200 19 928 IV
WIS/SAW/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. Juni 2020

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Baumann

A._____
vertreten durch Rechtsanwalt B._____

Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 8. November 2019

Sachverhalt:

A.

Der 1980 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt am 8. Februar 2006 einen Verkehrsunfall und musste sich in der Folge einer Unterschenkelamputation rechts unterziehen (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 15; 18 S. 7 ff.). Bei einem Unfall am 3. Januar 2017 stürzte er in der Dusche und verletzte sich die linke Schulter (act. II 23.87). Am 18. Juni 2018 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf „Körperschäden“ bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (act. II 1). Mit Schreiben vom 17. Dezember 2018 (act. II 36) teilte er der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mit, er habe sich bei einem erneuten Unfall (Treppensturz) am 4. September 2018 die linke Hand verletzt und sei am 11. September 2018 operiert worden (act. II 36 S. 3). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen, insbesondere nach einer bidisziplinären Begutachtung in den Bereichen Orthopädie und Psychiatrie durch die MEDAS C._____ GmbH (MEDAS; Gutachten vom 8. Juli 2019; act. II 63.1), stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 16. Juli 2019 (act. II 65) die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 0% in Aussicht. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand (act. II 73) mit Verfügung vom 8. November 2019 (act. II 77) fest.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 11. Dezember 2019 Beschwerde und beantragte die kostenfällige Aufhebung der Verfügung vom 8. November 2019 sowie die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100%. Eventuell sei die angefochtene Verfügung wegen der Verletzung der Begründungspflicht aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen. Eventuell sei die Sache zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen zwecks Feststellung des vollständigen und richtigen rechtserheblichen Sachverhaltes.

In der Beschwerdeantwort vom 21. Januar 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 11. Februar 2020 reichte der Beschwerdeführer eine Replik sowie einen Arztbericht vom 13. Januar 2020 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 5) ein und hielt an den gestellten Rechtsbegehren fest.

Mit Duplik vom 5. März 2020 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren gemachten Ausführungen und dem gestellten Antrag fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 8. November 2019 (act. II 77). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

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 und bringt vor, die Beschwerdegegnerin habe in der angefochtenen Verfügung nicht begründet, weshalb dem MEDAS-Gutachten mehr Gewicht zukomme als den übrigen Arztberichten (vgl. Beschwerde S. 4 f. Ziff. 3.1).

2.1 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Die Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 16. September 2019, 9C_494/2019, E. 4; SVR 2017 KV Nr. 6 S. 30 E. 5).

2.2 Die Beschwerdegegnerin verwies in der Verfügung vom 8. November 2019 (act. II 77 S. 1) hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit und des Zumutbarkeitsprofils auf die getätigten Abklärungen. Mit Blick auf die medizinischen Akten, namentlich das mit der Verfügung übereinstimmende gutachterliche Zumutbarkeitsprofil (vgl. act. II 63.1 S. 8 Ziff. 4.7), ist – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (vgl. S. 4) – ersichtlich, dass sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht auf das von ihr in Auftrag gegebene Gutachten vom 8. Juli 2019 stützte. Sodann hat die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung dargelegt, weshalb sie auf das Gutachten abstellte und nicht auf die Berichte des Hausarztes und der behandelnden Ärzte (act. II 77 S. 2). Dabei hat sie sich zulässigerweise auf die wesentlichen Gesichtspunkte beschränkt (vgl. E. 2.1 hiervor). Dem Beschwerdeführer war es denn auch möglich, gestützt auf die Ausführungen in der Verfügung eine ausführlich begründete Beschwerde einzureichen. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs resp. der Begründungspflicht liegt somit nicht vor (vgl. BGE 142 III 433 E. 4.3.2 S. 436). Im Übrigen wäre eine (leichte) Verletzung des rechtlichen Gehörs im vorliegenden Beschwerdeverfahren geheilt, da der Beschwerdeführer seine Rügen in einem doppelten Schriftenwechsel uneingeschränkt vortragen konnte und das angerufene Verwaltungsgericht volle Kognition hat (vgl. BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2).

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).

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).

3.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

3.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren

sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

4.

4.1 In medizinischer Hinsicht finden sich in den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben:

4.1.1 Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 15. August 2018 (act. II 18) einen Status nach unverarbeiteter posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) als Folge eines Autounfalles (Phantomschmerz) und eine rezidivierende depressive Störung mittel bis schwere Episode (ICD-10 F32.1-2; S. 3 Ziff. 2.5). Ab dem 17. Januar 2017 bis auf weiteres attestierte er eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.3).

4.1.2 Am 30. Oktober 2018 (act. II 31 S. 10) diagnostizierte Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Praktischer Arzt, refraktäre und im Trend zunehmende Schmerzen im Unterschenkelstumpf rechts sowie ein beschwerdearmes subacromiales Impingement (SAD) des linken Schultergelenkes. Bei der klinischen Untersuchung hätten sich die schmerzhaften und entzündlich veränderten Kallositäten (Schwielen) an der Leistenhaut der ehemaligen Ferse rechts gezeigt. Radiographisch bestünden an den distalen Enden von Fibula und Tibia zum einen eine besondere Nähe der Knochenenden an der Haut und zum anderen eine Syndesmosensprengung und Instabilität tibiofibular. Die Knochenmatrix zeige vor allem distal eine zu erwartende herabgesetzte Mineralisation aufgrund der amputationsbedingten Belastungsminderung/Inaktivität. Aus chirurgischer Sicht sei die Indikation für eine Stumpf-Revision gegeben. Es müsse jedoch davon ausgegangen werden, dass sich – obgleich der Wahrscheinlichkeit einer klinischen Linderung der Stumpfbeschwerden – zu einem späteren Zeitpunkt (Jahre?) erneute Probleme wie derzeit einstellen könnten.

4.1.3 Mit Bericht vom 1. November 2018 (act. II 31 S. 3) hielt der Hausarzt, Dr. med. F._____, Praktischer Arzt, fest, es lägen ein chronisches Zustandsbild sowie eine Depression vor (S. 5 Ziff. 2.5). Er postulierte ab dem 16. Juni 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für mittelschwere und schwere Tätigkeiten und gab an, im Rahmen einer geschützten Arbeitsstelle sei der Patient zu 100% arbeitsfähig (S. 3 f. Ziff. 1.3 und S. 7 Ziff. 4.2).

Am 19. Dezember 2018 (act. II 39 S. 2) führte Dr. med. F._____ aus, der Patient, die Angehörigen und der Psychiater seien der Ansicht, dass der Patient nicht fähig sei, eine Arbeit auszuüben. Aufgrund dessen betrachte er den Patienten zu 100% arbeitsunfähig für die freie Wirtschaft wie auch in geschützter Arbeitsstelle.

4.1.4 Anlässlich einer Konsultation am 31. August 2018 des Spitals G._____ wurde eine chronische Schmerzerkrankung mit/bei Stumpfschmerzen Unterschenkel rechts, Status nach 6-maliger Fussoperation, Status nach Fussamputation rechts 2006, AC-Gelenksarthropathie Schulter links und Lumbalgien bei Status nach PKW-Unfall 2006 diagnostiziert (vgl. Bericht vom 26. November 2018, act. II 43 S. 3). Die Schmerzen im Amputationsstumpf stünden im Vordergrund und wiesen einen neuropathischen Charakter auf. Die geröteten Ränder im Bereich der Lappenplastik und die im lateralen Stumpfbereich lokalisierte Druckdolenz bei spürbarem darunterliegendem Knochen liessen auch an eine zusätzliche nozizeptive Schmerzkomponente denken (S. 4).

4.1.5 Im bidisziplinären MEDAS-Gutachten vom 8. Juli 2019 (act. II 63.1) wurden nach orthopädischer und psychiatrischer Untersuchung die folgenden Diagnosen aufgeführt (S. 7 Ziff. 4.2):

a) Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:
   - Unterschenkelamputation rechts (ICD-10 T93.6)
     - Status nach Verkehrsunfall 2006 mit schwerer Fussverletzung und nachfolgend wiederholten Operationen bis zur Amputation

b) Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:
   1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)

2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
3. Klinischer Verdacht auf leichtgradiges subakromiales Impingement Schulter links (ICD-10 M75.4):
   - aktenanamnestisch AC-Gelenks-Arthropathie, aktuell ohne eindeutig pathologischen klinischen Befund (ICD-10 M19.01)
   - aktuell kein Hinweis auf eine funktionell relevante Pathologie der Rotatorenmanschette
4. Leichte Restbeschwerden 5. Strahl Hand links (ICD-10 M79.64)
   - Status nach Osteosynthese vom 11.09.2018 und später OSME wegen subkapitaler Metakarpale V-Fraktur links vom 04.09.2018 (ICD-10 Z98.8/Z47.0/T93.2)

Betreffend die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter Dres. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in der bidisziplinären Konsensbeurteilung an, der Explorand habe zuletzt in einem familieneigenen ...-Betrieb gearbeitet. Insgesamt sei diese Tätigkeit in Anbetracht der aktuellen Befunde am rechten Unterschenkel als wenig geeignet zu bezeichnen, und pauschal könne dafür eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Aus heutiger Sicht sei davon auszugehen, dass die Tätigkeit als ... bereits nach dem Unfall im Jahre 2006 für den Exploranden ungeeignet und dieser Beruf nur deshalb möglich gewesen sei, weil es sich um einen familieneigenen Betrieb gehandelt habe (S. 8 Ziff. 4.6.1 und 4.6.4). Der Situation des Exploranden allgemein angepasst seien körperlich leichte bis höchstens intermittierend mittelschwere Aktivitäten in wechselnder Position, jedoch mehrheitlich im Sitzen und mit eher kurzen Abschnitten im Stehen und Gehen. Für solche Tätigkeiten liege eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit vor. Für körperlich adaptierte Tätigkeiten habe nach Abschluss der Behandlung bezüglich des rechten Unterschenkels vor über 10 Jahren von Seiten des Bewegungsapparates im Grundsatz wahrscheinlich immer eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden. Zu zwischenzeitlichen Unterbrechungen sei es aufgrund der Kontusion an der linken Schulter 2017 und der Fraktur am Metakarpale V der linken Hand im Herbst 2018 gekommen, doch seien die Einschränkungen jeweils nur während einiger Wochen zu begründen gewesen

(S. 8 f. Ziff. 4.7). Die Unzumutbarkeit in der angestammten Tätigkeit sowie in anderen nicht angepassten Tätigkeiten sei rein orthopädisch bedingt (S. 9 Ziff. 4.8).

4.1.6 Mit Bericht vom 1. November 2019 (act. II 76 S. 2) diagnostizierte Dr. med. D._____ eine chronifizierte mittel-schwergradige depressive Episode mit somatischem Syndrom ohne psychotische Symptome im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1-2) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; S. 4 Ziff. 2.5). Zudem attestierte er wie bisher ab dem 17. Januar 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.3).

4.1.7 Dr. med. J._____, Facharzt für Chirurgie, hielt im Bericht vom 13. Januar 2020 (act. I 5) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Amputation Fuss rechts 2006 mit Druckstellenproblematik, nicht optimal sitzender Prothese, und depressive Episoden fest (S. 2 Ziff. 2.5). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Status nach Osteosynthese Metakarpale V-Fraktur links, einen Status nach Metallentfernung mit funktionell guter Hand und einen Status nach Schulterkontusion links (S. 3 Ziff. 2.6). Ab der Erstkonsultation vom 1. Februar 2019 postulierte er bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und gab an, die attestierte Arbeitsunfähigkeit gelte für jegliche Tätigkeiten, auch unter Berücksichtigung des psychischen Zustandbilds, insbesondere aber auch wegen den Beschwerden seitens des amputierten Beins mit Druckstellen einerseits der alten und andererseits der noch nicht regelrecht angepassten neuen Prothese, und der Schmerzen nach Osteosynthese der Metakarpale V-Fraktur auf der linken Seite mit störenden Schrauben und Bewegungseinschränkung (S. 1 Ziff. 1.3). Betreffend Prognose zur Arbeitsfähigkeit legte er dar, aus chirurgisch-traumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für eine sitzende, resp. wechselnd belastende Tätigkeit ohne lange Gehstrecken, mit Heben von Lasten maximal passager mittelschwer aktuell sicher mindestens zu 60% zumutbar. Der Patient brauche Ruhepausen. Eventuell liege eine höher bewertete Arbeitsunfähigkeit durch den psychiatrischen Kollegen vor (S. 3 Ziff. 2.7).

4.2

4.2.1 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).

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

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 8. November 2019 (act. II 77) auf das bidisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 8. Juli 2019 (act. II 63.1) gestützt. Die beiden Sachverständigen 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 8. Juli 2019 (act. II 63.1) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V

351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben in der Konsensbeurteilung – entgegen der Ausführungen in der Beschwerde (S. 5) – unter Berücksichtigung der gesamten Umstände ausführlich und nachvollziehbar dargelegt, dass der Beschwerdeführer nach einer Unterschenkelamputation mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an persistierenden vor allem belastungsinduzierten Schmerzen im Stumpfbereich leidet, wobei es sich um einen mechanisch bedingten organischen Schmerz handelt. Weiter haben die Gutachter überzeugend ausgeführt, dass sich die zu diagnostizierende leichte depressive Episode sowie die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (act. II 63.1 S. 6 Ziff. 4.1). Betreffend das Zumutbarkeitsprofil gaben die Gutachter plausibel an, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als ... seit dem Unfall im Jahre 2006 nicht mehr zumutbar ist (act. II 63.1 S. 8 Ziff. 4.6.1 und 4.6.4). Zudem haben sie schlüssig begründet, dass der Beschwerdeführer angepasste leichte bis höchstens intermittierend mittelschwere Aktivitäten in wechselnder Position, jedoch mehrheitlich im Sitzen und mit eher kurzen Abschnitten im Stehen und Gehen vollschichtig zu 100% ohne Leistungseinschränkung seit Abschluss der Behandlung bezüglich des rechten Unterschenkels im Jahre 2006 ausüben kann. Zu zwischenzeitlichen Unterbrechungen während einiger Wochen sei es einzig aufgrund der Kontusion an der linken Schulter im Jahre 2017 und der Fraktur an der linken Hand im Herbst 2018 gekommen (act. II 63.1 S. 8 Ziff. 4.7.1 ff.). Darauf ist abzustellen.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die behandelnden Ärzte Dres. med. D._____ und F._____ hätten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit postuliert und diese sei massgebend (vgl. Beschwerde S. 4 ff. Ziff. 3.1), kann ihm nicht gefolgt werden. Betreffend die von Dr. med. D._____ mit Bericht vom 15. August 2018 (act. II 18 S. 3 Ziff. 2.5) diagnostizierte rezidivierende depressive Störung mittel bis schwere Episode (ICD-10 F32.1-2) legte Dr. med. I._____ im psychiatrischen Teilgutachten gestützt auf die ICD-10-Kriterien ausführlich und schlüssig dar, dass diese Diagnose nicht nachvollziehbar ist. So wären bei einer schweren depressiven Episode Tätigkeiten und Aktivitäten nicht mehr möglich. Eine ambulante Behandlung – wie vorliegend erfolgt (vgl. act. II 63.2 S. 6 Ziff. 7.2) – wäre dann nur schwer durchführbar, da es oft auch zu Suizidalität – die beim Beschwerde-

führer zu verneinen ist (vgl. act. II 63.2 S. 5) – komme oder sonst eine stationäre Behandlung notwendig sei. Ferner leide der Explorand nicht unter deutlichen Konzentrationsstörungen. Auch eine Appetitverminderung bestehe nicht und der Explorand habe durchaus Interessen, denen er noch nachgehe (act. II 63.2 S. 6 Ziff. 7.3.3). Die Diagnose einer depressiven Erkrankung ist unbestritten, jedoch beurteilte der psychiatrische Gutachter den Schweregrad anders als der behandelnde Arzt. So legte Dr. med. I._____ differenziert dar, dass eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) vorliegt, die durch eine depressive Verstimmung mit verminderter Freude, aber auch durch erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und verminderten Selbstwert mit Insuffizienzgedanken gekennzeichnet ist (act. II 63.2 Ziff. 6.3). Bezüglich der von Dr. med. F._____ mit Bericht vom 19. Dezember 2018 (act. II 39 S. 2) postulierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit ist festzustellen, dass sich der Hausarzt bei dieser Beurteilung hauptsächlich auf die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers sowie auf die Aussagen der Angehörigen und des behandelnden Psychiaters gestützt hat. Eine medizinisch-theoretische Beurteilung der attestierten Arbeitsunfähigkeit, die aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht massgebend ist, fehlt indessen. Zudem steht diese Einschätzung ohne nachvollziehbare Begründung dem zeitnah erstellten Bericht von Dr. med. F._____ vom 1. November 2018 (act. II 31 S. 3 f. Ziff. 1.3 und S. 7 Ziff. 4.2) entgegen, in welchem er einzig für mittelschwere sowie schwere Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte und explizit für angepasste Tätigkeiten in geschützter Arbeitsstelle eine volle Arbeitsfähigkeit postulierte. Im Weiteren ist in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt im Übrigen nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Die Berichte der Dres. med. D._____ und F._____ vom 15. August 2018 (act. II 18 S. 2) und vom 19. Dezember 2018 (act. II 39 S. 2) vermögen den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens somit nicht in Zweifel zu ziehen.

Der Beschwerdeführer bringt gestützt auf die Berichte von Dr. med. E._____ vom 30. Oktober 2018 (act. II 31 S. 10) und des Spitals G._____ vom 26. November 2018 (act. II 43 S. 3) weiter vor, er leide seit den Unfällen in der Dusche und auf der Treppe unter zunehmenden Schmerzen im Amputationsstupf, was von der Beschwerdegegnerin nicht berücksichtigt worden sei (vgl. Beschwerde S. 7 f. Ziff. 3.3). Dieser Einwand ist unbehelflich. So ist festzuhalten, dass den beiden MEDAS-Sachverständigen, auf deren Beurteilung sich die Beschwerdegegnerin stützte, beide Berichte vorlagen (act. II 63.1 S. 16 f. Ziff. 2) und sich keiner dieser Berichte zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äussert. Insbesondere nahm Dr. med. H._____ zum Bericht von Dr. med. E._____ Stellung (act. II 63.3 S. 9 Ziff. 7.3.3) und anerkannte eine eingeschränkte Belastbarkeit des rechten Beins (act. II 63.3 S. 9 Ziff. 7.2). Gestützt darauf kam er zum Schluss, dass die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist, jedoch körperlich leichte bis höchstens intermittierend mittelschwere Aktivitäten in wechselnder Position vollzeitlich und ohne Leistungseinschränkung möglich sind (act. II 63.3 S. 10 Ziff. 8.2.1). Anhaltspunkte, welche eine andere Beurteilung rechtfertigen würden, sind den Akten nicht zu entnehmen. Vielmehr ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer betreffend seinen Tagesablauf angab, er könne leichte Sachen selber einkaufen gehen und mache mit seinen Brüdern und einem guten Kollegen Spaziergänge (act. II 63.2 S. 3). Die im Bericht des Spitals G._____ vom 26. November 2018 (act. II 43 S. 3) diagnostizierte chronische Schmerzkrankheit wurde vom psychiatrischen MEDAS-Gutachter bestätigt und unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. II 63.2 S. 5 Ziff. 6.2).

Im Weiteren vermögen auch der Bericht von Dr. med. D._____ vom 1. November 2019 (act. II 76 S. 2) sowie der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. med. J._____ vom 13. Januar 2020 (act. I 5) an den überzeugenden Einschätzungen der MEDAS-Gutachter nichts zu ändern, enthalten diese doch keine neuen Befunde oder wichtige neue Aspekte, die im Rahmen der MEDAS-Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Hinzu kommt, dass den beiden Ärzten das bidisziplinäre Gutachten offensichtlich nicht bekannt war. Soweit der Beschwerdeführer in

seiner Eingabe vom 11. Februar 2020 darauf hinweist, der für die somatischen Beschwerden zuständige Dr. med. J._____ erachte die psychische Komponente im Fall des Beschwerdeführers mit depressiven Episoden massgebend für die persistierende Arbeitsunfähigkeit und bewerte den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkend (S. 2), kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten, fehlt es doch Dr. med. J._____ mit einem Facharzttitel in Chirurgie (ohne Facharzttitel in Psychiatrie und Psychotherapie gemäss Medizinalberuferegister [https://www.medregom.admin.ch]) an der fachlichen Kompetenz zur Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes.

4.4 Aus dem Dargelegten folgt, dass gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. H._____ und I._____ vom 8. Juli 2019 (act. II 63.1) dem Beschwerdeführer seit Abschluss der Behandlung des rechten Unterschenkels im Jahre 2006 eine angepasste Tätigkeit, welche körperlich leichte bis höchstens intermittierend mittelschwere Aktivitäten in wechselnder Position, jedoch mehrheitlich im Sitzen und mit eher kurzen Abschnitten im Stehen und Gehen umfasst, zu 100% ohne Leistungseinschränkung zumutbar ist (act. II 63.1 S. 8 Ziff. 4.7.1 ff.). Unbestritten geblieben ist, dass – entsprechend den Ausführungen im MEDAS-Gutachten (act. II 63.1 S. 6 Ziff. 4.1 und S. 8 f. Ziff. 4.7.5) – von Seiten der beiden Unfälle im Januar 2017 (Sturz in der Dusche mit Schulterverletzung, act. II 23.87) sowie September 2018 (Treppensturz mit Handfraktur, act. II 36 S. 3) im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns ab Dezember 2018 (vgl. E. 5.3 hiernach) keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit mehr bestand.

4.5 Der Sachverhalt ist gestützt auf das beweiskräftige bidisziplinäre Gutachten (act. II 63.1) hinreichend erstellt, weshalb – entgegen den Anträgen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 8 Ziff. 4 f.; Replik S. 3) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

5. Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 3.4 hiervor).

5.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen.

5.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

5.3 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). Gestützt auf die Anmeldung zum Leistungsbezug vom 18. Juni 2018 (act. II 1) und Art. 29 Abs. 1 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens mit Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung) liegt der Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns im Dezember 2018. Das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war in diesem Zeitpunkt bereits erfüllt (vgl. act. II 18 S. 2 Ziff. 1.3). Somit ist der Einkommensvergleich auf das Jahr 2018 hin vorzunehmen.

5.4 Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers vom

8. November 2018 betreffend den aktuellen Lohn, der seit Januar 2014 unverändert blieb, ermittelt (act. II 34 S. 3 Ziff. 2.10) und per 2018 auf Fr. 66'000.-- (Fr. 5'500.-- x 12) festgesetzt (act. II 77 S. 1). Dagegen bringt der Beschwerdeführer vor, dabei handle es sich nicht um das Einkommen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung, da bereits seit dem Jahre 2006 eine gesundheitliche Einschränkung bestehe, die im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit von Relevanz sei. Zudem sei diese Tätigkeit in einem Betrieb der Familie im Rahmen einer Goodwillaktion ausgeübt worden (Beschwerde S. 6 Ziff. 3.2). Ob diesem Einwand zu folgen ist, kann offen bleiben: Selbst wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin davon ausgegangen würde, ohne Gesundheitsschaden hätte er ein monatliches Einkommen von Fr. 6'500.-- erzielt (act. II 34 S. 4 Ziff. 2.11), mithin das Valideneinkommen auf Fr. 78'000.-- festgelegt würde, änderte sich – wie nachfolgend dargelegt (vgl. E. 5.6) – das Ergebnis nicht. Ferner würde sich auch nichts ändern, wenn – entsprechend den weiteren Ausführungen der Beschwerdegegnerin (act. II 77 S. 2) – die Tabellenlöhne herangezogen würden (vgl. E. 5.6 hiernach). Diesfalls wäre auf die LSE 2016, Tabelle TA1, Männer, Kompetenzniveau 1, Totalwert, abzustellen, da der Beschwerdeführer nie eine Lehre abgeschlossen und vor dem Unfall im Jahre 2006 einzig immer wieder Tätigkeiten als angestellter ... ausgeübt hat (act. II 63.1 S. 6 Ziff. 3.3).

5.5 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 in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht (act. II 63.1 S. 8 Ziff. 4.6 f.), 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. Gegenteiliges wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer beträgt Fr. 5'340.--. An die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) angepasst und indexiert auf

das Jahr 2018, resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 67'401.05 (Fr. 5'340.-- x 12 : 40 x 41.7 : 100.6 x 101.5; BFS, Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex 2016 – 2018, Total, Männer) im Jahr.

5.6 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 66'000.-- resp. von Fr. 78'000.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 67'401.05 resultiert keine bzw. eine Erwerbseinbusse in der Höhe von Fr. 10'598.95 und damit ein Invaliditätsgrad von 0% resp. gerundet von 14% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Es besteht folglich kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 3.3 hiervor). Auch wenn zur Berechnung der Vergleichseinkommen auf die Tabellenlöhne abgestellt würde, änderte sich das Ergebnis nicht. Sind das Validen- als auch das Invalideneinkommen – wie vorliegend – auf der gleichen Basis zu ermitteln, erübrigt sich die Durchführung eines zahlenmässigen Einkommensvergleichs. Der Invaliditätsgrad entspricht dem Umfang der Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Entscheid des BGer vom 4. August 2017, 8C_358/2017, E. 2.2; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 323). Ein solcher Abzug wurde vorliegend zu Recht nicht gewährt und ist unter den Parteien denn auch nicht bestritten. Gestützt auf die 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit resultiert somit auch diesbezüglich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

6. Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 8. November 2019 (act. II 77) als rechtmässig. Die Beschwerde ist abzuweisen.

7.

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis 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.

7.2 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):
   - Rechtsanwalt B._____ z.H. des Beschwerdeführers
   - IV-Stelle Bern
   - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin: Die Gerichtsschreiberin:

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