

200 23 397 IV
MAK/LUB/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. Januar 2025

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. April 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1995 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erhielt ab 1995 im Zusammenhang mit diversen Geburtsgebrechen Leistungen der Invalidenversicherung (IV) in Form von medizinischen Massnahmen (Akten der IV [act. II] 6, 14, 17.1). Im September 2011 ersuchte er um berufliche Massnahmen (act. II 18). In der Folge tätigte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin; weitere) medizinische Abklärungen (act. II 34) und gewährte ihm nach vorgängiger Berufsberatung (act. II 36) eine erstmalige berufliche Ausbildung zum ... mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ; act. II 60, 96, 105; inkl. Lerntherapie; act. II 71, 87). Die Ausbildung schloss der Versicherte Ende Juni 2016 erfolgreich ab (act. II 109/8). Ab Mitte Juli 2016 erhielt er Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (act. II 108). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 110) verneinte die IVB mit Verfügung vom 28. September 2016 einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 14 % (act. II 112). Diese Verfügung blieb unangefochten. Mitte Februar 2017 konnte der Versicherte eine unbefristete Arbeitsstelle bei einem Telekommunikationsanbieter antreten (act. II 118/6, 128.6, 146/2).

B.

Im März 2022 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf vermehrte Infektionen und Magen-Darm-Probleme erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (act. II 118). Die IVB tätigte erwerbliche Abklärungen (vgl. act. II 127, 146), zog Berichte der behandelnden Ärzte bei (vgl. act. II 129 f., 132, 135, 139, 154) und holte die Akten des Krankentaggeldversicherers (act. II 128) ein. Gestützt auf eine Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 14. Dezember 2022 (act. II 157/4 ff.) stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 23. Dezember 2022 die Verneinung eines IV-Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 0 % in Aussicht (act. II 159). Nach dagegen erhobenen Einwänden (act. II 161, 165)

verneinte die IVB mit Verfügung vom 20. April 2023 den Anspruch auf eine IV-Rente (act. II 167).

C.

Mit Eingabe vom 22. Mai 2023 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Bern vom 20. April 2023 sei aufzuheben und die Sache zur rechtsgenügenden Abklärung des Sachverhalts und hiernach Neuurteilung des Anspruchs auf eine Rente, subeventualiter rechtsgenügenden Begründung, an die Vorinstanz zurückzuweisen;
2. Eventualiter zu Ziff. 1 sei die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Bern vom 20. April 2023 aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine ganze Rente zuzusprechen;
3. Dem Beschwerdeführer/Gesuchsteller sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren unter Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt;

unter Kosten- und Entschädigungsfolgen inkl. 7.7 % MWST.

Mit Eingabe vom 19. Juni 2023 zog der Beschwerdeführer das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung zurück; dieses wurde in der Folge als erledigt abgeschrieben und der Kostenvorschuss bezahlt.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Juni 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 6. September 2023 hielt der Beschwerdeführer an den Rechtsbegehren fest und am 8. Januar 2024 reichte er einen medizinischen Bericht vom 5. Januar 2024 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 7) zu den Akten.

Bezugnehmend auf die prozessleitende Verfügung vom 10. Januar 2024 nahm die Beschwerdegegnerin am 31. Januar 2024 Stellung zu den Eingaben des Beschwerdeführers vom 6. September 2023 und 8. Januar 2024 und hielt am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

Mit Eingabe vom 19. Februar 2024 reichte der Beschwerdeführer unaufgefordert eine Stellungnahme ein und hielt vollumfänglich an den Rügen bzw. der Begründung der Beschwerde fest.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 20. April 2023 (act. II 167). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I 1 und 2).

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 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die vorliegend angefochtene Verfügung datiert vom 20. April 2023 (act. II 167), womit sie nach dem 1. Januar 2022 erging. Ferner ist der frühestmögliche Rentenbeginn mit Blick auf die im März 2022 erfolgte Neuanmeldung (act. II 118) nach dem 1. Januar 2022. Damit gelangt das seit 1. Januar 2022 gültige Recht zur Anwendung (vgl. Rz. 9100 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 148 V 385 E. 5.2 S. 391).

2.2 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).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

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).

2.5

2.5.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität

in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Juni 2023, 8C_661/2022 [zur Publikation vorgesehen], E. 3.6.2; SVR 2022 IV Nr. 35 S. 115 E. 5.1).

2.5.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.5.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9

E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 84 E. 3). Un-erheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

2.5.4 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.5.5 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom März 2022 (act. II 118) eingetreten und hat den Leistungs- bzw. Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 20. April 2023 (act. II 167) materiell geprüft. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 28. September 2016 (act. II 112) und derjenigen vom 20. April 2023 (act. II 167) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen.

Der Beschwerdeführer war – nachdem er zwischen August 2012 und Juni 2016 mit Unterstützung der IV erfolgreich eine erstmalige Ausbildung zum ... EFZ absolviert hatte (act. II 60, 96, 105, 109/8) – bei einem Invaliditätsgrad von 14 % rentenausschliessend eingegliedert (act. II 112). Am 13. Februar 2017 konnte er eine unbefristete Stelle als "... " mit einem Pensum von 80 % bei der C._____ AG antreten (act. II 118/6, 128.6, 146). Mit Blick auf die (spätestens) ab Mitte September 2021 aufgetretenen Darmbeschwerden (Diarrhoe) und damit einhergehenden längerdauernden Arbeitsunfähigkeiten (vgl. act. II 128.2/1, 128.3/1-32, 132/3, /10, 14 f., /19) ist evident, dass im massgebenden Vergleichszeitraum eine für den Rentenanspruch relevante Veränderung des medizinischen Sachverhalts eingetreten ist. Diese Beschwerden standen anlässlich der rentenablehnenden Verfügung vom 28. September 2016 (act. II 112) nicht im Vordergrund (vgl. act. II 72, 79, 106/8 ff.). Der Rentenanspruch ist daher nachfolgend allseitig frei zu prüfen (vgl. E. 2.5.5 hiavor).

3.2 Zur gesundheitlichen Situation sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Im Überweisungsbericht der D._____ vom 5. November 2021 wurde eine chronische Diarrhoe diagnostiziert. Der Beschwerdeführer leide seit Mitte September 2021 unter Diarrhoe bisher unklarer Ätiologie mit bis zu 20 Mal Stuhlgang pro Tag; bei hohem Leidensdruck und Arbeitsunfähigkeit (act. II 132/19).

3.2.2 Die Vertrauensärztin des Taggeldversicherers E._____, Dr. med. F._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 18. Februar 2022 als für die Arbeitsunfähigkeit massgebendes Leiden eine Common variable immunodeficiency (CVID; ICD-10 D83.9) und eine sonstige funktionelle Darmstörung (ICD-10 K59; act. II 128.2/3). In letzter Zeit häuften sich die Ausfälle wegen Darmbeschwerden. Trotz grossem Einsatz des Beschwerdeführers lasse sich die Problematik aktuell nicht in den Griff bekommen. Der Beschwerdeführer habe als Grunderkrankung ein geschwächtes Immunsystem (act. II 128.2/1). Was aktuell die Hintergründe für den Durchfall bzw. die erhöhte Stuhlfrequenz sei, sei noch nicht restlos geklärt. In den Berichten

von 2013 stehe, dass er eine positive Kultur für *Helicobacter pylori* (im Magen) gehabt habe und deswegen nicht behandelt worden sei. Damit der Beschwerdeführer einer Arbeit nachgehen könne, müsse er einen freien Zugang zu einer Toilette haben. Bisher sei er immer 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden, evtl. könne er auch 50 % arbeiten und die Arbeit so ein bisschen einteilen, was für ihn eine befriedigendere Situation wäre. Insgesamt sei der Beschwerdeführer krank und es sei davon auszugehen, dass er immer wieder Arbeitsausfälle haben werde (act. II 128.2/2).

3.2.3 Der Bericht des Spitals G._____, Klinik H._____, vom 8. März 2022 nannte als Diagnosen ein CVID, nicht näher bezeichnet (2020; ICD-10 D83.9; mit ES Dezember 2011, ED Oktober 2013), eine Bronchiektasis/Bronchitis (2021; ICD-10 J47), mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung bei Bronchiolitis/Bronchiektasen, sonstige Veränderungen der Plasmaproteine (ICD-10 R77; act. II 130/7), eine essenzielle (primäre) Hypertonie (2011; ICD-10 I10), arterielle Hypertonie, eine chronische Rhinitis (>5 Jahre; ICD-10 J31.0), Atopie, einen Vitamin-D-Mangel (ICD-10 E 55) und als andere Diagnosen eine Critical Illness Polyneuropathie (ED Dezember 2012), eine Laktose-Intoleranz, wahrscheinlich, und einen reaktiven IgG Titer gegen *Helicobacter pylori*. Nach Zuweisung zur Beurteilung einer ausgeprägten Diarrhoe mit bis zu 20 Mal täglich wässrigem Stuhlgang berichte der Beschwerdeführer über eine starke Verbesserung der Beschwerden unter der Therapie mit Budenofalk. Es sei zu einer stetigen Abnahme der Stuhlfrequenz gekommen. Ausserdem sei der Stuhlgang nun meistens auch geformt. Vor vier Tagen sei bei einem respiratorischen Infekt der oberen Luftwege eine erneute Antibiotikatherapie verschrieben worden, worunter die Stuhlfrequenz wieder leicht angestiegen sei auf vier bis fünf Mal täglich (act. II 130/8).

3.2.4 Der Bericht des Spitals G._____, Klinik I._____, vom 8. März 2022 nannte hinsichtlich der regelmässigen Immunglobulin-Ersatztherapiebehandlung bei bekanntem Antikörpermangel als Diagnosen eine CVID, eine mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung bei Bronchiolitis/Bronchiektasen, ein persistierend erhöhtes CRP, eine persistierende Diarrhoe, eine essenzielle Hypertonie, eine Polyglobulie (act. II 129/8), eine Atopie und einen Vitamin-D-Mangel sowie als Nebendiagnosen eine Criti-

cal Illness Polyneuropathie, eine Laktose-Intoleranz, wahrscheinlich, und einen reaktiven IgG Titer gegen Helicobacter pylori. Seit Juli/August beständen Gastrointestinalbeschwerden, intermittierend auch pulmonale Beschwerden wie Bronchitis. Aktuell bestehe klinisch eine stabile pulmonale Situation (act. II 129/9).

3.2.5 Im Bericht des Spitals G._____, Klinik H._____, vom 5. Juli 2022 wurde unter Auflistung der bisher gestellten Diagnosen erwähnt, der Beschwerdeführer berichte, seit einer Woche mehr als 10 Mal täglich Durchfall zu haben sowie mehr als 20 Mal Übelkeit zu verspüren und zu erbrechen, wenn er etwas esse. Die durchgeführte Gastroskopie und Koloskopie (April 2022) habe keine makroskopische/histologische Erklärung für die Symptome ergeben. Das CT Abdomen habe eine mesenteriale Lymphadenopathie, DD reaktiv, DD infektiös bei Leber- und Milzgrösse an der oberen Norm ergeben (act. II 135/2 f.). Das aktuelle Labor zeige einen persistierenden CRP-Wert bei 29mg/l und Leukozyten bei 10.9 G/L. Sonst zeigten sich die Laborwerte alle unauffällig. Die Stuhlkulturen und das Calprotectin seien unauffällig (act. II 135/4).

Am 31. Juli 2022 wurde weiter ausgeführt, der Beschwerdeführer berichte von wechselnden Beschwerden, ca. 50 % der Zeit beständen normale Stuhlgewohnheiten mit einer Stuhlfrequenz von 2 - 3 Mal täglich, an anderen Tagen bestehe 20 - 25 Mal täglich flüssiger Stuhlgang. Die Diarrhoe trete dann Tag und Nacht auf. Weiterhin komme es intermittierend zu Fieber und Husten, auch diese Beschwerden seien relativ häufig (50 % der Zeit; act. II 139/2). In der Kapselendoskopie hätten sich unauffällige Befunde gezeigt. Laborchemisch persistiere jedoch weiterhin ein erhöhtes CRP sowie ein hypochromes mikrozytäres Blutbild (act. II 139/4).

3.2.6 Die Ärzte des Spitals G._____, Klinik J._____, diagnostizierten im Bericht vom 31. August 2022 eine unklare mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung mit Bronchiektasen (act. II 158/1), eine COVID, eine persistierende Diarrhoe, eine essenzielle arterielle Hypertonie und eine Atopie. Klinisch sei der Beschwerdeführer respiratorisch kompensiert mit suffizienter Oxygenation unter Raumluft. Lungenfunktionell zeige sich die bekannte fixierte obstruktive Ventilationsstörung mit leicht abnehmendem FEV1 im Dreimonatsverlauf (-150 ml), was a.e. im Rahmen von Covid-19 zu inter-

pretieren sei. Die Diffusionskapazität sei im hochnormalen Bereich (act. II 158/2).

3.2.7 Im Bericht des Spitals G._____, Klinik H._____, vom 16. November 2022 wurde unter Verweis auf die bisher gestellten Diagnosen erwähnt, im Rahmen einer zwischenzeitlich erlittenen Covid-19-Infektion sei es kurzzeitig zu einer weiteren Einschränkung der Lungenfunktion gekommen. Aktuell bestünden ein residueller Husten aber ansonsten ein gutes Befinden. Unter Mutaflor hätten die Diarrhoen deutlich abgenommen. An normalen Tagen habe der Beschwerdeführer nun 1 - 2 geformte Stuhlgänge pro Tag, ca. 3 Mal im Monat weiterhin Anfälle mit bis zu 36 Mal wässrigen Diarrhoen pro Tag. Insgesamt gehe es ihm aber deutlich besser (act. II 154/2 f.). Klinisch zeige sich eine deutliche Beschwerderegredienz, so dass aktuell von einer stabilen Situation unter Mutaflor auszugehen sei. Die aktuell nochmal bestimmte Folsäure, Vitamin D unter Substitution sowie der durchgeführte Test auf Gallensäureverlust-Syndrom hätten normwertige Befunde gezeigt (act. II 154/4).

3.2.8 Im Bericht des RAD vom 14. Dezember 2022 nannte med. pract. K._____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein CVID, nicht näher bezeichnet (ICD-10 D83.9) mit/bei unklarer mittelschwerer obstruktiver Ventilationsstörung mit Bronchiektasen und eine persistierende Diarrhoe (Oktober 2022 stabile Situation; act. II 157/5). In der gastroenterologischen Verlaufskontrolle von Oktober 2022 habe sich klinisch eine deutliche Beschwerderegredienz gezeigt, sodass aktuell von einer stabilen Situation (1 - 2 geformte Stuhlgänge pro Tag; bis zu 3 wässrige Durchfälle im Monat) unter Mutaflor ausgegangen werde (act. II 157/4). Dadurch ergebe sich die Notwendigkeit, jederzeit schnell eine freie Toilette zu erreichen. In der pneumologischen Verlaufskontrolle vom 31. August (2022) sei der Beschwerdeführer respiratorisch kompensiert mit suffizienter Oxygenation unter Raumluft. Lungenfunktionell zeige sich die bekannte obstruktive Ventilationsstörung mit einem FEV: 2.77L (54 % Soll). Die Diffusionskapazität (113 % Soll) sei im hochnormalen Bereich. Hinsichtlich Beginn der medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit und deren Entwicklung (Grad) könne auf die attestierten Arbeitsunfähigkeitszeiten abgestellt werden. Grundsätzlich seien nicht der

Immunglobulinmangel Anlass für eine Arbeitsunfähigkeit, sondern interkurrente Infekte. Diese könnten jederzeit auftreten. Gegebenenfalls könne im Homeoffice gearbeitet werden (act. II 157/5). Für die angestammte Tätigkeit ergebe sich folgendes Zumutbarkeitsprofil: Eine freie Toilette sollte jederzeit erreichbar sein. Zumutbar seien körperlich leichte Tätigkeiten ganztags über 8.5 Stunden ohne zusätzliche Leistungsminderung. Zu vermeiden seien anhaltende Zwangshaltungen, überwiegendes Stehen oder längeres Gehen, häufiges Treppensteigen sowie Tätigkeiten in Kälte/Nässe, unter starken Temperaturschwankungen, mit gestörtem Tag-/Nachtrhythmus, mit atmosphärischem Über-/Unterdruck und (bei bestehender Antikoagulation) mit überdurchschnittlicher Verletzungsgefahr. Bei zusätzlich bestehendem Asthma bronchiale sei zudem die Exposition von Dämpfen, Stäuben, Rauch und Gasen zu vermeiden. Die bisherige Tätigkeit entspreche einer optimal angepassten Tätigkeit (act. II 157/6).

3.2.9 Dr. med. L. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Überweisungsbericht an die psychiatrischen Dienste M. _____ vom 30. März 2023 als Diagnosen eine ADHS, DD bipolare Störung mit Stimmungsschwankungen und depressiven Episoden, eine unklare mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung mit Bronchiektasen, eine CVID, eine Adipositas WHO Grad III, eine persistierende Diarrhoe, eine intermittierende Rhinitis bei Sensibilisierung auf Hausstaubmilben und als Nebendiagnosen eine Critical Illness Polyneuropathie, eine wahrscheinliche Laktose-Intoleranz, reaktiven IgG Titer gegen *Helicobacter pylori* (act. I 5).

3.3 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).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.4 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 20. April 2023 (act. II 167) massgeblich auf die Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin med. pract. K. _____ vom 14. Dezember 2022 (act. II 157/3 f.). Diese erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert solcher Aktenberichte gestellten Anforderungen. Die darin enthaltenen Feststellungen und Ausführungen sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf erläuterte die RAD-Ärztin die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit und dem Verlauf waren nachvollziehbar begründet. Dass med. pract. K. _____ keine klinische Exploration durchführte, ist nicht zu beanstanden, konnte sie sich aufgrund der vorhandenen umfassenden Unterlagen doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. E. 3.3 hiavor). Aus einer persönlichen Untersuchung wären keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten gewesen. Damit kommt dem RAD-Bericht voller Beweiswert zu, sodass darauf abzustellen ist.

3.4.1 Die RAD-Ärztin med. pract. K. _____ legte nachvollziehbar und überzeugend dar, dass beim Beschwerdeführer eine COVID mit unklarer mittelschwerer obstruktiver Ventilationsstörung mit Bronchiektasen sowie eine persistierende Diarrhoe mit stabiler Situation seit Oktober 2022 be-

steht und ihm unter jederzeitiger rascher Erreichbarkeit einer Toilette angepasste körperlich leichte Tätigkeiten ganztags ohne zusätzliche Leistungsminderung zumutbar sind (act. II 157/5 f.). Diese Beurteilung korreliert in somatischer Hinsicht mit den Berichten der behandelnden Ärzte. Aus gastroenterologischer Sicht wurde bereits im Bericht der Klinik H._____ vom 8. März 2022 über eine starke Verbesserung der Diarrhoe mit stetiger Abnahme der Stuhlfrequenz und meistens geformtem Stuhlgang unter der Therapie mit Budenofalk berichtet (act. II 130/7 f.). Im Rahmen der Verlaufssprechstunden vom 16. Juni und 15. Juli 2022 berichtete der Beschwerdeführer zwar wiederum über vermehrte flüssigere Stuhlgänge, alle Laborwerte (ausgenommen diejenigen betreffend CRP und Leukozyten), die Stuhlkulturen und das Calprotectin sowie eine Kapselendoskopie waren jedoch unauffällig (Berichte vom 5. Juli und 31. Juli 2022; act. II 135/2 ff., 139/4). Schliesslich wurde im Bericht vom 16. November 2022 betreffend die Sprechstunde vom 13. Oktober 2022 klinisch eine deutliche Beschwerderegredienz und eine stabile Situation unter der Therapie mit nunmehr Mutaflor mit ein bis zwei geformten Stuhlgängen pro Tag und lediglich drei Mal pro Monat wässrigen Anfällen festgehalten. Der Beschwerdeführer berichtete denn auch, dass sein Befinden gut sei und es ihm insgesamt deutlich besser gehe; auch zeigten die Abklärungen betreffend Folsäure, Vitamin D und Gallensäureverlust normwertige Befunde (act. II 154/2 ff.). Aus pneumologischer Sicht war der Beschwerdeführer am 31. August 2022 respiratorisch kompensiert mit suffizienter Oxygenation unter Raumluft, lungenfunktionell zeigte sich einzig die seit Jahren bekannte obstruktive Ventilationsstörung (vgl. act. II 106). Die Diffusionskapazität lag im hochnormalen Bereich und der Allgemeinzustand wurde als ordentlich bezeichnet (act. II 158/1-4). Aus immunologischer Sicht sind grundsätzlich nicht der Immunglobulinmangel Anlass für die Arbeitsunfähigkeit, sondern interkurrente Infekte der Atemwege (act. II 129/4), worauf die RAD-Ärztin ebenfalls zutreffend hinwies (act. II 157/5).

An der überzeugenden Aktenbeurteilung von med. pract. K._____ vermag auch der Bericht der Vertrauensärztin des Taggeldversicherers vom 18. Februar 2022 (act. II 128.2) keine auch nur geringen Zweifel zu wecken (vgl. BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162). Es trifft zwar zu, dass Dr. med. F._____ erwähnte, der Be-

schwerdeführer sei insgesamt krank und es werde immer wieder zu Arbeitsausfällen kommen (Beschwerde S. 4 Ziff. II Rz. 15). Eine Arbeitsunfähigkeit stellte sie jedoch nicht fest. Vielmehr erachtete sie bereits zum Zeitpunkt ihrer Einschätzung Mitte Februar 2022, dass eine Arbeitsaufnahme im Umfang von 50 % für den Beschwerdeführer zu einer befriedigeren Situation führen würde bzw. die Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung zu prüfen sei, bis eine Verbesserung der körperlichen Beschwerden habe erreicht werden können (act. II 128.2/2). Ausserdem erfolgte die medikamentöse Behandlung mit Mutaflor, welche zur deutlichen Beschwerderegress und einer stabilen Situation führte (act. II 154/4), zeitlich erst nach ihrer Einschätzung. Die Vertrauensärztin sprach denn auch selbst von Therapiemöglichkeiten (act. II 128.2/2).

Ebenso wenig vermag der Bericht von Dr. med. L. _____ vom 30. März 2023 (act. I 5) entsprechende Zweifel zu wecken. In somatischer Hinsicht werden darin weder neue relevante Befunde aufgeführt noch wichtige Aspekte benannt, die in der RAD-Beurteilung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Zudem kann von einer Diagnose (Beschwerde S. 4 Ziff. III Rz. 15) grundsätzlich nicht direkt auf ein leistungsrelevantes Leiden bzw. eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden (Entscheid des BGer vom 16. Juni 2021, 9C_169/2021, 4.3.2); entscheidend sind die daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen (Entscheid des BGer vom 20. April 2022, 8C_803/2021, E. 5.3.1). Nicht anders verhält es sich hinsichtlich der ärztlich verschriebenen Medikamente (Beschwerde S. 4 Ziff. III Rz. 17).

3.4.2 In psychiatrischer Hinsicht bringt der Beschwerdeführer vor, er leide auch an einer psychischen Erkrankung, die zu Unrecht nicht berücksichtigt worden sei. Von 2016 bis 2021 sei er in der "N. _____" psychiatrisch behandelt worden, wobei die diesbezüglichen Unterlagen nicht hätten erhältlich gemacht werden können (Beschwerde S. 5 Ziff. III Rz. 20 ff.), und per Oktober 2023 habe er erneut eine psychiatrische Behandlung aufnehmen können (Stellungnahme vom 8. Januar 2024 S. 1). Hierzu ist folgendes festzuhalten:

Aktenkundig ist, dass der Beschwerdeführer in der späten Kinder- und Jugendzeit in psychotherapeutischer Behandlung stand (act. II 89 f.). Dennoch war er aber in der Lage, in den Jahren von 2012 bis 2016 die berufliche Ausbildung zum ... mit EFZ zu absolvieren (act. II 60, 109/8 f.) und ab Mitte Februar 2017 eine mehrjährige Erwerbstätigkeit bei der C._____ AG als "... " mit einem Pensum von 80 % aufzunehmen (Kündigung des Arbeitsverhältnisses per Ende Dezember 2022; act. II 118/6, 127, 128.6, 146, 165/3). Die Beschwerdegegnerin holte auch die Akten des Taggeldversicherers der besagten Arbeitgeberin ein (act. II 128.1-7). Diese enthalten unter anderem einen Bericht über ein Gespräch mit dem Case-Management des Taggeldversicherers vom 22. Februar 2022. Darin werden ausschliesslich die Immunschwäche und Darmprobleme thematisiert. Weiter wird festgehalten, nach Angabe des Beschwerdeführers erfolge keine psychotherapeutische Behandlung. Die Psychopharmaka dienten nur dazu, ihn am Morgen zu "pushen" und abends das Schlafen zu ermöglichen sowie zum Ausgleich der Nebenwirkung von anderen Medikamenten (act. II 128.4/1 f.). Die Vertrauensärztin des Taggeldversicherers erachtete denn auch nicht eine psychische Erkrankung als massgebendes Leiden für die Arbeitsunfähigkeit, sondern die COVID als Grunderkrankung (act. II 128.2/1, /3).

Daran ändert auch das ärztliche Zeugnis von Dr. med. O._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. September 2020 nichts, zumal darin bloss eine kurzzeitige teilweise Arbeitsunfähigkeit (von 50 % vom 28. September bis 11. Oktober 2020) bescheinigt wird, und dies ohne nähere Grundangabe (act. II 128.3/38). Aus den übrigen Arztberichten ergibt sich nichts Anderes (act. II 128.3, 129 ff.). Insbesondere die Ärzte der D._____, welche die Hausarztfunktion erfüllen, erstellten am 27. April 2022 eine umfassende Diagnoseliste und erwähnten darin kein psychisches Leiden (act. II 132/10 f.). Im Übrigen nannte der Beschwerdeführer selbst in der Anmeldung zum Leistungsbezug vom März 2022 als gesundheitliche Beeinträchtigung ausschliesslich somatische Beschwerden und gab als Behandler auch einzig somatisch tätige Fachärzte an (act. II 118/6 f.).

Vor diesem Hintergrund ist der Umstand, dass die geltend gemachte, per 2021 beendete psychiatrische Behandlung undokumentiert bleibt (Beschwerde S. 5 Ziff. Rz. 21), für die Beurteilung des Leistungsanspruchs unerheblich. Der frühestmögliche Rentenbeginn (vgl. E. 4.1 hiernach) liegt nach der Beendigung der Behandlung in der "N._____". Wie sich aus den Unterlagen des Taggeldversicherers ergibt, gründeten die krankheitsbedingten Abwesenheiten, die schliesslich zur Neuanmeldung bei der IV (act. II 128.1-6) und zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses per Ende Dezember 2022 führten (act. II 165/3), auf somatischen Beschwerden. Eine (wesentliche) psychische Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist nicht ausgewiesen. Eine solche ist auch bis zur angefochtenen Verfügung vom 20. April 2023 (act. II 167), die den gerichtlichen Überprüfungshorizont markiert (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140), nicht erstellt. Soweit Dr. med. L._____ im Überweisungsbericht vom 30. März 2023 u.a. eine ADHS und eine bipolare Störung mit Stimmungsschwankungen und depressiven Episoden diagnostizierte (act. I 5), fehlt es ihr an der fachärztlichen psychiatrischen Befähigung, um solche Erkrankungen hinreichend zu beurteilen (vgl. zur Bedeutung der fachärztlichen Qualifikation der Ärzte hinsichtlich des Beweiswertes ihrer Aussagen: Entscheid des BGer vom 15. November 2021, 9C_458/2021, E. 3.3). Auch kann, wie bereits ausgeführt, von der Diagnose nicht direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden (BGer 8C_803/2021, E. 5.3.1). Was den Bericht der Klinik P._____ vom 5. Januar 2024 (act. I 7) anbelangt, äussert sich dieser zu einem Zeitraum nach der angefochtenen Verfügung, wobei wesentliche Rückschlüsse auf die davorliegende Zeit nicht möglich sind. Er wird somit nur im Sinne einer Neuanmeldung zum IV-Leistungsbezug berücksichtigt werden können, wie die Beschwerdegegnerin mit Stellungnahme vom 31. Januar 2024 zur Recht erklärte.

3.5 Zusammenfassend bildet die Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin med. pract. K._____ vom 14. Dezember 2022 (act. II 157/3 ff.) eine zuverlässige Grundlage für den zu beurteilenden medizinischen Sachverhalt. Dieser ist hinreichend abgeklärt und von weiteren Abklärungen sind keine neuen oder zusätzlichen entscheidungswesentlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb weitere Beweiserhebungen – namentlich die beantragte polydisziplinäre Begutachtung (Beschwerde S. 6 Ziff. III Rz. 25) – nicht erforderlich sind

(antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

4.

4.1 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; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV). Aufgrund der im März 2022 erfolgten Neuanschreibung zum Leistungsbezug (act. II 118) ist der (hypothetische) Beginn des Rentenanspruchs auf September 2022 festzusetzen (Art. 29 Abs. 1 IVG). Rechtsprechungsgemäss sind immer die im Verfügungszeitpunkt in Bezug auf den Rentenbeginn aktuellsten veröffentlichten statistischen Daten zu verwenden sind (vgl. BGE 150 V 67 E. 4.2 S. 70, 143 V 295 E. 2.3 S. 297; SVR 2022 IV Nr. 23 S. 76 E. 6.2.1 und 6.2.2). Da diese im Verfügungszeitpunkt vom 20. April 2023 jedoch noch nicht veröffentlicht waren, hat die Berechnung aufgrund der Werte von 2021 zu erfolgen.

4.2 Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Unterlag das in den letzten Jahren vor Eintritt der Invalidität erzielte Erwerbseinkommen starken Schwankungen, so wird auf ein angemessenes Durchschnittseinkommen abgestellt (Art. 26 Abs. 1 IVV). Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV). Tritt die Invalidität ein, nachdem die versicherte Person eine berufliche Ausbildung geplant oder begonnen hat, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach dem statistischen Wert nach Art. 25

Abs. 3 IVV bestimmt, den die versicherte Person nach Beendigung der Ausbildung erreicht hätte (Art. 26 Abs. 5 IVV). Nicht massgebend ist, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59, 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53; SVR 2021 IV Nr. 29 S. 91 E. 2.2).

4.3 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Invalideneinkommen; Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Soweit aufgrund der gegebenen Fallumstände, bei Beachtung von Art. 26 Abs. 2 und Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung) sowie der nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV ärztlich festgelegten qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit Bedarf an weitergehender Korrektur besteht, ist diesfalls, was die zu berücksichtigenden Faktoren und deren Gewichtung angeht, ergänzend auf die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze zurückzugreifen (Entscheid des BGer vom 8. Juli 2024, 8C_823/2023 [zur Publikation vorgesehen], E. 10.6).

4.4 Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). In der Regel sind die Werte der Tabelle TA1_tirage_skill_level (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) massgebend (Rz. 3207 KSIR). Die statistischen Werte nach Abs. 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit

nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV).

4.5 Der Beschwerdeführer ist gelernter ... mit EFZ (act. II 109/8), stand zuletzt vom 13. Februar 2017 bis 31. Dezember 2022 in einem 80%igen Arbeitsverhältnis mit der C._____ AG als "... " (act. II 128.6, 146/2, 165/3) und bezog über dessen Taggeldversicherer (ab August 2021) Leistungen (act. II 128.1). Laut dem Beschwerdeführer erfolgte die Kündigung dieser letzten Arbeitsstelle krankheitsbedingt (act. II 165/1; Beschwerde S. 6 Ziff. III Rz. 26). Die Kündigung datiert vom 19. September 2022, womit auch die arbeitsvertragsrechtliche Sperrfrist zufolge Krankheit (vgl. Art. 336c Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 30. März 1911 betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [Fünfter Teil: Obligationenrecht], [OR, SR 220]) abgewartet worden war. Mit Blick darauf ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne die gesundheitliche Problematik weiterhin bei dieser Arbeitgeberin tätig wäre. Entsprechend dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist das Valideneinkommen damit gestützt auf den Lohn in dieser zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu ermitteln. Gemäss den Angaben der Arbeitgeberin vom 16. September 2022 verdiente der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden monatlich Fr. 4'320.-- (bei einem 80%Pensum), was dem unveränderten Grundlohn seit Februar 2017 (act. II 146/7) und auch der Lohnangabe in der Krankmeldung zu Händen des Krankentaggeldversicherers vom 13. September 2021 entspricht (act. II 126.6). Dies ergibt aufgerechnet auf ein Jahr und ein vollschichtiges Pensum ein Valideneinkommen von Fr. 70'200.-- (Fr. 4'320.-- x 13 / 80 x 100). Dass bei der Ausgestaltung dieses (letzten) Arbeitsplatzes der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers (besonders) Rechnung getragen wurde, lässt sich den Angaben der Arbeitgeberin nicht entnehmen; vielmehr gab die Arbeitgeberin an, dass die Entlohnung der Arbeitsleistung entsprochen habe (act. II 146/6).

Da der Beschwerdeführer seine zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen anhand statistischer Werte zu ermitteln. Gemäss dem Zumutbarkeitsprofil der RAD-Ärztin ist der Beschwerdeführer in einer (angepassten) körperlich leichten Tätigkeit ganztags ohne Leistungsminderung arbeitsfähig, wobei die bisherige

Tätigkeit einer optimal angepassten Tätigkeit entspricht (act. II 146/3, 157/6). Unter diesen Umständen ist von der LSE 2020, Tabelle T17, Männer, Ziff. 33 (Betriebswirtschaftliche und kaufmännische Fachkräfte und Verwaltungsfachkräfte), Männer \leq 29 Jahre (Fr. 5'873.--), auszugehen, zumal der Beschwerdeführer auf den erlernten Beruf zurückgreifen und dieser in verschiedenen Branchen verwertet werden kann. Daraus ergibt sich angepasst an die berufsübliche Wochenarbeitszeit (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total [2021: 41.7 Stunden]) und indexiert auf das Jahr 2021 (BFS, Tabelle T1.1.15 Nominallohnindex, Männer, 2016-2023, Total, [2020: 103.2, 2021: 102.5]) ein Invalideneinkommen von Fr. 72'972.90 (Fr. 5'873.-- / 40 x 41.7 x 12 / 103.2 x 102.5). Ein Abzug vom Tabellenlohn ist hier nicht gerechtfertigt und wurde von der Beschwerdegegnerin zu Recht auch nicht vorgenommen (act. II 167/1 f.). Eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit für einen Abzug von 10 % für Teilzeitarbeit gemäss Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung; vgl. E. 5.2 hiervor) liegt hier nicht vor. Sodann besteht auch kein weiterer Korrekturbedarf im Sinne der bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze (vgl. dazu BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 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; vgl. E. 4.3 in fine hiervor). Die gesundheitlichen Einschränkungen wurden bereits im medizinischen Zumutbarkeitsprofil hinreichend berücksichtigt (act. II 157/6; vgl. Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV) und dürfen daher nicht nochmals in die Bemessung mittels eines leidensbedingten Abzugs einfließen (vgl. etwa Entscheid des BGer vom 18. Juni 2020, 8C_132/2020, E. 5.2). Die sich aus dem formulierten Zumutbarkeitsprofil ergebenden Einschränkungen sind auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt, welcher auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst (vgl. BGE 148 V 174 E. 9.1 S. 188, 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2019 IV Nr. 21 S. 66 E. 4.2), verwertbar, ohne dass sich daraus ein Grund für einen Abzug vom Tabellenlohn ergäbe.

4.6 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 70'200.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 72'972.90 resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 0 %, womit der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine IV-Rente hat.

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 20. April 2023 (act. II 167) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

6.2 Es 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 zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

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

Die Kammerpräsidentin:

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.