

200 20 37 IV
WIS/SCM/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. November 2020

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. November 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1961 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im November 2014 unter Hinweis auf Depressionen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Im Rahmen der medizinischen und erwerblichen Erhebungen gewährte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) insbesondere Frühinterventionsmassnahmen (vgl. AB 34, 58) und erteilte Kostengutsprache für ein Aufbautraining bzw. Coaching (vgl. AB 55, 75,), wobei Letzteres zwischenzeitlich aufgrund eines im September 2015 erfolgten tätlichen Angriffs unterbrochen werden musste (vgl. AB 64, 66, 71, 73, 75). Nach einem erneuten Aufbautraining, dem Abschluss der beruflichen Massnahmen (AB 93, 120, 122-123, 129) sowie nach Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung durch die Experten der MEDAS C._____ (MEDAS; Gutachten vom 9. Januar 2017 [AB 141.1]) sah die IVB mit Vorbescheid vom 15. Februar 2017 (AB 143) bei einem Invaliditätsgrad von 47 % ab dem 1. Juli 2015 die Zusprache einer Viertelsrente vor. Auf hiergegen erhobenen Einwand des Versicherten hin (AB 146), holte die IVB Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 150, 156) sowie der MEDAS-Experten (vom 27. Juli 2017 [AB 154]) ein und liess den Versicherten durch PD Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, damals am Begutachtungsinstitut E._____, erneut psychiatrisch begutachten (Gutachten vom 1. März 2018 [AB 169.1]). Mit Stellungnahmen vom 20. Dezember 2018 (AB 191), 2. Januar 2019 (AB 190) und 12. Februar 2019 (AB 196) beantworteten mit den Begutachtungen betraute Experten die von der IVB gestellten Rückfragen (vgl. hierzu auch AB 172, 174, 177, 179-184, 186, 188, 195). Nach neuerlicher Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 197, 200) sprach die IVB dem Versicherten mit Verfügung vom 29. November 2019 (AB 212) vom 1. Juli bis 30. November 2015 eine Viertelsrente (Invaliditätsgrad von 47 %), vom 1. Dezember 2015 bis 30. Juni 2016 eine ganze Rente (Invaliditätsgrad von 100 %) und vom 1. Juli 2016 bis 31. August 2018 wiederum eine Viertelsrente zu (Invaliditätsgrad von 47 %); ein weitergehender Rentenanspruch wurde verneint.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 16. Januar 2020 Beschwerde. Er lässt die folgenden Anträge stellen:

1. Die IV-Verfügung vom 29.11.2019 sei aufzuheben.
2. Der Rentenbescheid sei auf Basis des vollständigen MEDAS-Gesamtgutachtens vom 09.01.2017 zu fällen, wobei aufgrund des leistungsbedingten Abzugs und des Abzugs aufgrund von Teilzeitarbeit eine Rente wie folgt zu gewähren sei:
 - vom 01.07.2015 - 30.11.2015: Dreiviertelsrente
 - vom 01.12.2015 - 30.06.2016: ganze Rente
 - vom 01.07.2016 bis auf Weiteres: Dreiviertelsrente
3. Eventualiter sei der Rentenbescheid auf Basis des vollständigen MEDAS-Gesamtgutachtens vom 09.01.2017 zu fällen, wobei sowohl beim Einkommen ohne gesundheitliche Einschränkung wie auch beim Einkommen mit gesundheitlicher Einschränkung auf das Einkommen des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der IV-Anmeldung abzustellen und damit eine Rente wie folgt zu gewähren sei:
 - vom 01.07.2015 - 30.11.2015: halbe Rente
 - vom 01.12.2015 - 30.06.2016: ganze Rente
 - vom 01.07.2016 bis auf Weiteres: halbe Rente
4. Subeventualiter sei ein Obergutachten anzuordnen oder die Sache sei an die Beschwerdegegnerin mit der Anweisung zurückzuweisen, ein Obergutachten anzuordnen.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2020 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 28. Februar 2020 verzichtet der Beschwerdeführer auf eine Stellungnahme zur Beschwerdeantwort und verweist auf die 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.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 29. November 2019 (AB 212). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbe fugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a; SVR 2019 IV Nr. 33 S. 100 E. 3.2). Streitig und zu prüfen ist demnach der generelle Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente unter Einschluss der vom 1. Juli bis 30. November 2015 und vom 1. Juli 2016 bis 31. August 2018 zugesprochenen Viertelsrente sowie der vom 1. Dezember 2015 bis 30. Juni 2016 zugesprochenen – und unbestritten gebliebenen (vgl. Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren) – ganzen Rente.

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

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

2.

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

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). 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). Gemäss höchststrich-

terlicher 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 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 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 anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2019 IV Nr. 2 S. 4 E. 2).

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 Invaliditätsgrad 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 Behin-

derung. 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 medizinischen Akten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Gutachten vom 9. Januar 2017 (AB 141.1) führten die Experten der MEDAS nach internistischen, handchirurgischen und psychiatrischen Untersuchungen (AB 141.1/1) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, impulsiven und narzisstischen Anteilen (ICD-10 F61.0), eine ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung) des Erwachsenenalters (ICD-10 F90.0), eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradig, ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0) und eine Residualsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.9) auf (AB 141.1/25 Ziff. III). Im interdisziplinären Konsens wurde seit dem Gutachtenzeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert (entsprechend den psychiatrischen Feststellungen [AB 141.1/20, 141.4/13]). Für eine erfolgreiche Integration empfahlen die Gutachter ein psychiatrisches Job-Coach-Placement mit dem Hinweis, dass der Erfolg der Integration vor al-

lem von der „Passung“ der Arbeitsstelle hinsichtlich Vorgesetzten und Team abhängig sei (AB 141.1/27 Ziff. VI.1, 141.4/13).

3.1.2 Auf Rückfrage (vgl. AB 150-153) führten die MEDAS-Experten Dres. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, und G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 27. Juli 2017 (AB 154) aus, bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei explizit vom ersten Arbeitsmarkt ausgegangen worden (AB 154/1). Beim Beschwerdeführer liege klar eine frühe Beeinträchtigung mit vielen beruflichen Wechseln und Beziehungsabbrüchen vor, womit eine Persönlichkeitsstörung und keine Persönlichkeitsakzentuierung vorliege. Die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter stütze sich auf die Angaben des Beschwerdeführers. Die Abgrenzung zwischen einer ADHS des Erwachsenenalters mit ausgeprägter Impulsivität und einer Persönlichkeitsstörung sei schwierig. Einerseits gebe es eine hohe Überlappung zwischen den beiden Diagnosen, andererseits auch Wechselwirkungen (AB 154/2). Die genaue Zuordnung des impulsiven Verhaltens und der emotionalen Instabilität sei schwierig, habe aber nur begrenzt Einfluss auf das Ausmass der Beeinträchtigung, welche als gegeben erachtet werde. Aus dem Verlauf und der Anamnese ergäben sich aber Hinweise, dass sich die Beeinträchtigung doch stärker im Erwachsenenleben als in der Kindheit zeige, so dass davon auszugehen sei, dass die Persönlichkeitsstörung hier ziemlich relevant sei. Aktuell werde eine leichtgradige depressive Erkrankung diagnostiziert. Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10 seien nicht mehr erfüllt, wobei aber davon auszugehen sei, dass nach dem Vorfall (vom 15. September 2015 [vgl. AB 141.1/2]) und der Konfrontation vor Gericht zuerst Kriterien einer akuten Belastungssituation erfüllt waren und auch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungssituation des Behandlers nachvollziehbar sei (AB 154/3).

3.1.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. H._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, hielt in der Stellungnahme vom 31. August 2017 (AB 156) fest, die Einschätzung des Leistungsvermögens mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % gemäss psychiatrischem MEDAS-Teilgutachten (vgl. AB 141.1/20, 141.4/13), welche auf den beiden nicht nachvollziehbaren fraglichen arbeitsfähigkeitsrelevanten, nach ICD-10-

Manual nicht objektivierbaren Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, impulsiven und narzisstischen Anteilen und einer ADHS des Erwachsenenalters bei eingeschränkter Diagnosefindung und eingeschränkter Herleitung basierten, vermöchte nicht zu überzeugen (AB 156/3).

3.1.4 Im psychiatrischen Gutachten vom 1. März 2018 (AB 169.1) führte PD Dr. med. D. _____ unter den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus, es bestehe eine chronifizierte Depressivität am ehesten nach Art einer Dysthymia ICD-10 F34.1, wobei differentialdiagnostisch von einer gegenwärtig leichten Ausprägung einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.0) auszugehen sei. Daneben sei eine langjährig verfestigte Persönlichkeitsakzentuierung zu beschreiben mit einer Tendenz zu Impulskontrollverlusten, einigen anankastischen Zügen und einer Depressionsneigung. Weiter liege eine nicht unerhebliche Beschwerdeverdeutlichungstendenz vor, so dass die hier gestellten Diagnosen unscharf bleiben müssten (AB 169.1/44 Ziff. III.1). Auch unter Berücksichtigung der Beschwerdeverdeutlichungstendenz bestehe gegenwärtig eine gewisse Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (...arbeiten im ...) von 30 %, womit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % vorhanden sei. Aus psychiatrischer Sicht lägen keine Gründe vor, welche Zweifel an der Wiederherstellung einer vollen Arbeitsfähigkeit begründen könnten. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % über einen Zeitraum von einem halben Jahr sollte möglich sein, wobei ein Job-Coach für den Wiedereinstieg in die Arbeitssituation vorhanden sein sollte. Auch erschienen am Anfang – sicher in den ersten Monaten – eine liberale Pausengestaltung und Rückzugsmöglichkeiten notwendig (AB 169.1/48 Ziff. VI.1).

3.1.5 Auf Rückfrage (AB 188) hielt PD Dr. med. D. _____ am 2. Januar 2019 (AB 190) fest, in der Untersuchung vom 30. November 2017 (AB 169.1/2) sei auf eine eingehende testpsychologische Untersuchung hinsichtlich der Differenzierung von Persönlichkeitsstörungen verzichtet worden, da eine solche aus seiner Sicht für die anstehenden Fragestellungen keine wegleitenden Einschätzungen ermögliche. Es erscheine durchaus möglich, noch eine ADHS im Erwachsenenalter oder bzw. und eine Persönlichkeitsakzentuierung oder -störung zu diagnostizieren, insbeson-

dere begrenzten jedoch auch die Besonderheiten der Sozialisation in einem ... Land und eine Reihe von externen massiven und auch traumatischen Einflussfaktoren den Erkenntniswert solcher zusätzlichen Diagnosen (AB 190/3). Es seien aus psychiatrischer Sicht keine Gründe gegeben, die gegen die Wiedererlangung einer vollen Arbeitsfähigkeit im Bereich der zuvor geleisteten Tätigkeiten sprechen würden. Das beschriebene Zumutbarkeitsprofil gelte ab dem Untersuchungszeitpunkt. Er teile die Skepsis des Rechtsanwalts, ob ein erneutes Job-Coaching eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit herbeiführen könne, gemäss seiner klinischen Erfahrung bestehe aber durchaus Erfolgspotential (AB 190/5).

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

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

Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich im konkreten Einzelfall danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG

nicht allein schon deshalb, weil einem Teilgutachten der Beweiswert abgesprochen wird. Dies hat auch umgekehrt zu gelten, wenn sich die Schlussfolgerungen im Hauptgutachten, das nicht in einer interdisziplinären Konsensbesprechung der beteiligten Fachärzte entstand, nicht nachvollziehen und sich nicht mit den Teilgutachten vereinbaren lassen, die Beurteilungen in allen Teilgutachten jedoch als schlüssig zu bezeichnen sind. Eine Beweiswürdigung, welche überzeugenden Teilkonsilien vollen Beweiswert zuerkennt, kann somit nicht allein deshalb als bundesrechtswidrig bezeichnet werden, weil einem weiteren Teil des Gutachtens die Beweiskraft fehlt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

3.3 In somatischer Hinsicht ist aufgrund der Akten erstellt und zwischen den Parteien zu Recht unbestritten, dass der Beschwerdeführer nach einem tätlichen Angriff Mitte September 2015 (vgl. AB 64, 71) hauptsächlich aufgrund der hierauf notwendig gewordenen handchirurgischen Eingriffe intermittierend vollständig arbeitsunfähig war (vgl. AB 109/3-4, 115, 120/15-16, 178/2). Mit Blick auf die vom MEDAS-Experten im November 2016 erhobenen Befunde – einzig Restbeschwerden am Ringfinger rechts, Bewegungseinschränkung mit leichtgradigem Extensions- und Flexionsdefizit, Schmerzhaftigkeit im Narbenbereich, leichte Kraffeinbusse (vgl. auch AB 141.3/3) – ist die Wiedererlangung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sechs Wochen nach dem Eingriff vom 18. Februar 2016 am rechten Finger (vgl. Bericht des Spitals I. _____, vom 2. März 2016 [AB 109/7-8]), mithin ab Ende März 2016, schlüssig und nachvollziehbar dargetan (AB 141.3/4, 196/2).

3.4 Nicht zu bemängeln ist, dass die Beschwerdegegnerin eine weitere Begutachtung angeordnet hat, wie sogleich zu zeigen ist (E. 3.4.1 hiernach). Was den psychischen Gesundheitszustand anbelangt, ist zunächst festzuhalten, dass nicht zu beanstanden ist, wenn nach Einholung des polydisziplinären MEDAS-Gutachtens einzig noch ein (weiteres) psychiatrisches Gutachten eingeholt wurde. Der somatische Gesundheitszustand ist – wie soeben dargelegt (E. 3.3 hiervor) – zu Recht unbestritten. Weder bestehen Anhaltspunkte noch macht der Beschwerdeführer geltend, er sei anderweitig in somatischer Hinsicht leistungsrelevant eingeschränkt. Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht einzig noch ein monodisziplinäres Gut-

achten bei PD Dr. med. D. _____ vom 1. März 2018 (AB 169.1) eingeholt.

3.4.1 Im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS vom 15. Dezember 2016 ging der Experte massgeblich aufgrund einer von ihm attestierten kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, impulsiven und narzisstischen Anteilen (ICD-10 F61.0) von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % aus (AB 141.4/9 Ziff. V.5.1, 141.4/13). Die Diagnose stellte er insbesondere wegen der vielen Stellen- und Beziehungswechsel sowie aufgrund des Umstands, dass der Beschwerdeführer die meisten ärztlichen Behandler nur einmalig gesehen habe (vgl. AB 141.4/10, 154/2). Indessen findet sich in den Berichten der vorbehandelnden Ärzte der psychiatrischen Dienste J. _____ im Jahr 2009 ein Verdacht einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (vgl. AB 57/17), was im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung ab Juli 2014 nicht bestätigt wurde (vgl. AB 17/1, 57/8). Vielmehr stellten die Behandler die Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung mit erhöhter Impulsivität (ICD-10 Z73.1); eine Persönlichkeitsstörung wurde zunächst einzig noch differentialdiagnostisch erwogen (AB 17/1, 76/2, 81/1, 85/2), ohne dass dies in den Berichten näher diskutiert worden wäre. Im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste J. _____ vom 28. Januar 2016 zur tagesstationären Behandlung vom 27. Oktober 2015 bis 21. Januar 2016 findet eine Persönlichkeitsstörung nicht mehr Eingang in die Diagnoseliste (AB 101/1). Eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) diagnostizierte einzig Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der den Beschwerdeführer im Berichtszeitpunkt vom 8. April 2016 erst seit zwei Monaten behandelte (AB 116), womit ihm verminderter Beweiswert zukommt. Zudem ist hinsichtlich Diagnosestellung zu berücksichtigen, dass sich der MEDAS-Gutachter zur Bejahung einer Persönlichkeitsstörung auf eine einmalige Untersuchung beschränkte (AB 141.4/1) und keine fremdanamnestic Angaben einholte (AB 141.4/2 Ziff. II; vgl. hierzu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT/SCHULTE-MARKWORT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 6. Aufl. 2016, S. 164). Hinsichtlich der in Überschneidung zur Hauptdiagnose der Persönlichkeitsstörung gestellten Diagnose einer ADHS des Erwachsenenalters (AB 141.4/9

Ziff. V.5.1, 141.4/12 Ziff. 6.5) ist zu beachten, dass in den gesamten medizinischen Vorakten nie eine ADHS oder ein Verdacht darauf erwähnt wurde und die Diagnosestellung allein auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers basiert (AB 154/2). Diesbezügliche weitergehende Abklärungen in diagnostischer Hinsicht wurden nicht vorgenommen. Die weitere – als mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bewertete – Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelgradig, ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0; AB 141.4/9 Ziff. V.5.1) findet in den übrigen medizinischen Akten nur bedingt Rückhalt. So führte der Gutachter am 27. Juli 2017 denn auch selbst aus, es gebe keine klaren Hinweise dafür, dass bereits früher eine rezidivierende depressive Störung bestanden habe (AB 154/3; vgl. hierzu auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT/SCHULTE-MARKWORT, a.a.O., S. 120; DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 178). Hinsichtlich der Diagnose einer Residualsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.9; AB 141.4/9 Ziff. V.5.1) wies die RAD-Ärztin am 31. August 2017 in schlüssiger Weise darauf hin, dass der MEDAS-Experte diese in der Stellungnahme vom 27. Juli 2017 selbst relativiert habe (AB 154/3, 156/3), was mit Blick auf die diagnostischen Kriterien (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT/SCHULTE-MARKWORT, a.a.O., S. 136) sowie die weiteren medizinischen Unterlagen überzeugt. Insoweit leitete der psychiatrische MEDAS-Experte die Diagnosen nicht in einer für den Rechtsanwender schlüssigen und nachvollziehbaren Weise her, womit von keiner fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ausgegangen werden konnte.

Aufgrund des soeben Dargelegten bestand in psychiatrischer Hinsicht weiterer Abklärungsbedarf, welchem die Beschwerdegegnerin in der Folge denn auch nachkam (vgl. E. 3.4.2 hiernach).

3.4.2 Das hierauf eingeholte Gutachten von PD Dr. med. D. _____ vom 1. März 2018 (AB 169.1) sowie dessen ergänzende Stellungnahme vom 2. Januar 2019 (AB 190) erfüllen grundsätzlich die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (E. 3.2 hiervor). Die Gründe, welche zur Auflösung der Zusammenarbeit zwischen dem Begutachtungsinstitut E. _____, und PD Dr. med. D. _____ geführt haben (vgl. AB 187),

vermögen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Entscheidend ist einzig, ob das Gutachten die an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts gestellten Anforderungen erfüllt oder nicht.

In Kenntnis der Vorakten (AB 169.1/2-21) legte PD Dr. med. D. _____ nach sorgfältiger Anamnese- und Befunderhebung (AB 169.1/21-40) samt durchgeführter Testungen (Beck-Depressions-Inventar [BDI-V], Beck-Angst-Inventar [BAI], Essener Trauma Inventar [ETI], Brief Symptom Inventory [BSI], strukturierter Fragebogen simulierter Symptome [SFSS]; AB 169.1/27-35) mit nachvollziehbarer und überzeugender Begründung dar, dass eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) sowie eine langjährig verfestigte Persönlichkeitsakzentuierung vorliege (AB 169.1/44 Ziff. III.1). Dies ist mit Blick auf die klassifikatorischen Vorgaben für den Rechtsanwender schlüssig (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT/SCHULTE-MARKWORT, a.a.O., S. 123 f. und 164 f.; DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 183 f. und 276 ff.). Insbesondere setzte sich der Gutachter mit den dokumentierten Verhaltensauffälligkeiten des Beschwerdeführers auseinander und schloss in nachvollziehbarer Weise sowie in weitestgehender Übereinstimmung mit den Vorakten (vgl. auch E. 3.4.1 hiervor), dass keine Persönlichkeitsstörung, sondern eine Persönlichkeitsakzentuierung vorliege (vgl. AB 169.1/35-41). Dabei berücksichtigte er die subjektiv stark empfundene Erschöpfung, Unzufriedenheit und Belastungsinstabilität und würdigte ebenso die mittels SFSS erhobene erhebliche Beschwerdeverdeutlichungstendenz (AB 169.1/34-35, 169.1/41) wie auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer in der Schweiz über viele Jahre bei verschiedenen Arbeitgebern Tätigkeiten im ...-...bereich ausgeführt und sich in einer sicheren Situation befunden habe (vgl. AB 169.1/21, 169.1/39).

Nicht zu überzeugen vermag hingegen die Tatsache, dass der Experte auf eine eingehende testpsychologische Untersuchung bezüglich Bestätigung oder Ausschluss einer ADHS im Erwachsenenalter verzichtete, führte er in der Stellungnahme vom 2. Januar 2019 doch aus, es sei durchaus noch möglich, eine solche zu diagnostizieren (AB 190/3). Die Beantwortung der Frage, ob eine ADHS mit Krankheitswert und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt oder ob die Probleme mit der Herkunft und Sozialisation in Zusammenhang stehen, ist für die hier strittigen Ansprüche wesentlich.

Zum einen ist das in der Medizin verbreitete bio-psycho-soziale Krankheitsmodell weiter gefasst als der für die Belange der Rechtsanwendung massgebende sozialversicherungsrechtliche Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 143 V 418 E. 6 S. 426, 127 V 294 E. 5a S. 299). Zum anderen können sich psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nur dann, wenn sie einen verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine Folgen verschlimmern, mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299, 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). Der Gutachter hat zu klären, ob beim Beschwerdeführer eine ADHS vorliegt oder nicht und dafür die notwendigen Tests und Untersuchungen vorzunehmen. Gleichermassen hat er sich im Rahmen der weiteren Abklärungen unmissverständlich dazu zu äussern, wie es sich mit der Notwendigkeit eines Job-Coachings und der damit verbundenen Steigerung der Arbeitsfähigkeit verhält. Im Gutachten führte PD Dr. med. D. _____ noch aus, eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % innerhalb eines Zeitraumes von einem halben Jahr sollte möglich sein, wobei ein Job-Coach für den Wiedereinstieg in die Arbeitssituation vorhanden sein sollte (AB 169.1/48 Ziff. VI.1). Demgegenüber teilte er in der Stellungnahme vom 2. Januar 2019 die Skepsis des Rechtsvertreters, ob ein Job-Coaching tatsächlich zu einer Verbesserung führen könne (AB 190/5).

3.5 Nach dem Dargelegten erweist sich der medizinische Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt. Die angefochtene Verfügung vom 29. November 2019 (AB 212) ist daher in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der vorstehenden Erwägung 3.4.2 neu über den Rentenanspruch verfüge. Soweit weitergehend ist die Beschwerde abzuweisen. Angesichts der lediglich ergänzungs- bzw. klärungsbedürftigen medizinischen Abklärungen durch die Verwaltung ist die Einholung eines Gerichtsgutachtens nicht angezeigt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264).

Mit der aufgrund der Akten unbestrittenermassen erstellten vollständigen, somatisch begründeten, Arbeitsunfähigkeit von Mitte September 2015 bis Ende März 2016 (E. 3.3 hiavor) ist die von der Beschwerdegegnerin bei

einem Invaliditätsgrad von 100 % vom 1. Dezember 2015 bis 30. Juni 2016 zugesprochene ganze Rente (AB 212/2, 212/6-7) nicht zu beanstanden bzw. als ausgewiesen und begründet zu beurteilen. Damit fällt diesbezüglich eine mögliche Schlechterstellung nach erfolgter Rückweisung und weiterer Abklärung ausser Betracht. In psychiatrischer Hinsicht hat der Beschwerdeführer selbst subeventualiter die Rückweisung beantragt. Somit bestand keine Pflicht, dem Beschwerdeführer vor Erlass des Rückweisungsentscheides Gelegenheit zum Rückzug der Beschwerde zu gewähren (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4 S. 320).

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Die obsiegende (vgl. BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61; SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1) Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Entsprechend der gerade noch angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt B._____ vom 28. Februar 2020 wird die Parteientschädigung auf Fr. 4'218.80 festgesetzt (Honorar von Fr. 3'853.20 zuzüglich Auslagen von Fr. 64.-- sowie Mehrwertsteuer von Fr. 301.60). Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 29. November 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'218.80 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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