

200 20 68 IV
SCP/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. Juni 2020

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. Dezember 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1994 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bezog in seiner Kindheit resp. Jugend aufgrund eines bestehenden Geburtsgebrechens (Nr. 313; angeborene Herz- und Gefässmissbildungen) Leistungen der Invalidenversicherung (IV) in Form von medizinischen Massnahmen (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 6, 7.1 S. 1).

Am 5. Dezember 2017 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine Migräne bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 13). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei holte sie auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 31) bei der C._____ AG, MEDAS C._____ (MEDAS), ein polydisziplinäres (internistisches, neurologisches, orthopädisches und psychiatrisches) Gutachten ein (Expertise vom 28. Februar 2019; AB 61.1). Nach Rücksprache mit dem RAD (AB 73) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 26. Juli 2019 (AB 79) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 8% die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden und erhob Einwand (AB 84 und 87). Nach Einholung diverser Stellungnahmen des RAD (AB 91, 92, 93) verfügte die IVB am 6. Dezember 2019 wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Rentenbegehren ab (AB 94).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 24. Januar 2020 Beschwerde. Er beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache der gesetzlich geschuldeten Leistungen.

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

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde (grundsätzlich) einzutreten (vgl. aber E. 1.2 hiernach).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 6. Dezember 2019 (AB 94). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

Vorliegend nicht Streitgegenstand bildet ein allfälliger Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (Beschwerde S. 2 Ziff. 1 2), da die Beschwerdegegnerin hierüber in der angefochtenen Verfügung nicht befunden hat. Diesbezüglich ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

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).

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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeits-

marktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

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

3.

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

3.1.1 Im Bericht des Spitals D. _____ vom 21. August 2017 (AB 64.2 S. 20 ff.) wurden eine Migräne-Exazerbation bei bekannter Migräne mit Aura, eine kongenitale Aortenisthmusstenose, eine bikuspidale Aortenklappe mit leichter Insuffizienz, eine soziale Phobie, ein Status nach Hämorrhoidektomie, ein Status nach Schulterverletzung links, Hüftschmerzen links bei Misch-Impingement mit Labrumunterflächenläsion und Epiphysiolyse, Hüftschmerzen rechts, Fusschmerzen rechts, ein Status nach VKB-Rekonstruktion rechts und eine Lumbago diagnostiziert (S. 20 f.). Der Beschwerdeführer leide an chronischer Migräne mit visuellen Veränderungen (Flimmerskotome) ohne Nausea, Übelkeit oder neurologische Ausfälle (S. 21). Unter Triptaneinnahme habe eine deutliche Besserung stattgefunden und nur noch ein leichter Druck auf dem Kopf persistiert (S. 22).

Im weiteren Verlauf wurde im Bericht vom 26. Januar 2018 (AB 28) keine Arbeitsunfähigkeit festgestellt. Aus neurochirurgischer Sicht sei der Beschwerdeführer 100% arbeitsfähig (S. 3 Ziff. 1.3).

3.1.2 Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, wiederholte im Bericht vom 21. Dezember 2017 (AB 22) die im Bericht des Spitals D. _____ vom 21. August 2017 gestellten Diagnosen (S. 2 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer habe im Frühjahr 2017 zunehmende Kopfschmerzen und in der Folge eine schwierige Schmerzkrankheit mit rezidivierenden Kopfschmerzen und deutlichem Vermeidungsverhalten entwickelt. Trotz verschiedener Therapieansätze sei es zu keiner wesentlichen Stabilisierung der Situation gekommen, sodass der Beschwerdeführer immer wieder Arbeitsausfälle gehabt habe (S. 3 Ziff. 1.4). Wegen den intermittierend auftretenden Kopfschmerzen gebe der Beschwerdeführer an, sich bei der Arbeit nicht konzentrieren zu können, den Lärm in der Werkstatt nicht zu ertragen und somit nicht arbeitsfähig zu sein. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Aktuell sei angesichts der labilen Situation mit rezidivierenden Schmerzattacken, dies trotz der neu begonnenen präventiven Kopfschmerztherapie, auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit nicht möglich (S. 4 Ziff. 1.7).

3.1.3 Dr. med. F. _____, Fachärztin für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 28. Oktober 2018 (AB 64.2 S. 2 f.) eine chronische Migräne und einen Verdacht auf ein psychoorganisches Syndrom differentialdiagnostisch eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; S. 2). Der Beschwerdeführer leide seit seiner Kindheit an einer chronischen, bisher therapierefraktären Migräne, die zu einer beträchtlichen Beeinträchtigung im Alltag führe. Es sei unklar, ob der Migräne ein psychoorganisches Leiden zugrunde liege oder allenfalls eine PTBS. Die Kindheit des Beschwerdeführers sei wegen einer kongenitalen Herzmissbildung und diversen Unfällen von Krankenhausaufenthalten und teilweise schweren operativen Eingriffen geprägt. Zurzeit werde die Arbeitsfähigkeit auf 50% geschätzt (S. 3).

3.1.4 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 28. Februar 2019 (AB 61.1) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Migräne mit Aura diagnostiziert (S. 11 Ziff. 4.2.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Verdacht auf ein eingeblutetes Kavernom im Pedunculus cerebellaris superior rechts, Hüftschmerzen rechts bei Misch-Impingement mit Labrumunterflächenläsion und Epiphysiolyse, eine Ansatzendinose der Iliopsoassehne links, ein Status nach VKB-Rekon-

struktion rechts, eine Spondylolisthesis L5/S1 bei Spondylolyse L5, ein Diskusbulging L5/S1, eine Operation linke Hüfte am 28. März 2018, ein Status nach Hernienrepair beidseits, ein Status nach geschlossener Reposition bei metaphysärer distaler Vorderarmfraktur links sowie eine kongenitale Aortenisthmus-Stenose (ICD-10 Q25.1Z) festgehalten (S. 12 Ziff. 4.2.2).

Aus neurologischer Sicht wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer leide seit Mai 2017 an regelmässiger Migräne. Diese trete zwei bis fünf Mal in der Woche auf und dauere zwischen einer bis sechs Stunden an (AB 61.2 S. 6 Ziff. 3.2.1). Die Prognose hinsichtlich der Heilungschancen sei gut (S. 13 Ziff. 7.2). In der bisherigen Tätigkeit als ..., welche als angepasste Tätigkeit betrachtet werden könne, bestehe eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer habe die Arbeitstätigkeit – nach der Hüftoperation vom 28. März 2018 – wieder in einem 100%-Pensum aufgenommen (S. 14 f. Ziff. 7.4, 8.1 f.).

Aus internistischer Sicht wurden keine IV-relevanten Diagnosen oder entsprechende Funktionseinschränkungen festgestellt. Entsprechend wurde keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 61.3 S. 16 Ziff. 7.4).

Aus orthopädischer Sicht wurde ausgeführt, beim Beschwerdeführer sei vor ca. drei Jahren ein Impingement beider Hüftgelenke festgestellt worden, welches anschliessend operativ saniert worden sei. Die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule seien momentan nicht vorhanden. Die Verletzung im Bereich des rechten Kniegelenkes (vorderer Kreuzbandruptur) sei operativ behandelt worden. Der Beschwerdeführer sei zurzeit vollkommen beschwerdefrei (AB 61.4 S. 18 Ziff. 6.3). Schliesslich wurde aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert (S. 22 f. Ziff. 8.1 f.).

Aus psychiatrischer Sicht wurde keine Störung von Krankheitswert mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen leichten Stimmungsschwankungen liessen sich nicht im Sinne eines psychiatrischen Syndroms subsumieren, sondern seien als eine nachvollziehbare Reaktion auf die körperlichen Beschwerden und die resultierenden psychosozialen Folgeerscheinungen (z.B. ungewisse berufliche Zukunft) zu beurteilen. Die etablierte medikamentös-antidepressive

Behandlung mit einem Schlaf-anstossenden Antidepressivum hätten die beschriebenen Schlafstörungen gebessert. Den vorliegenden Berichten wie auch den Eigenangaben des Beschwerdeführers seien ängstliche Zustandsbilder, die am ehesten im Sinne sozial phobischer Erlebnisweisen beurteilt werden könnten, zu entnehmen. So habe der Beschwerdeführer beschrieben in der Schulzeit unter Ängsten gelitten zu haben, etwas vergessen zu haben, was zu vermehrten Kontrollhandlungen geführt habe. Versagens- bzw. Kritikängste seien damals vorhanden gewesen. Zudem habe er Mühe gehabt, sich in Menschenmengen aufzuhalten. Diesbezüglich habe sich der Beschwerdeführer mittlerweile weitgehend symptomfrei beschrieben. Ausgeprägte krankheits- oder schmerzbezogene Ängste seien nicht berichtet worden (AB 61.5 S. 17 Ziff. 6.3). In differenzialdiagnostischer Hinsicht seien die Kriterien einer psychotischen Erkrankung oder Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt. Insbesondere seien schon die Eingangskriterien einer Persönlichkeitsstörung bei weitgehend unauffälliger schulischer familiärer und beruflicher Entwicklung nicht erfüllt. Eine depressive Episode sei angesichts eines weitgehend psychopathologisch unauffälligen Befundbildes, fehlender Freudlosigkeit, fehlender Antriebslosigkeit und fehlender Interesselosigkeit nicht zu diagnostizieren. Angesichts der anhaltenden Schmerzproblematik sei auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren abzugrenzen. Diesbezüglich sei in beiden Fällen anzumerken, dass eine emotionale oder psychosoziale Konfliktsituation, die für die Entstehung und oder Aufrechterhaltung der vorliegenden Schmerzproblematik bestimmend sein könnte (bzw. für die Diagnosestellung erfüllt sein muss), nicht zu eruieren sei (S. 18).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass in der angestammten Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit (gestützt auf die neurologische Beurteilung resp. aufgrund der Migräneanfälle; vgl. AB 61.1 S. 15 oben) eine Arbeitsunfähigkeit von 10% bis 20% bestehe, wobei das aus neurologischer Sicht festgelegte Leistungsprofil gelte und die bisherige Tätigkeit als angepasst betrachtet werden könne. Bezüglich der retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, aktuell habe der Beschwerdeführer die Arbeitstätigkeit als ... wieder voll aufgenommen. Nach der Hüftoperation vom 28. März 2018 bis Ende Juni 2018

sei er jedoch rekonvaleszent gewesen. Danach könne deshalb wieder eine volle Arbeitsfähigkeit übernommen werden. Vor dieser Operation sei der Beschwerdeführer wiederholt teilarbeitsunfähig gewesen, was retrospektiv nicht mehr genau determiniert werden könne. Deshalb werde empfohlen, die früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten zu übernehmen (S. 14).

3.1.5 Dr. med. F. _____ diagnostizierte im Bericht vom 25. April 2019 (AB 67) nunmehr eine chronische, therapieresistente Migräne, eine PTBS und ein psychoorganisches Syndrom (S. 1). Durch den koordiniert geführten, multidisziplinären Therapieansatz zeichne sich nach über einem halben Jahr langsam eine Veränderung der Gesamtsituation ab. Seit dem Einsatz von Aimovig sei die Migränefrequenz deutlich rückläufig. Die Arbeitsfähigkeit habe sich aber noch nicht nennenswert verbessert, weil der Beschwerdeführer wegen Erschöpfungszuständen doch häufig fehle. Dies werde dahingehend interpretiert, dass das hartnäckige Schmerzsyndrom nicht mehr Überhand habe und die darunterliegende Erschöpfung demaskiert werde. Dies dürfte zum Teil noch ein weiteres „Decksymptom“ der darunterliegenden psychoemotionalen Schwierigkeiten des Beschwerdeführers sein (S. 2). Weiter attestierte Dr. med. F. _____ eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit. In der aktuellen Tätigkeit im ... sei der Beschwerdeführer optimal eingesetzt. Es sei wichtig, dass die 50%-ige Arbeitstätigkeit nicht überschritten werde. Wegen der hirnorganischen Störung sei es besonders wichtig, dass er sehr regelmässig sportliche Aktivitäten durchführe, da dies die dissoziierte Vigilanz in den fronto-zentralen Arealen verbessere und somit auch die Migränefrequenz senke (S. 3).

Im – im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten – Bericht vom 4. Oktober 2019 (AB 87 S. 28 ff.) führte Dr. med. F. _____ aus, der Beschwerdeführer sei in der aktuellen Tätigkeit weiterhin zu 50% arbeitsfähig; dies sofern er seine Arbeitseinsätze flexibel gestalten könne. Die reduzierte Arbeitstätigkeit unterstütze die Genesung. Wenn dem Beschwerdeführer genügend Zeit für die schrittweise Arbeitssteigerung gelassen werde, sei die Prognose gut (S. 28). Die sofortige Steigerung der Arbeitstätigkeit sei gescheitert. Diese habe zu einer sofortigen Erhöhung der Migränefrequenz geführt. Im Rahmen der Sprechstunden liessen sich verschiedene konfliktbehaftete Grundthemen eruieren, die die Anspannung und somit die Migrä-

neattacken klar triggerten. Weiter führte die Neurologin aus, die Stellungnahme des neurologischen MEDAS-Gutachters und die sehr dürftigen anamnestischen Angaben zeigten, dass der Beschwerdeführer sehr oberflächlich befragt worden sei. Ferner sei aus neurologischer Sicht eine chronische therapieresistente Migräne durchaus als anhaltende Schmerzstörung zu verstehen (S. 29). Erstmals hätten die Schmerzkomponenten der Migräne beim Beschwerdeführer mit Aimovig erfolgreich unterdrückt werden können. Eine Migräne gehe aber nicht nur mit Schmerzen, sondern ebenfalls mit neuropsychiatrischen Symptomen sowie vegetativen Symptomen einher. Diese persistierten beim Beschwerdeführer, obwohl er sich als schmerzfrei beschreibe. In diesen Zuständen sei es nachvollziehbar, dass er nicht in der Lage sei, sich mit genügender Konzentration und Aufmerksamkeit seiner Arbeit zuzuwenden. Wegen der vegetativen Komponente sei der Beschwerdeführer auch körperlich in seiner Leistungs- und Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt. Als Bemerkung führte die Neurologin an, der Beschwerdeführer leide aus ihrer Sicht an einer komplexen PTBS nach etlichen Hospitalisationen und schwerwiegenden operativen Eingriffen in der frühen Kindheit (S. 30).

3.1.6 Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 16. Oktober 2019 (AB 87 S. 77 ff.) eine rezidivierende depressive Störung. Aufgrund der negativen Erlebnisse durch die wiederholten Erkrankungen in der Kindheit und Jugend sei sicher von einer erhöhten Vulnerabilität auszugehen, welche in einem direkten Zusammenhang mit der reduzierten Arbeitsfähigkeit stehe. Es sei von einer akzentuierten Persönlichkeitsstörung auszugehen. Ferner sei nicht richtig, die körperlichen Erkrankungen während der Persönlichkeitsentwicklung zu ignorieren und von einer „unauffälligen schulischen, familiären und beruflichen Entwicklung“ zu sprechen, wie dies im psychiatrischen Teilgutachten getan werde. Es sei davon auszugehen, dass die mit den Erkrankungen und Operationen verbundenen Schmerzen, Ängste, Einschränkungen und Verunsicherungen das Selbstbild und die Persönlichkeit des Beschwerdeführers geprägt hätten (S. 77). Der Beschwerdeführer berichte klar, dass die Anfallhäufigkeit der Migräne einen deutlichen Einfluss auf seine psychische Gesundheit habe. Weiter führte Dr. med. G. _____ aus, er lägen Aspekte der komplexen PTBS vor. So zählten das Vermeidungsverhalten

und die Übererregung, die sich möglicherweise insbesondere in der erheblichen Schlafstörung zeige, zu den geforderten Kernsymptomen. Ebenso fänden sich Probleme bei der Emotionsregulation und eine Beeinträchtigung des Identitätsgefühls (S. 78). Aus psychiatrischer Sicht sei die bisherige Erwerbstätigkeit weiterhin möglich. Zentral sei ein flexibles Arbeitsumfeld, um den erhöhten Regenerationsbedarf umzusetzen. Das aktuelle Pensum von rund 50% sei realistisch und zumutbar (S. 78 f.). Eine Arbeitsfähigkeit zwischen 80% und 90%, wie dies im Gutachten postuliert werde, habe sich nicht als realistisch erwiesen. Eine erzwungene, sofortige Steigerung des Pensums auf 80% bis 90% wäre mit dem Risiko einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Gefahr einer weiteren Chronifizierung verbunden. Bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien Kopfschmerzen mit einer psychogenen Komponente inkludiert. Die diagnostisch geforderte Verbindung zu emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen werde im MEDAS-Gutachten zwar verneint. Eine solche sei jedoch durchaus vorhanden, habe sich die Migräne doch zeitgleich mit dem Abschluss der Berufsmaturität und der damaligen Verunsicherung über die berufliche Zukunft akzentuiert (S. 79).

3.1.7 Auf Ersuchen der Beschwerdegegnerin nahm der RAD-Arzt Dr. med. H._____, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie (D), am 23. Oktober 2019 (AB 91) Stellung. Im Bericht des behandelnden Psychiaters würden kein psychopathologischer Befund, keine Verhaltensbeobachtungen und auch keine Darstellung des Tagesablaufes angegeben. Ferner werde nicht hinreichend begründet, warum eine rezidivierend depressive Störung vorliege. Weiter könne nicht nachvollzogen werden, ob aktuell eine relevante Angstsymptomatik vorliege. Sich diesbezüglich lediglich auf die Befindensäusserungen des Beschwerdeführers zu stützen, sei versicherungsmedizinisch nicht ausreichend. Zudem werde behauptet, dass die vorliegende Kopfschmerzsymptomatik im Rahmen einer chronischen Schmerzkrankung zu subsumieren sei. In der ICD-10 werde jedoch ausdrücklich darauf verwiesen, dass eine Kopfschmerzsymptomatik (die insbesondere als Spannungskopfschmerz aufgefasst werde) nicht unter einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aufzuführen sei. Daher sei vorliegend keine chronische Schmerzkrankung herzuleiten. Weiter gehe aus dem Bericht des behandelnden Psychiaters nicht hervor, in-

wiefern die Migräne einen deutlichen Einfluss auf die psychische Gesundheit des Beschwerdeführers haben soll. In diesem Zusammenhang sei gerade auch auf die Tatsache zu verweisen, dass im Vorfeld keine psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung initiiert worden sei. Es habe sich zudem im Rahmen der psychiatrischen Teilbegutachtung ein nahezu blander psychopathologischer Befund gefunden (S. 4). Gesamteinschätzend ergäben sich keine neuen medizinisch relevanten Aspekte, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers über das im Rahmen der psychiatrischen Teilbegutachtung festgestellte Mass aus psychiatrischer Sicht beeinflussten (S. 5).

Die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____, Fachärztin für Neurologie, führte im Bericht vom 22. November 2019 (AB 93) aus, im neurologischen Teilgutachten der MEDAS (AB 61.2) sei aufgrund der Schilderung der Kopfschmerzen wie auch der Häufigkeit die Diagnose einer chronischen Migräne übernommen worden, was nachvollziehbar sei. Dies stehe im Einklang mit den Akten. Leicht verwirrend sei die Annahme einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit im (neurologischen) Teilgutachten und dann der Schluss in der Konsensbeurteilung einer 80% bis 90%-igen Arbeitsfähigkeit (S. 3). Im weiteren Verlauf habe der Beschwerdeführer nun Aimovig erhalten. Darunter hätten sich die Kopfschmerzattacken deutlich reduziert (nur noch 5x im Monat). Dies entspreche nun tatsächlich einer bis max. 20%-igen Arbeitsunfähigkeit, da nicht jede Migräneattacke einen Tag Arbeitsausfall bedeute, einerseits aufgrund der Dauer der Attacke und andererseits aufgrund der Tatsache, dass die Attacken auch ausserhalb der Arbeitszeit aufträten. Zusammenfassend sei das neurologische Gutachten zwar sehr knapp gehalten. Darin sei aber, wie der Verlauf zeige, die Arbeitsfähigkeit aus rein neurologischer Sicht wohl richtig beurteilt worden. Die weiteren Argumente von Dr. med. F. _____, dass ein psychoorganisches Syndrom vorliege, könne aus neurologischer Sicht aufgrund der vorliegenden Akten nicht nachvollzogen werden. Aus neurologischer Sicht könne auf das Zumutbarkeitsprofil im MEDAS-Gutachten abgestellt werden (S. 4).

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 massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 28. Februar 2019 (AB 61.1) gestützt.

Die Gutachter haben sich in ihren ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das Gutachten vom 28. Februar 2019 (AB 61.1) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben ausführlich begründet, dass der Beschwerdeführer (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) an einer chronischen Migräne mit Aura leidet (S. 11 Ziff. 4.2.1). Weiter haben sie nachvollziehbar dargelegt, dass weder aus internistischer noch aus or-

thopädischer oder aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (AB 61.3 S. 16 Ziff. 7.4, 61.4 S. 22 f. Ziff. 8.1 f., 61.5 S. 17 Ziff. 6.3). Soweit in der interdisziplinären Beurteilung aufgrund der Migräneanfälle resp. der neurologischen Einschätzung eine Arbeitsunfähigkeit von 10% bis 20% attestiert wurde (AB 61.1 S. 14 f.), hat der Beschwerdeführer (Beschwerde S. 6) zu Recht darauf hingewiesen, dass dies im Widerspruch steht mit der Beurteilung im neurologischen Teilgutachten, in welchem sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (AB 61.2 S. 14 f. Ziff. 7.4, 8.1 f.), was wiederum in Übereinstimmung steht der Einschätzung im Bericht des Spitals D. _____ vom 26. Januar 2018, wonach die chronische Migräne zu keiner Arbeitsunfähigkeit führe (AB 28 S. 3 Ziff. 1.3). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers führt dieser Widerspruch jedoch nicht dazu, dass das interdisziplinäre Gutachten seinen Beweiswert verliert. Denn die RAD-Neurologin Dr. med. I. _____ hat sich in der Stellungnahme vom 22. November 2019 (AB 93) mit diesem Widerspruch auseinandergesetzt und insbesondere unter Bezugnahme auf die neu aufgenommene medikamentöse Therapie mit Aimovig, welche die Kopfschmerzattacken deutlich auf fünf Mal im Monat reduziert habe, nachvollziehbar dargelegt, dass aus neurologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 20% bestehe. Unter Berücksichtigung dieser Umstände bestätigte die RAD-Neurologin das Zumutbarkeitsprofil im interdisziplinären MEDAS-Gutachten (S. 3 f.).

Soweit Dr. med. G. _____ im Bericht vom 16. Oktober 2019 aufgrund einer depressiven Störung eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (AB 87 S. 77 ff.), vermag dies den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens ebenfalls nicht zu schmälern. Abgesehen davon, dass dieser Bericht von einem behandelnden Facharzt erstattet worden ist, so dass der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass dieser im Zweifelsfall zu Gunsten des Versicherten aussagt (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470), ist nach der Rechtsprechung ein Administrativgutachten nicht stets in Frage zu stellen, bloss weil es zu anderen Einschätzungen als die behandelnden Ärzte gelangt. Vorbehalten bleiben Fälle, in welchen sich eine klärende Ergänzung oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende

Aspekte benennen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 5. Juli 2019, 8C_229/2019, E. 5.1). Solche Aspekte werden im erwähnten Bericht nicht genannt und sind auch anderweitig nicht ersichtlich. Darüber hinaus wurde im psychiatrischer Teilgutachten aufgrund der mit grosser Sorgfalt erhobenen psychopathologischen Befunde sowie den testpsychologischen Zusatzuntersuchungen eine psychiatrische Störung mit Krankheitswert ausgeschlossen. Dabei wurde namentlich das Bestehen einer depressiven Störung – entgegen der Beurteilung des behandelnden Psychiaters – aufgrund des weitgehend psychopathologisch unauffälligen Befundbildes, der fehlenden Freudlosigkeit, der fehlenden Antriebslosigkeit und der fehlenden Interessenslosigkeit schlüssig verneint (AB 61.5 S. 14 und S. 18). Zudem wurden die vom Beschwerdeführer beschriebenen Stimmungsschwankungen mit nachvollziehbarer Begründung als Reaktion auf die körperlichen Beschwerden und die daraus resultierenden psychosozialen Folgen im Zusammenhang mit der Ungewissheit über die berufliche Zukunft beurteilt (S. 17 Ziff. 6.3). Darüber hinaus wurden die in den medizinischen Akten erwähnten Ängste und Zwangshandlungen (vgl. Bericht des Spitals D._____ vom 21. August 2017; AB 64.2 S. 20 ff.) einlässlich gewürdigt und festgehalten, dass der Beschwerdeführer diesbezüglich weitgehend symptomfrei sei (AB 61.5 S. 17 Ziff. 6.3). Schliesslich wurden auch das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung und einer Schmerzstörung mit schlüssiger Begründung verneint (S. 18). Soweit der behandelnde Psychiater im Zusammenhang mit einer allfälligen Persönlichkeitsstörung ausführt, es sei nicht richtig, die körperlichen Erkrankungen während der Persönlichkeitsentwicklung einfach zu ignorieren und von einer „unauffälligen schulischen, familiären und beruflichen Entwicklung“ zu sprechen (AB 87 S. 77), verkennt er die vom Beschwerdeführer selbst referierten tatsächlichen Verhältnisse („auf seine Kindheit schaue er mit positiven Gefühlen zurück“; vgl. AB 61.5 S. 9 f. Ziff. 3.2.5) ebenso wie den Umstand, dass die behandelnden Kardiologen des Spitals D._____ im Bericht vom 24. Juni 2004 über einen zehnjährigen Jungen berichteten, welcher bei weiterhin völlig blandem Verlauf im Alltag nicht eingeschränkt und in sportlicher Hinsicht konditionell auf der Höhe seiner Altersgenossen sei (AB 5 S. 3). Damit ist auch das Bestehen einer PTBS aufgrund der in der Kindheit und Jugend erfolgten zahlreichen operativen Eingriffen – entgegen der Beurteilung von Dr. med. G._____ (AB 87 S. 78) – offensichtlich zu verneinen. Absch-

liessend bleibt darauf hinzuweisen, dass der RAD-Arzt Dr. med. H._____ in der Stellungnahme vom 23. Oktober 2019 (AB 91) einlässlich begründet hat, dass insbesondere aufgrund der fehlenden psychopathologischen Befunde, der fehlenden Verhaltensbeobachtungen und der fehlenden Darstellung des Tagesablaufs der Beurteilung von Dr. med. G._____ nicht gefolgt werden kann (S. 4).

Am Beweiswert des Gutachtens ändert – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – ferner nichts, dass Dr. med. F._____ in den Berichten vom 28. Oktober 2018 (AB 61.2 S. 2 f.), vom 25. April 2019 (AB 67 S. 1 ff.) und vom 4. Oktober 2019 (AB 87 S. 28 ff.) aufgrund der diagnostizierten Migräne eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat. Namentlich aus dem Bericht vom 25. April 2019 (AB 67 S. 1 ff.) geht klar hervor, dass die Neurologin die von ihr attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht mit den von ihr erhobenen neurologischen Befunden, sondern ausschliesslich mit psychopathologischen Befunden und psychiatrischen Diagnosen (PTBS und psychoorganisches Syndrom) begründet, wofür sie nicht über die erforderliche fachliche Dignität verfügt. Bereits deshalb kann vorliegend nicht auf die Beurteilung von Dr. med. F._____ abgestellt werden. Darüber hinaus wurde bereits dargelegt, dass aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen ist. Soweit der Beschwerdeführer schliesslich unter Hinweis auf die Ausführungen von Dr. med. F._____ geltend macht, die beantragte halbe Rente würde ihn finanziell beim Genesungsprozess unterstützen und anstelle der Krankentaggeldversicherung einen wichtigen Beitrag an den angestrebten Heilverlauf leisten (Beschwerde S. 7 Ziff. 8), ist er darauf hinzuweisen, dass das sog. Neurosemmodell längst überholt ist (MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 21 und S. 23).

An der schlüssigen Einschätzung der Gutachter ändert schliesslich nichts, dass Dr. med. E._____ im Bericht vom 21. Dezember 2017 (AB 22) eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (AB 22 S. 4 Ziff. 1.7). Denn eine nachvollziehbare Begründung hinsichtlich der attestierten Arbeitsunfähigkeit fehlt in diesem Bericht. Zudem scheint sich der Allgemeinmediziner bei der attestierten Arbeitsunfähigkeit massgebend auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers gestützt zu haben.

3.4 Demnach ist vorliegend sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von durchschnittlich 85% auszugehen.

Nachfolgend ist der IV-Grad mittels Einkommensvergleichs zu ermitteln.

4.

4.1

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

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalidenein-

kommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Da der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als ... sowie in einer angepassten Tätigkeit zu durchschnittlich 85% arbeits- und leistungsfähig ist (vgl. E. 3.3 f. hiervor), ist fraglich, ob er überhaupt im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG während eines Jahres durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig war. Diese Frage braucht jedoch nicht abschliessend beurteilt zu werden. Selbst wenn ein Einkommensvergleich (basierend auf den Daten des Jahres 2018; vgl. AB 13) vorgenommen wird, besteht – wie nachfolgend dargelegt wird – kein Rentenanspruch.

4.3

4.3.1 Es ist unbestritten und erstellt, dass der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit weiterhin als ... bei der J. _____ AG tätig wäre, weshalb das Valideneinkommen aufgrund des zuletzt erzielten Einkommens festzusetzen ist. Gemäss Angaben der Arbeitgeberin erzielte der Beschwerdeführer im Jahr 2017 ein Einkommen von Fr. 62'400.-- (AB 23 S. 3 Ziff. 2.10). Dies ergibt auf das massgebliche Jahr 2018 aufgerechnet ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 62'585.55 (Fr. 62'400.-- : 100.9 x 101.2; Bundesamt für Statistik [BFS], Nominallohnindex Männer 2016 – 2018, Tabelle T1.1.15, lit. C [verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren]).

Soweit beschwerdeweise geltend gemacht wird, der Beschwerdeführer bezog resp. bezieht im ... teilweise einen Soziallohn (Beschwerde S. 4

oben), findet dies keinen Rückhalt in den vorliegenden Akten. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hinweist (Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 9), hat die Arbeitgeberin explizit attestiert, dass der ausgerichtete Lohn der Arbeitsleistung entspricht und keinen Soziallohnanteil beinhaltet (AB 23 S. 4 Ziff. 2.10). Ebenfalls die vom Beschwerdeführer beigebrachten Lohnblätter für die Monate August bis November 2019 (Beschwerdebeilage [BB] 2) enthalten keinen Hinweis auf einen Soziallohn.

4.3.2 Die Beschwerdegegnerin hat das Invalideneinkommen gestützt auf das Total des Kompetenzniveaus 1 (einfache Arbeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Tabelle TA1, LSE 2016, ermittelt (AB 94 S. 1). Dies ist ausgehend von der Tatsache, dass dem Beschwerdeführer sowohl die angestammte wie auch eine angepasste Tätigkeit zu 80% bis 90% zumutbar sind, grundsätzlich nicht zu beanstanden und wird auch nicht bestritten. Die Heranziehung des Totals des Kompetenzniveaus 1 wirkt sich denn auch sicher nicht zum Nachteil des Beschwerdeführers aus.

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, auf das massgebliche Jahr 2018 aufgerechnet und unter Berücksichtigung der durchschnittlichen 85%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit resultiert daraus ein Invalideneinkommen von Fr. 57'290.90 (Fr. 5'340.-- : 40 x 41.7 x 12 x : 100.6 x 101.5 x 0.85; BFS, Nominallohnindex Männer 2016 – 2018, Tabelle T1.1.15, Total) im Jahr. Ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.1.2 hiervor) ist hier nicht gerechtfertigt und wurde von der Beschwerdegegnerin auch nicht vorgenommen (AB 94 S. 1).

4.3.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 62'585.55 und einem Invalideneinkommen von Fr. 57'290.90 resultiert ein IV-Grad von gerundet 8% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Es besteht folglich auch bei der Durchführung eines Einkommensvergleichs (vgl. E. 4.2 hiervor) kein Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. E. 2.2 hiervor).

4.4 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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

5.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG; Art. 104 Abs. 3 VRPG).

Diesbezüglich bleibt darauf hinzuweisen, dass die in der Kostennote vom 20. Mai 2020 aufgeführten Kosten für den Bericht (von Dr. med. G. _____) vom 16. Oktober 2019 über Fr. 540.-- nicht erstattungsfähig sind, weil der besagte Bericht nicht beweiskräftig und damit für den Ausgang des vorliegenden Verfahrens nicht unerlässlich war (vgl. RKUV 2004 U 503 S. 187 E. 5.1).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
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 (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 20. Mai 2020)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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