

200 19 288 IV (und)
200 19 289 IV (2)
SCJ/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. August 2019

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügungen vom 13. März und 27. März 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1970 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt am 5. Oktober 2014 bei einem Motorradunfall insbesondere ein schweres Polytrauma mit offener distaler Femurfraktur und offener komplexer Unterschenkelfraktur links, eine proximale 3-Segment-Humerusfraktur links, eine dislozierte Olecranonfraktur links und eine Beckenfraktur. Die C._____, bei welcher der Versicherte gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert war, richtete bezüglich dieses Ereignisses die gesetzlichen Versicherungsleistungen aus (vgl. u.a. Akten der C._____ [act. III] K0, K6, K11/3). Mit Verfügung vom 13. März 2018 (act. III K151) sprach sie dem Versicherten eine Integritätsentschädigung in der Höhe von Fr. 81'900.-- für eine Integritätseinbusse von 65% zu. Ferner stellte sie – nach Einholung eines polydisziplinären (orthopädischen, psychiatrischen und neurologischen) Gutachtens der Fachärzte der D._____ AG (MEDAS; Expertise vom 16. August 2018 [act. III M57] inkl. Stellungnahme vom 12. März 2019 [act. III M58]) – mit Verfügung vom 29. März 2019 (act. III K216) die Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen per 31. März 2019 ein und sprach dem Versicherten ab dem 1. April 2019 eine IV-Rente bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 40% zu. Hiergegen erhob der Versicherte Einsprache (act. III K223).

B.

Am 1. Dezember 2014 hatte sich der Versicherte bei der IV unter Hinweis auf den Unfall vom 5. Oktober 2014 zum Leistungsbezug angemeldet (Akten der IV [act. II] 4). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei fand vom 12. März bis am 6. April 2018 eine Arbeitsmarktliche-Medizinische Abklärung (AMA) statt (act. II 144, 153). Nach Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 189) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 15. November 2018 (act. II 190) ab 1. Oktober 2015 bei einem IV-Grad von 100% die Zuspra-

che einer ganzen IV-Rente, ab 1. September 2016 bei einem IV-Grad von 50% die Zusprache einer halben IV-Rente, ab 1. September 2017 bei einem IV-Grad von 100% die Zusprache einer ganzen IV-Rente und ab 1. August 2018 bei einem IV-Grad von 40% die Zusprache einer Viertelsrente in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte Einwand (act. II 195). Mit Verfügung vom 13. März 2019 (act. II 201) sprach die IVB – wie im Vorbescheid angekündigt – ab 1. Oktober 2015 eine ganze IV-Rente, ab 1. September 2016 eine halbe IV-Rente, ab 1. September 2017 eine ganze IV-Rente und ab 1. August 2018 eine Viertelsrente zu. Ferner berechnete sie mit Verfügung vom 27. März 2019 (act. II 204) die für den Zeitraum vom 1. Oktober 2015 bis 28. Februar 2019 ausstehende Nachzahlung und ordnete die Direkt-Auszahlung von Rentenbeträgen in der Höhe von Fr. 24'828.35 an.

C.

Gegen diese zwei Verfügungen erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, am 11. April 2019 Beschwerde und beantragte die kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügungen sowie die Zusprache einer ganzen IV-Rente ab 1. Oktober 2015, einer halben IV-Rente ab 1. September 2016, einer ganzen IV-Rente ab 1. September 2017 und einer Dreiviertelsrente ab 1. August 2018. Eventualiter wurde die Aufhebung der angefochtenen Verfügungen sowie die Rückweisung zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin beantragt.

In der Beschwerdeantwort vom 15. Mai 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 23. Mai 2019 edierte der Instruktionsrichter bei C._____ die amtlichen Akten, welche in der Folge am 28. Mai 2019 beim Gericht eingingen.

Mit Schlussbemerkungen vom 4. und 17. Juni 2019 hielten die Parteien an ihren Ausführungen und Rechtsbegehren fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtenen Entscheide sind 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 die angefochtenen Entscheide berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 Anfechtungsobjekte bilden die Verfügungen vom 13. und 27. März 2019 (act. II 201 und 204). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Folglich ist vorliegend der grundsätzliche Anspruch auf eine IV-Rente, unter Einschluss der unbestritten gebliebenen Zusprache einer ganzen IV-Rente ab Oktober 2015, einer halben IV-Rente ab September 2016 und einer ganzen IV-Rente ab September 2017, zu prüfen.

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 die angefochtenen Entscheide 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).

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). 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).

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). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierter 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). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades 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 beweibelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308).

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

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

2.5 Um den IV-Grad 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).

2.6 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

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

3.

3.1 Der Beschwerdeführer erlitt anlässlich des Motorradunfalls vom 5. Oktober 2014 insbesondere ein schweres Polytrauma mit offener distaler Femurfraktur und offener komplexer Unterschenkelfraktur links, eine proximale 3-Segment-Humerusfraktur links, eine dislozierte Olecranonfraktur links und eine Beckenfraktur (act. III K11/3, M7/1). Im Verlauf erfolgten zahlreiche operative Eingriffe, so u.a. eine Amputation des linken Oberschenkels (inkl. Stumpfrevision resp. Nachamputation), eine Implantation einer Schulterprothese links sowie eine Schraubenosteosynthese im linken Ellbogen (vgl. u.a. act. III M7/1 f., M8, M9). In den daraufhin erstellten zahl-

reichen medizinischen Berichten wurden die Beschwerden und deren Heilungsverlauf ausführlich dargestellt. Konkrete Ausführungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers fehlen in den meisten Berichten jedoch, weshalb diese für die Beurteilung derselben nicht behilflich sind.

Bezüglich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

3.1.1 Im Bericht des Spitals E. _____ vom 25. Mai 2016 (act. II 133.3 S. 17 f.) wurde namentlich ein Status sechs Monate nach Implantation einer inversen Prothese sowie Osteosynthesematerialentfernung Ellbogen links diagnostiziert (S. 17). Sechs Monate nach Prothesenreimplantation zeige sich ein guter Verlauf mit jedoch persistierendem Kraftdefizit. Aufgrund der ausgedehnten Rotatorenmanschetten-Defektsituation sei bezüglich der erreichbaren Funktionsfähigkeit des linken Armes bzw. der linken Schulter de facto ein Endzustand erreicht. Ab dem 1. Juni 2016 werde eine Arbeitsfähigkeit von 50% für Bürotätigkeiten bestätigt (S. 18).

3.1.2 Im zuhanden der C. _____ erstellten Gutachten des Spitals E. _____ vom 13. Juli 2017 (act. II 175.3 S. 1 ff.) wurden ein schweres Polytrauma mit Status nach Oberschenkelamputation, eine undislozierte Acetabulumfraktur rechts, eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) im Rahmen des Motorradunfalles, ein Oberschenkelstumpfinfekt, eine partielle Ulnarisläsion nach Osteosynthesematerialentfernung sowie ein Verdacht auf einen Low Grade-Infekt bei Status nach offener Reposition, Osteosynthese und sekundärer Fraktur-Hemiprothese Schulter links diagnostiziert (S. 2). Der Beschwerdeführer sei vom Mai 2016 bis Juni 2017 zu 50% als ... arbeitstätig gewesen bei Arbeitsunfähigkeit als ... nach dem Unfall. Er habe seine Arbeit bei diesem Pensum fast schmerzfrei und ohne Schwierigkeiten erledigt bis zum Auftreten von schweren depressiven Episoden im Juni 2017. Er berichte über Rückenschmerzen bei dauerndem Sitzen sowie Oberschenkel Schmerzen links bei längerem Gehen wegen der Prothese, obwohl diese gut angepasst sei. Es sei ein Kraftverlust der linken Schulter sowie eine Bewegungseinschränkung feststellbar. Die Kribbelparästhesien im Innervationsgebiet vom Nervus (N.) ulnaris in der linken Hand führten zu keiner grossen Invalidität. Diesbezüglich sei im August 2017 eine Operation geplant (S. 8). Ferner wurde vom 5. Oktober 2014 bis

Mai 2016 eine 100%-ige, vom Mai 2016 bis Juni 2017 eine 50%-ige und vom Juni 2017 bis heute eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit angeführt (S. 5).

3.1.3 Im Rahmen der AMA wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. F._____, Facharzt für Chirurgie, untersucht. Dieser diagnostizierte im Bericht vom 4. April 2018 (act. II 155 S. 2 f.) einen Status nach schwerem Polytrauma vom 5. Oktober 2014 (S. 2). Beim Beschwerdeführer träten nach Zwangshaltungen über 30 Minuten tiefe lumbale Rückenschmerzen ohne Ausstrahlung auf, welche sich nach einer Liegepause oder nach Ändern der Position besserten. Ferner träten vorwiegend bei repetitiven Arbeiten mit der linken Hand Schmerzen im Bereich des Olecranon auf. Bei leichter Arbeit ohne Zwangshaltung und ohne immer wiederkehrende Bewegungsabläufe stellten diese Beschwerden keine wesentliche Komponente der Leistungsminderung dar. Die Prothese sitze gut. Druckstellen habe der Beschwerdeführer keine. Bei längerem Sitzen träten Schmerzen im dorsalen Stumpfgebiet auf. Zuhause ziehe er die Prothese aus und verwende den Rollstuhl. Der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner unfallbedingten Behinderungen in allen Tätigkeiten verlangsamt und brauche mehr Pausen. Ein 100%-Pensum sei medizinisch-theoretisch möglich bei einer Leistungsfähigkeit von ca. 60%. Dabei müssten die Arbeitswege kurz sein, da der Beschwerdeführer an einem Stock gehe. Geeignet seien leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten, welche sowohl stehend wie auch sitzend ausgeführt werden könnten. Repetitive, serielle Arbeiten mit häufiger Zwangshaltung seien ungeeignet. Zudem müsse das Begehen von Leitern und Gerüsten unterlassen werden (S. 3).

Ferner diagnostizierte Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Abklärungsbericht AMA vom 18. April 2018 (act. II 153 S. 2 ff.) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit namentlich eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit vor allem narzisstischen Anteilen (ICD-10 F61.0) und eine depressive Entwicklung im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell leichtgradig (ICD-10 F33.0). Bei der Untersuchung zeige sich der Beschwerdeführer deutlich narzisstisch geprägt und präsentiere auch klare depressive Anteile. Im Verlauf der vierwöchigen Abklärungsphase habe sich die depressive Situation gebessert, nachdem der Beschwerdeführer die zuvor abgesetzten Antidepressiva wieder einge-

nommen habe. Die gesamthaft eruierte Einschränkung der Leistungsfähigkeit betrage 40% und sei vor allem durch die somatischen Beeinträchtigungen erklärbar. Die psychiatrisch bedingten Defizite aufgrund der Auswirkungen der narzisstischen Persönlichkeitsstörung in einem Ausmass von 20% bis 30% seien hierin enthalten (S. 10).

3.1.4 Der Beschwerdeführer war vom 6. November 2017 bis am 23. Februar 2018 in der Tagesklinik des Spitals H._____ in Behandlung. Im Austrittsbericht vom 1. Juni 2018 (act. II 163) wurden eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), teilweise remittiert, eine sonstige Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8) und eine kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) diagnostiziert (S. 1). Im Verlauf der Behandlung sei es zu einer leichten Remission der affektiven Symptomatik gekommen. Bei Austritt hätten weiterhin leichte depressive Symptome mit Angstzuständen, Alpträumen sowie die chronifizierte Schmerzsymptomatik bestanden (S. 2). Trotz deutlicher Traumatisierung durch den Motorradunfall seien die Kriterien für eine PTBS nicht erfüllt (S. 3).

3.1.5 Dr. med. I._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 29. Juni 2018 (act. II 178) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Oberschenkelamputation links, nach Implantation einer inversen Schulterprothese, nach Olecranontrümmerfraktur links sowie nach Revision des N. ulnaris und mittelgradige depressive Episoden, teilweise remittiert seit 2017. Ferner attestierte sie vom 13. Juni 2017 bis am 31. Mai 2018 eine 100%-ige und ab dem 1. Juni 2018 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit. Seit Juni 2018 arbeite der Beschwerdeführer wieder Teilzeit im Büro. Bei angepasster körperlicher Belastung und einem Arbeitsklima, das der psychischen Situation gerecht werde, sei längerfristig eine Arbeitsfähigkeit von 60% bis 70% anzustreben (S. 2 f. Ziff. 1.3, 2.5, 2.7).

3.1.6 Im zuhanden der C._____ erstellten polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 16. August 2018 (act. II 188.2) wurden ein Verlust des linken Oberschenkels mit kurzem Oberschenkelstumpf, prothetisch versorgt mit reizlosen Stumpfverhältnissen ohne Aufbruchtendenz, ohne klinische Hinweise für Neurinombildung, ein Verlust des linken Schultergelenks und Implantation einer inversen Prothese mit nahezu normaler Beweglichkeit

des Schultergelenks, eine knöchern konsolidierte Mehrfragmentfraktur des linken Ellbogengelenks mit endgradiger Bewegungseinschränkung für die Streckung, Beugung und Unterarmumwendbewegung, eine knöchern konsolidierte Becken- und Acetabulumfraktur rechts nach konservativer Behandlung, eine partielle N. ulnaris Läsion links mit vor allem sensibler Ulnarisneuropathie, eine andere, näher bezeichnete trauma- und belastungsbezogene Störung (DSM-5; ICD-10 F43.8) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), festgestellt (S. 15).

Aus somatischer Sicht sei der Beschwerdeführer zufriedenstellend mit einer myoelektrischen Oberschenkelprothese links versorgt. Der kurze Oberschenkelstumpf zeige eine sehr gute Weichteildeckung ohne Druck- und Scheuerstellen trotz häufigen Tragens der Prothese. Das Ergebnis der Schultergelenks-TEP links sei ausgezeichnet, die Beweglichkeit sei nahezu frei und schmerzlos möglich. Auch die Beweglichkeit des linken Ellbogengelenks zeige nur eine geringgradige Einschränkung. Nach Neurolyse und Ventralverlagerung des N. ulnaris bestehe eine geringe Restsymptomatik. Die störenden Kribbelparästhesien hätten sich so weit gebessert, dass der Beschwerdeführer diese im Alltag nur noch als „Randphänomen“ wahrnehme. Auch die Stellung der Finger IV und V habe sich deutlich gebessert (S. 16). Aufgrund der Folgen des Motorradunfalls könne der Beschwerdeführer nur noch leichte körperliche Tätigkeiten ausüben. Diese Tätigkeiten müssten überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit der eigen gewählten Positionswechsel durchgeführt werden. Gerüst- und Leitertätigkeiten, Tätigkeiten unter Zeitdruck wie z.B. Akkord- oder Fließbandtätigkeiten, Überkopftätigkeiten, kniende oder hockende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten in Zwangshaltung für die Wirbelsäule oder die unteren Extremitäten seien nicht zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... mit ...tätigkeit sei nicht mehr gegeben, die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit, entsprechend der aktuellen Tätigkeit des Beschwerdeführers, sei in einem Pensum von 100% und einer Leistungsminderung von 40% zumutbar (S. 17). Dies sei durch ein verlangsamtes Gangbild, der Notwendigkeit des Schonens des Oberschenkelstumpfes und mit der verminderten Einsatzfähigkeit des linken Armes begründet (S. 20 Ziff. 7.3).

Aus psychiatrischer Sicht könne entsprechend der Beurteilung in den Akten das Bestehen einer PTBS verneint werden. Es liege aber ein Zustand vor, der einer anderen näher bezeichneten trauma- und belastungsbezogenen Störung entspreche. In diesem Zusammenhang sei es zu einer depressiven Entwicklung gekommen, die aktuell noch anhalte. Ob der Beschwerdeführer tatsächlich an einer Persönlichkeitsstörung leide, könne dahinstehen. Da sich die klinische Relevanz einer Persönlichkeitsstörung aus dem Funktionsniveau ableiten müsse, spreche die lebensgeschichtliche Entwicklung nicht dafür, dass vor dem Unfall eine relevante Störung vorgelegen habe (S. 16). Aus psychiatrischer Sicht bestünden leichte Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Verkehrsfähigkeit, der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Gruppenfähigkeit und der Verkehrsfähigkeit sowie mittelschwere Beeinträchtigungen der Durchhaltefähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Fähigkeit zu familiären beziehungsweise intimen Beziehungen und der Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten vor (S. 20 Ziff. 7.1). Sowohl in der angestammten wie auch in einer Verweistätigkeit sei der Beschwerdeführer um 40% eingeschränkt (S. 17 und 20 Ziff. 7.3).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei und in einer angepassten Tätigkeit eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit bestehe mit einer Leistungsminderung von 40%. Dabei handle es sich nicht um eine additive, sondern um eine integrative Einschränkung, die sowohl die somatischen als auch die psychiatrischen Aspekte berücksichtige (S. 20 Ziff. 7.3).

3.1.7 Der RAD-Arzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, kam im Aktenbericht vom 30. Oktober 2018 (act. II 189) zum Schluss, dass auf die Beurteilung im MEDAS-Gutachten vom 16. August 2018 abgestellt werden könne (S. 4). Bezüglich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit führte er aus, ab dem Unfall vom 5. Oktober 2014 habe in sämtlichen Tätigkeiten eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, wobei die angestammte Tätigkeit als ... mit ...arbeiten dauernd nicht mehr zumutbar sei. Ab Juni 2016 bis Ende Mai 2017 habe in einer angepassten Tätigkeit

aufgrund der Unfallfolgen am Bewegungsapparat und der sensiblen Störung im Ausbreitungsgebiet des linksseitigen N. ulnaris eine 50%-Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 5 und S. 8). Ab Juni 2017 bis spätestens zur AMA (Abschluss am 6. April 2018) sei der Beschwerdeführer wiederum zu 100% arbeitsunfähig gewesen; dies wegen der weiterhin bestehenden Unfallfolgen am Bewegungsapparat, der sensiblen Störung im Ausbreitungsgebiet des linksseitigen N. ulnaris (Operation am 24. August 2017) sowie der Krankschreibung aus psychischen Gründen ab Juni 2017 inkl. Aufenthalt in der Tagesklinik 6. November 2017 bis am 23. Februar 2018. Ab dem 7. April 2018 (Austritt aus der AMA) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60% (S. 8).

3.1.8 Die MEDAS-Gutachter führten in der Stellungnahme vom 12. März 2019 (act. III M58) ergänzend aus, die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Diskrepanz zwischen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht und der interdisziplinären Beurteilung bestehe nicht. Wenn aus orthopädischer Sicht unter Quintessenz ein Pensum von 60% festgestellt worden sei, sei dies missverständlich ausgedrückt. Gemeint sei entsprechend der Gesamtbeurteilung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40% (bei vollem Pensum mit 40%-iger Leistungseinschränkung). Soweit der Beschwerdeführer ausführe, die aktuelle Tätigkeit zu einem Pensum von 50% bringe ihn an die Grenze der Belastbarkeit, fehle es diesbezüglich an einer medizinischen Begründung. Insbesondere sei nicht nachvollziehbar, warum der Nachmittag dafür verwendet werde, die Prothese abzuziehen und den Stumpf zu pflegen. Die Prothese werde nach Angabe des Beschwerdeführers ganztätig getragen. Die Stumpfverhältnisse seien trotz der Kürze des Stumpfes als sehr gut zu bezeichnen (act. III M58/2). Die subjektiven Einschränkungen des Beschwerdeführers seien im Gutachten sehr ausführlich dokumentiert und in die Beurteilung miteingeflossen. Somit ergäben sich keine Argumente, die von den Schlussfolgerungen des Gutachtens vom 16. August 2018 abweichen liessen (act. III M58/3).

3.1.9 Dr. med. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, bestätigte im Zeugnis vom 5. April 2019 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 6), dass die Arbeitszeit des Beschwerdeführers nicht 50% über-

schreiten sollte, sonst drohe wegen der Oberschenkelprothese eine Schädigung oder Verschlechterung des Hautzustandes am Amputationsstumpf. Bei längerem Tragen und Belasten der Prothese komme es rasch zu Druckstellen/Rötungen oder Blasen.

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).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich vorab auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 16. August 2018 (act. II 188.2) gestützt.

Die Gutachter haben sich in ihren ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das Gutachten vom 16. Au-

gust 2018 (act. II 188.2) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben ausführlich begründet, dass der Beschwerdeführer an einem – prothetisch versorgten – Verlust des linken Oberschenkels, einem Verlust des linken Schultergelenks mit Implantation einer inversen Prothese, einer knöchern konsolidierten Mehrfragmentfraktur des linken Ellbogengelenks, einer knöchern konsolidierten Becken- und Acetabulumfraktur rechts, einer partiellen N. ulnaris Läsion links, einer anderen, näher bezeichneten trauma- und belastungsbezogenen Störung sowie einer rezidivierenden depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, leidet (act. II 188.2 S. 15). Weiter haben die Gutachter nachvollziehbar dargelegt, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar ist. Zudem haben sie schlüssig begründet, dass eine angepasste leichte Tätigkeit (überwiegend sitzend, mit der Möglichkeit der eigen gewählten Positionswechsel, ohne Gerüst- und Leitertätigkeiten, ohne Tätigkeiten unter Zeitdruck, ohne Überkopftätigkeiten, ohne kniende oder hockende Tätigkeiten, ohne Tätigkeiten in Zwangshaltung für die Wirbelsäule oder die unteren Extremitäten) zu 100% zumutbar ist mit einer Leistungsminderung von 40% (Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60%, vollschichtig umsetzbar; S. 17, S. 20 Ziff. 7.3). Dabei wurde die Leistungsminderung – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 6 f. Ziff. 9) – plausibel mit dem verlangsamten Gangbild, der Notwendigkeit des Schonens des Oberschenkelstumpfes und mit der verminderten Einsatzfähigkeit des linken Armes erklärt (S. 20 Ziff. 7.3). Weitergehende unfallfremde Gesundheitsbeeinträchtigungen sind vorliegend im Übrigen nicht ausgewiesen und werden auch nicht vorgebracht.

Wenn in der Beschwerde (S. 6 Ziff. 8) geltend gemacht wird, dass die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der MEDAS-Gutachter im Widerspruch stehe mit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Fachgebiet Orthopädie/Traumatologie, in welcher von einem Pensum von 60% ausgegangen worden sei, haben die MEDAS-Gutachter in der Stellungnahme vom 12. März 2019 (act. III M58) klar festgehalten, dass die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beurteilung aller beteiligten Gutachtern entspricht. Damit ist der geltend gemachte Wider-

spruch ohne weiteres geklärt worden. Weiter ist die Beurteilung der MEDAS-Gutachter in sich schlüssig und überzeugend und wurde durch den RAD-Arzt Dr. med. J. _____ auch bestätigt (act. II 189 S. 4). Darüber hinaus steht die Einschätzung im Einklang mit den Beurteilungen der Dres. med. F. _____ und G. _____, welche im Rahmen der durchgeführten AMA ebenfalls zum Schluss kamen, dass dem Beschwerdeführer ein 100%-iges Pensum zumutbar ist mit einer Leistungsminderung von 40% (act. II 153 S. 10, 155 S. 3). Letztlich ging auch die Hausärztin Dr. med. I. _____ im Bericht vom 29. Juni 2018 (act. II 178) davon aus, dass in einer angepassten Tätigkeit längerfristig eine Arbeitsfähigkeit von 60% bis 70% anzustreben sei (S. 3 Ziff. 2.7).

Soweit im MEDAS-Gutachten aus psychiatrischer Sicht aufgrund der diagnostizierten anderen, näher bezeichneten trauma- und belastungsbezogenen Störung und der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 40% attestiert worden ist (act. II 188.2 S. 17, S. 20 Ziff. 7.3), muss vorliegend nicht geprüft werden, ob diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht zu berücksichtigen ist (vgl. E. 2.2.2 hiervor). Denn die aus psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit deckt sich – zumindest in der angepassten Tätigkeit – mit den aus somatischer Sicht festgestellten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (S. 20 Ziff. 7.3), womit sich eine Indikatorenprüfung hier erübrigt.

3.4 Am Beweiswert des MEDAS-Gutachtens ändert nichts, dass Dr. med. K. _____ im Bericht vom 5. April 2019 (act. I 6) eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat. Denn eine substantiierte Begründung der attestierten Arbeitsunfähigkeit fehlt in diesem Bericht. Diesbezüglich ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass Dr. med. F. _____, der den Beschwerdeführer anlässlich der AMA untersucht hat, im Bereich des Amputationsstumpfes keine Druckstellen feststellen konnte (act. II 155 S. 3), dies obwohl der Beschwerdeführer während der AMA ganztägig beschäftigt war (act. II 153 S. 2 Ziff. 2). Dies spricht gegen die Behauptung der Hausärztin,

dass es bei längerem Tragen und Belasten der Prothese rasch zu Druckstellen/Rötungen oder Blasen komme (act. I 6).

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, dass er mit seinem aktuell ausgeübten Pensum von 50% (mit einer Arbeitsleistung von 40%) an der Grenze seiner Belastbarkeit sei (Beschwerde S. 6 f. Ziff. 9), ändert dies vorliegend nichts. Denn aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht ist nicht die subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die versicherte Person, sondern die medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgebend. Ausserdem haben sich die MEDAS-Gutachter in der Stellungnahme vom 12. März 2019 (act. III M58) mit der Einschätzung des Beschwerdeführers, dass er gesundheitsbedingt nicht mehr als ein 50%-igen Pensum bewältigen könne, auseinandergesetzt und schlüssig dargelegt, dass dies medizinisch nicht nachvollziehbar sei (act. III M58/2).

3.5 Hinsichtlich des Verlaufs des Gesundheitsschadens hat der RAD-Arzt Dr. med. J. _____ im Bericht vom 30. Oktober 2018 (act. II 189 S. 8) plausibel dargelegt, dass – nachdem ab dem Unfall vom 5. Oktober 2014 in sämtlichen Tätigkeiten eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hatte – ab Juni 2016 insofern eine Verbesserung der Unfallfolgen eingetreten ist, als ab diesem Zeitpunkt in einer angepassten Tätigkeit von einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen war. Weiter hat er schlüssig begründet, dass ab Juni 2017 insbesondere aufgrund einer (vorübergehenden) Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes erneut eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist. Schliesslich attestierte er ab dem 7. April 2018 (Austritt aus der AMA) – ausgehend von der Beurteilung der MEDAS-Gutachter – eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60%. Die Einschätzung steht im Einklang mit den vorliegenden medizinischen Akten (vgl. diesbezüglich insbesondere E. 3.1.1, 3.1.2 und 3.1.4 hiervor) und wird von den Parteien nicht beanstandet. Darauf ist abzustellen.

3.6 Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass von Oktober 2014 bis Ende Mai 2016 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten bestanden hat. Ab Juni 2016 hat sich der Gesundheitszustand verbessert und in einer angepassten leichten Tätigkeit (überwiegend sitzend, mit der Möglichkeit der eigen gewählten Positionswechsel, ohne Gerüst- und Leitertätigkeiten, ohne Tätigkeiten unter Zeitdruck, ohne Über-

kopftätigkeiten, ohne kniende oder hockende Tätigkeiten, ohne Tätigkeiten in Zwangshaltung für die Wirbelsäule oder die unteren Extremitäten) ist ab diesem Zeitpunkt eine 50%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgewiesen. Ab Juni 2017 ist aufgrund einer Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszustandes erneut von einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Ab dem 7. April 2018 ist wiederum eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten und in einer angepassten Tätigkeit besteht eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit mit einer 40%-igen Leistungsminderung. Die jeweiligen Veränderungen stellen Revisionsgründe dar (vgl. E. 2.6 hiavor). Der Sachverhalt ist somit hinreichend erstellt, weshalb – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 9 Ziff. 11) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2).

Nachfolgend ist der IV-Grad mittels Einkommensvergleichs zu ermitteln.

4.

4.1

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

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen

werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Vorliegend ist seit Oktober 2014 in der angestammten Tätigkeit eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (vgl. E. 3.3 hier vor). Der frühest mögliche Rentenbeginn ist deshalb unter Berücksichtigung des Wartejahres und der Anmeldung im Dezember 2014 (act. II 4) in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf Oktober 2015 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich durchzuführen.

4.3 Bei einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.5 hier vor) be-

steht ab dem 1. Oktober 2015 bei einem IV-Grad von 100% ein Anspruch auf eine ganze IV-Rente.

4.4 Ab Juni 2016 ist in einer angepassten Tätigkeit von einer 50%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen (vgl. E. 3.5 hiavor). Diese gesundheitliche Verbesserung, welche nach drei Monaten zu berücksichtigen ist (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]), stellt einen Revisionsgrund dar (vgl. E. 2.6 hiavor). Damit ist ab diesem Zeitpunkt eine weitere Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.4.1 Es ist unbestritten und erstellt, dass der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit weiterhin als ... tätig wäre, weshalb das Valideneinkommen grundsätzlich aufgrund des zuletzt – ohne Invalidität – erzielten Einkommens festzusetzen ist.

Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers (vgl. act. II 17 S. 3 f. Ziff. 2.10) ermittelt und per 2014 auf Fr. 66'560.-- (act. II 201 S. 5) festgesetzt, was nicht zu beanstanden ist. Gegenteiliges wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht. Dies ergibt auf das massgebliche Jahr 2016 aufgerechnet ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 67'150.75 (Fr. 66'560.-- : 101.4 x 102.3; Bundesamt für Statistik [BFS], Nominallöhne Männer 2011 – 2018, Tabelle T1.1.10, lit. H [Verkehr und Lagerei]).

4.4.2 Der Beschwerdeführer hat keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen, weshalb das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne (LSE 2016) zu ermitteln ist.

Ausgehend von der Tatsache, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist, jedoch (ab Juni 2016) in einer angepassten Tätigkeit eine 50%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht (vgl. E. 3.5 hiavor), ist es vorliegend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen gestützt auf das Total des Kompetenzniveaus 1, Tabelle TA1, festgelegt hat, zumal dem Beschwerdeführer verschiedene Verweistätigkeiten in diversen Tätigkeitsgebieten offen stehen. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer beträgt

Fr. 5'340.--. An die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [BUA], Total) angepasst und unter Berücksichtigung der 50%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit, resultiert daraus ein Invalideneinkommen von Fr. 33'401.70 (Fr. 5'340.-- : 40 x 41.7 x 12 x 0.5) im Jahr.

Ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.1.2 hiervor) ist hier nicht gerechtfertigt und wurde von der Beschwerdegegnerin auch nicht vorgenommen.

4.4.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 67'150.75 und einem Invalideneinkommen von Fr. 33'401.70 resultiert ein IV-Grad von gerundet 50% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Es besteht folglich ab September 2016 ein Anspruch auf eine halbe IV-Rente.

4.5 Ab Juni 2017 ist aufgrund der eingetretenen Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszustandes ein zusätzlicher Revisionsgrund gegeben (vgl. E. 3.5 hiervor), welcher nach drei Monaten zu berücksichtigen ist (Art. 88a Abs. 2 IVV). Ab diesem Zeitpunkt ist ein weiterer Einkommensvergleich durchzuführen.

Bei einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.5 hiervor) besteht ab September 2017 bei einem IV-Grad von 100% wiederum ein Anspruch auf eine ganze IV-Rente.

4.6 Ab dem 7. April 2018 ist in einer angepassten Tätigkeit von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 40% auszugehen (vgl. E. 3.3 und 3.5 hiervor). Diese gesundheitliche Verbesserung stellt wiederum einen nach drei Monaten zu berücksichtigenden (Art. 88a Abs. 1 IVV) Revisionsgrund dar (vgl. 2.6 hiervor). Damit ist ab diesem Zeitpunkt eine weitere Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.6.1 Das Valideneinkommen ist gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin (vgl. E. 4.4.1 hiervor) per 2018 auf Fr. 67'347.70 (Fr. 66'560.-- : 101.4 x 102.6; BFS, Nominallöhne Männer 2011 – 2018, Tabelle T1.1.10, lit. H) festzusetzen.

4.6.2 Das Invalideneinkommen ist mangels Aufnahme einer Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen weiterhin gestützt auf die Tabellenlöhne (LSE 2016, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Total) zu ermitteln (vgl. E. 4.4.2 hiervor).

Dies ergibt auf das massgebende Jahr 2018 aufgerechnet, an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, BUA, Total) angepasst und unter Berücksichtigung der 100%-igen Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 40% ein Invalideneinkommen von Fr. 40'440.65 (Fr. 5'340.-- : 40 x 41.7 x 12 : 100.6 x 101.5 [BFS, Nominallöhne Männer 2016 – 2018, Tabelle T1.1.15, Total] x 0.6) im Jahr.

Ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.1.2 hiervor) ist weiterhin nicht gerechtfertigt und wurde auch nicht vorgenommen.

4.6.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 67'347.70 und einem Invalideneinkommen von Fr. 40'440.65 resultiert ein IV-Grad von gerundet 40%. Folglich besteht ab August 2018 ein Anspruch auf eine Viertelsrente (vgl. E. 2.2 hiervor).

4.7 Soweit der Beschwerdeführer letztlich die Rentenhöhe resp. die Nachzahlungen für die Zeitperiode 1. September 2016 bis 30. Juni 2017 beanstandet und geltend macht, dass die Rentenhöhe nicht mit der zugesprochenen (halben) IV-Rente übereinstimme (Beschwerde S. 3), hat die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hingewiesen, dass er in dieser Zeit aufgrund der durchgeführten Eingliederungsmassnahmen (Arbeitsversuch und Umschulung) Taggelder der Invalidenversicherung bezogen hat (vgl. Verfügungen vom 21. Juni 2016 und 9. Februar 2017; act. II 65 und 113), weshalb für diese Zwischenphase kein Rentenanspruch besteht (Art. 29 Abs. 2 und Art. 43 Abs. 2 IVG; vgl. auch Rz. 9003 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]).

4.8 Nach dem Dargelegten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab Oktober 2015 eine ganze IV-Rente, ab September 2016 eine halbe IV-Rente, ab September 2017 eine ganze IV-Rente und ab August 2018 eine Viertelsrente zugesprochen hat. Die gegen die angefochtenen Verfügungen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- 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.