauch (ICD-10 F11.22);

- Abhängigkeitssyndrom von Cannabis, gegenwärtiger Substanzgebrauch (aktive Abhängigkeit; ICD-10 F12.24).

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie einen Status nach Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (Kokain, LSD, Morphin, Cannabis), anamnestisch bis zum 30. Lebensjahr, fest (ICD-10 F19; S. 31 Ziff. 6).

Bei der chirurgisch-traumatologischen Untersuchung hätten die invalidisierend angegebenen Beschwerden nicht ansatzweise erklärt werden können. Zudem hätten sich in Bezug auf die Untersuchung des rechten Hüftgelenks, welches gemäss Beschwerdeführer das Hauptproblem darstelle, erhebliche Inkonsistenzen ergeben. So habe dieser keine passiv geführten Bewegungen zugelassen, so dass weder die Flexion noch die Aussen- und Innenrotation oder die Abduktion habe überprüft werden können. Hingegen habe dieser aber problemlos seine Schuhe und Strümpfe an- und ausziehen können, indem er jeweils das rechte Bein in voller Aussenrotation auf den gegenüberliegenden Oberschenkel legte (rechts wie links). Damit habe eine Aussenrotation vorgelegen, die absolut im Gegensatz zur selektiv geprüften Beweglichkeit stehe (S. 23 Ziff. 5.1). Die multiplen Beschwerden könnten nicht auf einen eindeutigen organisch-strukturellen Hintergrund zurückgeführt werden. Es liege eine massive Selbstlimitierung vor, die spontan allerdings aufgehoben werde. Die aktuelle Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit decke sich mit der orthopädischen Beurteilung seitens der MEDAS aus dem Jahr 2012. Von einer wesentlichen Verschlechterung könne betreffend den Bewegungsapparat nicht ausgegangen werden, womit auf chirurgisch-traumatologischem Gebiet weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestehe (S. 24 f. Ziff. 5.1).

Psychiatrischerseits zeigten sich psychopathologische Auffälligkeiten in verschiedenen Bereichen, die bei der psychiatrischen Vorbegutachtung in der MEDAS 2012 noch nicht beschrieben worden waren. Aus dem Gesamteindruck während der Untersuchung sei deutlich der Eindruck einer substanzbedingten Vigilanzminderung entstanden, wofür aufgrund der Akten am ehesten der Konsum von illegalen Drogen oder eine

Nebenwirkung der ärztlich verschriebenen Opiode in Frage komme. Der Beschwerdeführer habe denn auch angegeben, am Vorabend der Untersuchung zuletzt Cannabis konsumiert zu haben (S. 26 Ziff. 5.1). Unter Berücksichtigung der aktuellen psychopathologischen Befunde und der anamnestischen Angaben lasse sich unter Berücksichtigung des klinischen Eindrucks ein mittelgradig ausgeprägtes depressives Syndrom im Rahmen einer depressiven Episode erheben. Allerdings werde die diesbezügliche Beurteilung durch die deutliche Vigilanzminderung und Sedation des Versicherten erschwert (S. 26 Ziff. 5.1). Es werde der dringende Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung mit vor allem histrionischen Anteilen (Dramatisierung, aufmerksamkeitsheischendes, demonstratives Verhalten, oberflächliche Affektivität) erhoben (ICD-10 F60.4; S. 28 Ziff. 5.1). Der Persönlichkeitsproblematik komme sodann eine wesentliche Bedeutung in der Krankheits- und Schmerzverarbeitung zu, dies verstärkt seit der rechtsseitigen Hüftoperation im Oktober 2013 mit anschliessend kompliziertem Verlauf. Dieser habe gezeigt, dass die ausgeprägte Krankheitsüberzeugung nicht nur weiter zementiert worden sei, sondern dass sich der psychische Zustand seither insgesamt verschlechtert habe. Aufgrund der neu diagnostizierten mittelgradigen depressiven Störung, die 2012 noch nicht bestanden habe, seien die psychischen Ressourcen deutlich eingeschränkt (S. 29 Ziff. 5.1). Derzeit bestehe keine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Die Restleistungsfähigkeit betrage < 30 %. Es würde sich eine teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik und Neueinstellung der antidepressiven Medikation empfehlen, welche auch dazu genutzt werden könne, den Verdacht auf eine gegenwärtig aktive Suchtproblematik weiter zu klären und die Selbstorganisation des Versicherten zu verbessern (S. 30 Ziff. 5.1). Der Erfolg der vorgeschlagenen Therapie könne in ca. einem Jahr beurteilt werden (S. 33 Ziff. 7 Ziff. 9).

Zusammenfassend bestehe aus integrativer versicherungsmedizinischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit bestehe aufgrund der psychiatrischen Beeinträchtigung eine Arbeitsunfähigkeit von > 70 % wahrscheinlich seit

Ende 2013, spätestens aber seit dem Zeitpunkt der Begutachtung (S. 33 Ziff. 7 Ziff. 7).

3.3.4 Im MEDAS-Gutachten vom 16. Januar 2018 (AB 172.1) führten die Dres. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, N._____, Facharzt für Rheumatologie, und O._____, Facharzt für Neurologie, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen auf (S. 35 Ziff. 5.1):

1. Chronische bilateral rechtsbetonte Hüftschmerzen (ICD-10 M75.65);
 - Status nach arthroskopischer anterolateraler Labrumresektion mit Pfannenrandtrimmung und anterosuperiorer Taillierung des Kopfhalsüberganges links am 26. Februar 2010;
 - Status nach offener chirurgischer Hüftluxation mit Labrumrevision, Zurücktrimmen des anterosuperioren Pfannendrandes, Labrumrefixation sowie Schaffung einer korrekten Taille am Femurkopf-Schenkel-halsübergang Hüfte rechts am 16. Oktober 2013 bei femoroazetabulärem Impingement Hüfte rechts mit ausgedehnter Labrumläsion;
 - Status nach Trochanterschraubenentfernung über Stichinzision Trochanter rechts am 11. August 2014;
 - aktuell: konventionell-radiologisch keine Hinweise für eindeutig beginnende koxarthrotische Veränderungen, Darstellungen von insgesamt drei azetabulären Ankern und residuellen postoperativen Veränderungen am Trochanter major rechts;
 - klinisch erhebliche Inkonsistenzen in Bezug auf die Bewegungsfähigkeit der Hüftgelenke in verschiedenen Untersuchungspositionen;
 - Verdacht auf erhebliche psychosoziale Überlagerung und Selbstlimitierung.
2. Schmerzhaft distal-symmetrische sensomotorische axonale Polyneuropathie an den Beinen unklarer Ursache (ICD-10 G62.9);
 - Schmerzfehlerverarbeitung/funktionelle Überlagerung.
3. Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.9).
4. Angst und Depression gemischt (ICD-10 F41.2).

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten sie die folgenden Diagnosen auf (S. 35 Ziff. 5.2):

1. Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0).
2. Hypogonadismus (ICD-10 E29.1);
 - unter Testosteron-Substitution kompensiert.
3. Gerinnungsstörung bei AT3-Mangel;
 - Status nach Lungenembolie 2013;
 - unter Dauerantikoagulation.
4. Adipositas (BMI 30kg/m²).
5. Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ca. 40 py; ICD-10 F17.1).
6. Verdacht auf histrionisch-narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1).
7. Psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F12.2).

8. Status nach psychischer und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch (ICD-10 F19.20).

Im psychiatrischen Teilgutachten (S. 15 ff. Ziff. 4.1) führte Dr. med. M. _____ aus, der Beschwerdeführer weise eine schwierige, wenig anpassungsfähige Persönlichkeitsstruktur auf. Bisher hätten deswegen offenbar keine psychiatrischen Behandlungen stattgefunden. Er definiere sich subjektiv auch nicht als psychisch krank und sei einer psychiatrischen Behandlung kaum zugänglich (S. 18 Ziff. 4.1.3). Er kommuniziere aktiv, die Stimmung sei nur leicht bedrückt gewesen und es herrschten keine Suizidimpulse vor, weshalb keine mittel- oder schwergradige depressive Störung festgestellt worden sei. Leichtere depressive Züge mit Trägheit und Antriebsminderung schienen hingegen vorzuliegen, seien aber auf die Lebensführung zurückzuführen, so fehle ein eigentlicher Lebensinhalt (S. 19 Ziff. 4.1.7). Der Beschwerdeführer wirke zurzeit dekonditioniert und es bestehe eine regressive Tendenz mit sekundärem Krankheitsgewinn und geringer Therapiebereitschaft. Das Abhängigkeitssyndrom habe zu keiner feststellbar irreversiblen Gesundheitsstörung geführt. Aktuell präsentiere er sich mit starker Klagsamkeit und hoher subjektiver Krankheitsüberzeugung (S. 20 Ziff. 4.1.10.1). In der bisherigen Tätigkeit bestehe aufgrund der somatoformen Störung im Zusammenhang mit der Angst- und depressiven Störung gemischt eine Einschränkung von 20 %. Ebenso bestehe für eine angepasste Tätigkeit eine Einschränkung von 20 % (S. 18 Ziff. 4.1.5, vgl. S. 36 Ziff. 6.2).

Dr. med. N. _____ führte im rheumatologischen Teilgutachten (S. 22 ff. Ziff. 4.2) aus, die halbstündige Anamneseerhebung habe problemlos ohne jegliche spontane Schmerzartikulation durchgeführt werden können. Das An- und Abziehen der Kleidungsstücke sowohl der oberen aber insbesondere auch der unteren Extremitäten habe flüssig und ohne spontane Schmerzen durchgeführt werden können (S. 27 Ziff. 4.2.4). Aufgrund der erheblichen Inkonsistenzen bei der Beobachtung und der klinischen Untersuchung erscheine es sehr unwahrscheinlich, dass eine objektivierbare relevante pathoanatomische Struktur im Bereich der Hüftgelenke vorliegen würde, welche diese chronifizierten Schmerzen somatisch adäquat erklären könnte (S. 28 Ziff. 4.2.4). In der früheren

Tätigkeit als ... sowie für körperlich regelmässig mittel- bis schwerbelastende Tätigkeiten könne bereits seit dem letzten Gutachten von 2012 respektive 2015 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit angenommen werden (S. 28 Ziff. 4.2.6). Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere wechselbelastende berufliche Tätigkeit liege eine normale Arbeits- und Leistungsfähigkeit vor. Idealerweise werde die Arbeitsposition dabei regelmässig gewechselt, zudem sei bei einer sitzenden Tätigkeit auf eine optimale Arbeitsplatzergonomie zu achten. Das gelegentliche Zurücklegen von kurzen Gehstrecken für gewisse Kontrollfunktionen sei in diesem Sinne möglich, jedoch nicht längere Kontroll- und Botengänge. Das Heben und Tragen von Lasten bis zur Taille dürfe maximal zehn bis fünfzehn Kilogramm und über Taille maximal fünf bis zehn Kilogramm betragen. In weitgehender Schulterneutralstellung bestünden keinerlei Einschränkungen für fein- bis grobmanuelle Verarbeitertätigkeiten mit beiden Händen, so dass insgesamt aus rheumatologisch-theoretischer Sicht eine in der freien Wirtschaft verwertbare Restarbeitsfähigkeit vorliege (vgl. S. 36 Ziff. 6.2).

Anlässlich der neurologischen Untersuchung (S. 29 ff. Ziff. 4.3) hielt Dr. med. O. _____ fest, es bestünden keine Zweifel am Vorliegen einer distal-symmetrischen sensomotorischen Polyneuropathie an den Beinen. Eine Schmerzkomponente sei denkbar resp. an sich plausibel (S. 34 Ziff. 4.3.4). Die Schmerzen in den Beinen seien dadurch erklärbar, wobei das Ausmass der Einschränkung stark subjektiv geprägt sei (S. 36 Ziff. 6.2). Die Schmerzen in den gesamten Beinen respektive das formal vorliegende „Ganzkörperschmerzsyndrom“ könne aber nicht mit einer Polyneuropathie erklärt werden. Es sei von einer funktionellen Überlagerung auszugehen, wobei diese nicht nur die Schmerzen betreffe, sondern auch die Funktion, gemeint seien Stand und Gang (S. 34 Ziff. 4.3.4). Betreffend die Funktion bei einer Polyneuropathie seien in der Regel Tätigkeiten mit höheren Anforderungen ans Gleichgewichtssystem wie zum Beispiel auf Leitern, auf unebenem Boden, im Dunkeln, mit dem Tragen von Lasten, welche die Sicht auf den Boden verhinderten, nicht möglich. Auch sei plausibel, dass körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr ausgeübt werden können. Aus neurologischer Sicht sei eine Rendement-

Reduktion von 20 % in körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten (S. 36 Ziff. 6.2) attestierbar (Ziff. 4.3.5).

Zusammengefasst ergebe sich seit 2012 eine leichte Verschlechterung mit einer nun attestierbaren Leistungseinbusse von 20 % in leichten bis intermittierend mittelschweren, adaptierten Tätigkeiten (S. 37 Ziff. 6.3), mithin bestehe für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten eine 80 %ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einem ganztägigen Pensum mit vermehrten Pausen. Die früher ausgeübte Tätigkeit als ... sowie auch andere körperlich schwere und andauernd mittelschwere Tätigkeiten seien ihm nicht mehr zumutbar (S. 36 Ziff. 6.2). Bei den Untersuchungen seien diverse Inkonsistenzen festgestellt worden, so könnten die Beeinträchtigungen objektiv nicht im vom Exploranden angegebenen Ausmass erklärt werden. Möglichkeiten für die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit seien aus medizinischer Sicht vorhanden (S. 37 Ziff. 6.4). Als medizinische Massnahme sei die medikamentöse Behandlung zur Erhaltung des Gesundheitszustandes fortzusetzen (S. 38 Ziff. 6.6). Berufliche Massnahmen könnten nicht empfohlen werden. Die Prognose sei aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung (und Behinderungsüberzeugung mit klarer sekundärer Selbstlimitierung [S. 29 Ziff. 4.2.8]) des Exploranden ungünstig (Ziff. 6.9).

3.3.5 Die Psychologin P._____ hielt im Anhang zum Bericht der Klinik Q._____ vom 13. März 2019 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 3) als Diagnosen eine THC-Abhängigkeit (ICD-10 F12.24) bei einem Status nach Kokain- (ICD-10 F14.20) und Opiatabhängigkeit bei Schmerzproblematik (ICD-10 F11.20) fest. Im Bericht führte sie aus, das Hauptziel sei eine Veränderung hin zu einem weniger schädlichen Konsumverhalten von Suchtmitteln (THC). Der Beschwerdeführer sei als veränderungsmotiviert erlebt worden, jedoch erscheine sein Konsumverhalten als stark überlagert bzw. mitbeeinflusst von seiner Schmerzproblematik, mangelnder Emotionsregulationsfähigkeit und Selbstmedikationsversuchen der psychiatrischen Symptomatik. Hinsichtlich der Schmerzproblematik sei der Beschwerdeführer als spürbar belastet erlebt worden. Die Art, wie er seine Symptome schildere, sei vom

histrionischen Interaktionsstil gefärbt. Dadurch könnten seine Schilderungen teilweise übertrieben bis dramatisch wirken.

3.3.6 Im Bericht vom 1. April 2019 (BB 6) diagnostizierte Dr. med. R._____, Facharzt für Neurologie, Neurozentrum Bern, eine distalbetonte, sensomotorische Neuropathie der unteren Extremitäten mit neuropathischem Schmerzsyndrom unklarer Ursache. Im Neurostatus zeigten sich an den unteren Extremitäten Neuropathiestigmata mit sensomotorischem Ausfallsyndrom bei aber erhaltenen Muskeleigenreflexen. Die geschilderten Schmerzen hätten neuropathischen Charakter. Das neuropathische Schmerzsyndrom sei aus neurologischer Sicht plausibel. Die Ursache der Neuropathie sei unklar geblieben, die symptomatische Behandlung habe nicht wesentlich geholfen. Neben den ständigen neuropathischen Schmerzen sei das Laufen durch die Neuropathie eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei deshalb nur partiell arbeitsfähig (ca. 50 %-Pensum für eine angepasste Tätigkeit ohne langes Stehen und Laufen; S. 2).

3.3.7 Im Bericht des Spitals S._____ vom 22. Mai 2019 (BB 7) hielten die Dres. med. T._____, Oberarzt, und U._____, Assistenzarzt, fest, es zeige sich weiterhin eine schwere vorwiegend axonale Polyneuropathie, welche elektrophysiologisch stabil, anamnestisch und klinisch jedoch zunehmend sei. Die brennenden Schmerzen der Füße seien ein typisches Symptom der Polyneuropathie und darauf zurückzuführen. Dazu passend seien die distal betonte Atrophie der Fussmuskulatur sowie trophische Störungen. Aus soziomedizinischer Sicht sei im aktuellen Gesundheitszustand bereits aufgrund der Polyneuropathie die 80 %ige Arbeitsfähigkeit sicherlich anzuzweifeln. Die führenden Gründe der Einschränkung seien die glaubhaft und typisch geschilderten, polyneuropathischen Schmerzen. Im Verlauf könnten alltags- bzw. berufsrelevante motorische Defizite potentiell hinzutreten. Eine Symptomausweitung im Rahmen der psychiatrischen Komorbidität erscheine ebenso denkbar. Eine exaktere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit müsste im Rahmen eines Gutachtens erfolgen (S. 3).

3.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat,

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

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.5

3.5.1 Zunächst ist festzuhalten, dass nach Einholung verschiedener Stellungnahmen (vgl. AB 130.1, 142) erneut eine polydisziplinäre Begutachtung bei der MEDAS erfolgte (vgl. AB 148), was nicht zu beanstanden ist: So enthielt die psychiatrische Begutachtung durch die Begutachtungsstelle D._____ (AB 116.1) Unklarheiten und teils Widersprüche und blieb vage. Es wurde etwa offengelassen, ob das Abhängigkeitssyndrom von Opioiden bzw. Cannabis einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. S. 31 Ziff. 6). Weiter regten die Experten eine therapeutische Weiterbehandlung an, deren Erfolg nach ca. einem Jahr beurteilt werden könne (S. 33 Ziff. 8 f.). Dr. med. K._____ hielt den Beschwerdeführer immerhin für therapeutisch klar insuffizient behandelt und schloss eine Therapieresistenz aus, da die bisherigen ambulanten Behandlungen durch diesen jeweils nach kurzer Zeit abgebrochen worden seien (S. 30 Ziff. 5.1). Im Übrigen entzog sich dieser gemäss Aussage der psychiatrischen Gutachterin einer Urinprobe und im Zeitpunkt der

Begutachtung sei der Eindruck einer substanzbedingten Vigilanzminderung vorhanden gewesen (S. 26 Ziff. 5.1; vgl. Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 8).

3.5.2 Das in der Folge eingeholte MEDAS-Gutachten vom 16. Januar 2018 (AB 172.1) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4 hiervor). Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Expertise setzt sich mit den divergierenden Einschätzungen insbesondere auch der Psychosomatik und der Neuropathie auseinander und nimmt Bezug auf die beiden früheren Gutachten vom 26. März 2012 (AB 27.1) und 14. Oktober 2015 (AB 116.1). Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Die fachärztliche Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist schlüssig und widerspruchsfrei. Dem Gutachten kommt damit voller Beweiswert zu und es ist in der Folge darauf abzustellen.

3.5.3 Die der Beschwerde beigelegten Berichte (BB 3, 6, 7) vermögen keine Zweifel an der Einschätzung der Experten zu wecken, belegen sie doch wie die Beschwerdegegnerin in der Stellungnahme vom 11. Juli 2019 zutreffend ausführt, weder eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes noch lassen sich objektive Befunde entnehmen, die das Gutachten in Frage stellen könnten. Dr. med. R. _____ postulierte in seinem Bericht (BB 6) lediglich eine vom MEDAS-Gutachten (AB 172.1) abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (ungefähr 50%ige Arbeitsfähigkeit [BB 6]) und die Dres. med. T. _____ und U. _____ zweifelten die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit von 80 % an, ohne sich dabei jedoch mit den Feststellungen der Gutachter auseinander zu setzen. Folglich liegen gestützt auf die beschwerdeweise aufgelegten medizinischen Berichte keine konkreten Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprächen.

3.5.4 Der Beschwerdeführer rügt, die Vorhaltung der Therapieverweigerung im Gutachten (vgl. AB 172.1 S. 18) sei nicht haltbar

(Beschwerde S. 4 Ziff. 2). Hierzu ist festzuhalten, dass, soweit von einer möglichen Unfähigkeit zur Therapieadhärenz gesprochen wird (vgl. AB 172.1 S. 21, 38 Ziff. 6.9), es bei einer blossen Vermutung bleibt, weshalb im Umkehrschluss eine solche nicht überwiegend wahrscheinlich vorliegt. Zwar wurde der Beschwerdeführer seit 2016 durch die Psychiatrie-Spitex unterstützt (vgl. AB 180 S. 25 ff.; Stellungnahme vom 16. August 2019 S. 3 Ziff. 3), nichtsdestotrotz bestehen erhebliche Zweifel am behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Der Beschwerdeführer nahm seit Jahren und auch im Zeitpunkt der Begutachtung keine längerdauernde psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung in Anspruch resp. brach er Behandlungen immer wieder ab. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausführt (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 7; vgl. Stellungnahme vom 14. Mai 2020), befand er sich weder im Zeitpunkt der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle D._____ 2015 noch im Zeitpunkt der Begutachtung durch die MEDAS 2018 in fachpsychiatrischer Behandlung. Die im Gutachten der Begutachtungsstelle D._____ empfohlene teilstationäre (vgl. AB 116.1 S. 30 Ziff. 5.1) und daraufhin im Spital V._____ am 4. Februar 2016 begonnene Behandlung wurde gemäss Bericht von Dr. med. W._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 27. Februar 2016 (AB 130.2 S. 3 f.) aufgrund grosser Differenzen zwischen Erwartungen seitens des Beschwerdeführers an die Abklärung/Behandlung und den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten sowie der geringen Integration am 27. Februar 2016 abgebrochen. Ebenso sei bei Austritt eine notwendige Nachbetreuung durch die Psychiatrie-Spitex abgelehnt worden (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. 2; Stellungnahme vom 16. August 2019 S. 3 Ziff. 3; Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 7). Erst nach Erlass des Vorbescheides vom 5. April 2018 (AB 174; vgl. Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 7), mithin offenkundig durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), begann der Beschwerdeführer am 9. Januar 2019 eine Behandlung bei der Psychologin P._____ (BB 3).

3.5.5 Was die vom Beschwerdeführer mit Eingabe vom 14. Mai 2020 zumindest sinngemäss vorgetragene Anwendung der neuen Suchtpraxis (BGE 145 V 215) zu seinen Gunsten betrifft, so kann ihm ebenso nicht

gefolgt werden. Zunächst wurde zwar kein Abhängigkeitssyndrom mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert, aber dennoch ein Abhängigkeitssyndrom durch Cannabinoide festgehalten (vgl. AB 116.1 S. 31 Ziff. 6), was insofern als unklar erscheint. Allerdings ändert dies nichts, besteht doch gemäss Experten durch das Abhängigkeitssyndrom durch Cannabinoide keine Beeinträchtigung und liegt auch in dieser Hinsicht keine Gesundheitsstörung vor (vgl. AB 172.1 S. 35 Ziff. 5.2). Demnach ist i.S.v. BGE 145 V 215 E. 6 S. 227 ff. auf eine Indikatorenprüfung in diesem Zusammenhang zu verzichten.

3.5.6 Hinsichtlich der geltend gemachten Befangenheit der MEDAS-Gutachter (Beschwerde S. 4 f. Ziff. 3) ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer mit Schreiben (AB 161) vom 13. Juni 2017 durch die Beschwerdegegnerin mitgeteilt wurde, die polydisziplinäre Begutachtung werde durch die MEDAS erfolgen, wobei auch die Gutachter namentlich erwähnt wurden. Mit Schreiben vom 22. Juni 2017 (AB 162) bat dieser darum, die Dres. med. F._____ und G._____ durch andere Ärzte ersetzen zu lassen, mit der Begründung diese könnten befangen sein, da sie ihn bereits einmal begutachtet hätten. Am 17. Juli 2017 (AB 165) teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, dass Dr. med. G._____ durch Dr. med. M._____ ersetzt wurde und anstelle einer orthopädisch-chirurgischen Teilbegutachtung eine rheumatologische erfolgen werde. Hiergegen machte dieser keine Einwände gelten (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 6). Wenn er nun erstmals vorbringt, die MEDAS sei vorbelastet gewesen (Beschwerde S. 4 f. Ziff. 3), verstösst dies gegen den Grundsatz von Treu und Glauben, hätte er doch allfällige Ausstands- und Befangenheitsgründe umgehend vorbringen müssen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. August 2011, 9C_837/2011, E. 3.4; vgl. Beschwerdeantwort S. 2 f. Ziff. 6), d.h. unverzüglich nach der Mitteilung vom 11. Juli 2017 (AB 165).

3.5.7 Zusammenfassend ist gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 16. Januar 2018 (AB 172.1) der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers hinreichend erstellt (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. 2), weshalb weitere Abklärungen nicht angezeigt sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144

V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

Folglich sind seit dem Referenzzeitpunkt 2012 (vgl. MEDAS-Gutachten vom 17. August 2012 [AB 27.1 S. 19 Ziff. 5.1]) einerseits Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hinzugekommen (vgl. MEDAS-Gutachten vom 16. Januar 2018 [AB 172.1 S. 35 Ziff. 5.1]). Andererseits ist neben der unverändert vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (vgl. MEDAS-Gutachten vom 17. August 2012 [AB 27.1 S. 22 Ziff. 6.8]) eine leichte Verschlechterung mit einer nun attestierbaren Leistungseinbusse von 20 % in leichten bis intermittierend mittelschweren, angepassten Tätigkeiten (vgl. MEDAS-Gutachten vom 16. Januar 2018 [AB 172.1 S. 37 Ziff. 6.3]; zum Ganzen E. 3.3.2 hiervor) eingetreten. Mithin liegt eine im Revisionskontext relevante Änderung vor, weshalb eine allseitige Prüfung des Leistungsanspruchs zu erfolgen hat (vgl. E. 2.4.4 hiervor).

4.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

Für die Berücksichtigung einer beruflichen Weiterentwicklung müssen praxisgemäss konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person einen beruflichen Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Sodann genügen bloss Absichtserklärungen der versicherten Person nicht. Vielmehr muss die Absicht, beruflich weiterzukommen, durch konkrete Schritte wie Kursbesuche, Aufnahme eines Studiums, Ablegung von Prüfungen usw. kundgetan worden sein. Diese Grundsätze gelten auch für junge Versicherte. Bei der Prüfung der mutmasslichen beruflichen Entwicklung können unter Umständen aus einer besonderen beruflichen Qualifizierung im Invaliditätsfall Rückschlüsse auf die hypothetische Entwicklung gezogen werden, zu der es ohne Eintritt des Gesundheitsschadens gekommen wäre. Nach der Rechtsprechung ist eine solche Annahme unter anderem dann zulässig, wenn die angestammte Tätigkeit weitergeführt werden kann. Indessen darf aus einer erfolgreichen Invalidenkarriere in einem neuen Tätigkeitsbereich nicht ohne Weiteres abgeleitet werden, die versicherte Person hätte ohne Invalidität eine vergleichbare Position auch im angestammten Tätigkeitsgebiet erreicht (SVR 2018 IV Nr. 48 S. 153 E. 4.2, 2017 BVG Nr. 9 S. 38 E. 2.2.2, IV Nr. 4 S. 9 E. 4.4.3, 2010 UV Nr. 13 S. 52 E. 4.1).

Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik (BfS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine

ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

4.1.3 Wird auf Tabellenlöhne abgestellt, sind grundsätzlich immer die im Zeitpunkt des angefochtenen Verwaltungsaktes aktuellsten statistischen Daten zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297; Entscheid des BGer vom 27. November 2019, 8C_64/2019, E. 6.2.1).

4.2 Unter Berücksichtigung der Neuanmeldung im Mai 2013 (AB 33) und der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG ist der frühestmögliche Rentenbeginn im November 2013 (vgl. E. 2.3 hiavor). Dem Beschwerdeführer wurde im MEDAS-Gutachten vom 26. März 2012 (AB 27.1) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten

Tätigkeit attestiert (S. 22 Ziff. 6.8), womit die Voraussetzung des Wartejahres nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG zu diesem Zeitpunkt ebenfalls erfüllt ist.

4.3 Gestützt auf die RAD-Beurteilung vom 20. August 2014 (AB 74) war der Beschwerdeführer nach der Operation vom 4. Oktober 2013 (vgl. AB 56) aufgrund des postoperativen Verlaufs (vgl. AB 61, 64.2, 73) bis Oktober 2014 vollständig arbeitsunfähig, weshalb es ihm nicht möglich war, ein Invalideneinkommen zu erzielen. Damit beträgt der Invaliditätsgrad 100 %, womit ihm ab November 2013 eine ganze Rente zuzusprechen ist (vgl. E. 2.3 hiervor).

4.4 Die aufgrund der Operation (AB 56) resultierende vollständige Arbeitsunfähigkeit dauerte bis Oktober 2014 an (vgl. AB 74 S. 2). Seit November 2014 beträgt die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit 80 % (vgl. AB 172.1 S. 38 Ziff. 6.9; E. 3.5.7 hiervor). Unter Berücksichtigung der dreimonatigen Frist von Art. 88a Abs. 1 IVV ist der Invaliditätsgrad für den Zeitraum ab 1. Februar 2015 neu zu bestimmen.

4.4.1 Die Beschwerdegegnerin stellte zur Festsetzung des Valideneinkommens auf die LSE 2014, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1, ab. Der Beschwerdeführer bringt hiergegen vor, er habe vor seinen gesundheitlichen Problemen als ... gearbeitet und daher trotz nicht abgeschlossener Lehre ein sehr gutes Einkommen erzielen können. Das von der Beschwerdegegnerin angenommene Valideneinkommen liege tiefer als die in den Jahren 2007 und 2008 erzielten effektiven Einkommen (Beschwerde S. 5 Ziff. 4).

Nach absolvierter, jedoch nicht abgeschlossener Lehre zum ... (vgl. AB 1.9 S. 4 Ziff. 6.2) arbeitete der Beschwerdeführer über Jahre und bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens unregelmässig mit unterschiedlichsten Einkommen und überwiegend bei Personalvermittlungsunternehmen (vgl. IK-Auszug [AB 63 S. 3]). Folglich lässt sich nicht ermitteln, was er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Gesunder tatsächlich hätte verdienen können (vgl. E. 4.1.1 hiervor), zumal auch nicht bloss auf die beiden höchsten erzielten Jahresverdienste 2007 und 2008 abgestellt werden kann. Vielmehr sind unter diesen Umständen für die Ermittlung des

Valideneinkommens statistische Werte heranzuziehen (vgl. E. 4.1.1 hiervor). Zudem kann mangels Lehrabschluss weder von einer qualifizierten Ausbildung ausgegangen werden noch liegen mit Blick auf die unregelmässige Erwerbstätigkeit konkrete Anhaltspunkte für eine gute berufliche Weiterentwicklung vor (vgl. Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 9; E. 4.1.1 hiervor). Da der Beschwerdeführer immerhin die Lehrzeit absolvierte (zwar ohne Abschluss) und in der Folge, soweit aus dem IK-Auszug (AB 63) ersichtlich, häufig im Bereich ... arbeitete und damit ein gewisser Erfahrungswert besteht, ist jedoch auch nicht auf einen Hilfsarbeiterlohn abzustellen. Vielmehr ist auf die LSE 2014, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Ziff. 41-43 (Baugewerbe), Männer, Kompetenzniveau 2, abzustellen. Daraus resultiert angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit (vgl. Tabelle „Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS, Sektor II, lit. F., Ziff. 43 [sonstiges Ausbaugewerbe; vgl. NOGA 2008, Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige, Erläuterungen, Code 432203 f., S. 123 f.]) und indexiert auf das Jahr 2015 (gemäss Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2018, lit. F, Ziff. 41-43 [Baugewerbe/Bau; 2014: 102.8, 2015: 102.5]) ein Valideneinkommen von Fr. 72'702.35 (Fr. 5'885.-- x 12 / 40 x 41.3 / 102.8 x 102.5).

4.4.2 Da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist auch für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf statistische Werte abzustellen (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Auszugehen ist dabei von der LSE 2014, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1. Daraus resultiert angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit (vgl. Tabelle „Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS, Total), indexiert auf das Jahr 2015 (gemäss Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2018, Total; 2014: 103.2, 2015: 103.5]) und angepasst an die Arbeitsfähigkeit von 80 % ein Invalideneinkommen von Fr. 53'317.05 (Fr. 5'312.-- x 12 / 40 x 41.7 / 103.2 x 103.5 x 0.8).

Die Beschwerdegegnerin gewährte einen leidensbedingten Abzug von 15 %, welcher allerdings nicht gerechtfertigt erscheint. Zunächst sind vorliegend sowohl das Valideneinkommen als auch das Invalideneinkommen anhand

statistischer Tabellenlöhne zu ermitteln, so dass invaliditätsfremde Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie) ohnehin ausser Betracht fallen, da sie bei beiden Vergleichseinkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_558, E. 5.3.2). Ebenso wirkt sich auch das Zumutbarkeitsprofil mit körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten und vermehrten Pausen nicht lohnmindernd aus. Den gutachterlich ausgewiesenen behinderungsbedingten Einschränkungen wurde bereits mit der Verminderung der Leistungsfähigkeit von 20 % hinreichend Rechnung getragen, weshalb diese nicht nochmals in Form eines Abzuges vom Tabellenlohn zu berücksichtigen sind. Praxisgemäss führt auch die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, körperlich schwere Arbeit zu verrichten, nicht automatisch zu einer weiteren Verminderung des hypothetischen Invalideneinkommens (vgl. hierzu etwa Entscheid des BGer vom 7. August 2017, 8C_381/2017, E. 4.2.2).

4.4.3 Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 72'702.35 und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'317.05 resultiert ab 1. Februar 2015 ein Invaliditätsgrad von gerundet 27 % ($[(Fr. 72'702.35 - Fr. 53'317.05) \times 100 / Fr. 72'702.35]$), womit der Beschwerdeführer ab dem 1. Februar 2015 keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat (vgl. E. 2.3 hiavor).

Selbst wenn beim Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von 15 % gewährt würde, resultierte ein Invalideneinkommen von Fr. 45'319.50 und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 38 % ($[(Fr. 72'702.35 - Fr. 45'319.50) \times 100 / Fr. 72'702.35]$), womit auch so kein Rentenanspruch bestände (vgl. E. 2.3 hiavor).

4.5 Das Versicherungsgericht kann eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid zu Ungunsten der Beschwerde führenden Person ändern oder dieser mehr zusprechen, als sie verlangt hat, wobei den Parteien vorher Gelegenheit zur Stellungnahme sowie zum Rückzug der Beschwerde zu geben ist (Art. 61 lit. d ATSG; BGE 144 V 153 E. 4.1.1 f. S. 155; SVR 2007 AHV Nr. 15 S. 42 E. 3.1).

Mit prozessleitender Verfügung vom 27. März 2020 wurde dem Beschwerdeführer das rechtliche Gehör in Bezug auf die Möglichkeit einer

(allfälligen) Schlechterstellung gewährt, womit die Voraussetzungen einer reformatio in peius erfüllt sind. Folglich ist die angefochtene Verfügung (AB 186), in welcher betreffend den Zeitraum vom 1. Februar 2015 bis 30. September 2017 der Anspruch auf eine ganze Rente bejaht wurde, aufzuheben.

5.

Zusammenfassend ist die Beschwerde abzuweisen, die angefochtene Verfügung vom 15. Februar 2019 (AB 186) - entsprechend der angedrohten Schlechterstellung in der prozessleitenden Verfügung vom 27. März 2020 - aufzuheben und dem Beschwerdeführer eine für die Zeit vom 1. November 2013 bis zum 31. Januar 2015 befristete ganze Rente zuzusprechen

6.

6.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ist angesichts der sozialhilferechtlichen Unterstützung ausgewiesen (vgl. BB 5). Das Verfahren war nicht als von vornherein aussichtslos zu bezeichnen und eine anwaltliche Verbeiständung war geboten, so dass ihm die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren ist unter Beiordnung von Rechtsanwältin B. _____ als amtliche Anwältin.

6.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder

Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege ist der Beschwerdeführer - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) - jedoch von der Zahlungspflicht zu befreien.

6.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Festzusetzen bleibt indes das amtliche Honorar von Rechtsanwältin B._____.

6.4 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

In der Kostennote vom 14. Mai 2020 macht Rechtsanwältin B._____ einen Aufwand von 17.83 Stunden à Fr. 250.-- (ausmachend Fr. 4'457.50), zuzüglich Auslagen von Fr. 433.20 und Mehrwertsteuer von Fr. 376.60 (7.7 % von Fr. 4'890.70), total ausmachend Fr. 5'267.30, geltend. Der Aufwand erscheint unter Würdigung der gesamten Umstände, der Bedeutung der Streitsache, des durchgeführten doppelten Schriftenwechsels und unter

Einschluss der Aufwendungen für das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung sowie im Vergleich zu gleichgelagerten Fällen als angemessen und gibt keinen Anlass für eine Korrektur. Das amtliche Honorar ist auf Fr. 4'206.35 (17.83 Stunden à 200.--, zuzüglich Auslagen von Fr. 339.60 und Mehrwertsteuer von Fr. 300.75 [7.7 % von Fr. 3'905.60]) festzusetzen. Der Beschwerdeführer hat dem Kanton Bern diese Kosten nach den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO - d.h. sobald er innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist - nachzubezahlen (Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 15. Februar 2019 wird aufgehoben und dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. November 2013 bis zum 31. Januar 2015 eine ganze Invalidenrente zugesprochen.
3. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin B._____ als amtliche Anwältin wird gutgeheissen.
4. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO - jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
5. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
6. Der amtlichen Anwältin B._____ wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 4'206.35 (inkl.

Auslagen und MWSt.) festgesetzte Entschädigung vergütet.
Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

7. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,
3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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