

200 21 222 IV
KOJ/BOC/STL/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. Juli 2021

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. Februar 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1966 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Juni 2018 unter Hinweis auf langjährige krankheitsbedingte Beschwerden bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [act. II] 2). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor, holte Akten der Krankentaggeldversicherung des Versicherten ein (K._____; act. II 6, 13.1, 58, 60.1), gewährte Arbeitsvermittlung sowie Frühinterventionsmassnahmen in Form einer Arbeitsplatzanpassung (act. II 31, 47, 49) und veranlasste eine Arbeitsmarktlich-Medizinische Abklärung (AMA) in der Abklärungsstelle B._____ (act. II 40, 51 S. 2 ff.). Die zugesprochene Arbeitsvermittlung (act. II 31, 47) stellte die IVB mangels Erfolg (act. II 65, 68) ein. Weiter gab sie ein interdisziplinäres Gutachten bei der C._____ (MEDAS; act. II 111.1 - 111.5) in den Fachbereichen Psychiatrie, Innere Medizin, Orthopädie/Traumatologie und Gastroenterologie in Auftrag. Gestützt auf dieses Gutachten kündigte sie mit Vorbescheid vom 21. Dezember 2020 an, das Leistungsbegehren bei einem IV-Grad von 31 % abzuweisen (act. II 112). Dagegen erhob der Versicherte am 14. Januar 2021 Einwand (act. II 113), woraufhin ihm die IVB eine zusätzliche Frist zur Konkretisierung seiner Einwände bis zum 11. Februar 2021 gewährte (act. II 114). Mit Eingabe vom 29. Januar 2021 (act. II 115) ergänzte der Versicherte unter Beilage eines Arztberichtes seinen Einwand und ersuchte mit Blick auf noch ausstehende Arztberichte um eine Fristverlängerung vor dem definitiven Entscheid. Mit Verfügung vom 19. Februar 2021 verfügte die IVB wie in Aussicht gestellt (act. II 116).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 18. März 2021 Beschwerde. Er beantragt sinngemäss, die Verfügung sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten.

Mit Eingabe vom 11. Mai 2021 reichte der Beschwerdeführer unter Hinweis auf einen Myokardinfarkt Arztberichte nach und ersuchte um eine nachträgliche Fristverlängerung. Die nachgereichten Unterlagen wurden der Beschwerdegegnerin mit prozessleitender Verfügung vom 12. Mai 2021 zur Berücksichtigung in der Beschwerdeantwort zugestellt.

Mit Beschwerdeantwort vom 25. Mai 2021 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 einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 19. Februar 2021 (act. II 116). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

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 Der Beschwerdeführer rügt in formeller Hinsicht, dass ihm die Vorinstanz keine Fristverlängerung gewährt habe und er dadurch nicht ausreichend Zeit gehabt habe, um bei den behandelnden Ärzten Stellungnahmen zum Vorbescheid vom 21. Dezember 2020 einzuholen (act. II 112). Vorab ist daher zu prüfen, ob eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]) vorliegt.

2.2 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen bzw. Einspracheentscheiden dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisunterlagen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (vgl. BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72; SVR 2019 AHV Nr. 7 S. 20 E. 3.1.1).

2.3 Zwischen dem Vorbescheid der Beschwerdegegnerin vom 21. Dezember 2020 und dem Erlass der hier angefochtenen Verfügung am 19. Februar 2021 liegen fast zwei Monate (vgl. act. II 112 S. 1, 116 S. 1). Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer von sich aus bereits eine Fristverlängerung gewährt (act. II 114). Der Beschwerdeführer hatte damit ausreichend Zeit, um weitere Arztberichte einzureichen und sich währenddessen zweimal schriftlich gegenüber der Beschwerdegegnerin geäußert (act. II 113, 115). Das rechtliche Gehör wurde vorliegend nicht verletzt.

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). 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).

3.2 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 wiederherstellen, 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 Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1).

3.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades Erwerbstätiger 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).

4.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

4.1 Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 30. September 2018 (act. II 22 S. 2 ff.) über den Patienten und diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 22 S. 6):

1. Chronisches lumbovertebrales und spondylogenes Schmerzsyndrom
 - Tieflumbale Rückenschmerzen seit der Lehre als ..., seit zirka 2013 Dauerschmerzen verstärkt im Sitzen sowie beim Heben und Tragen von Lasten, Besserung auf Bewegung.
 - Fehl-/Streckhaltung mit Flachrücken und leichtgradiger langstreckiger rechtskonvexer Skoliose thorakolumbal.

- Konventionell-radiologisch und MR-tomographisch degenerative Veränderungen.
 - Heute opioidpflichtige Schmerzen und 40 % Arbeitsunfähigkeit seit 1. März 2018 und 50 % Arbeitsunfähigkeit seit 1. Juni 2018.
2. Schwere chronische gastroösophageale Refluxkrankheit seit über 30 Jahren mit Tendenz zu Malnutrition.
- Langjährige konservative Therapie mit Diät, Vermeiden von Noxen (z.B. keine NSAR), konservativer Therapie, wobei Physiotherapie nichts bewirke ausser eher mehr Probleme.
 - Laparoskopische Reflux-Operation mit dem LINX-Reflux-Management-System am 13. August 2015 bei gastroösophagealer Refluxkrankheit.
 - Laparoskopisch-assistierte Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz am 7. Dezember 2015 bei Gastroparese.

Er führte aus, der Patient müsse viel liegen, um nach der Arbeit wieder einigermaßen ins Lot zu kommen. Der Rücken sei durch die vielen Jahre schwerer Arbeit erheblich degeneriert, was auch durch die kürzlich erfolgten neuen MRI- und Röntgenaufnahmen gestützt werde. Abhilfe brächten nicht einmal NSAR wie Ibuprofen. NSAR würden vom Magen trotz Esomep 40 mg nicht gut toleriert, da ein grosses Magenproblem bestehe. Targin und Opiate würden zu Magenpassagenstörungen führen, der Patient sei deswegen bereits mehrere Male hospitalisiert gewesen. Am besten wirke Dronabinol (Cannabisöl). Novalgintabletten würden helfen und toleriert. Der Patient leide seit der Jugend an Säureproblemen und Aufstossen. Seit dem Aufkommen der PPI nehme er regelmässig Esomep 40 mg ein. Er habe sich am 13. August 2015 laparoskopisch eine Antirefluxoperation in Form der Implantation eines LINX-Reflux-Management-Systems machen lassen. Postoperativ habe eine erhebliche Magendarmpassagestörung bei Gastroparese bestanden, weshalb am 13. Dezember 2015 eine laparoskopische Pyloroplastik nach Hein-Mikulicz (richtig: Heineke-Mikulicz) durchgeführt worden sei. Dies habe nur partiell geholfen. 2016 hätten multiple Hospitalisationen alle 4 Wochen wegen kompletter Magenlähmung mit Erbrechen, Hypovolämie, prärenalier Niereninsuffizienz und Hypokaliämie stattgefunden (act. II 22 S. 5). Täglich 500 ml Bitter-Lemon trinken fördere die Magentleerung und bringe eine Besserung der Magenprobleme. Physiotherapie oder operative Eingriffe seien kontraproduktiv respektive nicht indiziert (act. II 22 S. 7). Der Patient sei maximal zu 50 % arbeitsfähig, wobei die Arbeit maximal halbtags stattfinden könne, da er den restlichen Tag zur

Erholung des Rückens benötige (act. II 22 S. 6). Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit des Rückens, die Magenerkrankung spiele eine untergeordnete Rolle (act. II 22 S. 7). Die mit dem chronifiziert-degenerativen Leiden der LWS einhergehenden mechanischen Probleme stünden der Eingliederung des Patienten im Weg. Es sei möglich, dass ein Berufswechsel zur Besserung der Schmerzsituation beitragen könnte (act. II 22 S. 9).

4.2.2 Im Bericht vom 21. November 2018 führte Prof. Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die folgende Diagnose auf (act. II 29 S. 3 f.):

- Chronisches lokales lumbales Schmerzsyndrom bei:
 - fortgeschrittener Osteochondrose L4/5 sowie Diskopathie vornehmlich L3/4 und L2/3 ohne neurale Kompromittierung

Es lägen in der Bildgebung eine MRI-Untersuchung von 2007 und eine aktuelle von September 2018 vor. Bereits 2007 sei eine Diskopathie L4/5 mit leichter Bandscheibenprotrusion zu erkennen gewesen, welche sich im Laufe der Jahre zu einer erheblichen Osteochondrose mit osteophytären Anbauten entwickelt habe. Im konventionellen Röntgenbild erkenne man auch eine leichte skoliotische Verkipfung nach rechts. Das aktuelle MRI zeige zudem eine leichte Diskopathie L3/4 mit ebenfalls diskreter Bandscheibenprotrusion ohne neurale Kompromittierung. Eine diskrete Diskopathie L2/3 sei auch bereits auf dem MRI 2007 zu sehen, diese sei im Wesentlichen unverändert (act. II 29 S. 4). Er führte aus, man erkenne deutlich, dass das Segment L4/5 versuche, sich mit zusätzlichen Knochenanbauten abzustützen, wahrscheinlich bestehe noch eine Restbeweglichkeit.

4.2.3 Prof. Dr. med. F. _____, Facharzt für Chirurgie, diagnostizierte am 30. Januar 2019 (act. II 35 S. 1):

- Z.n. LSC Redo HH-OP mit LINX Ausbau, Re-LINX (Grösse 16)
- St. n. lap. assistierter Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz am 7. Dezember 2015 bei Gastroparese, seither nach wie vor rezidivierende Schübe alle 2 - 3 Monate
- St. n. lap. Reflux-Operation mit dem LINX Reflux-Management-System am 13. August 2018 bei gastroösophagealer Refluxkrankheit (LINX Grösse 16)

Er führte aus, dem Patienten gehe es drei Wochen nach obengenannter Operation gut. Die Operation sei wegen eines Defekts am LINX System nach MRI sowie Hiatushernien-Rezidiv durchgeführt worden. Der Patient brauche kaum Schmerzmittel und komme mit den normalen postoperativen Schluckbeschwerden gut zurecht.

4.2.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. G. _____, Fachärztin für Urologie sowie Chirurgie, diagnostizierte am 10. Januar 2019 gestützt auf die Akten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 32 S. 3):

- Chronisches lumbales Schmerzsyndrom (mit diversen Nebendiagnosen)

Sie erstellte folgendes Zumutbarkeitsprofil: Zumutbar seien körperlich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ganztags über 8.5 Stunden ohne zusätzliche Leistungsminderung. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen des Oberkörpers (z.B. längeres Verharren in vornüber geneigter Haltung, ob stehend oder sitzend), Arbeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen des Oberkörpers, Rotation des Oberkörpers, Rotation des Oberkörpers im Sitzen/Stehen unter Gewichtsbelastung, das Heben von Lasten körperfern, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten, das Besteigen von Leitern, repetitives Kauen, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung, repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der LWS sowie unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen. In Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise könnten Gewichte von 10 - 15 kg gehoben und getragen werden. Längeres Arbeiten in Kälte und Nässe sollte vermieden werden, ebenso wie Vibrationsbelastung.

4.2.5 Am 20. März 2019 (act. II 70/21 f.) diagnostizierte Prof. Dr. med. E. _____:

- Chronisches lokales lumbales Schmerzsyndrom bei:
 - Fortgeschrittener Osteochondrose L4/5 sowie Diskopathie vornehmlich L3/4 und L2/3 ohne neurale Kompromittierung
 - St. n. Infiltration der Facettengelenke L4/5 bds. vom 11. Februar 2019

Er führte aus, dass für den Patienten aktuell der versicherungsrechtliche Aspekt im Vordergrund stehe. Er hoffe auf eine Teilberentung durch die IV und möchte mit einer angepassten Tätigkeit die zweiten 50 % kompensie-

ren. Bei einer Arbeitserprobung über die IV bei initial 100 % Belastung sei es beim Patienten zu einer sehr schnellen generellen Verschlechterung der Situation gekommen. Zwischenzeitlich sei das Belastungspensum zurückgestuft worden, insgesamt gehe es dem Patienten aber subjektiv nicht gut. Er beschreibe sehr deutliche lumbale Beschwerden, recht grossflächig, ohne wesentliche Abstrahlung. Er habe den Novalgine-Konsum erhöhen müssen.

4.2.6 Im AMA-Bericht vom 24. April 2019 der Abklärungsstelle B. _____ (act. II 51) diagnostizierte PD Dr. med. H. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 51 S. 20):

1. Chronisches lumbospondylogenes Syndrom bds. linksbetont
 - Fortgeschrittene Diskopathie L4/5, weniger L2/3 mit begleitenden Spondylarthrosen und Recessuseinengungen L5 linksbetont
 - Aktuell ohne Hinweis auf radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom oder engen Spinalkanal, jedoch möglicher segmentaler Instabilität
2. Rezidiv einer Hiatushernie mit 3-maliger Operation, zuletzt am 10. Januar 2019
 - Erbrechen und vegetative Reaktionen unklarer Ätiologie

Er erstellte folgendes Zumutbarkeitsprofil: Dem Versicherten sei eine leichte bis knapp mittelschwere wechselpositionierte Tätigkeit im Sinne des Wechsels zwischen Gehen-Stehen und Sitzen mit höheren Anteilen Gehen-Stehen zumutbar. Das Gewichtslimit werde auf 10 kg oft in sämtlichen Positionen festgelegt, wobei, da die Oberbauchoperation 3 Monate her sei, selten auch mit 15 kg hantiert werden dürfe, dies dürfte denn auch dem effektiven Limit aufgrund der Rückenproblematik entsprechen. Aufgrund der latenten Schulterbeschwerden links mit Supraspinatussehnen-Syndrom seien repetitive Arbeiten über Kopf mit dem linken Arm zu vermeiden.

Dem Versicherten sei eine solche optimal adaptierte Tätigkeit während 6 Stunden pro Tag bei voller Leistungsfähigkeit zumutbar. Eine Verteilung über die ganze Woche sei sinnvoller als eine Umsetzung mit ganztägiger Präsenz (75 % Arbeitsfähigkeit). Aufgrund der starken Beschwerdesymptomatik und der nun mehr als ein Jahr zurückliegenden ganztägiger Präsenz sei es angezeigt, die Arbeitszeit bei der Eingliederung abgestuft aufzubauen. Die angestammte Tätigkeit als ... und ... (act. II 66 S. 3 f.) sei ihm

aufgrund des eingeschränkten Gewichtslimits und der Notwendigkeit zu Wechselpositionierung ohne längerdauernde Einnahme von unergonomischen Haltungen nicht mehr zumutbar, wobei auf die bisherigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen abgestellt werden könne. Es sei diesbezüglich auch zu berücksichtigen, dass am letzten Arbeitsplatz nebst der Anpassung der zeitlichen Präsenz auch gewisse Erleichterungen geschaffen worden seien. Der Umstand, dass der Versicherte die Tätigkeit so lange ausgeführt habe, spreche für seinen Durchhaltewillen (act. II 51 S. 21).

4.2.7 Im Verlaufsbericht für berufliche Integration/Rente berichtete Dr. med. D. _____ am 1. Dezember 2019 (act. II 69) von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten. Es bestehe eine zunehmende Bettlägerigkeit zuhause seit Mai 2019, sodass ab Juni die Arbeitsunfähigkeit habe erhöht werden müssen (bis 31. Mai 2019 50 %, vom 1. Juni bis 15. August 2019 70 % Arbeitsunfähigkeit) und sich diese ab dem 16. August 2019 auf 100 % erhöht habe. Er könne kaum mehr aufstehen wegen der Rückenschmerzen und liege tagsüber mehrheitlich auf dem Sofa. Er habe sein Leben darum herum organisiert. Aufgrund der Rückenschmerzen sei körperliche Arbeit wie auch Haushaltarbeit unmöglich geworden. Es bestehe keine Möglichkeit, die Situation zu verbessern. Die Arbeitssuche nach einer körperlich nicht belastenden Tätigkeit sei fehlgeschlagen (act. II 69 S. 2). Dem Patienten seien Tätigkeiten ohne körperliche Belastung (... , ... , ... , ... etc.) zumutbar (act. II 69 S. 3).

4.2.8 Im interdisziplinären Gutachten der MEDAS vom 19. November 2020 (act. II 111.1) mit Untersuchungen in den Fachgebieten Psychiatrie, Innere Medizin, Orthopädie/Traumatologie und Gastroenterologie (act. II 111.2 - 111.5) führten die Gutachter die folgenden Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit auf (act. II 111.1 S. 7):

1. Chronische Schmerzen der LWS bei fortschreitenden, degenerativen Veränderungen insbesondere der distalen LWS
 - mit Bewegungseinschränkung der LWS
 - ohne zu verifizierende, neurologische Auffälligkeiten
 - ohne Hinweise für Wurzelreizsyndrom
2. Wiederkehrende massive Erbrechens- und Würgepisoden während etwa 24 Stunden.

Wesentliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien aus psychiatrischer Sicht nicht zu verzeichnen. Der Versicherte leide zwar unter den Folgen einer Cannabisabhängigkeit mit daraus resultierendem chronischem Konsum und dem Drang, regelmässig Cannabis zu konsumieren sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ferner unter psychosomatischen Beschwerden im Rahmen einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des oberen Verdauungssystems sowie Sedativaübergebrauch, daraus resultiere aber keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Insbesondere die psychischen Faktoren, welche die somatoforme autonome Funktionsstörung des Gastrointestinaltraktes beeinflussten, führten zu keinen wesentlichen Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (act. II 111.1 S. 8). Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht werde das fortschreitende degenerative Zustandsbild im Bereich der unteren Wirbelsäule festgestellt mit daraus resultierenden Funktionseinschränkungen der LWS mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung, was zu einer Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit führe. Neurologisch bestünden keine Defizite. Gastroenterologisch werde auf die wiederkehrenden gastrointestinalen Beschwerden mit schweren Episoden von Übelkeit und Brechreiz hingewiesen, deren Frequenz nehme zwar ab, eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit sei aber daraus noch abzuleiten. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 25 % sei durch wiederholte Fehltag im Monat bei den gastrointestinalen Beschwerden mit massivem Erbrechen zu begründen. Aus allgemeininternistischer Sicht könne derzeit darüberhinausgehend keine weitere, für die Arbeitsfähigkeit relevante Funktionseinschränkung nachgewiesen werden.

Die Gutachter führten weiter aus, dass der Versicherte in der Lage sei, seinem Ausbildungs- und Kenntnisstand angepasste Tätigkeiten durchschnittlicher geistiger Art bis zu durchschnittlichen Verantwortungsgraden auszuüben. Die körperliche Belastbarkeit des Versicherten erlaube nur noch körperlich leichte Arbeiten, überwiegend im Sitzen, jedoch mit der Möglichkeit eines eigen gewählten Positionswechsels. Grössere Leitertätigkeiten, Zwangshaltungen der LWS, vornübergebeugte Tätigkeiten, Tätigkeiten mit regelmässiger Rotation der Wirbelsäule sowie Tätigkeiten in kauender oder kniender Position seien zu vermeiden. Es bestünden gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in vergleichbaren Lebensberei-

chen, dies treffe vor allem auf die Folgen des orthopädischen Leidens zu. Insoweit seien die geklagten Symptome und Beschwerden konsistent und nachvollziehbar (act. II 111.1 S. 9).

In der bisherigen Tätigkeit sei der Versicherte vollständig arbeitsunfähig. Im Längsschnittverlauf sei das Belastungsprofil seit mindestens Anfang 2015 zugrunde zu legen. Bereits damals seien durch konventionelle Röntgenaufnahmen und MRI der LWS fortgeschrittene osteochondrotische Veränderungen L4/5 und eine foraminale Stenose L4/5 links sowie mehretagere Spondylarthrosen und Diskusprotrusionen festgestellt worden (act. II 111.1 S. 10).

Gesamthaft bestehe bei einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 75 %. Seit Anfang 2018, als offenbar die Rückenproblematik so zugenommen habe, dass der Versicherte sehr oft abwesend gewesen sei und sich dann für ihn der psychische Druck an der Arbeitsstelle und nach Verlust der Arbeitsstelle der Druck durch das RAV und durch die Sozialstellen erhöht worden sei, hätten die Erbrechens-Episoden zugenommen und seien nun zirka 1 x im Monat vorhanden. Somit sei bezüglich der Magenproblematik pro Monat eine etwa 4 - 5 tägige Abwesenheit zu erwarten. An den anderen Tagen sei die Leistungsfähigkeit bezüglich Magen uneingeschränkt. Vor 2018 sei die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit uneingeschränkt gewesen (act. II 111.1 S. 10). Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit begründe sich vorwiegend aus orthopädischer Sicht, diejenige der leidensangepassten Tätigkeit allein aus gastroenterologischer Sicht.

4.2.9 Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Angiologie, führte im Bericht vom 27. Januar 2021 (act. II 115 S. 2 - 4) die folgenden Diagnosen auf:

- Keine Hinweise auf eine arterielle Durchblutungsstörung der beiden unteren Extremitäten
- Chronische Lumbalgien bei Osteochondrose L4/5 sowie Diskopathie L2/3/4
- Parästhesien in den Segmenten L4 und L5 links sowie Kältegefühl am linken Fuss und Unterschenkel

Er führte aus, es hätten keine Hinweise auf eine hämodynamisch relevante periphere arterielle Verschlusskrankheit beider Beine gemäss den auf oder über Oberarmdruck gelegenen Knöchelarteriendruckwerten beidseits und den symmetrisch unauffälligen Oszillationen beider Beine erhoben werden können. Beim 54-jährigen Patienten mit geringem Nikotinabusus seit vielen Jahren bestehe eine in Aorta, Beckenarterien und A. femoralis communis beidseits gut sichtbare Mediakalkinose der Gefässwände, diese sei weniger stark ausgeprägt in der A. femoralis superficialis und A. poplitea beidseits. Zudem bestünden kleine, nicht stenosierende Plaques an der dorsalen Gefässwand der A. femoralis communis beidseits. Diese Befunde erklärten nicht die Beschwerden des Patienten. Diese seien, wie bereits seit Jahren bekannt, Folge der schwergradigen degenerativen Veränderungen der LWS. Auch wenn im MRI keine Neurokompression habe festgestellt werden können, so seien die Parästhesien im linken Bein mit grosser Wahrscheinlichkeit Folge einer Reizung der sensiblen Nerven, ebenso sei das Kältegefühl am linken Fuss wahrscheinlich Folge einer Reizung der die Kälte übertragenden Nerven, so dass die Kälteempfindung gegenüber der Wärme überwiege. Die Atrophie der Beinmuskulatur zeige, dass der Beschwerdeführer viel liege und die Beschwerden sehr stark sein müssten bzw. die Symptome nicht übertrieben würden, auch wenn objektiv keine Neurokompression vorliege. Eine Aggravation der Beschwerden würde nicht zur Muskelatrophie führen (act. II 115 S. 3). Schliesslich gebe es auch pseudoradikuläre Schmerzsyndrome mit tendomyotischen Schmerzen (act. II 115 S. 4).

4.2.10 Prof. Dr. med. E. _____ berichtete am 19. März 2021 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 6), dass sich gestützt auf die neuen Röntgen- und MRI-Bilder der Wirbelsäule nach wie vor eine Abnutzung zwischen dem 4. und 5. Wirbel mit einem erheblichen Höhenverlust der Bandscheibe zeige, dazu etwas leichtere degenerative Veränderungen auf den Etagen L2/3 und L3/4. Insgesamt seien diese gegenüber den Vorbildern von 2018 nicht wesentlich verändert.

4.3 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 ha-

ben. 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).

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

4.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.5.

4.5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Februar 2021 (act. II 116) auf das Gutachten der MEDAS (act. II 111.1). Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen und überzeugt. Die Fachärzte haben sich in ihrer Beurteilung

in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen gestützt auf die Vorakten und ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zum Zumutbarkeitsprofil sind nachvollziehbar begründet. Folglich kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. E. 4.3 hiervor).

Gestützt auf das Gutachten ist eine Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 75 % in einer angepassten Tätigkeit erstellt. Den weiteren bei den Akten liegenden Arztberichten lässt sich nicht entnehmen, dass der Beschwerdeführer die im gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil (vgl. act. II 111.1 S. 9) erwähnten körperlich leichten Tätigkeiten nicht mehr ausüben könnte.

4.5.2 Am Beweiswert des Gutachtens vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Dieser wendet ein, dass die Rückenproblematik nicht ausreichend berücksichtigt worden sei und sich sein Zustand in den vergangenen Monaten massiv verschlechtert habe.

Im Rahmen der MEDAS-Begutachtung wurde der Beschwerdeführer unter anderem im Fachgebiet der Orthopädie (vgl. act. II 111.4) untersucht, wobei der Gutachter Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Chirurgie, den Beschwerdeführer umfassend untersucht hat (act. II 111.4 S. 5 ff. Ziff. 4). Dessen Einschätzungen sind schlüssig und nachvollziehbar. Sodann ist festzuhalten, dass für die Bemessung des IV-Grads nicht die auf die Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit bezogene Arbeitsunfähigkeit massgebend ist, sondern die Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 7 ATSG. Selbst wenn ihm also ärztlich eine volle oder teilweise Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, hat dies nicht zwingend einen (IV-) Rentenanspruch zur Folge. Entscheidend ist seine Einschränkung bezogen auf alle für ihn – auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt – in Frage kommenden angepassten Tätigkeiten (vgl. E. 3.1 hiervor). Diese wurden – wie vorgehend erwähnt – beweiskräftig im MEDAS-Gutachten definiert. Die im MEDAS-Gutachten festgesetzte Arbeitsfähigkeit von 75 % stimmt zudem mit der durch die Abklärungsstelle B. _____ im AMA-Bericht ermittelten Arbeitsfähigkeit von

75 % überein (act. II 51 S. 21). Dr. med. D. _____ führte zwar aus, dass der Beschwerdeführer nur zu maximal 50 % leistungsfähig sei, da er den restlichen halben Tag viel Zeit zur Erholung des Rückens, vorwiegend liegend, benötige (act. II 22 S. 6). Bezüglich seinen Ausführungen ist indes- sen der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezial- arzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eid- genössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4)

4.5.3 Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheides in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seit- her verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwal- tungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Nach dem Erlass des Einspracheentscheides – bzw. hier der Ver- fügung – verfasste Arztberichte sind nicht in die Beurteilung miteinzubezie- hen, soweit sie keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlauben (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4).

Der Bericht von Prof. Dr. med. E. _____ (act. I 6), erstellt am 19. März 2021 und im vorliegenden Verfahren eingebracht, betrifft den Sachverhalt nach Erlass der angefochtenen Verfügung und ist hier deshalb nicht zu berücksichtigen. Dennoch sei gesagt, dass der Bericht keinen Hinweis auf eine (höhere) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkei- ten respektive eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes enthält. Prof. Dr. med. E. _____ hält gestützt auf die aktuellen Röntgen- und MRI-Bilder gar ausdrücklich fest, dass sich der Befund (Abnutzung zwi- schen dem 4. und 5. Wirbel mit einem erheblichen Höhenverlust der Band- scheibe, dazu etwas leichtere degenerative Veränderungen auf den Etagen

L2/3 und L3/4) insgesamt gegenüber den Vorbildern von 2018 (vgl. E. 4.2.2 hiervor) nicht verändert habe. Die kardiologischen Beschwerden des Beschwerdeführers betreffend ist sodann auf die vorhergehenden Ausführungen zu verweisen. Allfällige Einschränkungen in Zusammenhang mit dem am 3. März 2021 und damit nach Verfügungserlass am 19. Februar 2021 (act. II 116) erlittenen Myokardinfarkt (vgl. act. I 2 f.) sind Gegenstand eines allfälligen Neuanmeldeverfahrens.

Der Sachverhalt ist mithin rechtsgenügend abgeklärt, auf weitere Beweissmassnahmen kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (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).

5.

5.1 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). Unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 3.2 hiervor) und der Leistungsanmeldung vom 8. Juni 2018 (act. II 2) liegt der Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im Dezember 2018, da zu diesem Zeitpunkt das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) abgelaufen war; gestützt auf die medizinischen Akten wurde das Wartejahr seit dem 12. Dezember 2017 nicht mehr nach Art. 29^{ter} IVV (volle Arbeitsfähigkeit an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen; vgl. act. II 60.1 S. 4) unterbrochen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist nachfolgend der Einkommensvergleich durchzuführen.

5.2

5.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. E. 5.2 hiervor) 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 statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (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; SVR 2019 UV Nr. 40 S. 153 E. 6.2.3).

5.2.2 Der Beschwerdeführer war seit dem Jahr 1992 für denselben Arbeitgeber als .../... in Vollzeit tätig (act. II 15 S. 3). Die Anstellung hat er im Jahr 2018 aus wirtschaftlichen Gründen verloren (act. II 15 S. 9) und hat seither keine neue Stelle angetreten. Das Valideneinkommen ist deshalb gestützt auf die LSE-Tabellen zu ermitteln. Gestützt auf die LSE 2018, Tabelle TA1_tirage_skill_level (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor), Kategorie 41 - 43 Baugewerbe, Kompetenzniveau 2, Männer, ergibt sich, unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im betreffenden Sektor im Jahr 2018 von 41.3 Stunden ($[\text{Fr. } 5'962.-- / 40] \times 41.3 = \text{Fr. } 6'155.75$), ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 73'869.-- ($\text{Fr. } 6'155.76 \times 12 \text{ Monate}$).

5.3

5.3.1 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 LSE-Tabellenlöhne herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

5.3.2 Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im

Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität / Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

5.4 Da der Beschwerdeführer die medizinisch-theoretisch attestierte Arbeitsfähigkeit nicht ausschöpft, ist das Invalideneinkommen unbestritten anhand der LSE-Tabellenlöhne zu ermitteln. Hierfür ist praxisgemäss (vgl. Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2019, 8C_534/2019, E. 5.2 mit Hinweisen) auf den Totalwert des Durchschnittslohns im gesamten privaten Sektor im untersten Kompetenzniveau, mithin Fr. 5'417.-- (LSE 2018, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1, Männer), abzustellen. Das jährliche Invalideneinkommen beträgt unter Berücksichtigung der Leistungsminderung von 25 % und der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im betreffenden Sektor im Jahr 2018 von 41.7 Stunden ($(\text{Fr. } 5'417.-- / 40) \times 41.7 = \text{Fr. } 5'647.20$) Fr. 50'824.80 ($(\text{Fr. } 5'647.20 \times 12) \times 0.75$). Ein Tabellenlohnabzug (vgl. E. 5.3.2 hiervor) ist vorliegend nicht gerechtfertigt.

5.5 Die Gegenüberstellung des Validen- (Fr. 73'869.--) und des Invalideneinkommens (Fr. 50'824.80) ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr. 23'044.20 und damit einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von

gerundet (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) 31 % ($[\text{Fr. } 23'044.20 / \text{Fr. } 73'869.--] \times 100 = 31.19 \%$).

Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 19. Februar 2021 (act. II 116) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht 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 Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

4. Zu eröffnen (R):

- A. _____
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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