

200 20 308 IV
WIS/COC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. April 2021

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Februar 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1964 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt am 12. November 2013 einen Verkehrsunfall (Akten der Invalidenversicherung [IV], Antwortbeilage [AB] 6.3). Die C._____ AG (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. AB 9.3, 25.3).

Am 26. Juni 2014 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf seit dem besagten Unfall bestehende Beschwerden (Becken, Hüfte, Oberschenkel links) bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 1). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) erwerbliche und medizinische Erhebungen durch. Am 27. Oktober 2016 forderte sie den Versicherten zur Mitwirkung auf (Beantwortung diverser Fragen bezüglich behandelnder Ärzte und durchgeführter Behandlungen, Einreichung der Arbeitsverträge ab 2014 mit exakten Lohnangaben). Dabei wurde er auf die Rechtsfolgen bei Verletzung der Auskunftspflicht (Nichteintreten auf das Leistungsbegehren) hingewiesen (AB 40). Nachdem die IVB vom Versicherten keine Rückmeldung erhalten hatte, trat sie mit Verfügung vom 26. Januar 2017 (AB 42) auf das Leistungsbegehren nicht ein. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Am 25. April 2018 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an, da sich sein Gesundheitszustand entgegen seinen Erwartungen nicht verbessert habe (AB 43). In der Folge führte die IVB weitere medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei zog sie insbesondere ein zuhanden der C._____ erstelltes interdisziplinäres (neurologisches, psychiatrisches, neuropsychologisches, internistisches, orthopädisches) Gutachten der MEDAS D._____ GmbH, Interdisziplinäre Begutachtungen (MEDAS), vom 28. März 2019 (AB 66) bei. Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 71) und Einholung eines Abklärungsberichts für In- bzw. Teilhaber einer GmbH (AB 72) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 21. Oktober 2019 (AB 73) bei

einem ermittelten Invaliditätsgrad von 1% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte Einwand (AB 74, 76). Nach Einholung von Stellungnahmen des RAD (AB 79, 80) und des Abklärungsdienstes (AB 82) verfügte die IVB am 20. Februar 2020 wie im Vorbescheid angekündigt und verneinte einen Rentenanspruch (AB 84).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____, am 24. April 2020 Beschwerde mit folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung vom 20. Februar 2020 sei aufzuheben und an die Beschwerdegegnerin mit der Anweisung, dem Beschwerdeführer sei seit wann rechtens eine dreiviertel Invalidenrente auszurichten, zurückzuweisen.
2. Eventualiter: Die Verfügung vom 20. Februar 2020 sei aufzuheben und die Sache sei zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, verbunden mit der Anordnung, eine neue Verfügung zu erlassen.
– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

Mit Beschwerdeantwort vom 27. Mai 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 4. September 2020 hielt der Beschwerdeführer an seinen Ausführungen und Anträgen fest.

Mit Eingabe vom 29. September 2020 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme in Form einer Duplik.

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 20. Februar 2020 (AB 84). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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 strukturier-ten 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 (zu- mindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete 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 Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Nachdem der Beschwerdeführer seine Mitwirkungspflicht verletzt hatte, trat die Beschwerdegegnerin auf das Leistungsbegehren mit in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 26. Januar 2017 (AB 42) nicht ein. Da die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung eingetreten ist und mit der mittlerweile erfolgten Mitwirkung des Beschwerdeführers ein Neuanschuldungsgrund besteht, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen.

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

3.1.1 Im Bericht des Spitals E. _____ vom 5. Juli 2017 (AB 54 S. 19 f.) wurden hauptsächlich eine traumatische Tryscorer-Läsion mit transmuraler Ruptur der Supraspinatussehne, eine Pulleyläsion mit Luxation der langen Bicepssehne und eine Cleavage-Läsion der Subscapularissehne an der linken Schulter diagnostiziert. Zwei Monate nach durchgeführter AC-Gelenksinfiltration habe subjektiv eine klare Schmerzbesserung bis ca. drei Wochen nach der Infiltration bestanden. Anschliessend seien die Schmerzen wieder leicht zurückgekommen. Das Tragen von schweren Lasten bis 50 kg sei aber möglich (S. 19). Klinisch bestehe eine vollständig kompensierte antero-superiore Rotatorenmanschettenruptur (S. 20).

3.1.2 Im Bericht des Spitals E. _____, Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, vom 1. September 2017 (AB 54 S. 16 ff.) wurden chronische multilokuläre Gelenkschmerzen in der linken Körperhälfte, eine Adipositas, Magenbrennen und depressive Symptome diagnostiziert (S. 16). Der Beschwerdeführer habe im November 2013 einen Autounfall erlitten. Bis heute leide er unter unterschiedlich ausgeprägten chronischen Schmerzen im Bereich des Rückens und der Hüfte links sowie der Schulter links. Trotzdem sei er auf seinem ... voll arbeitsfähig. Die aktuelle Krisensituation mit psychischer Dekompensation und Zunahme der körperlichen Beschwerden stehe im Zusammenhang mit dem Bescheid, dass sein ... verlieren werde und dem Beschwerdeführer somit der finanzielle Ruin drohe. Im Gespräch stehe die psychosoziale Situation klar im Vordergrund, die Schmerzen hätten in dieser Stresssituation zwar zugenommen, der Beschwerdeführer könne damit jedoch recht gut umgehen (S. 18).

3.1.3 Im Bericht des Spitals E. _____, Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 9. Februar 2018 (AB 54 S. 14 f.) wurden eine Abduktorenschwäche mit begleitendem Tractus iliotibialis-Syndrom links bei Status nach Hüfttotalprothesen-Revision mit Schaftwechsel und Inlay-Wechsel via transglutealem Zugang bei aseptischer Schaftlockerung Hüfte links am 16. November 2015 diagnostiziert. Der Beschwerdeführer leide an bekannten multilokulären Schmerzen im Rücken, in der Schulter und in der Hüfte (S. 14). Radiologisch zeige sich eine unveränderte Situation ohne Lockerungszeichen und mit ausgeglichener

Beinlänge. Klinisch und radiologisch bestünden keine Möglichkeiten, die Schmerzen in der Hüfte zu verbessern (S. 15).

3.1.4 Im – zuhanden der C. _____ erstellten – polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 28. März 2019 (AB 66) wurden mit überwiegend wahrscheinlichem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 12. November 2013 ein Status nach stumpfem Thoraxtrauma mit Rippenfrakturen, folgenlos ausgeheilt (ICD-10 S29.9), und ein Status nach Hüftgelenksluxation, Hinterwandfraktur des Acetabulum links mit resultierender Trochanterdynie, muskulärer Atrophie bei freier Beweglichkeit der Hüfte (ICD-10 S73.0) diagnostiziert. Als überwiegend unfallfremd wurden ein Schulter Syndrom links mit blande eingeschränkter Beweglichkeit (ICD-10 M75.8), eine Adipositas (ICD-10 E66.09), ein Verdacht auf eine opioidinduzierte Hyperalgesie (ICD-10 R20.8), eine Fussinsuffizienz mit submalleolärem Impingement lateral (ICD-10 R29.8), ein lumbovertebrogenes belastungsabhängig symptomatisches Facettensyndrom L5/S1 (ICD-10 M54.5), ein cervicovertebrogenes Schmerzsyndrom mit belastungsabhängigem symptomatischem cervicothorakalem Facettensyndrom links (ICD-10 M54.2), ein Status nach Borreliose 2015 (ICD-10 A69.2), eine Dyslipidämie (ICD-10 E78.9), ein Verdacht auf eine nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (ICD-10 K76.0), eine Prostatahyperplasie (ICD-10 N42.8), Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44.2), ein Zustand nach Divertikulitis und Sigmaresektion (ICD-10 K57.92), ein chronisches Schmerzsyndrom mit leichtgradiger somatoformer Ausprägung (ICD-10 F45.41) sowie eine akzentuierte Persönlichkeit mit vor allem narzisstischen Zügen (ICD-10 Z73.1) aufgeführt (S. 36 Ziff. 6).

Aus orthopädischer Sicht wurde ausgeführt, an der linken Hüfte sei ein Zustand nach traumatischer Luxation festzustellen, welcher aufgrund von Schraubenirritationen und Hüftluxationen mehrere operative Eingriffe erforderlich gemacht habe. Seit dem Prothesenwechsel am 23. September 2014 liege jedoch eine stabile Situation am linken Hüftgelenk vor. Geklagt werde über Beschwerden in der Trochanterregion. Im Hüftgelenksbereich sei die Beweglichkeit der linken Hüfte annähernd physiologisch und als schmerzfrei zu bezeichnen. Es liege eine Minderausprägung der Oberschenkelmuskulatur links vor. Hinweise auf Funktionsstörungen der implantierten künstlichen Hüfte oder auf Lockerungszeichen ergäben sich nicht.

Die empfundene Schmerzhaftigkeit an der linken Hüfte sei als Ausdruck einer Muskelschädigung und Muskelirritation, speziell der Hüftabduktoren am Trochanter major zu interpretieren. Ferner habe sich bei der Untersuchung eine eingeschränkte Abduktions- und Elevationsfähigkeit der linken Schulter gezeigt (S. 30 Ziff. 5.1). Dabei handle es sich um eine partielle Schultersteife, zwischenzeitlich blande, ohne aktuelle Hinweise auf eine wesentliche muskuläre Läsion oder einen sonstigen Reizzustand an der linken Schulter. Röntgenologisch habe sich an der linken Schulter weder ein Hinweis auf Verletzungsfolgen noch auf Verschleissveränderungen ergeben. Nebenbefundlich ergäbe sich eine leichte Einschränkung der Rotation der Halswirbelsäule mit verminderter Beweglichkeit der unteren zervikalen Segmente und einem Reizzustand des cervico-thorakalen Facetengelenkes rechts (S. 31).

Aus internistischer Sicht ergäbe sich kein Anhalt für das Vorliegen einer Infektionskrankheit. Namentlich bestehe kein Anhalt dafür, dass beim Beschwerdeführer eine Borreliose als Ursache der Beschwerdesymptomatik vorliege. Die bestehenden internistischen Erkrankungen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 31 f.). Bei den vom Beschwerdeführer geklagten Kopfschmerzen, welche in ihrer Häufigkeit nach dem Unfall 2013 zugenommen hätten und von ihm als Migräne bezeichnet würden, handle es sich phänomenologisch eher um Spannungskopfschmerzen (S. 33).

Aus neurologischer Sicht zeige die Untersuchung eine Muskelatrophie im Bereich des linken Beines, welche am ehesten als Schonatrophie bei schmerzassoziierter Minderbelastung zu interpretieren sei, und eine Atrophie und Schwäche in den Musculi glutei medius und minimus links. Dies entspreche der bereits 2015 dokumentierten narbigen Veränderung und korrespondiere mit dem gezeigten Gangbild mit Trendelenburg-Phänomen. Eine eindeutige neurogene Ursache sei aber nicht wahrscheinlich. Anhaltspunkte für eine Schädigung nervaler Strukturen ergäben sich nicht. Der Schmerz sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit skelettogen und die beschriebene Atrophie der Muskulatur links sei schonungsbedingt bei Minderbelastung und Schmerzen. Sensibilitätsstörungen, welche auf eine neurogene Ursache schliessen lassen könnten, seien nicht festzustellen und würden auch nicht berichtet. In Hinblick auf die Schulterverletzung sei

ebenfalls eine Beteiligung neuraler Strukturen nicht nachweisbar. Der Zeckenbiss aus dem Jahre 2015 habe keine Nervenschädigung hervorgerufen. Folgeerscheinungen des anamnestisch berichteten latenten Diabetes mellitus lägen nicht vor. Zusammenfassend lasse sich aus rein neurologischer Sicht keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit begründen (S. 33 f.).

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, das Beschwerdebild zeige mit wechselnder Ausprägung der Schmerzintensität und Lokalisation, der Behandlungsresistenz und der Verschlechterung durch psychische Belastungsfaktoren (Entzug einer ..., Schwierigkeiten bei der beruflichen Neuorientierung) somatoforme Anzeichen. Die Ausprägung der Schmerzkrankheit sei jedoch angesichts der weitgehend unauffälligen sozialen Einbettung und der nur geringfügigen Beeinträchtigung in Alltagsaktivitäten als nur leichtgradig zu quantifizieren. Eine depressive Stimmungslage könne nicht beobachtet werden. Zusammenfassend könne davon ausgegangen werden, dass auf der Basis einer akzentuierten Persönlichkeit mit narzisstischen Anteilen bei hohem Leistungsanspruch, der bereits in früherer Zeit zu depressiver Exazerbation geführt habe, nach dem schweren Autounfall im Rahmen der somatischen Funktionsbeeinträchtigungen eine erneute psychische Beeinträchtigung resultiert habe, zunächst mit der Entwicklung einer chronischen Schmerzkrankheit und intermittierend auch mit depressiver Reaktion. Aktuell sei die depressive Situation remittiert und die Schmerzausprägung zeige keine psychiatrischen Folgeerscheinungen, die eine normalpsychologische Reaktion überschreiten würden. Eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychiatrische Pathologie könne dementsprechend nicht beschrieben werden (S. 34).

Aus neuropsychologischer Sicht konnten dem Beschwerdeführer intakte kognitiv-intellektuelle Fähigkeiten und Ressourcen attestiert werden. Er sei uneingeschränkt arbeitsfähig (S. 35).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als ... zu 100% arbeitsfähig sei. In der Tätigkeit in einem ... – bei welcher es sich vermutlich um eine überwiegend leichte, kurzzeitig mittelschwere Tätigkeit handle, verbunden mit einem Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen und kurzzeitigem Tragen leichter bis mittelschwerer Lasten sowie mit kürzeren und längeren

Fahrten zur Auslieferung der ... – bestehe in Anbetracht der guten Funktionsfähigkeit des endoprothetisch versorgten linken Hüftgelenkes bei Schädigung der Muskulatur eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% mit einer zusätzlichen Rendementverminderung von 20% (S. 39 Ziff. 7.1). In einer angepassten leichten, kurzzeitig mittelschweren körperlichen Tätigkeit, ohne Arbeiten über Schulterhöhe oder in kniender oder kauern-der Position, mit einer Gewichtslimite von regelmässig ca. 8 kg, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% (Ziff. 8.3).

3.1.5 Im Bericht des Spitals E. _____, Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 22. Juli 2019 (AB 69 S. 2 f.) wurde ein Status nach arthroskopischer Refixation vom Supraspinatus sowie arthroskopisch assistierter Bicepstenodese an der linken Schulter vom 31. Mai 2019 bei traumatischer transmuraler Ruptur der Supraspinatussehne mit Bicepspulley-Läsion an der linken Schulter diagnostiziert. Es zeige sich ein schöner postoperativer Verlauf. Auf den Einsatz von Kraft und Widerstand solle bis drei Monate postoperativ zugewartet werden, dann könne die Muskulatur sukzessiv auftrainiert werden. Bis zur Verlaufskontrolle am 24. September 2019 werde die Arbeitsunfähigkeit zu 80% bestätigt (S. 2).

3.1.6 Der RAD-Arzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 19. September 2019 (AB 71) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Abduktorenschwäche mit begleitendem Tractus iliotibialis-Syndrom links und chronische Schulterschmerzen links. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er namentlich einen Status nach stumpfem Thoraxtrauma mit Rippenfrakturen bei Verkehrsunfall am 13. November 2013, ein chronisches Schmerzsyndrom mit leichtgradiger somatoformer Ausprägung (ICD-10 F45.41) sowie eine akzentuierte Persönlichkeit mit vor allem narzisstischen Zügen (ICD-10 Z73.1) auf (S. 2). Am Zumutbarkeitsprofil des Gutachtens vom 28. März 2019 könne festgehalten werden. Die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei medizinisch nachvollziehbar. Aufgrund der langjährigen Einnahme von Opioiden wies der RAD-Arzt auf die Probleme bei Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen hin und empfahl, diese Langzeittherapie kritisch zu überprüfen (S. 3).

3.1.7 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahm med. pract. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, am 3. Dezember 2019 insbesondere zum interdisziplinären Gutachten vom 28. März 2019 Stellung (AB 76 S. 3 f.). Im Gutachten sei der Tatsache zu wenig Beachtung gewidmet worden, dass der Beschwerdeführer seit Jahren starke Schmerzmittel einnehme, um den Alltag zu bewältigen. Leider sei es bislang nicht gelungen, diese chronische Opiattherapie durch eine besser verträgliche zu ersetzen. Es sei kaum zu bestreiten, dass eine Opiattherapie in der hier nötigen Dosis die Leistungsfähigkeit einschränke. Diese Einschränkung gestalte sich beim Beschwerdeführer derart, dass er als ... nicht eine Leistungsfähigkeit erlange, welche die Ausübung dieses Berufs in existenzsicherndem Ausmass ermögliche. Ein weiterer nicht ausreichend beachteter Punkt sei, dass der Beschwerdeführer aufgrund von einschiesenden Schmerzen in der linken Hüfte mit Kraftverlust mehrfach gestürzt sei. Derartige Stürze ereigneten sich ca. einmal pro Woche. Dass mit diesen Voraussetzungen eine körperliche Arbeit, wie sie zum Beispiel in einem ... nötig wäre, nicht mit voller Leistungsfähigkeit erfolgen könne, sei klar. Aufgrund der angeführten Punkte empfahl der Hausarzt die erneute Prüfung des Rentenanspruchs (S. 3).

3.1.8 Der RAD-Arzt Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 29. Januar 2020 (AB 80 S. 3 f.) aus, die Kritik des Hausarztes am Gutachten vom 28. März 2019 sei milde und unbegründet. Objektives und Neues benenne er nicht (S. 3). Aufgrund der anamnestischen Sturzneigung sei es für den Hausarzt klar, dass der Beschwerdeführer in seinem ... nicht mit voller Leistungsfähigkeit arbeiten könne. Dies sei aber auch von den Gutachtern nicht angenommen worden. Diese hätten für diese Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20% und eine zusätzliche Rendementverminderung von 20% attestiert. Der RAD-Arzt kam zum Schluss, seit der Gutachtenerstellung sei insgesamt nicht von einer dauerhaft zusätzlich leistungsmindernden Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen (S. 4).

Der RAD-Arzt Dr. med. F._____ nahm am 29. Januar 2020 ebenfalls Stellung (AB 79 S. 2 ff.). Die Einwände des Beschwerdeführers und des

Hausarzt könnten die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung im Februar/März 2019 nicht widerlegen. Seit der Gutachtenerstellung sei insgesamt nicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen (S. 3 f.).

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 in der angefochtenen Verfügung in medizinischer Hinsicht auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 28. März 2019 (AB 66) 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 Gesundheitszu-

stand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das Gutachten vom 28. März 2019 (AB 66) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Die Gutachter haben ausführlich begründet, dass der Beschwerdeführer namentlich an einem Status nach Hüftgelenksluxation, einem Schulter Syndrom links, einem lumbovertebrogenen belastungsabhängig symptomatischen Facettensyndrom L5/S1, einem cervicovertebrogenen Schmerzsyndrom mit belastungsabhängigem symptomatischem cervico-thorakalem Facettensyndrom links und einem chronischen Schmerzsyndrom mit leichtgradiger somatoformer Ausprägung leidet sowie eine akzentuierte Persönlichkeit mit vor allem narzisstischen Zügen aufweist und ein Verdacht auf eine opioidinduzierte Hyperalgesie vorliegt (AB 66 S. 36 Ziff. 6), wobei weder aus internistischer, noch aus neurologischer, psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt worden ist (S. 31 ff. Ziff. 5.1). Dies überzeugt und findet Rückhalt in den vorliegenden Akten. Weiter haben die Gutachter nachvollziehbar dargelegt, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der aus orthopädischer Sicht bestehenden Einschränkungen schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten sowie regelmässige Arbeiten über Schulterhöhe nicht mehr zumutbar sind (S. 39 Ziff. 8.1). Zudem haben sie schlüssig begründet, dass eine angepasste leichte, kurzzeitig mittelschwere körperliche Tätigkeit ohne Arbeiten über Schulterhöhe oder in kniender oder kauender Position, mit einer Gewichtslimite von regelmässig ca. 8 kg, – und damit auch die bisherige Tätigkeit als ... – zu 100% zumutbar sind (S. 39 Ziff. 7.1 und 8.3). In der bisherigen Tätigkeit in einem ... attestierten sie dagegen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% mit einer zusätzlichen Rendementverminderung von 20%. Dabei wurde die quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit der Funktionsfähigkeit des endoprothetisch versorgten linken Hüftgelenkes bei Schädigung der Muskulatur erklärt (S. 39 Ziff. 7.1). Im weiteren Verlauf legten die RAD-Ärzte Dres. med. F._____ und H._____ unter Berücksichtigung der einwandweise vorgebrachten Ausführungen und dem eingereichten Bericht von med. pract. G._____ vom 3. Dezember 2019 (AB 76 S. 3 f.) dar, dass am Zumutbarkeitsprofil der Gutachter festgehalten werden könne (AB 71, 79, 80). Diese Einschätzungen überzeugen, weshalb darauf abzustellen ist.

3.4 Soweit der Beschwerdeführer beanstandet, dass die Gutachter für die bisherigen Tätigkeiten als ... und ... unterschiedliche Arbeitsfähigkeiten attestiert haben, obwohl sich diese beiden Tätigkeiten – gemäss Auffassung des Beschwerdeführers – in ihren Grundzügen ähnlich seien, da beide mit leichten, kurzzeitig mittelschweren körperlichen Belastungen einhergehen, stehend, gehend oder sitzend durchgeführt würden sowie mit kürzeren oder längeren Autofahrten verbunden seien (Beschwerde S. 5 Art. 3), kann ihm nicht gefolgt werden. Dabei ist insbesondere nicht nachvollziehbar, inwiefern die Tätigkeit als ... mit mittelschwerer körperlicher Belastung einhergehen sollte. Diesbezüglich ist der Beschwerdegegnerin zuzustimmen (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 8), dass das von den Gutachtern formulierte Zumutbarkeitsprofil einer ideal angepassten Tätigkeit (leichte bis kurzzeitig mittelschwere körperliche Tätigkeit ohne Arbeiten über Schulterhöhe oder in kniender oder kauender Position, mit einer Gewichtslimite von regelmässig ca. 8 kg; AB 66 S. 39 Ziff. 8.3) sehr gut zum Tätigkeitsprofil eines ... passt.

Weiter ändert auch die Kritik von med. pract. G. _____ im Bericht vom 3. Dezember 2019 (AB 76 S. 3 f.) an der schlüssigen Einschätzung der Gutachter nichts. Bezüglich den erwähnten Sturzereignissen, welche gemäss med. pract. G. _____ im Zusammenhang mit den einschiesenden Schmerzen der linken Hüfte ca. einmal in der Woche auftraten und aufgrund welcher eine körperliche Arbeit, wie diejenige in einem ..., nicht mit voller Leistungsfähigkeit erfolgen könne, ist festzuhalten, dass die Gutachter sehr wohl Kenntnis von diesen Stürzen hatten, wobei der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern davon sprach, "zwischen durch" Stürze zu haben (AB 66 S. 11 Ziff. 2.2). Damit haben die Gutachter die Stürze in ihrer Beurteilung berücksichtigt und der Hausarzt weist nicht auf ein neues, den Gutachtern der MEDAS nicht bekanntes Element hin. Zudem hat der RAD-Arzt Dr. med. H. _____ in seiner Stellungnahme vom 29. Januar 2020 (AB 80 S. 3 f.) zutreffend ausgeführt, dass die Gutachter in der bisherigen Tätigkeit in einem ... keine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit bescheinigt haben. Vielmehr attestierten sie eine Arbeitsunfähigkeit von 20% mit einer zusätzlichen Rendementverminderung von 20% (AB 66 S. 39 Ziff. 7.1).

Entgegen der Auffassung von med. pract. G. _____ (AB 76 S. 3) und des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 5 Art. 3) ist zudem im Gutachten der MEDAS durchaus berücksichtigt worden, dass sich der Beschwerdeführer aufgrund der seit Jahren bestehenden Schmerzen der linken Hüfte und der linken Schulter einer Opiattherapie unterzieht. Diesbezüglich haben die Gutachter einen Verdacht auf eine opioidinduzierte Hyperalgesie diagnostiziert. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund der erfolgten Opiattherapie stellten die Gutachter jedoch nicht fest. Sie empfehlen aber einen Opiatentzug resp. einen Ersatz der Opioide durch eine Analgetika-Applikation WHO I (AB 66 S. 36 Ziff. 6 und S. 38 Ziff. 6 und 6.1). Inwiefern die Opiattherapie die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränken sollte, wurde im Übrigen von med. pract. G. _____ nicht dargelegt und ist auch nicht ersichtlich. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die in der MEDAS durchgeführte umfassende neuropsychologische Untersuchung keine intellektuell-kognitiven Störungen mit Krankheitswert ergeben hat. Der Beschwerdeführer war in klinischer Hinsicht unauffällig, ohne klinisch fassbare Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration, des Gedächtnisses und der exekutiven Funktionen, ohne fassbare psychomotorische Verlangsamung oder Antriebsstörung und ohne Hinweise auf eine erhöhte Ermüdbarkeit oder Fatigue-Symptomatik. Der neuropsychologische Gutachter stellte zusammenfassend weitestgehend unauffällige, alters- und bildungsentsprechende Resultate im Normbereich fest (AB 66 S. 35). Damit finden sich keine Hinweise auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen in Form einer verringerten kognitiven Leistungsfähigkeit und Müdigkeit. Dasselbe gilt für die anderen, mit einer längeren Anwendung von Opioiden möglicherweise einhergehenden Wirkungen, welche in der Beschwerde (S. 5 Art. 3) unter Hinweis auf die Leitlinie zur Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. (Beschwerdebeilage [BB] 5) aufgeführt werden (Schwindel, Erbrechen etc.). Die alle drei bis vier Wochen auftretenden Kopfschmerzen, bei welchen es gemäss Gutachter um Spannungskopfschmerzen und nicht um eine Migräne handelt, ändern daran nichts, hat der Beschwerdeführer doch schon früher unter Kopfschmerzen (Migräne) gelitten (AB 66 S. 13 Ziff. 2.4, S. 33). Inwiefern die Fahrfähigkeit des Beschwerdeführers und seine Arbeitstätigkeit (Beschwerde S. 5 Art. 3) bei den festgestellten geringgradigen psychiatrischen

und neuropsychologischen Befunden eingeschränkt sein könnten, ist nicht nachvollziehbar und wird zudem auch nicht dargelegt.

Soweit der Beschwerdeführer beanstandet, dass nicht geprüft worden sei, ob im Zusammenhang mit der erfolgten Opiattherapie ein Abhängigkeitsyndrom vorliege (Beschwerde S. 6 Art. 5), ist festzuhalten, dass die Gutachter in Kenntnis des Opioidgebrauchs und gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen offensichtlich keine Abhängigkeitssymptomatik festgestellt haben (vgl. AB 66 S. 36 Ziff. 6). Dies ist nicht zu beanstanden, zumal sich in den medizinischen Akten keine Hinweise auf ein solches Abhängigkeitsyndrom ergeben. Für die Beurteilung, ob beim Beschwerdeführer eine Substanzabhängigkeit vorliegt oder nicht, war insbesondere der psychiatrische Gutachter Dr. med. I. _____ als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zweifellos befähigt, zumal die Substanzabhängigkeit Bestandteil der besagten Facharzt-Ausbildung ist (Psychotherapie i.e. Sinne; vgl. die entsprechenden Angaben unter: www.siwf.ch; Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie). Entgegen der Auffassung in der Replik musste damit nicht ein Suchtexperte beigezogen werden.

Dass seit der Untersuchung durch die Gutachter der MEDAS im Februar resp. März 2019 eine massgebende Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten wäre, geht im Übrigen aus den Akten nicht hervor. Insbesondere ist im Zusammenhang mit der am 31. Mai 2019 erfolgten Schulteroperation (AB 69 S. 2 f.) keine entsprechende Verschlechterung und namentlich keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit (zumindest nicht mit Bezug auf eine angepasste Tätigkeit) ausgewiesen. Entsprechendes wird vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht.

Schliesslich bleibt festzuhalten, dass im Zusammenhang mit dem vom psychiatrischen Gutachter der MEDAS erhobenen psychischen Gesundheitsschaden resp. dem diagnostizierten chronischen Schmerzsyndrom mit leichtgradiger somatoformer Ausprägung und der akzentuierten Persönlichkeit mit vor allem narzisstischen Zügen (AB 66 S. 36 Ziff. 6) sowie der daraus abzuleitenden Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit ein gesondertes strukturiertes Beweisverfahren (vgl. E. 2.2.2 hiavor) durch das Gericht nicht nötig ist. Ein solches bleibt entbehrlich, wenn – wie hier – im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit

in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird (AB 66 S. 34) und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3 S. 417).

3.5 Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit in einem ... zu 80% arbeitsfähig ist mit einer zusätzlichen Rendementverminderung von 20%. In einer leichten, kurzzeitig mittelschweren körperlichen Tätigkeit ohne Arbeiten über Schulterhöhe oder in kniender oder kauern Position, mit einer Gewichtslimite von regelmässig ca. 8 kg, – und damit auch in der bisherigen Tätigkeit als ... – besteht dagegen eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit.

Der Sachverhalt ist somit hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem (Eventual-)Antrag in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I 2.) – 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).

4.

4.1 Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad mit der ausserordentlichen Bemessungsmethode zu ermitteln.

4.1.1 Lassen sich die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen nicht zuverlässig ermitteln oder schätzen, so ist in Anlehnung an die spezifische Methode für Nichterwerbstätige (Art. 28a Abs. 2 IVG) zunächst anhand eines Betätigungsvergleichs die leidensbedingte Behinderung festzustellen. Diese ist alsdann im Hinblick auf ihre erwerblichen Auswirkungen noch besonders zu gewichten. Eine bestimmte Einschränkung im funktionellen Leistungsvermögen einer erwerbstätigen Person kann zwar, braucht aber nicht notwendigerweise eine Erwerbseinbusse gleichen Umfangs zur Folge zu haben (ausserordentliches Bemessungsverfahren; BGE 128 V 29 E. 1 S. 31, 104 V 135 E. 2c S. 138; SVR 2020 IV Nr. 23 S. 77 E. 3.2).

4.1.2 Die ausserordentliche Methode ist keine Untervariante der allgemeinen Methode, da sie in jenen Fällen zur Anwendung gelangt, in welchen selbst eine hypothetische Ermittlung der Erwerbseinkommen nicht möglich ist. Folglich fällt für die erwerbliche Gewichtung ein Einkommensvergleich ausser Betracht. Um die wirtschaftliche Gewichtung vorzunehmen, bietet sich an, den Wert der verschiedenen Betätigungen im Verhältnis zueinander festzustellen und mit der Einschränkung im jeweiligen Tätigkeitsbereich in Beziehung zu setzen. Für die Bemessung des wirtschaftlichen Werts einer Tätigkeit liegt es nahe, von den diesbezüglichen, möglichst einzelfallbezogenen Ansätzen auszugehen; diese könnten etwa bei den branchenspezifischen Berufsverbänden erfragt werden (BGE 128 V 29 E. 4a - c S. 32). Alsdann ist nach der in BGE 128 V 29 E. 4c S. 33 dargelegten Formel vorzugehen.

4.2 Der im Abklärungsbericht vom 24. September 2019 vorgenommene Betätigungsvergleich (AB 72 S. 7 Ziff. 5), gemäss welchem der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall zu 20% für die Betriebsleitung, zu 50% für Arbeiten vor Ort (z.B. ...), zu 20% für den Vertrieb der .../Transport von ... und zu 10% als ... tätig wäre, sowie das gestützt auf die ausserordentliche Bemessungsmethode auf der Basis der statischen Zahlen (vgl. Rz. 3105 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]) ermittelte Valideneinkommen von Fr. 68'278.-- (AB 72 S. 9) und das ebenfalls anhand der statistischen Zahlen und eines zumutbaren Berufswechsels ermittelte Invalideneinkommen von Fr. 67'432.-- (AB 72 S. 10) sind nicht zu beanstanden und werden auch nicht bestritten. Darauf ist abzustellen. Dies ergibt einen Invaliditätsgrad von gerundet 1% (AB 72 S. 10). Es besteht folglich kein Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. E. 2.2 hiervor).

4.3 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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):
 - Rechtsanwalt Dr. iur. 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.