

200 21 90 IV
SCP/FRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. Mai 2021

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. Dezember 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1965 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Dezember 2007 unter Hinweis auf ein zu kurzes Bein, eine Steilhüfte, Bandscheibenprobleme sowie Depressionen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) führte erwerbliche und medizinische Erhebungen durch. Sie gewährte Eingliederungsmassnahmen (act. II 16, 48) und holte ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein (Gutachten vom 18. Juli 2009 [act. II 39] vgl. auch Verlaufsgutachten vom 30. Dezember 2010 [act. II 69]). In der Folge nahm sie weitere erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und sprach dem Versicherten berufliche Massnahmen sowie Integrationsmassnahmen zu (act. II 79, 92, 93, 95, 97, 106, Akten der IV [act. IIA] 180). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. IIA 199) sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 7. März 2017 (act. IIA 208) eine ganze IV-Rente vom 1. Januar 2007 bis 31. August 2010 und eine halbe IV-Rente vom 1. September 2010 bis 30. November 2014 zu. Ab dem 1. Dezember 2014 verneinte sie einen Rentenanspruch.

B.

Am 17. Dezember 2018 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. IIA 212). Die IVB nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor. Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. IIA 216, 241) holte sie ein bidisziplinäres (psychiatrisch-rheumatologisch) Gutachten ein (MEDAS-Gutachten vom 12. Mai 2020, act. IIA 257.2, 257.1, 259.1). Mit Vorbescheid vom 8. Oktober 2020 (act. IIA 260) stellte die IVB die Ablehnung des Rentenbegehrens mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung in Aussicht. Mit Eingabe vom 6. November 2020 (act. II 263) ersuchte der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, um Gewährung einer zusätzlichen Frist zur Einreichung von Einwänden. Die IVB setzte dem Versicherten am

12. November 2020 Frist bis zum 4. Dezember 2020 zur Begründung der Einwände (act. IIA 267). Am 4. Dezember 2020 stellte der Versicherte ein Gesuch um Erstreckung der Frist zur Einreichung ergänzender Einwände (act. IIA 271). Am 15. Dezember 2020 verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend (act. IIA 273).

C.

Mit Eingabe vom 29. Januar 2021 erhob der Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 15. Dezember 2020 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zur Neuentscheidung an die IVB zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen, wobei der unterzeichnende Anwalt zum gegebenen Zeitpunkt aufzufordern sei, seine Honorarnote dem Gericht einzureichen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 26. Februar 2021 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.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 15. Dezember 2020 (act. IIA 273). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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.

In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend indem er beanstandet, die Beschwerdegegnerin habe die angefochtene Verfügung vom 15. Dezember 2020 (act. IIA 273) erlassen, ohne ihm die mit Gesuch vom 4. Dezember 2020 (act. IIA 272 S. 1) beantragte Fristerstreckung zu gewähren. In Anbetracht des Verfahrensausgangs (vgl. E. 5 hiernach) kann offengelassen werden, ob sich die Rüge einer Gehörsverletzung als begründet erweist. Denn selbst im vorliegenden Verfahren, in welchem das Verwaltungsgericht über eine volle Überprüfungsbefugnis verfügt, hat er es versäumt, sich mit der von der Beschwerdegegnerin bestätigten Leistungsabweisung inhaltlich auseinanderzusetzen.

3.

3.1 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).

3.2 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).

3.3

3.3.1 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). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

3.3.2 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). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturieren 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).

3.3.3 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 und 2.2.1 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

3.3.4 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3 S. 298) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden IV-Grades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

3.3.5 Die sachverständige Person schätzt das Leistungsvermögen anhand der einschlägigen Indikatoren ein. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307). Eine davon losgelöste Parallelüberprüfung "nach besserem juristischen Wissen und Gewissen" darf jedoch nicht stattfinden. Vielmehr ist im Rahmen der Beweiswürdigung zu fragen, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch im Lichte der normativen Vorgaben widerspruchsfrei und schlüssig mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364, 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

3.4 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 wiederherstellen, 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 Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.5 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbsein-

kommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

3.6 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).

3.7 Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201], vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). 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 Beur-

teilung 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).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom 17. Dezember 2018 (act. IIA 212). eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Zu prüfen ist, ob zwischen der Verfügung vom 7. März 2017 (act. IIA 208) und der hier angefochtenen Verfügung vom Verfügung vom 15. Dezember 2020 (act. IIA 273) eine (potentiell) anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 3.5 hiervor).

4.2 Die Verfügung vom 7. März 2017 (act. IIA 208) basierte massgeblich auf folgenden Berichten:

4.2.1 Dr. med. C. _____ diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 18. Juli 2009 (act. II 39) eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit vorrangig selbstunsicheren, ängstlich vermeidenden, narzisstischen Anteilen (ICD-10: F61.0) sowie eine Alkoholabhängigkeitserkrankung, zum Untersuchungszeitpunkt in beschützender Umgebung abstinent (ICD-10: F10.21, S. 11). Die ständig vorhandene Unsicherheit und Ängstlichkeit habe seit der Kindheit ein entsprechendes Vermeidungsverhalten getriggert als dysfunktionale Bewältigungsstrategie. In diese Richtung sei auch die Entstehung der Alkoholabhängigkeit im Sinne eines dysfunktionalen Selbstbehandlungsversuchs zu interpretieren, der sich dann von der Persönlichkeitsstörung entkoppelt habe und mittlerweile eine eigene Krankheitsdynamik aufweise (S. 12). Zur Arbeitsfähigkeit hielt er fest, zum Untersuchungszeitpunkt bestehe unter den Bedingungen der freien Wirtschaft keine verwertbare Arbeitsfähigkeit. Durch ein mindestens sechsmonatiges Arbeitstraining unter geschützten Bedingungen könne voraussichtlich eine Besserung erzielt werden, so dass der Versicherte eine Arbeitsfähigkeit von 50% erreiche (S. 13).

Im Verlaufsgutachten vom 30. Dezember 2010 (act. II 69 S. 8) bestätigte Dr. med. C._____ die bereits im Gutachten vom 18. Juli 2009 (act. II 39) gestellten Diagnosen. Zum Untersuchungszeitpunkt (Beschwerdeführer sei in der Klinik D._____ hospitalisiert, S. 4) bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Nach Abschluss der Behandlung resultiere längerfristig eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% in einer stressarmen Umgebung mit wenig Kundenkontakt und unter Vermeidung von allzu monotonen Tätigkeiten. Eine alkoholabstinente Lebensführung sei zumutbar (S. 9).

4.2.2 Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, legte im Bericht vom 30. August 2012 (act. II 107) dar, der Gesundheitszustand habe sich deutlich verbessert. Seit einem Jahr liege eine totale Alkoholabstinenz vor sowie eine Remission der generalisierten Angststörung. Die Hüftprobleme hätten sich verstärkt (S. 1). Bis auf weiteres betrage die Arbeitsfähigkeit 50% (S. 2).

4.2.3 Der behandelnde Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 20. Februar 2014 (act. II 143) eine bipolare Störung (ICD-10: F31.8), Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10: F10) sowie eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1). Im Verlauf seit 2013 sei es zu immer wiederkehrenden Alkoholintoxikationen im Rahmen einer dysfunktionalen Selbsttherapie und eines inzwischen bestehenden C2-Abhängigkeitssyndroms gekommen (S. 2). Seit Januar 2014 liege eine Teilremission der sonst bipolaren depressiven Episoden mit Rückfällen vor. Vom 1. Januar 2013 bis 27. Januar 2014 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab 27. Januar 2014 bis auf weiteres attestierte er eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3).

Im Bericht vom 6. März 2015 (act. IIA 173) führte Dr. med. F._____ aus, dass nach einer noch im Sommer bis Herbst 2014 feststellbaren Teilremission in Bezug auf das depressive Syndrom und Reduktion der Phasenfrequenz von affektiven Störungen, eine Vollremission eingetreten sei. Seit dem 18. August 2014 bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 2).

4.3 Der angefochtenen Verfügung vom 15. Dezember 2020 (act. IIA 273) liegen insbesondere folgende Berichte zugrunde:

4.3.1 Der Beschwerdeführer war vom 10. bis 11. November 2018 in den psychiatrischen Diensten G._____ hospitalisiert. In der Austrittsmeldung vom 11. November 2018 (act. IIA 219 S. 23 f.) wurden folgende Diagnosen gestellt:

1. Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2)
2. Bipolare Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F31.7)
3. Gastroösophageale Refluxerkrankung
4. Psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa: Missbrauch
5. Spinalkanalstenose L4/5
6. Zustand nach Hüft-TEP beidseits

Der zuständige Arzt hielt fest, der Beschwerdeführer möchte austreten, er hätte keine Entzugssymptomatik. Er kenne verschiedene "Skills", die er beim Suchtdruck anwenden könnte. Aktuell hätte er keinen Suchtdruck und möchte abstinent bleiben (S. 23 f.).

4.3.2 Der Beschwerdeführer war vom 30. November bis 11. Dezember 2018 erneut in den psychiatrischen Diensten G._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 18. Dezember 2018 (act. IIA 214 S. 8 ff.) stellten die Ärzte dieselben Diagnosen wie im Bericht vom 11. November 2018 (act. IIA 219 S. 23 f.). Bei Eintritt bestehe somatisch eine Venenthrombose und der Beschwerdeführer sei immer noch stark sturzgefährdet und alkoholisiert. Er berichte, dass er seit ca. sechs Wochen wieder vermehrt Alkohol getrunken hätte, täglich ca. 750 ml Wodka, und dass er seine Stelle hätte kündigen müssen. Während des stationären Aufenthaltes habe sich der Beschwerdeführer stabilisieren können, der Entzug sei unproblematisch gewesen (S. 8 f.).

4.3.3 Der behandelnde Psychiater Dr. med. F._____ diagnostizierte im Bericht vom 23. Januar 2019 (act. IIA 214) eine bipolar affektive Störung, ggw. remittiert (ICD-10: F31.7) sowie ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, ggw. abstinent (ICD-10: F10.20; S. 6). In vor allem depressiven Phasen sei es in der Vergangenheit wiederholt zu einem risikohaften Konsum von Alkohol im Sinne einer dysfunktionalen Eigentherapie gekommen. Besonders starken Einfluss hätten Angst und Angststarre, dann sei der

Beschwerdeführer wie blockiert und trinke Alkohol (S. 3). Im Herbst 2018 habe sich der Beschwerdeführer alkoholisiert gemeldet, dass er erneute Unterstützung bräuchte, da er wieder begonnen habe, Alkohol zu trinken (S. 4).

4.3.4 Der Beschwerdeführer war vom 3. bis 20. April 2019 wiederum in den psychiatrischen Diensten G._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 25. April 2019 (act. IIA 218 S. 5 ff.) diagnostizierten die Ärzte insbesondere eine psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2), Alkoholintoxikation am 3. April 2019: 2.6 ‰ sowie eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F31.3) bei Austritt remittiert. Der medikamentös gestützte qualifizierte Alkoholentzug sei milde verlaufen und komplikationsfrei (S. 5). Die anschliessende psychiatrische Behandlung habe zu einer deutlichen Stabilisierung und Verbesserung des psychischen Zustandes und der depressiven Symptome geführt (S. 6).

4.3.5 Im Bericht vom 14. Mai 2019 (act. IIA 219 S. 1 ff.) diagnostizierte der behandelnde Dr. med. F._____ eine bipolar affektive Störung (ICD-10: F31.7), ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.20) sowie Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (S. 9 Ziff. 2.5). Aktuell erlebe der Beschwerdeführer im beruflichen Bereich das subjektive Gefühl der Überforderung (S. 7 Ziff. 2.2). Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in den remittierten Phasen gegeben, in den Phasen mit depressiven oder hypomanischen Symptomen sei diese ebenso reduziert wie in solchen der akuten Alkoholintoxikation, wie sie zuletzt wieder vorgelegen habe seit 2018/2019 (S. 9 Ziff. 2.7). In remittierten Phasen sei die bisherige Tätigkeit zu sechs bis acht Stunden zumutbar, in Akutphasen sei sie nicht zumutbar (S. 11 Ziff. 4.1).

4.3.6 Im Bericht vom 5. August 2019 (act. IIA 226) diagnostizierten die Ärzte der psychiatrischen Dienste G._____ eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert. Der Beschwerdeführer sei vom 27. Mai bis 21. Juni 2019 wiederum in den psychiatrischen Diensten G._____ hospitalisiert gewesen. Für die mittel- bis langfristige Kompensation der bipolaren affektiven Störung sei eine angepasste Tagesstruktur mit einer die Ressourcen und Defizite würdigende Arbeitsachse unabdingbar. Die Ab-

hängigkeitsstörungen seien als dysfunktionale Selbstmedikationsversuche zur Stress- und Emotionsregulation der zugrundeliegenden bipolaren affektiven Störungsdynamik zu verstehen (S. 2).

4.3.7 Vom 7. Oktober bis 9. November 2019 war der Beschwerdeführer in der Klinik D._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 11. November 2019 (act. IIA 238) diagnostizierten die Ärzte insbesondere eine Alkoholabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10: F10.25) sowie eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige oder leichte depressive Episode / ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F31.30, S. 1). Der Beschwerdeführer sei in psychophysisch kompensiertem Zustand aus der Klinik ausgetreten. Ein Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt sei aufgrund der zu erwartenden Überforderungssituation nicht möglich. Erfahrungsgemäss könne der Beschwerdeführer mit genügend Schutz und Rücksicht, wie sie im zweiten Arbeitsmarkt vorhanden sei, gut funktionieren, ohne dass es zu Überforderungssituationen verbunden mit Rückfällen komme. Ab dem 14. November 2019 werde es wöchentliche Konsultationen durch eine von Dr. med. F._____ delegierte Psychotherapeutin beim Beschwerdeführer zu Hause geben (S. 2).

4.3.8 Das bidisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 12. Mai 2020 (act. IIA 257.2) basiert auf Untersuchungen in den Fachbereichen Rheumatologie und Psychiatrie. Im bidisziplinären Konsens stellten die Gutachter folgende Diagnosen (S. 6 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Bipolare affektive Störung ggw. leichtgradige bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F31.3)
2. Generalisierte Angststörung (ICD-10: 41.1)
3. Alkoholabhängigkeit ggw. abstinent (ICD-10: F10.20)
4. Kongenitaler Hakenfuss links, Unterschenkeldeformität und Minderentwicklung links, Hüftdysplasie bds. (ICD-10: Q66.9, Q72.8, Q65.1)
 - Achsenkorrektur Unterschenkel links 1966 und 1968 bei Valgus-Rekurvatur
 - Verlängerungsosteotomie des Femur links 1973 vorgenommen, Metallentfernung 1974
 - Triplane Korrekturosteotomie am Unterschenkel links mit Marknagelosteosynthese am 6. Juni 2008, Entfernung des statischen proximalen Verriegelungsbolzens am 14. August 2008
 - Residuelle Verkürzung Unterschenkel links und Beinlängendifferenz
 - Hüft-Total-Prothese links am 14. April 2015 bei sekundärer Coxarthrose

- Hüft-Total-Prothese rechts am 20. November 2017 bei sekundärer Coxarthrose
- 5. Chronisches lumbospondylogenes Reizsyndrom (ICD-10: M54.4) bei multietagerer Segmentdegeneration und Status nach Radikulopathie L3 rechts bei foraminaler Diskushernie L3/4 rechts
 - Status nach epiduraler Infiltration L3/4 rechts am 6. Juli 2007 sowie Nervenblockade L3 rechts am 30. Mai 2007
 - Mehrsegmentäre Degeneration der Bandscheiben mit dorsaler Diskusprotrusion im Segment LWK3/4 mit mässiger foraminaler Einengung der Nervenwurzel L3 rechts. Facettengelenksarthrose ubiquitär, meist ausgeprägt Segment LWK4/5 (MRT vom 18. Mai 2017)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

6. Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Benzodiazepin (ICD-10: F13.1)
7. Intermittierend zervikospondylogenes Reizsyndrom mit pseudoradikulären Ausstrahlungen Schulter rechts bei Osteochondrose C3/4, C5/6 und C6/7 mit flachen medianen Diskushernien ohne intraspinaler Neurokompression, Verdacht auf foraminale Herniation C3/4 mit möglicher Radix Reizung C7
8. Status nach schwerer Refluxösophagitis Grad III im Rahmen des Alkoholüberkonsums
 - Stadium nach oberer gastrointestinaler Blutung im Mai 2010
9. Arterielle Hypertonie
10. Adipositas BMI 31.2
11. Dyslipidämie
12. Chronisch venöse Insuffizienz Stadium C3EAP bds. mit endovenöser Lasertherapie der Vena saphena parva, Vena saphena magna, Sklerotherapie und Miniphlebektomie. Seitenastvarizen an Ober- und Unterschenkel links am 9. Juli 2019, rechts am 12. August 2019
13. Nierensteine 1995
14. Clomethiazol-Unverträglichkeit
15. Alkoholabhängigkeitssyndrom mit somatischen und psychosozialen Folgeschäden
16. Bekannte Entzugsepilepsie
17. Status nach Benzodiazepin Abhängigkeit

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 6. Mai 2020 (act. IIA 257.1) führte Dr. med. H._____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, aus, die durch die zerstörten Lymphgefässe am Unterschenkel links aufgetretene Venenproblematik sei mittels zweier Korrekturoperationen beseitigt worden, so dass auch die Unterschenkelödeme beinahe verschwunden seien. Residuell bleibe eine leichte Hypästhesie im distalen Unterschenkel und Vorfussbereich linksbetont. Diese sei nicht belastungs-limitierend. Im Bereich der Lendenwirbelsäule sei es mehrfach, betont 2007 und 2017 zu vertebrealen und lumboradikulären Schmerzen aufgrund einer foraminalen Diskushernie LWK3/4 mit Radikulopathie der Nervenwurzel L3

rechts gekommen. Kontakt zu vereinzelt Nervenwurzeln beständen, klinisch könne jedoch keine radikuläre Reizsymptomatik identifiziert werden (S. 21). Am rechten Oberschenkel, zirkumferent und nicht ventral (der Nervenwurzel L3 entsprechend) sei ein belastungs- und bewegungsabhängiger und als Druck verspürter Schmerz vorhanden, dieser trete jedoch nicht regelmässig auf und sei nicht limitierend. Bei Status nach Diskopathie im Bereich der Halswirbelsäule zeige sich aktuell keine Dysfunktion mehr im Bereich der Halswirbelsegmente. Der funktionelle Schweregrad der Gesundheitsschädigung sei eine Summation der degenerativen Veränderungen. Die Degeneration im Bereich der Lendenwirbelsäule sei deutlich fortgeschritten, der Kontakt zur Nervenwurzel nahe und im weiteren Verlauf seien mögliche Beeinträchtigungen spondylogen oder auch neurogen erwartbar. Insgesamt bestehe eine verminderte Belastbarkeit im unteren Rücken sowie den unteren Extremitäten (S. 22). In der bisherigen Tätigkeit, welche administrativ, leicht und wechselbelastend sei und auch die Möglichkeit des freien Positionswechsels bestehe, könne aus somatischer Sicht keine Einschränkung attestiert werden (S. 23). Die ursprünglich erlernte Tätigkeit als ... sei ungünstig und könnte nur partiell für leichtere Tätigkeiten, ohne Zwangshaltungen gebückt, in der Hocke oder kniend durchgeführt werden (S. 24).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 7. Mai 2020 (act. IIA 259.1) führte Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der Beschwerdeführer schildere Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, welche während der Exploration objektiviert worden seien. Es sei eine gewisse Verlangsamung beobachtbar. Affektiv sei er aktuell deprimiert und reduziert schwingungsfähig. Insuffizienzgefühle und eine generelle Ängstlichkeit seien vorhanden und teilweise träten Panikattacken auf. Der Antrieb und die Interessen seien reduziert und es bestehe eine erhöhte Ermüdbarkeit (S. 17). Im Mini-ICF-App-Rating-Bogen ergäben sich keine Beeinträchtigungen bei familiären Beziehungen, der Selbstpflege und der Verkehrsfähigkeit. Leichte Beeinträchtigungen beständen bei Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit und der Spontan-Aktivitäten. Mittelgradige Beeinträchtigungen beständen bei der Anpassung an Regeln und Routinen, Planung und Strukturierung von Aufgaben und der Selbstbehauptungsfähigkeit. Schwere Beeinträchtigung

gen bestünden bei der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen und der Durchhaltefähigkeit (S. 18). Da nebst mehreren depressiven Episoden auch manische Episoden beschrieben würden, sei diagnostisch vom Vorliegen einer bipolaren affektiven Störung, ggw. leicht bis mittelgradige Episode auszugehen. Des Weiteren sei aktenanamnestisch ab mindestens 2010 vom Vorliegen einer generalisierten Angststörung auszugehen. Dies da der Beschwerdeführer unter generalisierten Ängsten und vegetativen Symptomen (Herzklopfen, Schwitzen, Hyperventilieren etc.) leide. Als dysfunktionale Bewältigungsstrategie der beiden Erkrankungen habe sich anamnestisch ab 1998 und aktenanamnestisch ab mind. 2008 eine Alkoholabhängigkeit etabliert, welche aktuell abstinent sei, wogegen auch die aktuelle Blutuntersuchung nicht spreche (S. 20). Aufgrund der bipolaren affektiven Störung und der daraus folgenden Alkoholabhängigkeit sei es seit November 2018 zu sieben stationären psychiatrischen Aufenthalten in der Klinik D. _____ und der Psychiatrischen Klinik J. _____ gekommen (S. 22, 24). Zur Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter fest, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... resp. in der ursprünglichen Tätigkeit als ... oder auch in einer etwaigen Verweistätigkeit sei der Beschwerdeführer ab mindestens November 2018 bis jetzt und auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig. Eine längerdauernde (mehrmonatige) stationäre psychiatrische und suchtspezifische Behandlung sei indiziert und dem Beschwerdeführer zumutbar (S. 23). Der ambulante Psychiater Dr. med. F. _____ halte im Schreiben vom Mai 2019 (act. IIA 219 S. 11) fest, dass in Phasen einer Remission in Bezug auf Depression, Manie und Alkoholabhängigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Diese 100%ige Arbeitsfähigkeit sei als theoretisch zu beurteilen (S. 22).

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

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

4.5 Zu Recht wird von keiner Seite bestritten, dass das bidisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 12. Mai 2020 (act. IIA 257.2) die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 4.4 hiervor) erfüllt und somit vollen Beweis erbringt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf einlässlichen fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ergebnisse der fachärztlichen Untersuchungen fanden sodann Eingang in die umfassende bidisziplinäre Konsensbeurteilung. Gestützt darauf haben die Sachverständigen die medizinischen Befunde, die Diagnosen und die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen zur medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und überzeugend dargestellt.

4.6 Vorab ist zu prüfen, ob ein Revisionsgrund vorliegt. Dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wiederum verschlechtert hat – seit November 2018 ist es zu sieben stationären psychiatrischen Aufenthalten in der Klinik D._____ und in den psychiatrischen Diensten G._____ gekommen (act. IIA 259.1 S. 22) – ist unter den Parteien zu Recht unbestritten. Eine wesentliche Veränderung ist damit ausgewiesen und ein Revisionsgrund zu bejahen. Der Rentenanspruch ist deshalb frei 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).

4.7 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 7. Mai 2020 (act. IIA 259.1) hat Dr. med. I._____ schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass die

diagnostischen Kriterien einer bipolaren affektiven Störung ggw. leichtgradige bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F31.3), einer generalisierten Angststörung (ICD-10: 41.1) sowie einer Alkoholabhängigkeit ggw. abstinent (ICD-10: F10.20) erfüllt sind (act. IIA 259.1 S. 20 f.). Dr. med. I. _____ hat einleuchtend ausgeführt, weshalb eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, ängstlichen und narzisstischen Anteilen (ICD-10: F61.0), wie in den Gutachten von Dr. med. C. _____ in den Jahren 2009 und 2010 diagnostiziert, nicht anzunehmen ist (act. IIA 259.1 S. 21). Des Weiteren legte er überzeugend dar, dass und inwiefern wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eingeschränkt ist. Ab mindestens November 2018 geht er von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... resp. in der ursprünglichen Tätigkeit als ... und auch in einer Verweistätigkeit aus (act. II 259.1 S. 23). Das psychiatrische Gutachten zeigt eine manifeste Rückfallgefahr auf, welcher bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit entsprechend Rechnung getragen wurde.

4.8 Die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters vermag auch rechtlich zu überzeugen. So resultiert anhand des psychiatrischen Teilgutachtens das für die Annahme einer rechtlich relevanten psychischen Funktionseinbusse erforderliche stimmige Gesamtbild (vgl. BGE 143 V 418 E. 6 S. 427; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. März 2021, 8C_407/2020, E. 6.1):

4.8.1 Vorab ist festzuhalten, dass hier keine Ausschlussgründe im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung vorliegen (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. unter Hinweis auf BGE 131 V 49). Gemäss Gutachter liegt ein Schonverhalten im Sinne einer Tendenz zur Passivität und Vermeiden vor, jedoch ist keine Aggravation oder Simulation zu erkennen (act. IIA 257.2 S. 9).

4.8.2 Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung ergibt sich Folgendes: Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnostischen Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin bestehen bei

der Anpassung an Regeln und Routinen, Planung und Strukturierung von Aufgaben und der Selbstbehauptungsfähigkeit mittelgradige und bei der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen und der Durchhaltefähigkeit schwere, also insgesamt deutliche Beeinträchtigungen des funktionellen Leistungsvermögens (act. IIA 259.1 S. 18 und 23) mit entsprechend in den Akten hinreichend dokumentierter manifester Rückfallgefahr (BGer 8C_407/2020, E. 6.1), womit der psychiatrische Gutachter die vom behandelnden Dr. med. F._____ in sogenannten guten Phasen attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit und die damit einhergehende günstige Prognose nachvollziehbar als "theoretisch" bezeichnet (act. IIA 259.1 S. 22; vgl. dazu im Übrigen auch bereits der Vorgutachter Dr. med. C._____ in act. II 39 S. 12 und 69 S. 9).

4.8.3 Sodann ist auf den Verlauf und den Ausgang von Therapien (und damit auf Behandlungserfolg bzw. -resistenz) als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Der Beschwerdeführer steht seit Jahren in ambulanter psychiatrischer Behandlung, welche einmal pro ein- bis zwei Monate stattfindet. Regelmässig wird er von einer delegierten Psychotherapeutin wöchentlich zu Hause besucht und therapiert. Seit einigen Jahren besteht die Medikation mit Quetiapin und er besucht seit Januar 2020 wöchentlich eine Alkohol-selbsthilfegruppe. Insgesamt war der Beschwerdeführer seit 1997 ca. 18 bis 20 Mal in psychiatrischen bzw. suchtspezifischen Kliniken hospitalisiert (act. IIA 259.1 S. 15 f.). Gemäss Gutachter handelt es sich in Bezug auf die bipolare affektive Störung um eine leitliniengetreue psychiatrische und psychopharmakologische Behandlung. Weil der Beschwerdeführer jedoch immer wieder Überforderungssituationen und depressive Episoden erlebt, welchen er dann dysfunktionalerweise mit erhöhtem Alkoholkonsum begegnet, ist gemäss Gutachter eine länger dauernde stationäre psychiatrische resp. suchtspezifische Behandlung anzustreben (act. IIA 259.1. S. 22).

4.8.4 In Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) zur bipolaren affektiven Störung steht eine generalisierte Angststörung, welche jeweils in vor allem beruflichen Überforderungs- und Stresssituationen auftritt. Die generalisierte Angststörung führt durch Ängste zu einer vermehrten An-

spannung und vegetativen Symptomen und anschliessend zu einem dysfunktionalen Bewältigungsmuster bzw. den Alkoholabstürzen (vgl. dazu auch die Beobachtungen anlässlich der beruflichen Eingliederungsmassnahmen; act. II 85 S. 3, 88 S. 4, 91 S. 3, act. IIA 214 S. 7, 238 S. 2, 257.2 S. 7).

4.8.5 Zur Persönlichkeit erwähnt der Experte, dass eine Persönlichkeitsstörung resp. eine Störung der komplexen "Ich-Funktionen" nicht anzunehmen sei (act. IIA 257.2 S. 7). Insoweit sind keine Persönlichkeitsmerkmale ersichtlich, die im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen könnten.

4.8.6 Der Gutachter äussert sich auch nachvollziehbar und überzeugend zum Komplex sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303), der Ressourcen bereitstelle. So wohnt der Beschwerdeführer gemeinsam mit seiner Ex-Freundin in einer Wohngemeinschaft und kann Haushaltstätigkeiten wahrnehmen. Mit im Haushalt leben zwei Katzen. Des Weiteren ist er in der Lage, den Kontakt zu seinem Bruder, der Mutter und drei alten Freunden aufrecht zu erhalten (act. II 259.1 S. 14, 22). Bislang vermochten aber die attestierten Ressourcen und soziale Einbettung die Rückfallgefahr nicht zu beheben.

4.8.7 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie Konsistenz. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303). Der Gutachter geht entgegen der Beschwerdegegnerin (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. vii f.) davon aus, dass keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein von Inkonsistenzen gegeben sind (act. IIA 259.1 S. 22). Zwar ist der Beschwerdegegnerin zuzustimmen, dass der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben die Haushaltung erledigen sowie Autofahren kann, gerne Musik hört und ab und zu mit Freunden an ein Konzert geht (act. IIA 259.1 S. 14 f.). Dies betrifft indessen das Freizeit- und nicht das Arbeitsumfeld, in welchem der Beschwerdeführer rasch mit Überforderung und Versagensängsten reagiert, womit eine manifeste Rückfallgefahr entsteht. Die zum Untersuchungszeitpunkt vorliegende Dekompensation ereignete sich im Rahmen des geschützten Arbeitsplatzes in den psychiatrischen Diensten G._____, wo der Beschwerdeführer während 30%-40% im ... arbeitete (act. IIA 259.1 S. 22). Insgesamt ist entsprechend der Einschätzung des

psychiatrischen Gutachters davon auszugehen, dass keine Inkonsistenzen vorliegen.

4.8.8 Was den Indikator der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen anbelangt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), ist den Akten zu entnehmen, dass ein wesentlicher Leidensdruck besteht. Der psychiatrische Gutachter zeigt mit aller Deutlichkeit auf, dass die bislang vom Beschwerdeführer weitgehend selbstbestimmten (vgl. dazu act. II 8 S. 18 und 15 S. 6 als Ausnahme [Fürsorgerischer Freiheitsentzug ab Ende September 2007]; act. IIA 219 S. 24 ["Er kenne verschiedene "Skills", die er beim Suchtdruck anwenden könnte. Aktuell habe er keinen Suchtdruck, möchte abstinent bleiben. Angebot auf der Suchtstation ... die Therapie zu beginnen, lehnte er ab."]), act. IIA 214 S. 5 m.H.a. 219 S. 23, 218 S. 5 ["Bezüglich anschließender Entwöhnungstherapie sei er ambivalent, weil er seine Partnerin rasch wieder unterstützten wolle."]) Therapieversuche nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung führten, es sich dabei namentlich um symptom- (Alkoholentzug) und nicht ursachenbezogene (Angststörung) Therapien handelte. Der psychiatrische Gutachter hält deshalb eine längerdauernde (mehrmonatige) stationäre psychiatrische und suchtspezifische Behandlung für indiziert und dem Beschwerdeführer für zumutbar (act. IIA 259.1 S. 23). Im Rahmen seiner Verpflichtung zur Schadenminderung wird sich der Beschwerdeführer einer solch stationären Therapie auf entsprechende Aufforderung der Beschwerdegegnerin zu stellen haben. Gegebenenfalls wird die Beschwerdegegnerin das Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 21 Abs. 4 ATSG anzuwenden und dem Beschwerdeführer die IV-Rente (vgl. E. 5 hiernach) zu entziehen haben, falls er sich diesbezüglich nicht kooperativ verhalten sollte.

4.8.9 Der psychiatrische Gutachter hält weiter für erforderlich, dass im Anschluss an die stationäre Behandlung berufliche Massnahmen folgen sollten (act. IIA 259.1 S. 25). Dabei wird die Beschwerdegegnerin mit Blick auf die hohe Rückfallgefahr bei Überforderungssituationen (vgl. E. 4.8.2 ff.) gegebenenfalls zu berücksichtigen haben, dass der Beschwerdeführer entgegen der Selbstdarstellung (act. IIA 259.1 S. 13) nicht ..., sondern bloss ... ohne entsprechende Ausbildung und zudem in dieser Tätigkeit nicht mehr auf dem neusten Stand der ... ist (act. IIA 219 S. 7).

4.8.10 Mit Blick auf das in allen Punkten überzeugende, insbesondere auch normativ ausgerichtete psychiatrische Gutachten des Dr. med. I. _____ (act. IIA 259.1) hat die Beschwerdegegnerin die Grenzen einer zulässigen rechtlichen Überprüfung überschritten, indem sie sich fachfremd medizinisch eingelassen und eine vom Gutachten losgelöste juristische Parallelprüfung vorgenommen hat. Zusammenfassend ist der Experte seiner Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nachgekommen, weshalb der Folgenabschätzung des Gutachters aus rechtlichen Gründen zu folgen ist.

4.9 Dr. med. H. _____ hat im rheumatologischen Teilgutachten vom 6. Mai 2020 (act. IIA 257.1) einlässlich begründet, dass aufgrund degenerativer Veränderungen eine verminderte Belastbarkeit im unteren Rücken sowie den unteren Extremitäten besteht, wobei in der bisherigen Tätigkeit, welche administrativ, leicht und wechselbelastend ist und auch freier Positionswechsel besteht, keine Einschränkung besteht. Die ursprünglich erlernte Tätigkeit als ... ist ungünstig und könnte nur partiell für leichtere Tätigkeiten, ohne Zwangshaltungen gebückt, in der Hocke oder kniend durchgeführt werden. Die somatisch begründeten Arbeitsunfähigkeiten bezogen sich jeweils nur auf die peri- und postoperativen Phasen (act. IIA 257.1 S. 23 f.).

4.10 Zusammengefasst besteht gestützt auf die interdisziplinäre Konsensbeurteilung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten ab November 2018 (act. IIA 257 S. 9 f.).

4.11 Unter Berücksichtigung der Neuanmeldung vom Dezember 2018 (act. IIA 212) und der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf Juni 2019. Da seit November 2018 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jedwede Tätigkeit bestand, hat der Beschwerdeführer ab Juni 2019 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; vgl. E. 3.3 hiervor) Anspruch auf eine ganze IV-Rente.

5.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde vom 29. Januar 2021 gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 15. Dezember 2020 (act. IIA 273) aufzuheben. Dem Beschwerdeführer ist ab dem 1. Juni 2019 eine ganze IV-Rente zuzusprechen.

6.

6.1 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.

6.2 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 Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Die Kostennote von Rechtsanwalt B. _____ vom 5. März 2021, in welcher er einen Aufwand von 20,4166 Stunden à Fr. 250.- geltend macht, erscheint – unter Berücksichtigung des Umstandes, wonach die Beschwerdegegnerin von einem Revisionsgrund ausgegangen und damit einzig die seit der Verfügung vom 7. März 2017 eingetretenen Verhältnisse zu beurteilen waren – als ungeboten hoch. Zudem erschöpft sich die Rechtschrift in bloss formellen Einwänden, für welche der Rechtsvertreter weder den behandelnden Psychiater zu konsultieren hatte noch er sich mit der materiellen Fallbeurteilung auseinandergesetzt hat. Zudem weist Rechtsanwalt

B._____ auch vorprozessualen Aufwand aus. Damit ist der gebotene Aufwand, gemessen an vergleichbaren Fällen – unter Berücksichtigung eines kursorischen Studiums der Vorakten, welche mehrere Gutachten beinhalten – auf 15 Stunden festzusetzen. Sodann erweisen sich die geltend gemachten Auslagen für Fotokopien in der Höhe von Fr. 470.80 (1'177 Stück) als zu hoch, denn der Ausdruck des gesamten elektronischen Dossiers rechtfertigt nicht einen Einzelpreis pro ausgedruckte Seite von Fr. --.40. Die Auslagen für Fotokopien werden deshalb um die Hälfte gekürzt. Somit ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf Fr. 3'750.-- (15 Stunden à Fr. 250.--), zusätzlich Auslagen von Fr. 250.40 (Fr. 235.40 + Fr. 15.--) und Mehrwertsteuer von Fr. 308.05 (7.7% auf Fr. 4'000.40), somit auf Fr. 4'308.45 festzulegen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 15. Dezember 2020 aufgehoben und dem Beschwerdeführer wird ab dem 1. Juni 2019 eine ganze IV-Rente zugesprochen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
4. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'308.45 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern (samt Kopie der Kostennote vom 18. Februar 2021)
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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