

200 19 732 IV
FUR/LUB/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. März 2021

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. Juli 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1962 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im September 2015 unter Hinweis auf eine Arthrose (Hüftprothese), Diskushernien sowie eine Depression bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm daraufhin erwerbliche und medizinische Abklärungen vor. Sie gewährte mehrere Arbeitsversuche (inkl. Verlängerungen; act. II 26, 35, 47, 65, 74), Kostengutsprache für einen Verhandlungskurs (act. II 30), eine Arbeitsplatzabklärung (act. II 45), Arbeitsvermittlung (act. II 46) sowie Kostengutsprache für einen Arbeitsstuhl (act. II 57). Sodann holte sie Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 96 f.) und einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb (act. II 98) ein. Mit Vorbescheid vom 12. Dezember 2017 (act. II 100) stellte die IVB dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 108) veranlasste sie auf Empfehlung des RAD (act. II 111) eine bidisziplinäre Begutachtung durch die C._____ GmbH (MEDAS; Gutachten vom 26. Juni 2018; act. II 120.1-3) und eine erneute Abklärung Haushalt/Erwerb durch den Abklärungsdienst (Bericht vom 16. August 2018; act. II 123). Mit neuem Vorbescheid vom 27. August 2018 (act. II 124) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 20 % die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Nach dagegen vorgebrachtem Einwand (act. II 128) und diesbezüglicher Stellungnahmen durch den RAD (act. II 133, 135 f.) und den Bereich Abklärungen (act. II 142) unterzog sich der Versicherte, wie gegenüber der IVB im Rahmen des Vorbescheidverfahrens mitgeteilt (act. II 139), am 8. Februar 2019 einer Rückenoperation (act. II 145). In der Folge nahm die IVB abermals Rücksprache mit dem RAD (act. II 147, 149, 156) und verneinte mit Verfügung vom 29. Juli 2019 (act. II 160) entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 16. September 2019 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____, Beschwerde. Er beantragte, die Verfügung vom 29. Juli 2019 sei aufzuheben und es sei ihm eine IV-Rente auf der Basis einer Erwerbsunfähigkeit von 70 % zuzusprechen.

In der Beschwerdeantwort vom 18. Oktober 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 19. Februar 2020 hielt der Beschwerdeführer an seinem beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren fest.

Mit Eingabe vom 17. März 2020 hielt die Beschwerdegegnerin – bei gleichzeitigem Verzicht auf eine Duplik – an ihren 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 29. Juli 2019 (act. II 160). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der IV.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 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).

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).

2.2 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.

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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).

2.3.1 Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und

der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 144 I 21 E. 2.1 S. 23, 142 V 290 E. 4 S. 293).

2.3.2 Bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrads der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich summiert (Art. 27^{bis} Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG. Das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, wird dabei auf ein Vollpensum hochgerechnet. Die prozentuale Erwerbseinbusse wird schliesslich anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (Art. 27^{bis} Abs. 3 IVV). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Er wird anhand des Anteils des Aufgabenbereichs gewichtet (Art. 27^{bis} Abs. 4 IVV).

2.4 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 IVV 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).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invali-

ditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

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

3.

3.1 Den Akten ist bezüglich des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers bzw. seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Der Beschwerdeführer unterzog sich am 20. März 2015 bei diagnostizierter Coxarthrose links einer Implantation einer Hüfttotalendoprothese (Hüft-TP) links über anterolateralen Zugang (Operationsbericht vom 20. März 2015; act. II 11 S. 8 f.) und am 30. September 2015 bei diagnostizierter Diskushernie L5/S1 links mit sensomotorischem Reizsyndrom L5

(ICD-10 M51.1) einer Dekompression L5/S1 (Operationsbericht vom 1. Oktober 2015; act. II 11 S. 4 f.).

3.1.2 Im Bericht der Wirbelsäulenchirurgie des Spitals D. _____ vom 30. März 2016 (act. II 38 S. 6 f.) führte Prof. Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnosen einen Zustand nach Diskushernien-Operation L5/S1 links vom 30. September 2015, ein lokales lumbovertebrales Schmerzsyndrom/Lumboglutealgie linksbetont und einen Zustand nach Hüft-TP beidseits auf. Es möge eine Restproblematik nach Diskushernie eine gewisse Rolle spielen. Eine offensichtliche Neurokompression könne ausgeschlossen werden. Belastend und erschwerend sei die Arbeitssituation (gekündigte Stellung bzw. Taggeldbezug). Es schein zumutbar (S. 6), dass per Mai 2016 die Arbeitstätigkeit als ... wieder aufgenommen werde bzw. wieder eine Meldung beim Arbeitsamt erfolge (S. 7).

3.1.3 Der Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bezeichnete im Bericht vom 7. März 2017 (act. II 60 S. 2 f.) den Gesundheitszustand als stationär und diagnostizierte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Diskushernie L5/S1 mit sensomotorischem Reizsyndrom L5 (Status nach Dekompression L5/S1 am 30. September 2015) und eine Coxarthrose beidseits, links symptomatischer als rechts (Status nach Hüft-TP links am 20. März 2015). Es lägen belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der LWS sowie noch leichte auch der rechten Hüfte vor. Insgesamt seien letztere regredient, sodass mit einer restitutio ad integrum in einigen Wochen gerechnet werden könne. Die Rückenbeschwerden seien kaum regredient (S. 2). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 1. Juni 2015 bis 31. Mai 2016 und eine solche von 50 % vom 1. Juni 2016 bis auf Weiteres. Leichte, den Rücken nicht belastende Tätigkeiten mit abwechslungsweise stehender/sitzender Position, ohne Heben von Lasten über 5 kg seien zumutbar (S. 3).

3.1.4 Im Bericht vom 25. Juli 2017 (act. II 72) vermerkte Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen stationären Gesundheitszustand ohne diagnostische Veränderung. Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, eine Angst-

störung (ICD-10 F41.9), Folgeschmerzen nach Diskushernie L5-S1 (operiert im September 2015) und Hüft-TP links (März 2015; S. 1). Es bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit dem 1. Januar 2016 bis auf Weiteres. Eine Erwerbstätigkeit sei noch bis zu 50 % ausführbar (S. 2).

3.1.5 Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte im Bericht vom 21. August 2017 (act. II 75) als Diagnosen eine hartnäckige Lumbago mit pseudo-radikulärer Ausstrahlung linksbetont bei Lumboischialgie und Foraminalstenose L4/5 und L5/S1 links, eine chronische rezidivierende Depression, einen Zustand nach Hüft-TP beidseits und einen Zustand nach Dekompression L5/S1 links vom 30. September 2015 bei Massenprolaps (S. 1). Der Beschwerdeführer leide unter einem tieflumbalen Restschmerz, wobei die Ursache nicht die sequestrierte Diskushernie vom letzten Jahr darstelle, sondern eine moderate Foraminalstenose L4/5 und L5/S1. Aktuell habe der Beschwerdeführer seine Arbeitsleistung im Rahmen des Eingliederungsprogramms recht gut erbracht mit Einschränkungen. Im Moment würde er auf dem freien Arbeitsmarkt nicht bestehen. Für leichte körperliche Tätigkeiten in sog. Wechselpositionen mit eingeschränktem Stress sei der Beschwerdeführer grundsätzlich voll einsetzbar. Für mittelschwere und schwere Arbeiten sei er nicht geeignet (S. 2).

3.1.6 Am 15. November 2017 führte der RAD-Arzt Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, es bestünden noch Valenzen (Einsatz dual wirksamer Antidepressiva) im therapeutischen Bereich. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass die psychiatrischen Symptome die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit gemäss den Akten möglicherweise beeinträchtigten. Zunächst sollten weitere therapeutische Möglichkeiten ausgeschöpft werden, damit eine versicherungsmedizinisch relevante Aussage gemacht werden könne (act. II 96 S. 3).

Am 22. November 2017 hielt der RAD-Arzt Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, der Beschwerdeführer sei von Seiten des Rückens vermindert belastbar. Als ... bestehe nur insofern eine Arbeitsunfähigkeit als die diesbezüglichen körperlichen Beanspruchungen das nachfolgende Zumutbarkeitsprofil

überstiegen. In einer leidensangepassten Tätigkeit seien leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ganztags über 8.5 Stunden ohne zusätzliche Leistungsminderung zumutbar. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen, die Rotation im Sitzen/Stehen unter Gewichtsbelastung, das Heben von Lasten körperfern, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten, das Besteigen von Leitern, repetitives Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung sowie repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der LWS (act. II 97 S. 6).

3.1.7 Dr. med. E. _____ erwähnte in der Stellungnahme vom 6. Februar 2018 (act. II 108 S. 9), bezüglich der Rückenschmerzen sei bis jetzt alles unternommen worden um diese zu vermindern (operative Dekompression L5/S1 am 30. September 2015, intensive physiotherapeutische Übungen). Eine Verminderung sei nicht eingetreten, im Gegenteil, in den letzten Monaten sei es zu einer deutlichen Akzentuierung gekommen. Bezüglich der depressiven Entwicklung zeigten sich in den letzten Monaten vermehrt Symptome mit Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit, Antriebslosig- und Perspektivlosigkeit. Die ambulanten psychiatrischen Therapieoptionen würden sehr wohl ausgeschöpft. Zusammenfassend liege hier eine echte Notsituation vor mit effektiver Arbeitsunfähigkeit von 50 % (sowohl für die erwerbliche als auch die ehrenamtliche Tätigkeit).

3.1.8 In der Stellungnahme vom 20. Februar 2018 (act. II 108 S. 6-8) hielt Dr. med. F. _____ – unter Verweis auf die in den an die IV gerichteten Berichten beschriebenen Diagnosen (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, Angststörung, Folgeschmerzen nach Diskushernie L5-S1 [operiert im September 2015] und Hüft-TP links [März 2015]) – fest, zusammenfassend sei die Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Wiedereingliederungsmassnahmen objektiv bewertet worden und hätte 50 % bei einem Ertrag von 100 % nicht überschritten. Dies sei das Maximum. In der Praxis erschwerten der Schmerz und der Zustand körperlicher und geistiger Erschöpfung die Erreichung dieses Ziels. Die Prognose sei verhalten und es sei medizinisch nicht sinnvoll, eine Aktivität von über 50 % wiederaufzunehmen. Wie bereits vor einem Jahr sei die Ausdauer begrenzt, da bei Arbeiten über 50 % schwere Ermüdungserscheinungen aufgrund von Schmerzen und kognitiven

Störungen auftraten. Eine Teilrente zum Ausgleich der verminderten Erwerbsfähigkeit erscheine notwendig, um die Auswirkungen der körperlichen und geistigen Störungen zu begrenzen.

3.1.9 Dr. med. G._____ nannte im Bericht vom 26. Februar 2018 (act. II 108 S. 4 f.) als Diagnosen eine Rezidiv-Diskushernie L5/S1 zentral, eine linksbetonte Lumboischialgie bei Diskopathie und Protrusion L4/L5 und L5/S1, mittelgradige Spinalkanalstenosen L2/L3, L3/L4 und L4/L5, eine linksbetonte Lumboischialgie bei Foramenstenose L4/L5 und L5/S1 links, eine chronisch rezidivierende depressive Stimmungslage, einen Zustand nach Hüft-TP beidseits und einen Zustand nach Dekompression L5/S1 links bei Massenprolaps (30. September 2015). Zusammenfassend habe sich aktuell der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers deutlich verschlechtert, zumal er auch seit November 2017 unter einer Rezidiv-Diskushernie L5/S1 ohne Neurokompression leide (S. 1). Die Belastbarkeit der Wirbelsäule sei erheblich eingeschränkt, so dass im Vergleich zu vor einem Jahr eine Verschlechterung eingetreten sei und somit die Belastbarkeit abnehmend sei. Der Beschwerdeführer sei beruflich nur reduziert reintegrierbar. Allerhöchstens sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zu erreichen (S. 2).

3.1.10 Im bidisziplinären Gutachten der MEDAS vom 26. Juni 2018 (act. II 120.1) diagnostizierten Prof. Dr. med. J._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Double Depression mit seit Kindheit bestehender Dysthymia (ICD-10 F34.1) und einer rezidivierenden depressiven Störung, ab 2014 mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie (ICD-10 M54.10) und eine endgradige Bewegungseinschränkung der beiden Hüftgelenke bei beidseits regelrecht einliegender Hüftprothese mit Beuge-, Aussenrotations- und Innenrotationsdefizit von jeweils 10°. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein low-dose schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen (ICD-10 F13.1), Probleme durch negative Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z61) und ein Status nach im Jahre 2003

erfolgter rechtsseitiger VKB-Ersatzplastik, gegenwärtig ohne Beschwerdevortrag sowie ohne Funktionseinschränkung (S. 7). Aus psychiatrischer Sicht habe im Verlauf gemäss Aktenmaterial wohl ab 2014 eine mittelgradige depressive Episode bestanden, die zu einer verminderten Dauerbelastbarkeit und Reduktion der Stresstoleranz geführt habe. Jedoch sei es zu keinen nennenswerten depressionsbedingten Interferenzen im Verlauf der beruflichen Wiedereingliederung gekommen, so dass in diesem Zeitraum (2014 bis spätestens zum Begutachtungszeitraum) die depressive Störung quantitativ zu einer medizinisch-theoretisch schätzungsweise 30 %-igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in zuletzt ausgeübter und adaptierter Tätigkeit geführt habe. Mittel- und langfristig ergäben sich aus den psychiatrischen Erkrankungen keine quantitativen Implikationen für die Arbeitsfähigkeit unter den Bedingungen des ersten Arbeitsmarktes. Qualitativ sollten keine Tätigkeiten mit hoher Stressanfälligkeit und keine Nachtschichten durchgeführt werden. Aufgrund der reduzierten psychischen Resilienz sei die Gefahr rezidivierender depressiver Episoden unter auftretenden Belastungsfaktoren allerdings erhöht. Unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen seien die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des ... sowie körperlich leidensadaptierte Tätigkeiten vollschichtig ausführbar (S. 8, 11). Aus orthopädischer Sicht sei gemäss den klinischen und bildgebenden Befunden der Beschwerdeführer in der biomechanischen Funktion der Lendenwirbelsäule sowie der Hüftgelenke limitiert mit einer hieraus unweigerlich erwachsenden Einschränkung der Geh- und Stehfähigkeit. Die festgestellten wesentlichen Gesundheitsstörungen auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet bedingten nachfolgende Leistungseinschränkungen in qualitativer Hinsicht: Mehr als gelegentlich mittelschwere körperliche Arbeiten, Heben und Tragen von Lasten körperfern über 5 kg ohne technische Hilfsmittel, Heben und Tragen von Lasten körpernah über 5 kg ohne technische Hilfsmittel, repetitive stereotype Bewegungsabläufe, Tätigkeiten mit vermehrter Vibrationsbelastung, Tätigkeiten mit Rotation der BWS/LWS im Sitzen/Stehen mit Gewichtsbelastung, Tätigkeiten mit Pressen oder Stemmen, welche zu einer intraspinalen Druckerhöhung führen, das mehr als gelegentliche Heben von Lasten über die Horizontale (Hyperlordosierung der LWS), Tätigkeiten mit repetitivem Bücken, Kauern und Hocken, das mehr als gelegentliche Arbeiten in Zwangshaltungen, das Bedienen von Geräten/Maschinen mit den Füßen, das Gehen auf unebenem Gelän-

de (S. 8), das Besteigen von Leitern, Gerüsten und schrägen Ebenen, das mehr als gelegentliche Treppensteigen, Tätigkeiten mit länger wählender Einnahme nur einer Körperposition, Tätigkeiten im Freien, ohne Schutz für Kälte, Zugluft, Nässe sowie Tätigkeiten auf regen- und eisglattem Untergrund und Tätigkeiten unter Zeitdruck und Akkordarbeit. Unter Wahrung obgenannter Schonkriterien bestehe für eine hüft- und rückenadaptierte Tätigkeit mit intermittierender stehender, gehender und sitzender Position bezogen auf ein volles Pensum eine quantitativ limitierte Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die Einschränkung von 20 % ergebe sich in der Folge der reduzierten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, vermehrten Pausen sowie reduzierter Arbeitsschnelligkeit (S. 9). Diese bestehe durchgehend seit Juni 2015. Während der Zeit der stationären Aufenthalte sowie der postoperativen Rekonvaleszenzen habe definitionsgemäss eine 100 % Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit der am 30. September 2015 erfolgten linksseitigen Dekompression im Segment L5/S1 durch den postoperativ aufgetretenen narbigen Duralsackverzug, eines neuerlichen Rezidivprolaps im Segment L5/S1 sowie insbesondere aufgrund der dorsalen Epidurallipomatose mit dadurch bedingtem spinalstenotischem Aspekt auf Höhe L2/3 und betont auf Höhe L3/4 und L4/5 sei es zu einer Verschlechterung auf orthopädischem Fachgebiet gekommen. Versicherungsmedizinisch gehe er hierzu mit Prof. Dr. med. L. _____ einig, dass der Beschwerdeführer ab Mai 2016 wieder in der Lage sei, der angestammten Tätigkeit wieder nachzukommen. Im November 2017 sei es jedoch zu einer akuten Verschlechterung der lumbospondylogenen Beschwerdesymptomatik gekommen, welche eine Adaption der versicherungsmedizinischen Einschätzung auf orthopädisch-chirurgischen Fachgebiet bedinge. Bei fehlender neurologischer Ausfallsymptomatik seien die bestehenden funktionellen Einschränkungen mit einer Leistungsminderung um 20 % als angemessen gewürdigt (S. 9 f., 11 f.).

3.1.11 Im als Rekurs bezeichneten Bericht vom 3. Januar 2019 (act. II 140) erwähnte Dr. med. F. _____ als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome seit 2013 (ICD-10 F33.2), eine Angststörung (ICD-10 F41), chronische lumbale Schmerzen multifaktoriellen Ursprungs (Behandlung Diskushernie L5-S1, Operation 2015) und Fol-

geschmerzen nach Hüft-TP links (März 2015). Die rezidivierende depressive Störung habe einen multifaktoriellen Ursprung (schwierige Kindheit gekennzeichnet durch die schwere psychische Störung der Mutter, die noch aktuell nachwirke, möglicherweise biologische oder genetische Komponente, signifikante Schmerzen für die Aufrechterhaltung sowie die Rückfall- und Verschlimmerungsepisoden). Die Schmerzen erschöpften die psychischen Reserven und verursachten moralisches Leiden. Sie schränkten die Möglichkeiten ein, normal Kontakte zu knüpfen und sich körperlich zu betätigen, was zur Wiederherstellung des Gleichgewichts hätte beitragen können. Die analgetischen Behandlungen (Morphinderivate) seien konsistent und aufgrund der Schwere und Bedeutung der Schmerzen notwendig. Von diesen sei bekannt, dass sie die Funktion des Gehirns beeinflussten und könnten auf keinen Fall als Ursache für die Resistenz der depressiven Störung ausgeschlossen werden. Die notwendigen orthopädischen Eingriffe selbst hätten Nebenwirkungen mit Schmerzen und neuen Einschränkungen. Schliesslich stelle die sozio-berufliche Situation mit der Unfähigkeit eine Anstellung zu finden, ein Faktor der Entmutigung und des Stresses dar, der auch zum Verlust des Selbstvertrauens führe. Die finanziellen Schwierigkeiten trügen offensichtlich dazu bei, ein gewisses Maß an zusätzlichem Stress hinzuzufügen. Es gebe eine Verstrickung und Wechselwirkungen zwischen diesen verschiedenen Elementen, die sich nicht nur gegenseitig addierten, sondern es gebe viele Hebeleffekte zwischen ihnen, die die negativen Auswirkungen jedes dieser Probleme multiplizierten (wiederkehrende depressive Störungen, chronische Schmerzen, körperliche Einschränkungen, negative Reaktionen auf viele Postulationen, finanzielle Schwierigkeiten, Verlust des Selbstvertrauens, Nebenwirkungen von Medikamenten, Müdigkeit und kognitive Beeinträchtigungen, die die Aufmerksamkeit, Konzentration und das Gedächtnis beeinträchtigen usw.). Infolge der Anhäufung der invalidisierenden Symptome sowohl auf physischer als auch psychischer Ebene sei der Beschwerdeführer auch im Jahr 2017 arbeitsunfähig gewesen, was im Gutachten nicht vermerkt worden sei (Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 5. bis 18. Mai, vom 27. Mai bis 1. Juni 2014, von 50 vom 2. Juni bis 16. Juni 2014, d.h. 2 h 10 min. der täglichen Arbeit, von 100 % vom 20. März bis 31. Dezember 2015 wegen orthopädischer Beschwerden und von 100 % vom 4. August bis 3. September 2017 aufgrund psychischer Probleme). Während des Sommers 2017 seien die

invalidisierenden Symptome der rezidivierenden Depression exazerbiert, weshalb psychiatrischerseits eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit habe bescheinigt werden müssen. Der Gutachter habe jedoch die Zeit der Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit der psychiatrischen Störung nicht berücksichtigt, so dass nicht der Schluss gezogen werden könne, die wiederkehrende depressive Störung, habe keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer zeige vor dem Hintergrund der Depression eine starke Müdigkeit mit eingeschränkter Durchhaltekraft sowie eine Anhedonie mit verminderter Fähigkeit zur Pflege eines sozialen Netzwerks. Er habe sehr wohl eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit und zwar aus medizinischen Gründen. Darüber hinaus seien die orthopädischen Störungen erheblich und behindernd und benötigten eine neue Intervention (S. 1 f.).

3.1.12 Prof. Dr. med. M. _____, Facharzt für Neurochirurgie, nannte im Bericht vom 27. März 2019 (act. II 144) – nachdem er am 8. Februar 2019 eine gedeckte bilaterale Mikrodekompression L4/5 von rechts und eine dynamische Stabilisation L3-S1 durchgeführt hatte (act. II 145) – als Diagnosen eine gedeckte bilaterale Mikrodekompression L4/5 von rechts und dynamischer Stabilisation L3-S1 bei chronischem spondylogenen Schmerzsyndrom bei spondylarthrotischer mehrsegmentaler Spinalstenosierung Schwerpunkt L4/5 (8. Februar 2019) und eine Diskushernienoperation L5/S1 links bei akutem sensomotorischem Ausfallsyndrom S1 links (gute Erholung postoperativ), fortgeschrittene Diskopathie L5/S1 (September 2015). Als weitere Diagnosen listete er eine chronische Depression (konstitutionell mütterlicherseits), Burnout-Syndrom (2000), eine Hüft-TP links (März 2015), rechts (Dezember 2015), und den Verdacht auf Prostatahyperplasie auf. Ab zirka Juli 2019 könne theoretisch ein IV-Wiedereingliederungsprogramm in Angriff genommen werden. Vorstellbar sei eine 50 %-Tätigkeit in Kombination mit einer Halbrente.

3.1.13 In der RAD-Stellungnahme vom 9. April 2019 (act. II 147) führte Dr. med. N. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, die nun durchgeführte zweite lumbale Operation ändere nichts an der Einschätzung, wonach in angepasster wechselbelastender Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer Leistungsminderung von 20 % attestiert

werde, zumal mit dem durchgeführten Eingriff eine Verbesserung der Beschwerden und somit des Gesundheitszustands erreicht werden solle, wobei bei regelrechtem postoperativem Verlauf medizinisch-theoretisch mit einer Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne und nicht mit einer Verschlechterung, wie nun der behandelnden Neurochirurg postuliere. Am bisher aus orthopädischer Sicht formulierten angepassten Leistungsprofil könne weiterhin festgehalten werden. Es sei jedoch die postoperativ attestierte Arbeitsunfähigkeit ab 8. Februar 2019 zu berücksichtigen.

Am 23. April legte der RAD-Arzt Dr. med. H. _____ (act. II 149) dar, aus der eingereichten Stellungnahme des behandelnden Psychiaters vom 3. Januar 2019 – mit welchem kein aktueller Psychostatus geliefert und nicht näher auf die Angststörung eingegangen werde – könnten keine neuen oder anderen Schlüsse als die schon bekannten gezogen werden. Zwar habe die Argumentation des Behandlers aus klinischer Sicht seine Richtigkeit, versicherungspsychiatrisch ergäbe sich allerdings keine Möglichkeit, eine andere Einschätzung abzugeben. Zusätzlich müsse erwähnt werden, dass auch psychosoziale Faktoren aufgeführt würden, welche versicherungsmedizinisch ebenfalls nicht zu berücksichtigen seien (S. 4).

Am 21. Juni 2019 führte der RAD-Arzt Dr. med. N. _____ – beziehend auf einen Bericht von Prof. Dr. med. M. _____ vom 12. Juni 2019 (act. II 153) über die zweite postoperative Nachuntersuchung und ein Zeugnis desselben Tages (act. II 155), mit welchem eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % vom 8. Februar bis 31. Mai 2019 bzw. eine solche von 80 % ab dem 1. Juni 2019 bis auf weiteres attestiert wurde (act. 155) – aus, eine postoperative Arbeitsunfähigkeit von maximal vier Monaten sei beim beschriebenen regelrechten Verlauf gerechtfertigt, nicht jedoch die weiterhin attestierte 80 %-ige Arbeitsunfähigkeit. Da seitens der ISG-Reizung links und der bestehenden konservativen Therapie aus orthopädischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Einschränkung auf das angepasste Leistungsprofil vorlägen. Aus orthopädischer Sicht sei eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit vom 8. Februar bis längstens 7. Juni 2019 gerechtfertigt. Ab 8. Juni 2019 gelte das früher formulierte angepasste Leistungsprofil (act. II 156).

3.2 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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte die angefochtene Verfügung vom 29. Juli 2019 (act. 160) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 26. Juni 2018 (act. II 120.1) und die Stellungnahmen des RAD vom 9. und 23. April sowie vom 21. Juni 2019 (act. II 147, 149, 156). Diese erfüllen die vorerwähnten (vgl. E. 3.2 hiervor) höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt vollen Beweis, weshalb darauf abzustellen ist. Sowohl die Gutachter Dres. med. Prof. J._____ und K._____ der MEDAS als auch die RAD-Ärzte Dres. med. N._____ und H._____ setzten sich in Kenntnis der Aktenlage und – im Falle der beiden externen Gutachter – gestützt auf die im Rahmen der persönlichen Untersuchungen gewonnenen Erkenntnisse aus-

föhrlich mit den vom Beschwerdeföhrer geklagten Beschwerden auseinander. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Dass die Beurteilung der MEDAS nicht aktenkundig interdisziplinär diskutiert (act. II 120.1 S. 12 Ziff. 4.9) und damit aus rein somatischer Sicht getroffen wurde, ist nicht zu beanstanden. Dies deshalb, weil der psychiatrische Gutachter im zeitlichen Verlauf unter Hinweis auf die erfolgreiche vollschichtige Absolvierung der beruflichen Eingliederungsmassnahmen in der Zeit vom 1. Juni 2016 (act. II 26) bis 30. November 2016 (act. II 35) bzw. 31. Dezember 2016 (act. II 45) nachvollziehbar von einer – und damit spätestens per hypothetischem Rentenbeginn vom 1. Juni 2016 (vgl. E. 4.1 hiernach) – eingetretenen (und auch noch im Begutachtungszeitpunkt vom 30. Mai 2018 bestehenden) Remission der psychischen Störung ausgegangen ist. So hielt Prof. Dr. med. J. _____ explizit fest, im Verlauf habe der Beschwerdeföhrer die Eingliederungsmassnahmen ohne Interferenzen durch psychiatrische Störungen absolvieren können. Er habe hohe Pensen ohne psychische Probleme absolvieren können. Er habe sich jederzeit compliant verhalten, so dass es aus psychiatrischer Sicht auch im Verlauf zu einer Remission der depressiven Episode gekommen sei (act. II 120.2 S. 74); aktuell sei die rezidivierende depressive Störung remittiert (act. II 120.2 S. 76). Die seit jeher bestehende Dysthymie ordnete der psychiatrische Gutachter differentialdiagnostisch zudem als Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z61) ein und führte sie unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (act. II 120.1 S. 7, 120.2 S. 72). Aus somatischer Sicht hat Dr. med. K. _____ sodann überzeugend dargelegt, dass der Beschwerdeföhrer im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns in seiner angestammten Tätigkeit wieder vollschichtig arbeitsfähig war. Basierend auf den zum damaligen Zeitpunkt bestehenden klinischen Untersuchungen sowie der MRI-Bildgebung vom 23. Juni 2015 ging er mit der Einschätzung des behandelnden Prof. Dr. med. L. _____ (act. II 38 S. 6 f.) einig, dass der Beschwerdeföhrer ab Mai 2016 wieder in der Lage war, der angestammten Tätigkeit nachzukommen (act. II 120.3 S. 66). Ebenso hat er die per November 2017 eingetretene Verschlechterung in Form eines postoperativ aufgetretenen narbigen Duralsackverzugs, eines neuerlichen Rezidivpro-

laps im Segment L5/S1, sowie insbesondere einer dorsalen Epidurallipomatose mit dadurch bedingten spinalstenotischem Aspekt auf Höhe L2/3 und betont auf Höhe L3/4 und L4/5 gewürdigt und die funktionellen Einschränkungen bei fehlender neurologischer Ausfallsymptomatik mit einer Leistungsminderung von 20 % eingeschätzt. Dies überzeugt, zumal im Bericht vom 31. Mai 2018 über die Nachbefundung des MR vom 27. November 2017 zufolge, es per November 2017 keine Anhaltspunkte für eine signifikante Neurokompression L3/L4/L5 gab (act. II 120.3 S. 49, 120.4 S. 2; vgl. dazu auch die Diagnose in act. II 120.3 S. 51). Zudem bestätigte auch Dr. med. G. _____ in den Berichten vom 21. August 2017 (act. II 75 S. 2) und 26. Februar 2018 (act. II 108 S. 4), dass es zu keiner Neurokompression gekommen war. Dass der Gutachter die Arbeitsunfähigkeitseinschätzung des Dr. med. G. _____ für nicht nachvollziehbar hält, überzeugt ebenfalls, begründete doch letzterer in den erwähnten Berichten die Arbeitsunfähigkeit mit den fachfremden, psychischen Anteilen. Hinsichtlich des weiteren somatischen Verlaufs (ab Begutachtung vom 30. Mai 2018) hat sodann der RAD-Arzt Dr. N. _____ aufgrund der Verlaufsberichte des operierenden und behandelnden Prof. Dr. med. M. _____ mit nachvollziehbarer Begründung dargelegt, dass die Operation vom 8. Februar 2019 insgesamt – abgesehen von der Zeit der viermonatigen operationsbedingten Rekonvaleszenz (8. Februar bis 7. Juli 2019) – zu einer Verbesserung und damit im Vergleich zum Gutachten nicht zu einer dauerhaften Verschlechterung geführt hat. Somit hat das von Dr. med. K. _____ umschriebene Zumutbarkeitsprofil (act. II 120.3 S. 62-64) weiterhin Gültigkeit. Dass der RAD-Arzt keine persönliche Untersuchung durchgeführt hat, ist nicht zu beanstanden, konnte er sich doch aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild betreffend Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status machen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag den Beweiswert der Beurteilungen nicht in Zweifel zu ziehen.

3.3.1 Der Beschwerdeführer bringt zunächst vor, die Diskrepanz zwischen den Einschätzungen der behandelnden Fachärzte und derjenigen des Neuroinstituts sei nicht verwunderlich, arbeiteten doch die Gutachter im Auftrag der IV, deren extreme Sparsbemühungen auf Kosten der Kranken und der Bedürftigen nur allzu bekannt seien und deren lukrative Aufträge

die Gutachter nicht verlieren wollten (Beschwerde S. 5 Rz. 8 f.). Konkrete Umstände, die vorliegend den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit objektiv zu begründen vermögen, sind nicht ersichtlich, insbesondere führen der regelmässige Beizug eines Gutachters oder einer Begutachtungsinstitution durch den Versicherungsträger, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen nicht zum Ausstand (BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 227; SVR 2017 IV Nr. 7 S. 20 E. 4.2). Zudem liegen keine Hinweise dafür vor, dass die Gutachter ihre Beurteilungen nicht neutral und sachlich abgegeben hätten (vgl. BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110; SVR 2017 IV Nr. 27 S. 78 E. 5.2).

3.3.2 Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, ins Gewicht falle, dass der Hauptgutachter Dr. med. J. _____ nur gerade eine knappe Stunde mit ihm gesprochen habe, wobei sich das Gespräch um die ferne Vergangenheit und nicht um die gegenwärtigen Leiden und Behinderungen gedreht habe (Beschwerde S. 5 Rz. 9, Replik S. 4 Rz. 9 f.). Mit der Beschwerdegegnerin ist festzuhalten (Beschwerdeantwort S. 3 Rz. 7), dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt. Massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Wie hoch dieser im Einzelfall zu veranschlagen ist, unterliegt letztlich aber der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des damit befassten Experten (SVR 2017 IV Nr. 75 S. 232 E. 4.3, 2016 IV Nr. 35 S. 110 E. 3.2.2). Das psychiatrische Gutachten (act. II 120.2) erweist sich als vollständig und einleuchtend. Es bestehen keine Anzeichen dafür, dass der zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie nicht angemessen gewesen wäre. Zudem finden sich im psychiatrischen Gutachten Angaben zu den aktuellen psychischen Beschwerden sowie den Untersuchungsbefunden (act. II 120.2 S. 66-68 Ziff. 4.3). Dem Gutachter lagen (zum Zeitpunkt der Begutachtung) die wesentlichen aktuellen medizinischen Berichte vor. Es kann somit nicht gesagt werden, die aktuelle Sachlage sei nicht erfasst bzw. gewürdigt worden. Auch kann aus der Formulierung des Gutachters, dass der Beschwer-

deführer sich nicht über Gedächtnisstörungen, Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration beklagt habe, keinesfalls geschlossen werden, der Beschwerdeführer sei hierzu nicht befragt worden (Replik S. 5 Rz. 10.4). Vielmehr ergibt sich daraus, dass der Psychostatus in diesen Bereichen gerade abklärt wurde, zumal das psychiatrische Gutachten entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Replik S. 6 Ziff. 12) einen ausführlichen Psychostatus und zwar nach den AMDP-Richtlinien beinhaltet (act. II 120.2 S. 66-68).

3.3.3 Sodann ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass die in französischer Sprache abgefassten Berichte des langjährigen Psychiaters Dr. med. F._____ unzureichend berücksichtigt worden wären (Beschwerde S. 5 Rz. 9, Replik S. 6 Ziff. 12). Dessen (relevante) Berichte finden sich im Aktenauszug des psychiatrischen Gutachtens (act. II 120.2 S. 11 f. 23 f., 40) und Dr. med. J._____ setzte sich mit deren Inhalt auseinander (act. II 120.2 S. 59-61, 69). Insbesondere setzte er sich auch mit der vom behandelnden Arzt diagnostizierten Angststörung auseinander (Replik S. 6 Rz. 13) und legte überzeugend dar, weshalb diese nicht nachvollziehbar ist (act. II 120.2 S. 69). Es ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass der Inhalt der Berichte unzutreffend wiedergegeben worden wäre, was der Beschwerdeführer auch nicht geltend macht. Ausserdem kommt es für die Belange der IV nicht auf die Diagnose (Replik S. 5 Rz. 11), sondern auf die funktionellen Einschränkungen an (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 10. April 2019, 9C_93/2019, E. 4.1.2 mit Hinweis).

3.3.4 Nichts zu seinen Gunsten kann der Beschwerdeführer mit dem Vorbringen ableiten, die Gutachter anerkannten ausdrücklich und vorbehaltlos, dass beim Beschwerdeführer keinerlei Aggravation oder gar Simulation vorliege, wobei auch keine Verdeutlichung, Selbstlimitierung oder sekundärer Krankheitsgewinn erkennbar seien. Dies stehe in voller Übereinstimmung mit den Feststellungen der behandelnden Ärzte (Beschwerde S. 5 f. Rz. 11 f., Replik S. 3 Rz. 4). Die Verneinung eines Leistungsanspruchs wurde nicht etwa damit begründet, es liege kein versicherter Gesundheitsschaden vor, da die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruhe (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6). Zudem kann dem Rückschluss, dass die gut-

achterliche Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 20 % keinerlei Beweiskraft zukommen könne, weil sie eine massive Aggravation gegenüber den behandelnden Ärzten voraussetzen würde, was aber nach ausdrücklicher und vorbehaltloser Feststellung der Gutachter gerade nicht vorläge (Replik S. 3 f. Rz. 7), nicht gefolgt werden. Mit Blick auf die unterschiedlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit von behandelnden Ärzten (Beschwerde S. 6 f. Ziff. 12-19) ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.3.5 Soweit der Beschwerdeführer rügt, das orthopädisch-traumatologische Gutachten sei nicht mehr aktuell (Replik S. 7 Rz. 16), ist darauf hinzuweisen, dass der RAD-Arzt Dr. med. N. _____ in den Stellungnahmen vom 9. April (act. II 147) und 21. Juni 2019 (act. II 156) gestützt auf die Verlaufsberichte von Prof. Dr. med. M. _____ nachvollziehbar dargelegt hat, dass die Operation vom 8. Februar 2019 insgesamt – ausser in der vier Monate dauernden operationsbedingten Rekonvaleszenzzeit – im Vergleich zum Gutachten nicht zu einer dauerhaften Verschlechterung geführt hat und somit weiterhin auf das gutachterliche Zumutbarkeitsprofil abzustellen ist. Die Operation vom 26. November 2019 ist hier nicht zu beachten, da sie nach Verfügungserlass – der zeitlich massgebenden Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) – erfolgt ist.

3.3.6 Schliesslich hat der RAD-Psychiater Dr. med. H. _____ in seiner Stellungnahme vom 23. April 2019 (act. II 149) zutreffend erläutert, dass aus der eingereichten Stellungnahme des behandelnden Psychiaters vom 19. Januar 2019 keine neuen oder anderen Schlüsse gezogen werden können, als die schon bekannten. Der Bericht enthält keine wesentlichen

neuen Aspekte, welche im Rahmen der Begutachtung (vgl. act. II 120.2) durch den psychiatrischen Experten nicht gewürdigt worden wären (vgl. SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5). Hinzu kommt, dass Dr. med. F. _____ nicht nur fachfremde Aspekte in seine Beurteilung einbezog, sondern auch psychosoziale Belastungsfaktoren, welche nicht unter den invalidenversicherungsrechtlichen Begriff des Gesundheitsschadens fallen (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2) und daher hier nicht zu berücksichtigen sind. Dasselbe gilt hinsichtlich seiner – nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2019 (act. II 160) verfassten und damit grundsätzlich unbeachtlichen (vgl. E. 3.3.5 in fine hiervor) – Stellungnahme vom 30. November 2019 (act. IA 22).

3.4 Unter diesen Umständen erweist sich der medizinische Sachverhalt – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Replik S. 8 Rz. 18) als hinreichend abgeklärt, so dass in antizipierter 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) auf die beschwerdeweise beantragte Einholung eines Obergutachtens (Replik S. 17 Rz. 47.4) verzichtet werden kann. Zusammenfassend ist gestützt auf die beweiskräftigen gutachterlichen und RAD-ärztlichen Beurteilungen erstellt, dass der Beschwerdeführer ab dem Zeitpunkt des (hypothetisch) frühest möglichen Rentenbeginns in seiner angestammten Tätigkeit (wieder) vollschichtig und ab November 2017 – ausgenommen in der Zeit betreffend die Rückenoperation vom 8. Februar bis 7. Juli 2019 mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit – sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % bzw. einer Einschränkung von 20 % arbeitsfähig war. Die jeweiligen Veränderungen stellen Revisionsgründe dar (vgl. E. 2.4 hiervor).

4.

Was den Status betrifft (Ausmass der Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall), nahm die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der Abklärung Haushalt/Erwerb an, der Beschwerdeführer wäre zu 50 % im Erwerb und zu 50 % im Aufgabenbereich "...“ tätig

(act. II 98 S. 9, act. II 123 S. 8). Dieser Status wird nicht bestritten und dessen Festsetzung gibt aufgrund der Erwerbsbiographie (langjährige Erwerbstätigkeit im Umfang eines 50 %-Pensum; act. II 18 S. 2) sowie der familiären Verhältnisse (act. II 1 S. 2) denn auch zu keinen Beanstandungen Anlass. Infolge dessen ist der Invaliditätsgrad anhand der gemischten Methode (vgl. E. 2.3 hiervor) zu bestimmen (vgl. E. 5 f. hiernach).

5.

5.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Vorliegend wurde dem Beschwerdeführer ab 1. Juni 2015 (bis 31. Mai 2016) eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. II 20 und 60 jeweils S. 2). Der frühest mögliche Rentenbeginn ist deshalb unter Berücksichtigung des Wartejahres und der Anmeldung im September 2015 (act. II 1) in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf 1. Juni 2016 festzusetzen.

5.1.1 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). 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

5.1.2 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 BFS 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 pflichtgemässen 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 (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

5.2 Die Beschwerdegegnerin hat beide Vergleichseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen) basierend auf den Werten der vom BFS herausgegebenen LSE ermittelt (act. II 123 S. 5 f.), was im Lichte der höchstrichterlichen Praxis grundsätzlich zulässig (vgl. BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30 [mit Bezug auf das Valideneinkommen] und BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188

[mit Bezug auf das Invalideneinkommen]) und auch vorliegend nicht zu beanstanden ist. Dies einerseits, da dem Beschwerdeführer, in ..., das langjährige Arbeitsverhältnis mit der O. _____ SA aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt wurde (act. II 89 S. 4 f., 7, act. II 18 S. 2, 10) und er andererseits die zumutbare medizinisch-theoretische Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit nicht verwertet. Hinzu kommt, dass die attestierte Leistungseinschränkung von 20 % sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit besteht (vgl. E. 3.3 f. hiervor). Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2). Da die behinderungsbedingten Einschränkungen bereits mit der verminderten Arbeits- und Leistungsfähigkeit berücksichtigt wurden und allfällige invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) hier bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5), rechtfertigt sich vorliegend kein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 5.1.2 hiervor). Damit resultiert gewichtet mit dem Status von 50 % (vgl. E. 4 hiervor) ab November 2017 eine Einschränkung im Erwerb von 10 % ($20 \% \times 0.5 \%$) bzw. im Zeitraum vom 8. Februar bis 7. Juli 2019 zufolge der attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (vgl. E. 3.4 hiervor) eine solche von 50 % ($100 \% / 0.5 \%$).

6.

Sodann sind die Einschränkungen im Aufgabenbereich zu prüfen (vgl. E. 2.3 hiervor).

6.1 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext

schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63; SVR 2018 IV Nr. 69 S. 224 E. 3.2).

6.2 Der Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 16. August 2018 (act. II 123) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an derartige Berichte (vgl. E. 6.1 hiavor) und überzeugt hinsichtlich der Feststellungen zu den Einschränkungen des Beschwerdeführers im Aufgabenbereich. Die Feststellungen der fachkundigen Abklärungsperson basieren auf eigenen, vor Ort und in Anwesenheit des Beschwerdeführers durchgeführten Erhebungen (vgl. hierzu auch act. II 98) und berücksichtigen die bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen. Der Abklärungsbericht ist zudem hinsichtlich der Gewichtung der Tätigkeitsbereiche ausreichend detailliert und den Einschränkungen sowie den Angaben des Beschwerdeführers wird darin angemessen Rechnung getragen. Auf die Ergebnisse der Abklärung kann demnach – mit Ausnahme für die Zeit betreffend die Rückenoperation (inkl. Rekonvaleszenz) vom 8. Februar bis 7. Juli 2019, in welcher ohnehin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit bestanden hat – abgestellt werden. Damit ist im besagten Aufgabenbereich gewichtet mit dem Status von 50 % (vgl. E. 4 hiavor) ab November 2017 von einer Einschränkung von 10 % ($20 \% \times 0.5 \%$) bzw. im Zeitraum vom 8. Februar bis 7. Juli 2019 zufolge der attestierten vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.4 hiavor) von einer solchen von 50 % ($100 \% / 0.5 \%$) auszugehen.

6.3 Aus den Einschränkungen im Erwerb (vgl. E. 5.2 hiavor) und im Aufgabenbereich "..." (vgl. E. 6.2 hiavor) resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 20 % ($10 \% + 10 \%$; vgl. E. 2.2 hiavor) ab November 2017 bzw. ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 100 %

(50 % + 50 %; vgl. E. 2.2 hiervor) in der Zeit vom 8. Februar bis 7. Juli 2019 im Rahmen der zwischenzeitlichen Gesundheitsverschlechterung zufolge der Rückenoperation. Demnach besteht ab Februar 2019 bis und mit Oktober 2019 (Art. 88a Abs. 1 IVV) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

7.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 29. Juli 2019 (act. II 160) in teilweiser Gutheissung der Beschwerde insoweit abzuändern, als dem Beschwerdeführer für den Zeitraum von Februar bis und mit Oktober 2019 eine ganze Rente der IV zuzusprechen ist. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

8.

8.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) 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. Eine Aufteilung der Verfahrenskosten nach Massgabe des – an den Parteien gemessenen – bloss teilweisen Obsiegens ist nicht vorzunehmen (Beschluss der erweiterten Abteilungskonferenz vom 13. Oktober 2009).

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (vgl. BVR 2009 S. 187 E. 4). Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

8.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit Sache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Mit Kostennote vom 18. Juni 2020 macht Rechtsanwalt Dr. B. _____ ein Honorar von Fr. 8'680.-- (31 Stunden à Fr. 280.--), zuzüglich Auslagen von Fr. 547.90 und Mehrwertsteuer (7.7 % auf Fr. 9'227.90), total Fr. 9'938.45 geltend. Mit Blick auf andere, bezüglich des objektiv gebotenen Prozesaufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses vergleichbare Verfahren ist der geltend gemachte Aufwand deutlich zu hoch. Weder der Umfang der zu berücksichtigenden Akten, welcher nicht als überdurchschnittlich bezeichnet werden kann, noch die sich stellenden Rechtsfragen vermögen den geltend gemachten Aufwand zu rechtfertigen. Der geltend gemachte Parteikostenersatz basiert somit auf einem stark überhöhten – und damit der Bedeutung des vorliegenden Verfahrens nicht entsprechenden – Zeitaufwand. Gleich verhält es sich mit den durch das unnötige Einreichen von zahlreichen Kopien der amtlichen Akten entstandenen Auslagen. Unter Berücksichtigung von Bedeutung und Schwierigkeit des Prozesses ist deshalb die Parteientschädigung auf pauschal Fr. 3'500.-- (inkl. Auslagen und MWST) festzusetzen. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen. Die "Überklagung" rechtfertigt keine zusätzliche Reduktion der Parteientschädigung, zumal sie den grundsätzlichen Prozessaufwand nicht beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407; SVR 2016 IV Nr. 12 S. 38 E. 5).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 29. Juli 2019 insoweit abgeändert, als dem Beschwerdeführer von Februar bis Oktober 2019 eine ganze Rente der IV zugesprochen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kos-

tenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'500.-- (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt Dr. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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