

200 17 532 IV
SCJ/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. Januar 2018

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. Mai 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1974 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Mai 2013 unter Hinweis auf einen Morbus Crohn und Depressionen bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen konsultierte die IVB mehrfach ihren Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Berichte vom 25. September 2013 [AB 20], 7. Juni 2016 [AB 41], 12. September 2016 [AB 54] und 31. Oktober 2016 [AB 63]). Gestützt auf den Bericht des RAD vom 31. Oktober 2016 (AB 63) sowie dessen Stellungnahme vom 6. April 2017 (AB 82) im Nachgang zum Einwand (AB 73) auf den Vorbescheid (AB 68) sprach die IVB dem Versicherten mit Verfügung vom 8. Mai 2017 für den Zeitraum vom 1. November 2013 bis 30. November 2016 eine Dreiviertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von 68 % zu (AB 85).

B.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 1. Juni 2017 Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei insoweit aufzuheben, als ihm die IV-Rente lediglich bis am 30. November 2016 und lediglich im Umfang einer Dreiviertelsrente gewährt werde; entsprechend sei ihm rückwirkend ab 1. November 2013 eine unbefristete ganze Rente auszurichten. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach erfolgten zusätzlichen Abklärungen über den Leistungsanspruch neu verfüge.

Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 6. Juli 2017, es sei mittels reformatio in peius die Zusprache einer befristeten Rente gänzlich aufzuheben.

Mit Replik vom 16. August 2017 bzw. Duplik vom 18. September 2017 halten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Aufforderungsgemäss reichte Rechtsanwalt B._____ am 27. September 2017 seine Kostennote ein.

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 8. Mai 2017, mit welcher dem Beschwerdeführer eine von November 2013 bis November 2016 befristete Dreiviertelrente zugesprochen worden ist (AB 85). Der Beschwerdeführer beanstandet sowohl die Höhe der ab November 2013 zugesprochenen Rente als auch deren Befristung. In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit

die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Folglich ist vorliegend der grundsätzliche Anspruch auf eine IV-Rente zu prüfen. Zudem stellt die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort den Antrag, es sei mittels reformatio in peius die Zusprache einer befristeten Rente gänzlich aufzuheben.

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). 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).

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 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.

2.3 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).

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

2.5 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberoücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

2.6 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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

2.7 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch

hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 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 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht stützt sich die Beschwerdegegnerin auf die mehrmaligen RAD-Aktenbeurteilungen. Diesen sowie den weiteren entscheidungswesentlichen Akten ist das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Nachdem der Beschwerdeführer nach der Pensionierung seines Gastroenterologen in keiner entsprechenden Therapie mehr gestanden war, konsultierte er am 1. Mai 2012 wegen jeden zweiten Tag auftretenden Bauchkrämpfen und Durchfällen seine Hausärztin Dr. med. C. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, welche ihn zur Therapie ins Spital D. _____ überwies (Bericht der Hausärztin vom 21. Mai 2013 [AB 9]).

3.1.2 Im Spital D. _____ wurde der Beschwerdeführer wegen eines Morbus Crohn mit Humira therapiert. In der Sprechstunde des Spitals D. _____ vom 21. März 2013 ergab der Aktivitätsindex eine leichtgradige Aktivität des Morbus Crohn unter Therapie mit Humira (Sprechstundenbericht vom 26. März 2013 [AB 16/9 ff.]). Im Sprechstundenbericht vom 14. August 2013 (AB 17/3 f.) beurteilten die Ärzte den Zustand bezüglich des Morbus Crohn als beschwerdefrei, dies angesichts der subjektiv deutlich gebesserten Symptomatik, dem guten Allgemeinzustand und einer feh-

lenden GI-Symptomatik. Aufgrund des guten Allgemeinbefindens und der subjektiven Beschwerdefreiheit sei vorerst von einer Anpassung der Humira-Therapie abgesehen worden. Gemäss weiterem Bericht vom 13. November 2013 (AB 26/3 ff.) zeige sich der Beschwerdeführer unter der Therapie mit Humira in Remission.

3.1.3 Laut Bericht der RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ vom 25. September 2013 leidet der Beschwerdeführer an den Folgen einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung bzw. eines Morbus Crohn. Die Erkrankung verlaufe meist in Schüben, d.h. Phasen mit relativer Symptom- und damit Schmerzfreiheit würden sich mit solchen mit schwerer entzündlicher Aktivität abwechseln. Die Erkrankung sei nicht ursächlich heilbar, wohl aber medikamentös eindämmbar. Aufgrund der chronischen entzündlichen Darmerkrankung sei die Belastbarkeit des Beschwerdeführers auf Dauer eingeschränkt. Körperlich schwere Arbeiten sowie häufige stresshafte Arbeitsinhalte müssten vermieden werden. So sei für die bis 2008 ausgeübte Tätigkeit in der ... mit viel Unruhe, unregelmässigen und überlangen Arbeitszeiten sowie Stressspitzen von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auf Dauer auszugehen; aufgrund des bisherigen medizinischen Verlaufs wäre bei fortgesetzter Tätigkeit in einem stressigen Job von einer Zunahme der Invalidität auszugehen. Die vom Beschwerdeführer geschilderte Änderung des Lebensstils mit bewusstem Zurückstecken im beruflichen Aufstieg sei aus medizinischer Sicht gut nachvollziehbar und auch als therapeutisch sinnvoll anzusehen. Eine angepasste Tätigkeit sei zunächst in einem Leistungspensum von ca. 50 % aufzunehmen; in Absprache mit den behandelnden Ärzten könnte nach einer ersten halbjährigen Stabilisierungsphase eine sukzessive Erhöhung des Leistungspensums möglich werden. Zudem sei beim Beschwerdeführer von einem ängstlich-depressiven Syndrom bei Vorliegen einer chronischen Darmerkrankung auszugehen. Bei einer guten work-life-Balance mit einem dem Leiden angepassten guten beruflichen Rahmen sei auch hier eine Besserung/Normalisierung zu erwarten (AB 20).

3.1.4 Unter Hinweis auf einen perianalen Abszess und die entsprechenden Berichte von Dr. med. F. _____, Fachärztin für Chirurgie, machte die Hausärztin im Bericht vom 16. Februar 2015 einen verschlechterten Gesundheitszustand geltend (AB 28/1). Dr. med. F. _____ wies im Be-

richt vom 29. Januar 2015 auf einen stabilen Morbus Crohn unter Humira, jedoch seit zwei bis drei Wochen bestehende und zunehmende anale Schmerzen hin (AB 28/5). Nach erfolgter Abszessspaltung habe sich ein problemloser postoperativer Verlauf gezeigt, wobei die vorher doch sehr starken Schmerzen prompt verschwunden seien (Bericht vom 2. Februar 2015 [AB 28/3]).

3.1.5 Der den Beschwerdeführer psychiatrisch behandelnde Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Allgemeine Innere Medizin, wies im Bericht vom 8. April 2016 auf dessen chronische immunologische Erkrankung hin, die sich langsam aber allmählich entwickelt habe. Mittels einer Therapie werde aktuell deren Fortschreiten gestoppt, zumal die Erkrankung sehr aggressiv und sehr behindernd sei. Es bestehe auch eine ängstlich-depressive Verstimmung. Zu Hause besorge er den Haushalt und kümmere sich nach Möglichkeit um seine beiden Mädchen. Er versuche sein Bestes für die ganze Familie zu geben. Erschwerend zu seiner gesundheitlichen Problematik komme hinzu, dass er seit 2008 nie mehr ausser Haus gearbeitet habe. In Zukunft und sofern es sein Gesundheitszustand erlaube, wäre er damit einverstanden, zu 50 % als ..., ..., ... oder sonstwie im ... zu arbeiten (AB 31; vgl. auch AB 34/2 ff.).

3.1.6 Wegen des Verdachts auf eine IBD-assoziierte Arthropathie machte die Hausärztin mit Bericht vom 18. April 2016 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend (AB 33).

3.1.7 Mit Bericht vom 7. Juni 2016 ging der RAD-Arzt Dr. med. H._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Tropen- und Reisemedizin sowie Allgemeine Innere Medizin, von einer im Wesentlichen unveränderten Situation seit der letzten RAD-Beurteilung (vgl. E. 3.1.3 hiervor) aus. Unter Humira sei der Morbus Crohn unter Kontrolle, allerdings sei wegen humoraler Krankheitsaktivität im Frühling 2016 die Therapie mit Methotrexat verstärkt worden. Es seien wenig Durchfälle zu vermelden, aber zeitweise Bauchkrämpfe und auch Gelenkschmerzen. Diese seien mit Celebrex unter Kontrolle. Wegen der alle zwei Wochen auftretenden Migräne sei der Beschwerdeführer in der Kopfschmerz-Sprechstunde des Spitals D._____ gesehen worden. Das Zumutbar-

keitsprofil vom 25. September 2013 (vgl. E. 3.1.4 hiervor) sei weiterhin gültig. Dieses Zumutbarkeitsprofil bestehe seit anfangs 2012 (von 2008 bis 2011 sei der Versicherte trotz Beschwerden nicht in spezialärztlicher Behandlung gewesen; AB 41).

3.1.8 Die zwischenzeitlich im Spital D._____ untersuchte, zweimalig pro Monat auftretende Migräne (vgl. AB 45) sowie die konservativ behandelte Partialruptur des hinteren Kreuzbandes links nach einem Velosturz vom 21. Mai 2016 mit erfreulichem Verlauf (vgl. AB 46, 49) führten gemäss Bericht des RAD-Arztes Dr. med. H._____ vom 12. September 2016 zu keiner andauernden relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit; noch etwas unklar sei der aktuelle Zustand des Morbus Crohn, nachdem im März 2016 zusätzlich Methotrexat eingesetzt worden sei (AB 54).

3.1.9 Gemäss dem (erst nachträglich eingereichten) Bericht des Spitals D._____ vom 26. Juli 2016 wurden Beschwerden im Sinne von abdominalen Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen sowie Diarrhoe verneint und es wurde insgesamt ein erfreulicher, stabiler Verlauf attestiert. Laborchemisch würden sich normalwertige Entzündungswerte zeigen (AB 58/8 ff.). Mit weiterem Bericht vom 21. September 2016 wurde (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) ein Morbus Crohn mit peripherer Arthropathie mit Polyarthralgie sowie eine arteriovenöse Malformation der Hirngefässe mit Migräne diagnostiziert. Die Gelenkschmerzen, die sich unter Therapie bessern würden, hätten möglicherweise eine Leistungsminderung zur Folge und wegen der Migräne könne es zu Konzentrationsproblemen kommen. Die Wiederaufnahme bzw. Erhöhung der beruflichen Tätigkeit wurde als zumutbar erachtet (AB 58/2 ff.).

3.1.10 Mit Bericht vom 31. Oktober 2016 wies der RAD-Arzt Dr. med. H._____ darauf hin, dass gemäss den Berichten des Spitals D._____ vom 26. Juli und 21. September 2016 (AB 58; vgl. E. 3.1.9 hiervor) einerseits zwar keine gastrointestinale Aktivität mehr bestehe, wohl aber die Arthropathie verbleibe, welche indessen auf Celecoxib gut anspreche, und andererseits die Gelenkschmerzen deutlich regredient seien. Die Migräne trete lediglich zweimal pro Monat auf und könne mit Triptanen coupiert werden, sodass deswegen keine bleibende Einschränkung nach-

weisbar sei. Spätestens seit September 2016 (vgl. AB 58/2 ff.) könne eine angepasste (körperlich leichte bis mittelschwere, nicht sehr stressinduzierende) Tätigkeit wieder vollzeitig zugemutet werden. Wegen der chronisch entzündlichen Darmerkrankung sollte auch bei remittierten Symptomen und zudem wegen der noch leicht vorhandenen Gelenkschmerzen eine Leistungseinschränkung von 10 % berücksichtigt werden (AB 63).

3.1.11 Mit Schreiben vom 8. Dezember 2016 wies der Klinikdirektor des Spitals D. _____, Prof. Dr. med. I. _____, darauf hin, dass im Bericht vom 21. September 2016 (AB 58/2 ff.; vgl. E. 3.1.10 hiervor) die Frage nach dem Zeitpunkt der Wiederaufnahme bzw. Erhöhung der beruflichen Tätigkeit und deren Umfang nicht beantwortet worden sei. Eine Wiederaufnahme bzw. Erhöhung sei möglich im Rahmen der Morbus Crohn-Erkrankung. Der Beschwerdeführer leide an einer Immunodefizienz und an einer intestinalen Funktionsstörung mit Müdigkeit und Leistungsverminderung. Deshalb wäre eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit von 50 % möglich und sinnvoll (AB 69/1).

Mit Schreiben vom 26. Mai 2017 wiederholte Prof. Dr. med. I. _____, dass der Beschwerdeführer mit der beruflichen Wiedereingliederung zu 50 % aufgrund der Folgeerkrankungen des Morbus Crohn, die mit Müdigkeit und Leistungsverminderung einhergehen würden, voll ausgelastet sei; so habe er denn verlauten lassen, dass er zeitweise an sein Limit gelange. Eine seinem Leiden angepasste berufliche Tätigkeit sei nach wie vor höchstens zu einem Pensum von 50 % zumutbar (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 3).

3.1.12 Der behandelnde Psychiater machte mit Schreiben vom 5. Dezember 2016 für die konstante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers die ständigen Ausbrüche des Morbus Crohn mit schweren Durchfällen und Rückgang der Mahlzeiten verantwortlich. Das habe letztendlich zu einer Osteoporose geführt. Es seien auch psychosomatische Schmerzen aufgetreten. Es seien deutliche Zeichen einer schweren Depression auszumachen, so wenn der Beschwerdeführer z.B. berichte, seiner Familie würde es besser gehen, wenn er nicht da wäre. Es sei klar, dass eine Person in einer solchen Situation – scheinbar hoffnungslos und ohne Zukunft – Selbstmordgedanken habe. Der

Beschwerdeführer denke und glaube, dass er sein Leben verpasst habe. In Anbetracht all dessen sei ihm bei den Diagnosen "F41.2 et F45.3 selon DSM4" eine Beschäftigung im Umfang von 10 % möglich (AB 73/4 f.).

3.1.13 Mit Stellungnahme vom 6. April 2017 fasste der RAD-Arzt Dr. med. H._____ die somatische Seite wie folgt zusammen: Es sei eine klare Remission des Morbus Crohn erreicht worden, die Arthropathie sei beherrschbar, die Lungenrundherde und die hiläre/mediastinale Lymphadenopathie seien postentzündlich oder allenfalls im Rahmen des Morbus Crohn zu sehen und sie seien nicht progredient, sondern eher narbige Relikte. Sie stellten keine zusätzliche Einschränkung dar. Ebenso wenig treffe das auf die Osteopenie zu, welche prophylaktisch behandelt werde. Auch die zerebelläre AV-Malformation stelle keine zusätzliche Einschränkung dar. Die Migräne trete gemäss Akten ca. zweimal pro Monat auf, die Anfälle könnten coupiert werden mit einem Triptan. Somit stelle auch die Migräne keine andauernde weitere Einschränkung der Erwerbsfähigkeit dar. Auf psychischer Seite sei es wegen der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, der schwierigen Verarbeitung der chronischen Erkrankung und der als minderwertig empfundenen Rolle als Hausmann und Vater zu einer depressiven Reaktion gekommen. Im Bericht des behandelnden Psychiaters vom 5. Dezember 2016 (AB 73/4 f.; vgl. E. 3.1.12 hiavor) sei leider keine Auseinandersetzung mit einer Diagnose nach ICD-10 nachzulesen, der Verlauf werde nicht dokumentiert, die Begründung einer so hohen Arbeitsunfähigkeit von 90 % nicht detailliert und nachvollziehbar dargelegt. Im Verlaufe der Behandlung seit 2011 sei es zu einer Besserung gekommen, weshalb es erstaune, dass am 29. Mai 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 60 % als zumutbar erachtet worden sei (vgl. AB 12/4 Ziff. 1.7) und am 5. Dezember 2016 – im Rahmen der Auseinandersetzung mit der Beschwerdegegnerin – diese dann nur noch 10 % betragen solle (vgl. E. 3.1.12 hiavor). Es wäre sicher angebracht, aufgrund der psychischen Konstellation des Beschwerdeführers wieder einen Schritt in eine externe Erwerbstätigkeit zu tun, um das Selbstwertgefühl wieder aufzubauen und neuen Mut zu fassen, dies bei somatisch gebessertem Zustand. Dabei sei anzunehmen, dass aufgrund der zwar aktuell gut unterdrückten entzündlichen Aktivität des Morbus Crohn eine Leistungseinschränkung infolge Ermüdbarkeit und Konzentrationsproblemen von ca. 10 % vorliege. Ebenso müsse eine körperlich

schwere oder psychisch belastende, stressige Arbeit ausgeschlossen werden (AB 82).

3.2 Die Berichte der RAD-Ärzte Dres. med. E._____ und H._____ (AB 20, 41, 54, 63 und 82) erfüllen die von der höchststrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 hiervor). Sie sind für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet. Nicht zu bemängeln ist, dass die RAD-Ärzte den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht haben. Nach der Praxis sind Aktenbeurteilungen nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Dies war vorliegend der Fall.

3.3 Die Berichte der behandelnden Ärzte vermögen keine Zweifel an der Zuverlässigkeit der Beurteilung der RAD-Ärzte zu wecken:

3.3.1 Seit der Therapie des Morbus Crohn mit Humira bescheinigten die behandelnden Ärzte des Spitals D._____ diesbezüglich zunächst noch eine leichtgradige Aktivität (Bericht vom 26. März 2013 [AB 16/10]), alsdann Beschwerdefreiheit (Bericht vom 14. August 2013 [AB 17/4]) und schliesslich Remission (Bericht vom 13. November 2013 [AB 26/5]). Trotz dieses verbesserten Gesundheitszustandes (vgl. AB 17/1 Ziff. 1) bestätigte die Hausärztin weiterhin (wenn auch ohne genauere Angaben) eine volle Arbeitsunfähigkeit (AB 17/1 Ziff. 5; vgl. auch AB 26/1 Ziff. 5). Differenzierter äusserte sich am 25. September 2013 die RAD-Ärztin Dr. med. E._____ zur Arbeitsunfähigkeit, indem sie die bis 2008 ausgeübte Tätigkeit des Beschwerdeführers wegen des Morbus Crohn ebenfalls als nicht mehr möglich, demgegenüber eine angepasste Tätigkeit mit einem Leistungspensum von rund 50 % aber als zumutbar erachtete; die Schilderungen des Krankheitsverlaufs bzw. die sich daraus ergebenden Auswir-

kungen auf die berufliche Karriere und den Lebensvollzug seien aus medizinischer Sicht gut nachvollziehbar (AB 20/3).

Während die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung bei Rentenbeginn (sechs Monate nach erfolgter Anmeldung; Art. 29 Abs. 1 IVG) noch von einer Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit von 50 % ausgegangen ist (AB 85/5), macht sie im Rahmen des Beschwerdeverfahrens unter Berufung auf den Bericht des Spitals D. _____ vom 14. August 2013 (AB 17) geltend, der Morbus Crohn habe sich bereits vor Rentenbeginn in Remission befunden, sodass gar keine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe (Beschwerdeantwort, S. 4). Im Wissen darum hat die RAD-Ärztin indessen in ihrer echtzeitlichen Beurteilung vom 25. September 2013 (AB 20) dargelegt, dass und weshalb die bisherige stressbelastete Tätigkeit des Beschwerdeführers aus medizinischer Sicht nicht mehr möglich und bei Fortführung einer solchen Tätigkeit von einer Zunahme der Invalidität auszugehen sei. Sodann geht aus ihren Ausführungen hervor, dass der Morbus Crohn aufgrund einer Änderung des Lebensstils des Beschwerdeführers remittiert ist und bei einer erneuten beruflichen Tätigkeit die Gefahr einer Exazerbation besteht, sodass ihm ein volles Leistungspensum auch in einer angepassten Tätigkeit nicht zugemutet werden könne. Diese Ausführungen überzeugen, zumal es sich beim Morbus Crohn um eine schubweise verlaufende Krankheit handelt, welche durch einen wechselnden Verlauf gekennzeichnet ist.

Es lässt sich deshalb nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt des frühest möglichen Beginns der Rente sechs Monate nach der Anmeldung vom Mai 2013 (AB 2) ursprünglich von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für eine angepasste Arbeit von 50 % ausgegangen ist. Damit ist der von der Beschwerdegegnerin geforderten *reformatio in peius* die Grundlage entzogen (vgl. dazu SVR 2008 AHV Nr. 8 mit Hinweis auf BGE 119 V 241 E. 5 S. 249 f.; UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 61 N. 156).

3.3.2 Soweit die Hausärztin anfangs 2015 einen verschlechterten Gesundheitszustand wegen eines perianalen Abszesses geltend machte (vgl. E. 3.1.4 hiervor), wurde dadurch die Arbeitsfähigkeit nicht (dauernd) eingeschränkt, zumal sich nach erfolgter Abszessspaltung ein problemloser

postoperativer Verlauf zeigte (AB 28/3). Wie schon zuvor die RAD-Ärztin (AB 20) ging in der Folge auch der behandelnde Psychiater von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer eher leichteren Tätigkeit aus (AB 31).

3.3.3 Bei Verdacht auf eine IBD-assoziierte Arthropathie machte die Hausärztin mit Bericht vom 18. April 2016 erneut eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend (AB 33). Infolgedessen wurde eine zusätzliche Basistherapie mit Methotrexat begonnen (AB 33/6). Der RAD-Arzt Dr. med. H._____ führte am 7. Juni 2016 in nachvollziehbarer Weise aus, der Morbus Crohn werde mit Humira und nunmehr auch mit Methotrexat behandelt, sodass sich die medizinische Situation seit der letzten RAD-Beurteilung (AB 20; vgl. E. 3.1.3 hiervor) nicht wesentlich verändert habe und das entsprechende Zumutbarkeitsprofil weiterhin gültig sei: Eine körperlich leichte Arbeit könnte mit einem Pensum von 50 % zugemutet werden. Bei gutem Verlauf sei eine Steigerung bis zu einem vollen Pensum möglich (AB 41; vgl. E. 3.1.8 hiervor).

Angesichts dieser Beurteilung lässt sich ebenfalls nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin für die Zeit ab November 2013 bis zur RAD-Beurteilung vom 7. Juni 2016 von einer unveränderten Arbeitsunfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit von 50 % ausgegangen ist.

3.3.4 Nachdem von den Ärzten am Spital D._____ durchwegs ein erfreulicher Verlauf bescheinigt worden war (vgl. insbes. E. 3.1.9 hiervor), hielt der RAD-Arzt am 31. Oktober 2016 fest, spätestens seit deren Bericht vom 21. September 2016 (AB 58/2 ff.) könne eine angepasste Tätigkeit wieder vollzeitig zugemutet werden. Wegen der langen Abstinenz vom Arbeitsmarkt müsse die Arbeitstätigkeit innerhalb von sechs Monaten kontinuierlich von 50 % auf 100 % gesteigert werden. Aufgrund der Darmerkrankung sollte auch bei remittierten Symptomen wegen der noch leicht vorhandenen Gelenkschmerzen eine Leistungseinschränkung von 10 % berücksichtigt werden (AB 63).

Es ist korrekt, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf diese Einschätzung des RAD-Arztes ab September 2016 von einer revisionsrechtlich relevanten Besserung des nach wie vor bestehenden Morbus Crohn ausgegangen ist, weil ein höheres zumutbares

Leistungsvermögen vorgelegen hat. Dies wird gestützt durch den Bericht des Spitals D._____ vom 26. Juli 2016 mit laborchemisch ausgewiesenen normalwertigen Entzündungswerten (AB 58; vgl. E. 3.1.9 hiervor).

An dieser Beurteilung ändern die Schreiben des behandelnden Prof. Dr. med. I._____ vom 6. Dezember 2016 (AB 69) und 26. Mai 2017 (BB 3) nichts, welcher als Reaktion auf den Vorbescheid vom 17. November 2016 (AB 68) bzw. im Rahmen der Beschwerde bestätigt hat, eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit im Rahmen des Morbus Crohn sei zu 50 % "möglich und sinnvoll". Dabei scheint er sich mehr auf anamnestische Angaben des Beschwerdeführers denn auf eigene Befunde zu stützen (vgl. insbes. BB 3). Zudem steht diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Widerspruch zu früheren Berichten: So sprach er selber in dem (auch) von ihm visierten Bericht vom 26. Juli 2016 (AB 58/8 ff.) von einem durchaus erfreulichen Verlauf. In seinem Auftrag hat zudem ein Assistenzarzt als Einschränkung eine Leistungsminderung aufgrund von Gelenkschmerzen - die sich zudem unter Therapie bessern würden - als bloss möglich erachtet und auf Konzentrationsprobleme wegen Migräne – bei ca. zwei Anfällen pro Monat – hingewiesen. Unter Berücksichtigung dieser doch eher geringen Einschränkungen und der damit einhergehenden Optimierung der medikamentösen Behandlung ist nicht nachvollziehbar, dass weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Rahmen von 50 % ausgegangen wird. Ähnlich verhält es sich in Bezug auf das vom behandelnden Psychiater ebenfalls als Reaktion auf den Vorbescheid verfasste Schreiben vom 5. Dezember 2016 (AB 73/4 f.). Die darin geltend gemachte konstante Verschlechterung des Gesundheitszustandes mag wohl zu Beginn noch bestanden haben, konnte aber seither eingedämmt werden, sodass sich der Morbus Crohn nunmehr in Remission befindet. Soweit in psychischer Hinsicht deutliche Zeichen einer schweren Depression auszumachen gewesen seien, hat der Psychiater in der Folge selber von dieser Diagnose Abstand genommen. Allenfalls hätte eine schwere Depression eine Arbeitsunfähigkeit im attestierten Umfang von 90 % zu rechtfertigen vermocht, zugleich aber auch eine Intensivierung der medikamentösen und wohl zudem eine (teil-)stationäre Behandlung zur Folge gehabt. Soweit zudem das depressive Geschehen als Folge von alltäglichen Misserfolgen

zu sehen ist, wäre dies schliesslich reaktiv und damit invalidenversicherungsrechtlich ohnehin unbeachtlich (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299). Schliesslich darf und soll das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung 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 Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

Ob allenfalls bereits vor September 2016 eine Besserung des Gesundheitszustandes im Sinne eines Revisionsgrundes eingetreten ist, ist zwar möglich, aufgrund der vorliegenden Unterlagen indessen nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb die auf die Akten gestützte Annahme eines Revisionsgrundes spätestens ab September 2016 insgesamt nicht zu beanstanden ist.

3.3.5 Soweit der Beschwerdeführer weitere Diagnosen vorbringt, die seiner Meinung nach bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen gewesen wären (vgl. Beschwerde, S. 6 Art. 4), gilt es darauf hinzuweisen, dass diese gemäss den behandelnden Ärzten als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (so AB 16/2 Ziff. 1.1, 34/2 Ziff. 1.1, 58/2 Ziff. 1.1) oder als Nebendiagnosen bzw. Zufallsbefunde (so AB 28/7, 28/9 f.) angesehen worden sind. Weitergehend ist auf die nachvollziehbaren Ausführungen des RAD-Arztes vom 12. September 2016 (AB 54/2) und 6. April 2017 (AB 82) hinzuweisen.

3.4 Gestützt auf die nach dem Gesagten schlüssige und beweiskräftige Beurteilung der RAD-Ärzte ist erstellt, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns (sechs Monate nach der Anmeldung vom Mai 2013; Art. 29 Abs. 1 IVG) in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % eingeschränkt war. Ab September 2016 lag eine revisionsrechtlich relevante Besserung der gesundheitlichen Situation mit einer entsprechen-

den Steigerung des zumutbaren Leistungsvermögens vor. Hiervon ausgehend ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

Die Invaliditätsbemessung für die Zeit ab November 2013 (nach Ablauf der Karenzfrist; Art. 29 Abs. 1 IVG) hat nach dem eben Dargelegten auf der Grundlage einer hälftigen Arbeitsunfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit zu erfolgen. Einem Rentenanspruch ab November 2013 steht das Erfordernis der einjährigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) nicht entgegen, hat doch der RAD-Arzt Dr. med. H. _____ am 7. Juni 2016 ausdrücklich bestätigt (AB 41), das von der RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ formulierte Zumutbarkeitsprofil gelte seit anfangs 2012 (AB 20).

Aufgrund der Verbesserung des Gesundheitszustandes per September 2016 (vgl. E. 3.3.4 hiavor) ist auf diesen Zeitpunkt hin eine Revision vorzunehmen.

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 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlöhnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). 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 den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). 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 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.1.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der allfälligen Rentenrevision massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222; Urteil des EVG vom 12. Februar 2004, I 607/03, E. 7.2.1).

4.2 Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen aufgrund statistischer Zahlen der LSE, konkret gestützt auf TA1 Ziff. 45-46 (Grosshandel), Kompetenzniveau 4 (Tätigkeiten mit komplexer Problemlösung und Entscheidungsfindung, welche ein grosses Fakten- und theoretisches Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen), festgelegt (vgl. AB 64). Dies ist

nicht bestritten und lässt sich nicht beanstanden, wurde doch die Firma, in der der Beschwerdeführer bis 2008 zuletzt gearbeitet hatte, zufolge Konkurses aufgelöst (vgl. AB 60), weshalb nicht davon ausgegangen werden kann, der Beschwerdeführer würde ohne Gesundheitsschaden weiterhin für diese Firma tätig sein.

Das Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin ebenfalls gestützt auf LSE TA1 Ziff. 45-46 bemessen, nunmehr jedoch im Kompetenzniveau 2 (praktische Tätigkeiten wie Verkauf). Aufgrund der hohen beruflichen Qualifikationen des Beschwerdeführers ist es indessen angebracht, vorliegend das Kompetenzniveau 3 (komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen) heranzuziehen. Andererseits ist gemäss RAD-Beurteilung vom 31. Oktober 2016 (AB 61) zusätzlich eine Leistungseinschränkung von 10 % zu berücksichtigen.

4.3 Für die Zeit ab November 2013 mit einer attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % ist entgegen der Beschwerdegegnerin nicht auf die LSE 2014 (vgl. AB 64/6 Ziff. 3.9), sondern auf die LSE 2012 abzustellen. Ausgehend von dieser LSE (Fr. 9'524.-- x 12) und arbeitszeitbereinigt (41.9 Stunden [abrufbar unter www.bfs.admin.ch]) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 119'716.70. Das Invalideneinkommen beläuft sich unter Berücksichtigung des Kompetenzniveaus 3, der betriebsüblichen Arbeitszeit, der Arbeitsfähigkeit und der Leistungseinschränkung von 10 % auf Fr. 38'950.65 (Fr. 6'886.-- x 12 / 40 Wochenstunden x 41.9 Wochenstunden x 0.5 [Arbeitsfähigkeit] x 0.9 [Berücksichtigung der Leistungseinschränkung von 10 %]). Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 80'766.05 bzw. ein Invaliditätsgrad von (gerundet) 67 % ($(\text{Fr. } 107'699.75 - 40'262.95) / 107'699.75 \times 100$), was zur Zusage einer Dreiviertelsrente führt (vgl. E. 2.2 hiavor).

4.4 Im Rahmen der Rentenrevision per September 2016 ist (entsprechend der Beschwerdegegnerin; vgl. AB 64/6 Ziff. 3.10) auf die LSE 2014 abzustellen. Das Valideneinkommen beläuft sich auf Fr. 108'013.75 (Fr. 8'568.-- x 12 Monate / 40 Wochenstunden x 41.9 Wochenstunden / 102.9 x 103.2 [Tabelle T1.1.10, lit. G]). Das Invalideneinkommen beträgt unter Berücksichtigung des Kompetenzniveaus 3, der betriebsüblichen Ar-

beitszeit und nunmehr einzig noch der Leistungseinschränkung von 10 % Fr. 80'760.70 ($\text{Fr. } 7'118.-- \times 12 / 40 \text{ Wochenstunden} \times 41.9 \text{ Wochenstunden} / 102.9 \times 103.2$ [Tabelle T1.1.10, lit. G] $\times 0.9$ [Berücksichtigung der Leistungseinschränkung von 10 %]). Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 27'253.05 bzw. ein Invaliditätsgrad von (gerundet) 25 % ($[(\text{Fr. } 108'013.75 - 80'760.70) / \text{Fr. } 108'013.75 \times 100]$), was nicht (mehr) zu einer Rente berechtigt (vgl. E. 2.2 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat demnach die ab November 2013 zugesprochene Dreiviertelsrente aufgrund der spätestens ab September 2016 eingetretenen Verbesserung des Gesundheitszustandes unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) korrekterweise per November 2016 befristet.

5.

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 8. Mai 2017 (AB 85) im Ergebnis als rechters. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und damit abzuweisen.

6.

6.1 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 in gleicher Höhe entnommen.

6.2 Angesichts seines Unterliegens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Ausrichtung einer 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

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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