

200 19 63 IV
SCI/RUM/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 31. Mai 2019

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Rüfenacht

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Dezember 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1973 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 26. November 2013 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilagen [AB] 2). Die IVB holte erwerbliche sowie medizinische Unterlagen ein und sprach dem Versicherten Abklärungs- und Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung zu (AB 26, 38, 40, 42, 51, 53, 54, 57, 68, 80, 89, 93, 95, 98, 109, 113, 123/1-13). Zudem veranlasste sie eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung durch die C._____ (MEDAS). Gestützt auf deren Gutachten vom 26. April 2016 (MEDAS-Gutachten 2016; AB 100.1) forderte die IVB den Versicherten mit Schreiben vom 13. Juni 2016 mit Hinweis auf dessen Schadenminderungspflicht und die Rechtsfolgen im Unterlassungsfall auf, sein Arbeitspensum im laufenden Aufbautraining entsprechend den Vorgaben zu steigern (AB 104; vgl. AB 98, 109, 113). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 117, 121) verfügte die IVB am 10. Oktober 2016 wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht den Abbruch des Aufbautrainings und den Abschluss der beruflichen Eingliederungsmassnahmen (AB 124). Ausserdem stellte sie mit Vorbescheid vom 14. September 2016 bei einem Invaliditätsgrad von 15 % die Ablehnung eines Rentenanspruchs in Aussicht (AB 122). Gegen Letzteres erhob der Versicherte unter Hinweis auf eine stationäre Behandlung seit 11. Oktober 2016 Einwand (AB 127, 129, 130, 132). Daraufhin holte die IVB aktualisierte medizinische Berichte ein und beauftragte die MEDAS mit einer polydisziplinären medizinischen Verlaufsbegutachtung (AB 161, 163 f.). Nachdem der Versicherte mitgeteilt hatte, er sei mit der Begutachtungsstelle nicht einverstanden (AB 167), hielt die IVB mit Zwischenverfügung vom 30. August 2017 am Vorgehen fest (AB 170). Die Verfügung trat unangefochten in Rechtskraft (AB 175). Am 10. April 2018 wurde das Verlaufsgutachten der MEDAS erstattet (MEDAS-Gutachten 2018; AB 182.1). Die IVB holte einen Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stellen BE/FR/SO (RAD) vom 8. August 2018 ein (AB 191/2) und lehnte nach erneuter Durchführung des Vorbescheidverfahrens mit Verfügung vom 13. Dezember 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 15 % ab An-

fang 2014 und von 20 % seit 1. Oktober 2016 einen Rentenanspruch ab (AB 201).

B.

Mit Eingabe vom 24. Januar 2019 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, Beschwerde. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm, soweit rechtens, eine Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei über die gesetzlichen Ansprüche des Beschwerdeführers neu zu befinden. Gleichzeitig wurde um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung der unterzeichnenden Rechtsvertreterin als amtliche Anwältin ersucht.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. Februar 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 25. Februar 2019 zog der Beschwerdeführer das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück. Mit prozessleitender Verfügung vom 26. Februar 2019 schrieb der Instruktionsrichter das Gesuch als erledigt vom Geschäftsverzeichnis ab. Der Kostenvorschuss wurde innert Frist geleistet.

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 Angefochten ist die Verfügung vom 13. Dezember 2018 (AB 201). Streitig ist der Rentenanspruch.

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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

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

2.3 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 Viertelrente.

2.4 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. In soweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2017 IV Nr. 70 S. 217 E. 2.2).

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

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).

3.

3.1 Die angefochtene Verfügung vom 13. Dezember 2018 (AB 201) basiert in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf den beiden MEDAS-Gutachten 2016 (AB 100.1) und 2018 (182.1).

3.1.1 Im MEDAS-Gutachten 2016 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (AB 100.1/33):

1. Leichtgradige Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit beidseits (ICD-10 H90.3)
2. Tinnitus beidseits (ICD-10 H93.1), mittelgradig kompensiert
3. Verdacht auf Odontom Regio 38 (ICD-10 D16.5)
 - Zustand nach Osteotomie Regio 38/39 mit Miniplattenosteosynthese angular links am 17.03.2014

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ferner festgehalten (AB 100.1/33 f.):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)
2. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)
 - Geringe Bewegungseinschränkung der lumbalen Wirbelsäule
3. Chronische Nacken-Schulterbeschwerden rechts (ICD-10 M54.2/M79.61)
 - Bis auf deutliche Protraktionsfehlstellung von Kopf und Schultern unauffälliger Befund
4. Chronische Beschwerden im Hüftbereich lateral rechts (ICD-10 M79.65)
 - Klinisch keine fassbare Läsion
5. Beginnendes metabolisches Syndrom
 - Übergewicht (BMI 28 kg/m²)
 - Arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I10)
 - Leichte Dyslipidämie, bisher unbehandelt (ICD-10 E78.2)
6. Septumdeviation und Muschelhyperplasie (ICD-10 J34.2/J34.3) mit
 - Zustand nach Septumplastik, Conchotomie beidseits am 17.03.2014
 - Zustand nach Revisionsseptumplastik und Synechienlösung am 08.06.2015

Orthopädisch seien die Befunde insgesamt gering. Es könne keine Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit zuerkannt werden. Aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht stehe vor allem eine Überlagerungssituation im Vordergrund. Objektivierbare Befunde könnten (abgesehen von einer Hypästhesie des dritten Trigeminusastes links nach zahnchirurgischem Eingriff) nicht erho-

ben werden. Ein organisches Korrelat für die subjektiv geklagten neuropsychologischen Einschränkungen finde sich ebenfalls nicht. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In der ergänzend durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung seien vor allem deutliche Inkonsistenzen festzustellen. Die Motivation sei derart wechselhaft, dass keine validen Resultate erhoben werden könnten. Es bestünden offensichtliche Inkonsistenzen im Sinne von klaren Verdeutlichungstendenzen. Ob diese unbewusst oder bewusst verursacht seien, spiele keine Rolle. Jedenfalls könne aus neuropsychologischer Sicht keine objektivierbare und reproduzierbare Funktionseinbusse zugeordnet werden. Aus HNO-ärztlicher Sicht bestünden nebst der leichten Schallempfindungsschwerhörigkeit eine andauernde Belastungssituation bezüglich des Tinnitus und eine Schmerzsymptomatik betreffend des Postosteotomiezustandes, so dass gesamthaft eine leichte Leistungseinbusse bei etwas erhöhtem Pausenbedarf bzw. reduziertem Rendement von 15 % zugeordnet werden könne. Aus allgemeininternistischer Sicht lägen keine gravierenden Befunde vor, die Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht könne auf affektiver Ebene eine leichte depressive Episode festgestellt werden. Diese sei rezidivierend. Die Somatisierungstendenzen seien nicht eigenständig zu diagnostizieren, sondern dieser leichten depressiven Störung zuzuordnen. Die Störung sei geringgradig und erreiche nicht das Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit tangiert wäre. Folglich bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend resultiere aus polydisziplinärer Sicht, dass für jegliche leichten bis schweren, auditiv adaptierten Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 85 % bestehe. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden. Diese leichte Einschränkung könne arbiträr ab Anfang 2014 angenommen werden. Ansonsten habe lediglich im Jahr 2012 während einiger Wochen eine um 50 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestanden. Eine länger andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit, welche damit auch einer invalidisierenden Erkrankung zuzuordnen wäre, könne in der Vergangenheit nicht erkannt werden (AB 100.1/34 f.).

3.1.2 Dem MEDAS-Gutachten 2018 sind folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (AB 182.1/45):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0, F33.1)
 - Leichte neuropsychologische Hirnfunktionsstörung
2. Leichtgradige Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit beidseits (ICD-10 H90.3)
3. Tinnitus beidseits (ICD-10 H93.1)
 - Mittelgradig kompensiert
4. Verdacht auf Odontom Regio 38 (ICD-10 D16.5)
 - Zustand nach Osteotomie Regio 38/39 mit Miniplattenosteosynthese angulär links am 17.03.2014
 - Postoperative Hypästhesie des 3. Trigeminalastes links (ICD-10 G52.9)
5. Anosmie (ICD-10 R43.0)
6. Intermittierende Schwindelsymptomatik (ICD-10 H82)
 - Ohne Hinweis auf periphere vestibuläre Funktionsstörung
 - Bei Dg. 5.2.3

Weiter wurden folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (AB 182.1/45 f.):

1. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)
 - Radiologisch beginnende Osteochondrose LWK5/SWK1 (Röntgen 23.01.2018)
 - Geringe Bewegungseinschränkung der lumbalen Wirbelsäule
2. Chronische Nacken-Schulterbeschwerden beidseits (ICD-10 M54.2/M79.61)
 - Bis auf deutliche Protraktionsfehlstellung und Rundrücken unauffälliger Befund
3. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
4. Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44.2)
5. Leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom (ICD-10 G47.3)
 - Polysomnographie 2016 (Spital D._____): Apnoe-/Hypopnoeindex 15/h
 - Risikofaktoren: Adipositas (BMI 32.5 kg/m²), Halsumfang 45 cm, enger Rachen und Nasenseptumdeviation
 - Behandelt mit CPAP seit 12/2016
6. Septumdeviation und Muschelhyperplasie (ICD-10 J34.2/J34.3) mit
 - Zustand nach Septumplastik, Conchotomie beidseits am 17.03.2014
 - Zustand nach Revisionsseptumplastik und Synechienlösung am 08.06.2015
7. Leichtgradige chronische Sinusitis (ICD-10 J32.8) bei
 - verlegtem Recessus frontalis links, partiell verlegten anterioren Ethmoidalzellen, Sinus sphenoidalis beidseits und Processus alveolaris des Sinus maxillaris beidseits
8. Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)
9. Adipositas (ICD-10 E66.9)
 - BMI 31.7 kg/m²
10. Anamnestisch leichte Dyslipidämie (ICD-10 E78.2)
11. Unterdurchschnittliche Intelligenz (Gesamt-IQ 77; ICD-10 F79)

Aus Sicht des Bewegungsapparates fänden sich ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, chronische Nacken-Schulterbeschwerden beidseits wie auch der Verdacht auf eine Schmerzausweitung, welche die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten bis schweren Tätigkeit jedoch nicht beeinflusse. Aus otorhinolaryngologischer Sicht führten die Diagnosen zu quantitativen und qualitativen Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit. Tätigkeiten unter gesteigertem Umgebungsgeräuschpegel, Sturzgefährdende Tätigkeiten wie auch Arbeiten, welche einen intakten Geruchssinn voraussetzen, seien dem Exploranden nicht zumutbar. Unter Berücksichtigung dieser qualitativen Einschränkungen bestehe aus rein otorhinolaryngologischer/otoneurologischer Sicht in einer körperlich angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20 %. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, für körperlich angepasste Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, vollschichtig realisierbar, mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen. Aus neuropsychologischer Sicht seien eine unterdurchschnittliche Intelligenz mit einem Gesamt-IQ von 77 sowie eine leichte neuropsychologische Hirnfunktionsstörung festzustellen, welche Tätigkeiten mit intellektuellen bzw. kognitiven Voraussetzungen einschränkten. Aus allgemeininternistischer, neurologischer und pneumologischer Sicht fänden sich keine weiteren Diagnosen und Befunde mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend bestehe somit aus polydisziplinärer Sicht unter Berücksichtigung oben genannter qualitativer Einschränkungen in einer körperlich leichten bis schweren Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, vollschichtig realisierbar, mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen. Die leichten Leistungseinbussen aus somatischer und psychiatrischer Sicht seien nicht zu addieren, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden könnten. Von oben genanntem Arbeits- und Leistungsprofil könne arbiträr über die Zeit gemittelt ab Oktober 2016 ausgegangen werden. Zuvor könne auf die Einschätzung im MEDAS-Gutachten 2016 abgestellt werden (AB 182.1/46 f.).

3.2 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 Kennt-

nis 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 polydisziplinären MEDAS-Gutachten 2016 und 2018 (AB 100.1 und 182.1) sind umfassend, beruhen auf einlässlichen anamnestischen Erhebungen sowie eigenen fachärztlichen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der umfangreichen Vorakten erstellt. Die Experten haben die Befundlage sorgfältig erhoben, die gestellten Diagnosen und ihre Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in den jeweiligen Fachbereichen sowie aus polydisziplinärer Sicht schlüssig begründet. Namentlich setzten sich die Experten im MEDAS-Gutachten 2018 auch einlässlich mit den im Nachgang an die erste Begutachtung (2016) geklagten Beschwerden (AB 125, 127, 129, 130, 132) auseinander. Auf die Gutachten, welche die vom Bundesgericht an den Beweiswert von solchen gestellten Anforderungen erfüllen (vgl. E. 3.2 hiavor) und somit voll beweiskräftig sind, ist abzustellen. Im Einzelnen ist Folgendes festzuhalten:

3.4

3.4.1 Aus allgemeininternistischer Sicht fanden sich weder 2016 noch 2018 Befunde, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränken. Die diagnostizierte arterielle Hypertonie, die Adipositas sowie die anamnestisch vorliegende leichte Dyslipidämie sind gemäss Gutachter denn auch behandelbar (AB 182.1/17 Ziff. 3.3 f., 100.1/9 Ziff. 3.3 ff.). Aus den weiteren Akten ergibt sich in allgemeininternistischer Hinsicht nichts Gegenteiliges. Dies gilt insbesondere für die Berichte der Hausärztin, welche Arbeitsunfähigkeiten hauptsächlich auf der Basis von psychiatrischen Diagnosen, mithin ausserhalb ihres angestammten Fachbereichs, postulierte (AB 16/2, 59/2, 139/2; vgl. AB 100.1/9 u. 182.1/17 je Ziff. 3.6).

3.4.2 In orthopädischer Hinsicht vermochten die Gutachter sowohl 2016 als auch 2018 die geklagten Beschwerden allein teilweise auf degenerative Veränderungen im Bereich der lumbalen Wirbelsäule sowie auf Fehlstellungen im zervikothorakalen und Schulterbereich zurückzuführen. Die Befunde sind gemäss Gutachten zudem nur geringgradig ausgeprägt und schränken die Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar nicht ein (AB 100.1/19 f. Ziff. 4.2.4 f., 182.1/27 f. Ziff. 4.2.4 f.).

3.4.3 Otorhinolaryngologisch wurde im Gutachten 2018 aufgrund der – in Übereinstimmung mit den früheren Untersuchungen im Spital D._____ (AB 182.1/36 Ziff. 4.4.7) – erhobenen, seit der Begutachtung im Jahr 2016 (AB 100.1/32 Ziff. 4.5.5) leicht progredienten Befunde nachvollziehbar eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % (zuvor 15 %) postuliert (AB 182.1/36 Ziff. 4.4.5).

3.4.4 In den vom Beschwerdeführer kritisierten (Beschwerde, S.4 f.) neurologischen und pneumologischen Teilgutachten des MEDAS-Gutachtens 2018 (AB 182.1/28 ff. Ziff. 4.3, 182.1/36 ff. Ziff. 4.5) wurden die Befundlage und die daraus zu ziehenden Schlüsse je nachvollziehbar dargelegt. Auf neurologischem Gebiet wurde namentlich festgehalten, dass sich aufgrund der Untersuchungsergebnisse (wie schon im Jahr 2016; AB 100.1/23 Ziff. 4.3.4) gesamthaft keine die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkende Erkrankung ergibt. Dass den inzwischen in den Vordergrund gestellten Kopfschmerzen nicht die vom Beschwerdeführer verlangte Bedeutung (Beschwerde, S. 5) zugemessen wurde, ist nicht zu beanstanden. Insoweit bestehen auch keine massgeblichen Diskrepanzen zu den Berichten der behandelnden Ärzte des ... vom 13. April, 9. Juni und 10. November 2017 (AB 159/2-3, 182.2/1-4), worin ebenfalls die Diagnose eines Spannungskopfschmerzes gestellt und überdies auf einen möglichen Zusammenhang mit einem übermässigen Schmerzmittelgebrauch hingewiesen wurde. Auch seitens der Schlafapnoe besteht keine unüberwindbare Diskrepanz zur Einschätzung der behandelnden Ärzte. Nachvollziehbar hat der Experte auf der Basis der Auswertungen des CPAP-Geräts ausgeführt, dass diese Therapie beim Beschwerdeführer zur Behandlung des leichten Schlafapnoesyndroms – objektiv betrachtet – genügend wirksam ist, jedoch zu wenig angewendet werde. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass sich

das Übergewicht zusätzlich negativ auf das Behandlungsergebnis auswirkt (AB 182.1/38 Ziff. 4.5.4). Aus dem Gutachten gehen keinerlei Anhaltspunkte hervor, dass dem Beschwerdeführer im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht eine konsequente Anwendung des CPAP-Geräts und die empfohlene Gewichtsabnahme objektiv nicht zumutbar wäre. Es ist in der Folge denn auch nicht zu beanstanden, dass der Gutachter die subjektiv geklagte Tagesmüdigkeit und Schläfrigkeit bei der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit unberücksichtigt gelassen hat. Demgegenüber lässt sich die anderweitige Darstellung des Beschwerdeführers (Beschwerde, S. 4) insbesondere nicht mit den vom Gerät aufgezeichneten Daten vereinbaren (AB 182.1/38) und vermag die gutachterlichen Ausführungen nicht in Zweifel zu ziehen.

3.4.5 Was den in der neuropsychologischen Abklärung 2018 erhobenen IQ von 77 (AB 182.1/42 Ziff. 4.6.3) anbelangt, entspricht dieser einer Intelligenz im unteren Normalbereich und ist per se nicht als gesundheitliche Beeinträchtigung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG zu beachten (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 16. März 2015, 8C_741/2013, E. 3.2.1; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Art. 4 N. 83). Hinzu kommt, dass die Neuropsychologie nur eine medizinische Hilfsdisziplin darstellt, indem diese Grundlagen für die neurologische oder die psychiatrische Beurteilung schafft. Entsprechend sind neuropsychologische Untersuchungsergebnisse rechtsprechungsgemäss stets im Kontext der übrigen (interdisziplinären) medizinischen Abklärungsergebnisse zu würdigen und beweisrechtlich nur insoweit relevant, als sie sich in das Gesamtergebnis der medizinischen Sachverhaltsabklärung schlüssig einfügen (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; Entscheide BGer vom 7. August 2009, 8C_261/2009, E. 5.2 und des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute BGer] vom 7. Juni 2006, I 816/05, E. 3.2.2). Dies ist im vorliegenden Fall von besonderer Bedeutung. Aus neurologischer Sicht konnte in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten weder 2018 noch 2016 eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (E. 3.4.4 hiervor). Insbesondere ist keine Hirnschädigung erstellt. Der Beschwerdeführer hat im Rahmen der letzten Anstellung als ... eines ... bis Ende März 2012 (vgl. E. 4.5 hiernach) langjährig auch verantwortungs- und anspruchsvolle Arbeiten (Personaleinsatzplanung, Reporting

an die Geschäftsleitung, Kassenautomaten warten, leeren sowie Transfer der Gelder zur Bank, etc.) zur Zufriedenheit der Arbeitgeberin ausgeführt (AB 11/3). Solches wäre mit einer massgeblichen Minderintelligenz nicht vereinbar gewesen. Anders könnte insbesondere nicht erklärt werden, wie er in seiner Funktion vom ... zum ... aufgestiegen ist und die Arbeit während der rund zehn Jahre der Anstellung hat behalten können (AB 11/3). Dass erst nach 2012 eine Hirnschädigung als Grundlage für die geklagten neuropsychologischen Defizite bzw. einen verminderten IQ eingetreten wäre, ist aufgrund der MEDAS-Gutachten 2016 und 2018 auszuschliessen (AB 100.1/33 f. Ziff. 5, 182.1/45 f. Ziff. 5). Weil ein IQ von 77, wie erwähnt, invalidenversicherungsrechtlich irrelevant ist, braucht auch nicht abschliessend geprüft zu werden, ob der erhobene IQ-Wert im unteren Normalbereich tatsächlich auf eine Intelligenzminderung zurückzuführen ist, was angesichts der beruflichen Leistungen und fehlender neurologischer Schädigungen fraglich erscheint. Immerhin ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung 2016 nach einer ersten Medikamenteneinnahme unmittelbar vor der neuropsychologischen Testung erneut ein leistungsverzerrendes Medikament eingenommen hatte (AB 100.1/28 Ziff. 4.4.2). Zudem verwies der Experte damals auf eine deutliche Diskrepanz zwischen den unterdurchschnittlichen Testergebnissen und den gezeigten guten kognitiven Leistungen während der Untersuchung (AB 100.1/28 Ziff. 4.4.4; vgl. AB 100.1/29 Ziff. 4.4.7). Schliesslich hat der psychiatrische Gutachter auf der Basis seiner Feststellungen und in Kenntnis der neuropsychologischen Testung ein nachvollziehbares Profil für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit erstellt (vgl. E. 3.4.6 hiernach), so dass nicht von einer zusätzlichen intelligenzbedingten Einschränkung auszugehen ist. Der psychiatrische Gutachter hat sich weiter auch mit den Attesten aus früheren Behandlungen auseinandergesetzt und nachvollziehbar auf die Bedeutung der Abgrenzung von objektiv zu erhebenden Befunden und subjektiv geklagten Beschwerden hingewiesen. Es besteht kein Grund, seine Feststellungen anzuzweifeln (vgl. Beschwerde S. 5 f. und E. 3.4.6 so gleich).

3.4.6 In psychiatrischer Hinsicht legten die Experten in beiden MEDAS-Gutachten mit Hinweis auf die anamnestischen und eigenen Erhebungen überzeugend dar, dass beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depres-

sive Störung vorliegt, welche anlässlich der Begutachtung 2016 noch einer leichten depressiven Episode entsprach (AB 100.1/15 f. Ziff. 4.1.3.5), sich in der Folge akzentuierte, im Verlauf gemittelt jedoch nie stärker als mittelgradig ausgeprägt war (AB 182.1/21 Ziff. 4.1.7; vgl. die übereinstimmende Diagnosestellung der behandelnden Ärzte in AB 129/1, 132/3, 45/2). Weiter wurde bereits im MEDAS-Gutachten 2016 auf eine Schmerzausweitung (Somatisierung) und eine ausgeprägte Krankheitsüberzeugung hingewiesen (AB 100.1/16 Ziff. 4.1.3.5). Im Gutachten 2018 wurde dies diagnostisch einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) zugeordnet, nach wie vor jedoch ohne (zusätzliche) Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 182.1/20 f. Ziff. 4.1.3 f.). Eine Persönlichkeitsstörung, wie sie die behandelnde Psychiaterin anfänglich noch festgehalten hatte (AB 6/2, 63/2), wurde von den Gutachtern mit Hinweis auf die vor der Erkrankung während Jahren uneingeschränkt vorhanden gewesene (erwerbliche) Leistungsfähigkeit und die unauffällige Sozialisation des Beschwerdeführers nachvollziehbar verneint (AB 100.1/16 Ziff. 4.1.6, 182.1/22 Ziff. 4.1.10.1). Schliesslich geht aus beiden Gutachten hervor, dass psychosoziale und soziokulturelle, mithin grundsätzlich invaliditätsfremde (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2), Faktoren eine Rolle spielen (AB 100.1/16 Ziff. 4.1.3.5, 182.1/20 Ziff. 4.1.3). Demnach wird die diagnostizierte leichte bis mittelgradige depressive Störung von solchen Faktoren mitbedingt. Dies schliesst zwar deren (mittelbare) Berücksichtigung im Rahmen der invaliditätsbegründenden funktionellen Auswirkungen der depressiven Störung bei der Einschätzung der verbleibenden Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht gänzlich aus; rechtssprechungsgemäss werden solche Wechselwirkungen zwischen sich psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt jedoch bedeutend weniger stark berücksichtigt als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2). Dass die Experten vor diesem Hintergrund im Gutachten 2018 aus psychiatrischer Sicht allein aufgrund der höchstens mittelgradigen depressiven Störung von einer im Verlauf um maximal 20 % eingeschränkten, jedoch vollschichtig umsetzbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgingen (AB 182.1/21 Ziff. 4.1.5), ist schlüssig und steht zudem im Einklang mit den gutachterlichen Ausführungen zu den verbleibenden Ressourcen und zur Konsistenz (AB 100.1/14 f., 182.1/22 ff.). In diesem Zusammenhang ist ins-

besondere auch darauf hinzuweisen, dass gemäss Gutachten die psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapieoptionen bei voller Zumutbarkeit noch nicht vollumfänglich ausgeschöpft sind (AB 100.1/14 f. Ziff. 4.1.3.3 f., 182.1/23 f. Ziff. 4.1.10.3 f.). Soweit die behandelnden Ärzte auf der Basis der subjektiven Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers eine höhergradig eingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit postuliert haben (vgl. die entsprechenden Hinweise im Gutachten 2018; AB 182.1/21), kann darauf nicht abgestellt werden. Schliesslich kann beim vorliegenden Ergebnis (E. 3.4.7 und E. 4.6 hiernach) auch offen bleiben, ob die gutachterlich attestierte Einschränkung bei einer Prüfung im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. BGE 143 V 418 und 141 V 281) invalidenversicherungsrechtlich überhaupt beachtlich wäre.

3.4.7 Zusammenfassend ist die Leistungsfähigkeit gemäss den in allen Teilen voll beweiskräftigen Gutachten sowohl aus otorhinolaryngologischer als auch aus psychiatrischer Sicht um maximal 20 % eingeschränkt (bei einem vollschichtig realisierbaren Arbeitspensum), wobei sich diese (qualitativen) Leistungseinbussen nicht addieren (AB 182.1/47 Ziff. 6.2, 100.1/35 Ziff. 6.2).

4.

Auf dieser Basis ist im Folgenden die Invaliditätsbemessung vorzunehmen (vgl. E. 2.4 hiervoor).

4.1 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 herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf

sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute Bundesgericht] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.2 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). Übt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (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, können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Dabei gilt es 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).

4.3 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).

4.4 Dem Beschwerdeführer wurde ab September 2013 (AB 6/3, 16/4, 59/3, 63/3) durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % attestiert. Die am 26. November 2013 unterzeichnete IV-Anmeldung ging am 28. November 2013 bei der Beschwerdegegnerin ein (AB 2). Hypothetischer Rentenbeginn ist somit der 1. September 2014 (Art. 28 Abs. 1 sowie Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG).

4.5 Der Beschwerdeführer hatte nach der Schule keine berufliche Ausbildung absolviert (AB 7/1). In der Schweiz war er zunächst als Hilfsarbeiter im Gastgewerbe tätig (AB 10/2). In der Folge arbeitete er als ... in einem ..., wo er schliesslich als ... eingesetzt wurde (AB 11/3). Der Beschwerdeführer hat diese letzte Stelle – nach eigenen Angaben im Rahmen eines Besitzerwechsels mit in der Folge erhöhten an ihn gestellten Ansprüchen – per 31. März 2012 selbst gekündigt (AB 11/3, 22/2 f., 22/10, 100.1/22 Ziff. 4.3.1.2). Von Seiten der Hausärztin wurde erst knapp zwei Monate später eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 16/4 Ziff. 1.6). Damit übereinstimmend ergeben sich auch aus dem Fragebogen für Arbeitgebende keine (krankheitsbedingten) Absenzen (AB 22/4 Ziff. 2.14). Vielmehr hielt die Arbeitgeberin fest, dass der Gesundheitsschaden erst nach dem Austritt aus der Unternehmung aufgetreten sei (AB 22/3 Ziff. 2.8, Ziff. 2.10). Dass die Beschwerdegegnerin unter diesen Umständen das Valideneinkommen anhand des Totalwerts, Kompetenzniveau 1 (Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Männer, der LSE berechnet hat (AB 201/2), ist nicht zu beanstanden.

Der Beschwerdeführer hat bis zum Verfügungserlass keine ihm zumutbare Tätigkeit aufgenommen, so dass das Heranziehen desselben statistischen

Werts der LSE (Totalwert, Kompetenzniveau 1, Männer) zur Bestimmung des Invalideneinkommens (AB 201/2) ebenfalls nicht zu beanstanden ist.

4.6 Ist demnach für beide Einkommen derselbe LSE-Wert heranzuziehen, erübrigt sich eine konkrete Berechnung des Invaliditätsgrades. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2). Ein Tabellenlohnabzug ist vorliegend indes nicht gerechtfertigt, da den (medizinisch und rechtlich begründeten) leidensbedingten Einschränkungen im Rahmen der Festlegung der Restarbeitsfähigkeit bereits Rechnung getragen wurde (AB 182.1/46 f. Ziff. 6.2; SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2). Dies gilt auch mit Blick auf die Arbeitsplatzanforderungen aus otorhinolaryngologischer Sicht (Unzumutbarkeit von Arbeiten mit gesteigertem Umgebungsgeräuschpegel, mit Sturzgefahr und mit besonderen Anforderungen an den Geruchssinn [AB 182.1/47 Ziff. 6.2]), steht dem Beschwerdeführer doch auf dem hier massgeblichen hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt nach wie vor ein breites Spektrum an (Hilfsarbeiter-)Tätigkeiten offen (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2017 IV Nr. 64 S. 201 E. 4.1, 2008 IV Nr. 62 S. 205 E. 5.1). Die weiteren Kriterien (vgl. E. 4.2 hiervor) spielen schliesslich keine Rolle, da sie gleichermassen auf Seiten des Validen- und Invalideneinkommens zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5).

Nichts anderes gälte im Übrigen, wenn mit Blick auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... ein LSE-Einkommen aufgrund eines höheren Kompetenzniveaus, konkret Totalwert Niveau 2, herangezogen würde. Weil der Beschwerdeführer ein entsprechendes Einkommen auch unter Berücksichtigung der (objektivierbaren) leidensbedingten Einschränkungen zu erzielen vermöchte, d.h. diesfalls für das Invalideneinkommen ebenfalls auf den Totalwert Niveau 2 abzustellen wäre, wäre gleichermassen direkt von der Arbeitsunfähigkeit auf den Invaliditätsgrad zu schliessen.

Demnach hat bei einer maximal zu berücksichtigenden Leistungsunfähigkeit von 20 % (vgl. E. 3.4.7 hiervor) zu keinem Zeitpunkt ein Invaliditätsgrad von mehr als 20 % vorgelegen, womit nie ein Anspruch auf eine IV-Rente bestand (vgl. E. 2.3 hiervor). Die angefochtene Verfügung ist somit nicht zu beanstanden. Die 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen 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):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

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.