

200 20 219 IV
SCP/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 31. März 2021

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Februar 2020



Sachverhalt:

A.

Nach einem abgewiesenen Gesuch um Umschulung im Jahr 2005 (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 19) meldete sich der 1961 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ..., unter Hinweis auf diverse körperliche Schmerzen und eine depressive Verstimmung im April 2014 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (AB 27). Im Rahmen erwerblicher und medizinischer Abklärungen liess die IVB den Versicherten durch die MEDAS C._____ (MEDAS) polydisziplinär (allgemeininternistisch, psychiatrisch, orthopädisch und neuropsychologisch) begutachten (Expertise vom 6. Juli 2015 [AB 71.1]) und sie holte die Akten der Unfallversicherungsanstalt (D._____) ein (AB 82, 115; vgl. auch AB 122 ff.). Nach Aufforderungen zur Schadenminderung (Alkoholentzugsbehandlung mit anschliessender Abstinenz; AB 78, 88) und Konsultationen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 74, 76, 87 und 113 f.) wies sie mit Verfügung vom 12. September 2016 (nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens; AB 116) bei einem Invaliditätsgrad von 10 % das Leistungsbegehren ab (AB 121). Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im Januar 2019 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf unfallbedingte Kniearthrosen beidseits und eine Schultereinschränkung rechts erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 128). In der Folge holte die IVB unter anderem die aktuellen Akten der D._____ ein (AB 138, 141 f., 151 ff.) und konsultierte den RAD (AB 143). Am 9. Oktober 2019 teilte sie dem Versicherten mit, dass gemäss ihren Abklärungen keine Eingliederungsmassnahmen mit Aussicht auf Erfolg durchgeführt werden könnten (AB 154), und stellte mit Vorbescheid vom 30. Oktober 2019 (AB 158) in Aussicht, einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 10 % zu verneinen. Nach dagegen eingereichtem Einwand (AB 159, 164; vgl. auch

AB 165) verfügte die IVB am 11. Februar 2020 dem Vorbescheid entsprechend (AB 166; vgl. auch AB 169).

C.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 13. Januar (richtig: März) 2020 Beschwerde erheben. Er beantragt, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Sache zu weiteren Abklärungen sowie zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Gleichzeitig beantragt er für das Beschwerdeverfahren die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung unter Beiordnung von Rechtsanwalt B._____, als amtlicher Anwalt.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. April 2020 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

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.

Die für den Beschwerdeführer bestehende Beistandschaft gemäss Art. 394 Abs. 1 f. i.V.m. Art. 395 Abs. 1 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) wurde per 31. März 2020 aufgehoben (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 4; vgl. auch AB 124.92/4 ff., 82.1/42, 124.92/3, 125.81/32 ff., 126.31, 130).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. Februar 2020 (AB 166). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere, ob zwischen der Verfügung vom 12. September 2016 (AB 121) und der vorliegend angefochtenen Verfügung eine anspruchrelevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen ausgewiesen ist.

Nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet dagegen mangels eines Anfechtungsobjektes (vgl. dazu AB 169) die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege im Verwaltungsverfahren, weshalb insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten ist.

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

2.2.1 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). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Nach ständiger Rechtsprechung begründen Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch und Drogensucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheits-

schadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2012 BVG Nr. 14 S. 62 E. 4.4.2). Die Anordnung und der Nachweis einer Abstinenz im Abklärungsverfahren kann unter dem Titel der Mitwirkungspflicht angezeigt sein, wenn es darum geht, einen invaliditätsfremden Alkoholkonsum bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auszublenden (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. November 2013, 9C_370/2013, E. 4.2.1).

2.2.2 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

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 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität 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 wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades 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).

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).

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).

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

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 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom Januar 2019 (AB 128) 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 12. September 2016 (AB 121) mit demjenigen bei Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 11. Februar 2020 (AB 166) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen.

3.2 Die Verfügung vom 12. September 2016 (AB 121) basierte im Wesentlichen auf dem polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 6. Juli 2015 (AB 71.1) und RAD-ärztlichen Stellungnahmen (AB 74, 76, 87 und 113 f.).

3.2.1 Die MEDAS-Gutachter diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Gonarthrosen beidseits nach Meniscektomie sowie rechts nach Varisierung, eine Radiokarpalarthrose links, ein subacromiales Impingement rechts, eine beginnende Metacarpo-phalangeal-Arthrose II+III rechts sowie eine Alkoholabhängigkeit mit gegenwärtigem Substanzgebrauch (ICD-10 F10.24); als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten sie zudem einen Status nach Karpaltunnelspaltung links, eine mittelgradige depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.1), einen Status nach Nasenbeinimpersionsfraktur rechts 1997 mit der Folge Nasenschiefstand sowie eine Nasenatmungsbehinderung bei Nasenimpersionsfraktur, einen Status nach Nasenoperation 1985 mit grosser Septumperforation sowie einen chronischen Nikotinkonsum (AB 71.1/31 Ziff. 7.1).

Aus den vorliegenden Unterlagen seien keine speziellen internistischen Abklärungen oder Beurteilungen ersichtlich (AB 71.1/32 Ziff. 7.2.2); entsprechend ergäben sich diesbezüglich keine Einschränkungen des Leistungsbildes, die die berufliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit handicapieren würden (AB 71.1/34 Ziff. 8.1.1).

Der Beschwerdeführer habe durch das Fussballspielen immer wieder verschiedene Traumata erlitten, was zu Arbeitsunfähigkeiten geführt habe. Aktuell beklage er Schulter- und beidseitige Knieschmerzen. In wenigen Wochen solle links eine Knie-totalprothese implantiert werden (AB 71.1/32 Ziff. 7.2.2; vgl. auch AB 71.1/27 f. Ziff. 6.4.1). Davon sei zwar eine Schmerzlinderung zu erwarten, nicht aber ein erheblicher Zuwachs der Funktion (AB 71.1/33 Ziff. 7.2.4; vgl. auch AB 71.1/30 Ziff. 6.7). Aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... arbeitsunfähig; es würden da zu oft Arbeiten im Knien oder Überkopparbeiten erfolgen und das Besteigen von Leitern sei riskant (AB 71.1/34 Ziff. 8.1.1; vgl. auch AB 71.1/29 Ziff. 6.6.1). Eine angepasste Tätigkeit (vorwiegend, nicht aber ausschliesslich im Sitzen mit wiederholten Positionswechseln ohne das Besteigen von Leitern und ohne Überkopparbeiten mit dem rechten dominanten Arm) wäre seit November 2014 voll-

schichtig ausführbar (AB 71,1/34 f. Ziff. 8.2.1 f.; vgl. auch AB 71.1/30 Ziff. 6.6.3 f.).

Während der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich leichte bis mittelschwere kognitive Defizite v.a. im sprachlichen Bereich (Wortschatz, allgemeines Verständnis), in Teilbereichen der Exekutivfunktionen (verbal-abstraktes Denken und praktisches Urteilsvermögen) sowie in der geteilten Aufmerksamkeit gezeigt. Vom klinischen Eindruck hätten sich nach der 3.5-stündigen Untersuchung keine Hinweise auf eine verminderte kognitive Belastbarkeit bzw. raschere Ermüdbarkeit gezeigt und der Beschwerdeführer habe eine erhöhte Müdigkeit verneint. Des Weiteren werde eine grenzwertige Intelligenz (IQ von 70) festgestellt. Da so kaum ein Schulabschluss in einer Regelschule, eine abgeschlossene Ausbildung sowie eine langjährige berufliche Tätigkeit im angestammten Beruf möglich gewesen sein dürften, sei davon auszugehen, dass die aktuell objektivierten kognitiven Minderleistungen damals bzw. prämorbid nicht in diesem Ausmass bestanden hätten. Einerseits deshalb und andererseits auch aufgrund der ICD-10-Kriterien, wonach eine leichte Intelligenzminderung erst bei einem IQ-Bereich von 50 bis 69 vorliege, lasse sich die Diagnose einer (leichten) Intelligenzminderung (ICD-10 F70) nicht stellen. Die Ursache für die objektivierten kognitiven Minderleistungen müsse an dieser Stelle offenbleiben. Das kognitive Leistungsprofil passe nicht zu einer Depression; aufgrund der in der Begutachtungssituation erhobenen Befunde und unter Würdigung der vorliegenden ärztlichen Dokumentation könne die depressive Episode als remittiert erachtet werden. Allenfalls könnte eine Kombination verschiedener Faktoren die Anamnese bzw. den Verlauf erklären. Auch wenn keine schweren Gedächtnisstörungen und Beeinträchtigungen der räumlich-konstruktiven Fähigkeiten festgestellt worden seien, was für beginnendes Korsakov-Syndrom sprechen würde, könne die Intelligenzminderung differentialdiagnostisch als hirnorganische Folgestörung des Alkoholabusus in Betracht gezogen werden. Es bedürfe einer ausgiebigen Diagnostik, um eine degenerative neurologische Erkrankung auszuschliessen (AB 71.1/19 ff. Ziff. 5.3.2 und 71.1/33 Ziff. 7.2.3 sowie 71.2/4 f.). Unter Berücksichtigung des aktuell objektivierten kognitiven Leistungsprofils sei aus rein neuropsychologischer Sicht von einer Einschränkung der Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... auszugehen. Aufgrund

der objektivierten leichten bis mittelschweren kognitiven Minderleistungen sei davon auszugehen, dass Tätigkeiten, welche geringe Anforderungen an sprachliche Fähigkeiten, an das logische Denken und die Aufmerksamkeit stellen, grundsätzlich ohne Einschränkung der Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit möglich seien (AB 71.1/21 und 71.2/5 f.).

Der Beschwerdeführer habe im Alter von 16 Jahren begonnen, regelmässig Alkohol zu konsumieren. Im Verlauf habe er bis zu 2.5 Liter Bier täglich konsumiert und mittlerweile trinke er bereits vormittags und im Verlauf des ganzen Tages. Vermutlich habe der Alkoholmissbrauch zu häufigen Stellenwechseln (in den letzten 20 Jahren Anstellungen ausschliesslich durch Temporärbüros) und Beziehungsabbrüchen geführt. Dadurch habe er auch insgesamt drei Mal den Führerschein verloren. Der Verlust jeglichen Kontakts zu seiner Ursprungsfamilie, vor allem zu seiner Mutter, bei der er lange gewohnt habe, habe zur weiteren Destabilisierung geführt. In den letzten zwei Jahren sei es zu einem markanten sozialen Abstieg gekommen: Arbeits- und Wohnungslosigkeit, Verschuldung, Einleitung einer Beistandschaft für finanzielle Angelegenheiten (AB 71.1/32 Ziff. 7.2.2; vgl. auch AB 71.1/17 ff. und 71.1/22 Ziff. 5.4.1 und 5.4.3). Aufgrund dieser massiven sozialen Folgen des täglichen Alkoholkonsums könne nicht bloss ein Alkoholmissbrauch, sondern müsse eine Abhängigkeit diagnostiziert werden (AB 71.1/22 Ziff. 5.4.2 f.). Der fortdauernde Alkoholkonsum des Beschwerdeführers sei als Einschränkung anzusehen; daraus resultierten eine Verminderung der Kritik- und Urteilsfähigkeit sowie des Durchhaltevermögens (AB 71.1/33 Ziff. 7.2.4). Die psychiatrische Beurteilung sehe aktuell einen instabilen Gesundheitszustand; aktuell betrage die Arbeitsfähigkeit 0 % bezogen auf ein volles Arbeitspensum. Polydisziplinär sei die psychiatrische Beurteilung führend (AB 71.1/34 Ziff. 8.1.1; vgl. auch AB 71.1/23 f. Ziff. 5.6.1). Auch die Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit sei instabil. Der Beginn der Tätigkeit sollte erst nach Durchführung einer ausführlichen neurologischen Diagnostik, um eine degenerative neurologische Erkrankung auszuschliessen, sowie Durchführung einer stationären Entzugstherapie mit dem Ziel, eine dauerhafte Abstinenz zu erlangen, stattfinden (AB 71.1/34 f. Ziff. 8.2.1 und 8.3; vgl. auch AB 71.1/24 Ziff. 5.6.3). Es werde empfohlen, die adaptierte Tätigkeit einfach zu strukturieren, und die Aufgaben sollten klar vorgegeben sein,

weil die Lernfähigkeit infolge kognitiver Einbussen deutlich gemindert sei (AB 71.1/35 Ziff. 8.2.2; vgl. auch AB 71.1/24 Ziff. 5.6.2). Geeignete suchtherapeutische Massnahmen seien bisher nicht durchgeführt worden, wären jedoch unbedingt erforderlich. Vermutlich seien die kognitiven Störungen durch den Alkoholkonsum bedingt (AB 71.1/25 Ziff. 5.11).

3.2.2 Die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in der Stellungnahme vom 15. Juli 2015 aus, auf das MEDAS-Gutachten (AB 71.1; vgl. E. 3.2.1 hiervor) könne aus somatischer Sicht vollumfänglich abgestellt werden. Die geplante Knieoperation (vgl. AB 81/2, 82.3/2) begünstige wohl die Schmerzen, führe aber nicht zu einer Verbesserung der Funktion, weshalb das Zumutbarkeitsprofil für eine angepasste Tätigkeit durch die Operation nicht positiv beeinflusst werde. Dringend sei jedoch die Entzugsbehandlung in die Wege zu leiten, um den Operationserfolg nicht durch erneute Stürze zu gefährden (AB 74/5).

Nach erfolgter Re-Operation des linken Kniegelenks (vgl. AB 115.3/2 f.) ging Dr. med. E. _____ mit weiterer Stellungnahme vom 28. April 2016 von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer die Kniegelenke schonenden, angepassten Tätigkeit ab Juni 2016 aus (AB 113/6 f.).

3.2.3 Auch das psychiatrische Teilgutachten (AB 71.1; vgl. E. 3.2.1 hiervor) wurde von der RAD-Ärztin F. _____, eigenen Angaben zufolge Fachärztin für Neuropsychiatrie, indessen weder im Medizinalberuferegister noch im FMH-Index verzeichnet, als nachvollziehbar und schlüssig bezeichnet (Stellungnahme vom 22. Juli 2015 [AB 76/5 f.]). Derzeit seien psychiatrischerseits keine weiteren Abklärungen notwendig. Erst nach einer mehrmonatigen Alkoholentzugs- und Entwöhnungstherapie solle eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung gemacht werden, da die Mehrheit von den durch Alkohol verursachten kognitiven Defiziten (unterschiedlich schnell) reversibel sei. Nur eine mehrmonatige Alkoholentwöhnungstherapie könne zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit beitragen. Erst nach der abgeschlossenen Alkoholentwöhnungstherapie, nach einer neuropsychologischen Verlaufsbeurteilung und eventuell einer Belastbarkeitserprobung könne und solle die Arbeitsfähigkeit beurteilt werden (AB 76/6 f.). Die Alkoholsuchtproblematik sei ausgewiesen und indiskutabel; ein aktueller

Alkoholkonsum sei erstellt (Stellungnahme vom 2. Dezember 2015 [AB 87/2]).

Aufgrund der Umstände, dass die vom RAD verordneten Kontrollen der Alkoholkonsumparameter eher für einen schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1) sprachen, indessen der Beschwerdeführer weder eine psychiatrische Behandlung in Anspruch nahm noch auf eine solche angewiesen war, ging die RAD-Ärztin in einer weiteren Stellungnahme vom 1. Juni 2016 davon aus, dass die nach ihrer Darstellung im MEDAS-Gutachten unter den Nebendiagnosen aufgeführten psychischen Störungen keinen Gesundheitsschaden darstellen und keine relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen (AB 113/3 = AB 114/4 f.).

3.3 Was den Gesundheitszustand bzw. die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers mit Bezug auf die Neuanmeldung vom Januar 2019 (AB 128) betrifft, ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

3.3.1 Bei bestehender hochgradiger Gonarthrose rechts, Status nach Knie totalprothese links (vgl. dazu AB 122.5 und 122.3/1) und Alkoholabhängigkeitssyndrom zog sich der Beschwerdeführer am 13. Oktober 2016 im Zusammenhang mit einer Schlägerei in alkoholisiertem Zustand (vgl. AB 124.87/13 f.; vgl. auch AB 123.2 und 123.11) eine metacarpale I Mehrfragmentfraktur links mit Weichteilkontusion des Daumengrundglieds und eine subkaptiale Humeruskopffraktur rechts zu, welche gleichentags operativ versorgt und in der Folge physiotherapeutisch behandelt wurden (AB 123.10, 124.80/9, 124.87/15, 124.80/7 f., 124.80/5, 124.118, 124.80/3, 124.119, 124.104, 124.80/1 f., 124.87/11, 124.83). Gemäss Verlaufsbericht vom 9. Mai 2017 hat der Beschwerdeführer bereits sechs Monate postoperativ ein ordentliches funktionelles Ergebnis erreicht (AB 124.44).

3.3.2 Nach einer weiteren Schlägerei am 24. Februar 2017 beklagte der Beschwerdeführer Schmerzen am Rippenthorax links (dorsolateral Fraktur 3. Rippe links) und am Ellbogen links (ohne Nachweis einer Fraktur; AB 124.85/5 f., 124.64).

3.3.3 Eigenen Angaben des Beschwerdeführers zufolge wurde er zudem am 5. März 2017 von Unbekannten zusammengeschlagen und beraubt;

nach der Notfallbehandlung habe er das Spital wieder verlassen können (AB 124.56/1 f.). Diagnostiziert wurden eine Kontusion Trochanter major rechts und ein MCP-Gelenk des 3. Fingers rechts (AB 124.3/4).

3.3.4 Am 1. April 2017 war der Beschwerdeführer nach dem Konsum mehrerer Biere einmal mehr in eine tätliche Auseinandersetzung involviert und zog sich dabei eine Rippenkontusion links apikal zu (AB 124.62, 124.63).

3.3.5 Gemäss Ausführungen des Kreisarztes med. pract. G. _____, Facharzt für Chirurgie, hat die klinische Untersuchung vom 27. Juni 2017 im Bereich der linken Schulter nur leichte Druckdolenz ohne klinisch wesentliche Bewegungseinschränkung gezeigt. Im Weiteren sei eine Valgusstellung beim 2. bis 5. Finger im MC-Gelenk festgestellt worden; ausser minimalem Streckdefizit im MC-Gelenk des 3. und 4. Fingers sei keine wesentliche Bewegungseinschränkung in den Fingergelenken festgestellt worden (AB 124.3/8 unten). Die klinische Untersuchung des linken Kniegelenks zeige keine wesentlichen Befundänderungen. Im Bereich der linken Hüfte bestünden ausser einer leichten Druckdolenz über dem Trochanter major keine pathologischen Befunde, insbesondere keine Hinweise für eine Coxarthrose beidseits. Bezüglich Ellenbogenkontusion links und Thoraxkontusion bzw. Fraktur der 3. Rippe links handle es sich um einen medizinisch stabilen Zustand. Bei weiterer rascher Zunahme der Kniebeschwerden rechtsseitig wäre eine endoprothetische Versorgung des Kniegelenks zu erwägen. Bezüglich Status nach subcapitaler Humerusfraktur rechts sei eine Vorstellung zur eventuellen OSME empfohlen worden. Zur Beurteilung, ob bezüglich der rechten Hüfte und rechten Hand eine unfallbedingte Behandlung noch indiziert sei, werde zuerst die Durchführung einer konventionellen radiologischen Diagnostik empfohlen. Die Tätigkeit als ... sei aus versicherungsmedizinischer/unfallchirurgischer Sicht nicht mehr zumutbar (AB 124.3/9).

3.3.6 Am 8. Dezember 2017 erfolgte alsdann die OSME im Bereich des rechten Humerus und am Metacarpale I (AB 125.116/3, 125.105/2).

3.3.7 Aufgrund einer ausgedehnten Ruptur der Infraspinatussehne und dorsaler Anteile der Supraspinatussehne der rechten Schulter

(AB 125.50/3) erfolgte am 20. Februar 2018 eine entsprechende arthroskopische Rekonstruktion (AB 125.66/3 ff.). Dabei zeigte sich ein unauffälliger (AB 125.59/1 f.) bzw. ein sehr erfreulicher Heilungsverlauf mit guter Gelenkfunktion der rechten Schulter (AB 125.42/2 f.).

3.3.8 Am 28. Mai (AB 125.47, 126.20), 1. Juni (AB 125.31/5, 125.34) bzw. 2. Juni 2018 (AB 125.41) rutschte der Beschwerdeführer in der Dusche aus und erlitt eine Calcaneus-Mehrfragmentfraktur vom Typ Joint depression links, welche am 5. Juni 2018 operativ (ORIF) versorgt wurde (AB 126.24/2, 126.15, 125.31/4 f., 126.11, 127.44, 127.32, 127.26). Gemäss Verlaufsbericht vom 25. September 2018 zeigte sich ein guter Verlauf bei gut tolerierter Vollbelastung ohne Gehhilfe (AB 127.33/2).

3.3.9 Bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 24. Januar 2019 zeigten sich im Vergleich zur vorangehenden Untersuchung (AB 124.3; vgl. E. 3.3.5 hiavor) weder subjektiv noch objektiv wesentliche Änderungen der Befunde. Der Beschwerdeführer habe über moderate Beschwerden des linken Fusses, des linken Handgelenks, der rechten Schulter und des rechten Knies berichtet; er fühle sich im Alltag noch leicht bis mässig eingeschränkt. Die klinische Untersuchung zeige im Bereich der rechten Schulter eine mässige Atrophie der rechtsseitigen Schultergürtelmuskulatur und eine leichte Kraftminderung des rechten Arms, ansonsten keine anderen pathologischen Befunde. Die Beweglichkeit sei unter dem Aspekt der stattgehabten und operierten Rotatorenmanschettenläsion als sehr gut zu werten. Klinisch beständen keine neurologischen Defizite. Die Befunde im Bereich beider Handgelenke und beider Hände sowie beider Kniegelenke seien praktisch unverändert. Nebenbefundlich zeige sich eine minimale Schwellung des linken Unterschenkels mit begleitender Varicosis linksseitig sowie auch Krallenzehen am linken Fuss. Von chirurgischer Seite handle es sich um einen medizinischen Endzustand und die heutige kreisärztliche Untersuchung könne als Abschlussuntersuchung angesehen werden. Von weiteren Behandlungen sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes zu erwarten (AB 141.12/13). In einer angepassten wechselbelastenden körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit (ohne dauerhaftes oder regelmässiges Besteigen von Leitern, Treppen sowie unebenem Gelände, ohne

Zwangshaltungen sowie Vibrationen für die unteren Extremitäten, mit höchstens leichten Arbeiten über Brustniveau und sehr leichten Überkopfarbeiten, ohne Schläge und/oder Vibrationen für beide Arme und ohne repetitive oder mit höchstens nur leichten Drehbewegungen für beide oberen Extremitäten) sollte eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben sein (AB 141.12/14; vgl. auch AB 142.3/2 f.).

3.3.10 Der RAD-Arzt Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erachtete in der Stellungnahme vom 7. Februar 2019 weitere medizinische Abklärungen als nicht erforderlich und verwies auf das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil (vgl. AB 141.12/14 bzw. E. 3.3.9 hiervor). Die Arbeitsfähigkeit sei vor allem durch die Gesundheitsschäden seitens des Bewegungsapparates eingeschränkt. Hingegen liege kein auf den anhaltenden Alkoholkonsum zurückzuführender Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (AB 143/4).

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).

3.4.1 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).

3.4.2 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. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.5 Aufgrund der weiteren Unfälle (vgl. E. 3.3 hiavor) ist eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten und somit ein medizinischer Revisionsgrund erstellt, was denn auch zu Recht unbestritten ist. Nachfolgend ist damit frei zu prüfen, ob diese Veränderung geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4 hiavor).

3.6 In somatischer Hinsicht hat sich die Beschwerdegegnerin in der hier angefochtenen Verfügung vom 11. Februar 2020 (AB 166) massgeblich auf den kreisärztlichen Bericht von med. pract. G. _____ vom 24. Januar 2019 (AB 141.12; vgl. E. 3.3.9 hiavor) gestützt. Dieser Bericht erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiavor) und überzeugt. Aktenmässig erstellt und denn auch unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer aufgrund zahlreicher Unfälle in verschiedener Hinsicht beeinträchtigt ist. Anders als die Darstellung in der – nicht von einer medizinischen Fachperson verfassten – Aktennotiz der D. _____ vom 27. Juni 2017 (AB 124.9) vermuten liesse, hat der Suva-Kreisarzt die im Zeitpunkt der Neuanmeldung noch geklagten körperlichen Beeinträchtigungen in seiner kreisärztlichen Untersuchung vom gleichen Tag (Bericht vom 29. Juni 2017 [AB 124.3; vgl. E. 3.3.5 hiavor]) allesamt berücksichtigt und

in seiner Beurteilung gewürdigt. Die Verlaufs- und Abschlussuntersuchung durch den Kreisarzt am 24. Januar 2019 erfolgte unter Berücksichtigung der gesamten und umfangreichen medizinischen Vorakten sowie aufgrund eigener klinischer Untersuchungen. Die vom Kreisarzt erhobenen Befunde stehen dabei weitestgehend in Übereinstimmung mit denjenigen der Behandler, so in Bezug auf die rechte Schulter (AB 141.12/13: "Die Beweglichkeit ist unter dem Aspekt der stattgehabten und operierten Rotatorenmanschettenläsion als sehr gut zu werten"; AB 127.33/2: "der aktuelle Befund ein erfreuliches Resultat in Anbetracht des Ausmasses der ursprünglichen Schädigung darstellt"), die Handgelenke (AB 141.12/10: Faustschluss beidseits demonstrierbar, keine Druckdolenz, kaum Bewegungseinschränkungen an allen Fingergelenken; AB 125.140/4 f.: Freie Beweglichkeit des rechten Handgelenkes und freie Oppositionsbewegung des Daumens, die Oppositionsbewegung des linken Daumens gelingt regelrecht, an beiden Händen zeigen sich typisch rheumatologische, radiologische Veränderungen mit Destruktion der Grundgelenke, wobei unklar sei, inwieweit hier traumatische Veränderungen eine Rolle spielten; AB 152.25: "Leicht aktivierte Polyarthrose der Hände"; hierzu gilt es anzumerken, dass sich in den Akten keine Hinweise auf einen nicht-unfallbedingten rheumatologischen Anteil finden und der Kreisarzt ungeachtet dessen die geklagten Beschwerden insgesamt berücksichtigt hat), beide Hüftgelenke (AB 141.12/10: "Keine Bewegungseinschränkungen beider Hüftgelenke"; AB 125.152/2: "stationärer Befund bei erhaltene[n] Hüftgelenkspalten beidseits"; AB 152.25/1: "Symmetrisch unauffällige Hüftgelenke"), beide Knie (AB 141.12/11: "Beidseitig kein Erguss, keine Instabilitätszeichen"; AB 152.25/1: "Reizlose Knie-TP ohne Anhalt für Lockerung oder periprotetische Fraktur") und den linken Fuss (AB 141.12/11: "reizlose druckindolente postoperative Narbe"; AB 127.33/2: "guter Verlauf [mit] gut tolerierter Vollbelastung ohne Gehhilfe"; AB 152.25/1: "Status nach Kalkaneusfraktur"; AB 152.11/3: "empfehle, keine weitere Operation durchzuführen"). Entgegen den Vorbringen in der Beschwerde, S. 4 Ziff. 2, durfte folglich die Beschwerdegegnerin, soweit die somatischen Befunde betreffend, ohne weiteres auf das vom Kreisarzt der D. _____ definierte Zumutbarkeitsprofil abstellen. Danach ist dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als ... (weiterhin) nicht mehr zumutbar (vgl. AB 124.3/9), wogegen in einer angepassten wechselbelastenden körperlich leichten bis mittel-

schweren Tätigkeit eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben sein sollte (AB 141.12/14).

3.7 Anders verhält es sich in psychiatrischer Hinsicht. Zwar wies der Beschwerdeführer im Neuanmeldungsverfahren nicht mehr auf psychische Probleme hin (vgl. AB 128) und die medizinischen Akten beschlagen ab dem Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenabweisung (AB 121) ausschliesslich die somatische Seite. Das vermag deshalb nicht zu verwundern, weil dem Beschwerdeführer eine Krankheitseinsicht auf psychiatrischem Fachgebiet abzugehen und er sich einzig auf (orthopädisch-)somatische Beschwerden zu fokussieren scheint (vgl. AB 71.1/17 Ziff. 5.2.1). Doch sein Rechtsvertreter beruft sich im vorliegenden Beschwerdeverfahren auf eine Veränderung nicht nur des (orthopädisch-)somatischen, sondern auch des psychischen Gesundheitszustands (vgl. Beschwerde, S. 3 f. Ziff. 1 f.). Die in diesem Verfahren aufgelegte Bestätigung der Dr. med. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. Februar 2020 (BB 3) deutet immerhin auf eine entsprechend stattgehabte Behandlung im Jahr 2019 (und damit noch vor Erlass der hier angefochtenen Verfügung [AB 166]) hin. Dazu kommt der massive Alkoholmissbrauch mit allfälligen (verschlimmert) neurologischen Folgen. Der Beschwerdeführer zeigte denn auch anlässlich der MEDAS-Begutachtung im Jahr 2015 auffällige, leichte bis mittelschwere neuropsychologische Befunde bei einem Gesamt-IQ an der Grenze zur Minderintelligenz (AB 71.1/33; vgl. E. 3.2.1 hiervor). Mit Bezug auf eine angepasste Tätigkeit, welche geringe Anforderungen an sprachliche Fähigkeiten, an das logische Denken und an die Aufmerksamkeit stellt, war damals eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zwar nicht anzunehmen (so wohl AB 71.1/21 und 71.2/6), wobei für die MEDAS unklar blieb, ob die kognitiven Störungen durch den übermässigen Alkoholkonsum oder die Intelligenzminderung bedingt sind. Für die MEDAS war in der Folge die psychiatrische Beurteilung wegleitend, welche zufolge des Abhängigkeitssyndroms (zumindest damals) von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausging und nebst einer neurologischen Abklärung (Demenz als mögliche sekundäre Folge des Alkoholkonsums) eine stationäre Entzugsbehandlung empfahl (AB 71.1/24 und 71.1/35).

Soweit nunmehr der RAD-Arzt Dr. med. H. _____, welcher als Facharzt für Innere Medizin FMH nicht über die zur Beurteilung einer Suchterkrankung und deren möglichen Auswirkungen auf hirnorganische Prozesse erforderliche fachärztliche Kompetenz verfügt, in der Stellungnahme vom 7. Februar 2019 (AB 143/4; vgl. E. 3.3.10 hiervor) festhält, es liege kein auf den anhaltenden Alkoholkonsum zurückzuführender Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor, durfte die Beschwerdegegnerin darauf nicht abstellen. Denn mit Bezug auf eine adaptierte Tätigkeit wurde bereits im MEDAS-Gutachten im Sinne eines Vorbehaltes explizit festgehalten, dass eine solche erst nach Durchführung einer möglichst stationären Entzugstherapie sowie einer erweiterten neurologischen Diagnostik (LP, MRI-Schädel z.B. in einer Demenz-Klinik) zwecks Ausschlusses einer degenerativen neurologischen Erkrankung des Gehirns aufgenommen werden könne (AB 71.1/34 f.). Insoweit erweist sich wie vorstehend dargelegt der medizinische Sachverhalt als nicht hinreichend abgeklärt. Die Beschwerdegegnerin wird deshalb im Rahmen einer interdisziplinären Verlaufsbeurteilung vorzugsweise bei den gleichen Ärzten der bereits befassten MEDAS abzuklären haben, ob eine hirnorganische Schädigung eingetreten ist bzw. sich verschlimmert hat und ob eine stationäre Entzugsbehandlung nach wie vor erforderlich ist und dem Beschwerdeführer zugemutet werden kann. Dabei wird sie auch die Möglichkeit einer organischen Wesensveränderung bei Kopfverletzung in der Kindheit und deren Folgen (vgl. BB 3) zu prüfen haben. Gegebenenfalls wird sie die stationäre Entzugsbehandlung vom Beschwerdeführer mittels Mahn- und Bedenkzeitverfahren einzufordern und hiernach eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung anzuordnen haben.

3.8 Unter diesen Umständen kann vorliegend keine abschliessende Beurteilung der medizinischen Situation bzw. deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden. Der Sachverhalt erweist sich vor diesem Hintergrund namentlich in neurologisch-psychiatrischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt. In der Folge ist die angefochtene Verfügung (AB 166) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Verwaltung zurückzuweisen, damit sie den medizinischen Sachverhalt gutachterlich abkläre und anschliessend neu verfüge.

3.9 Da es derzeit an einer beweiskräftigen medizinischen Entscheidungsgrundlage mangelt, erübrigen sich im vorliegenden Stadium Weiterungen im Zusammenhang mit den strittigen Aspekten der Invaliditätsbemessung (Beschwerde, S. 4 ff. Ziff. 3 ff.). Bereits an dieser Stelle ist indessen die Beschwerdegegnerin darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als ... gesundheitsbedingt schon länger nicht mehr ausüben kann (AB 71.1/34 Ziff. 8.1.1 und 124.3/9), was die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Beschwerdeantwort (S. 3 Ziff. 11) erkannt haben dürfte.

4.

4.1 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4)

4.2

4.2.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG).

4.2.2 Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Mit Kostennote vom 7. September 2020 macht Rechtsanwalt B. _____ bei einem zeitlichen Aufwand von 16.67 Stun-

den ein Honorar von Fr. 4'167.50 (16.67 Stunden à Fr. 250.--) zzgl. Auslagen von Fr. 102.80 und MWSt. von Fr. 328.80 (7.7 % von Fr. 4'270.30), mithin total Fr. 4'599.10 geltend. Zusätzlich aufgeführt werden Barauslagen von Fr. 57.-- für den Arztbericht von Dr. med. I. _____ vom 13. Februar 2020 (BB 3). Der zeitliche Aufwand und die weiteren Auslagen sind unter Hinweis auf das aufwändige Aktenstudium nicht zu beanstanden. Hingegen führte der besagte, ohnehin erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Februar 2020 (AB 166) datierte Arztbericht nicht zu entscheidenden neuen Erkenntnissen (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69 und Entscheid des BGer vom 8. Januar 2019, 8C_389/2018, E. 4.2), womit die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die diesbezüglichen Kosten nicht zu ersetzen hat. Die von der Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzende Parteientschädigung ist somit auf Fr. 4'599.10 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen.

4.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

4.4 Soweit die Beschwerdegegnerin das (vorprozessuale) Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege im Verwaltungsverfahren vom 26. Januar 2020 (AB 165) noch nicht behandelt haben sollte (vgl. AB 169), wird sie darüber – wie dem Beschwerdeführer in Aussicht gestellt – noch förmlich zu entscheiden haben.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Soweit auf die Beschwerde einzutreten ist, wird sie dahingehend gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 11. Februar 2020 aufgehoben und die Sache zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'599.10 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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