

200 18 249 IV
SCJ/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. August 2018

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. Februar 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1973 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 29. Juli 2012 unter Hinweis auf eine Sarkoidose mit schwerer Lungenbeteiligung bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei gewährte sie insbesondere ein Belastbarkeitstraining vom 9. Dezember 2013 bis 16. März 2014 (Mitteilung vom 27. November 2013; AB 40), ein Aufbaustraining vom 17. März bis 31. August 2014 (Mitteilungen vom 28. Februar und 22. Mai 2014; AB 45 und 61), ein Arbeitstraining vom 1. September bis 14. Dezember 2014 (Mitteilungen vom 19. August und 13. November 2014; AB 69 und 78) sowie einen Arbeitsversuch vom 23. März bis 21. Juni 2015 (Mitteilung vom 25. März 2015; AB 102). Zudem holte die IVB auf Anraten des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 122) ein polydisziplinäres (internistisches, orthopädisches, psychiatrisches und pneumologisches) Gutachten von den Fachärzten der C._____ (MEDAS) ein (Expertise vom 5. November 2015; AB 132.2; vgl. auch die Stellungnahme der MEDAS vom 23. März 2016; AB 140). Im weiteren Verlauf liess sie den Versicherten durch den RAD-Psychiater Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nochmals untersuchen (Bericht vom 28. März 2017; AB 173).

Gestützt auf die getätigten Erhebungen stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 30. Mai 2017 (AB 178) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 58% die Zusprache einer vom 1. Mai 2015 bis am 30. Juni 2017 befristeten halben IV-Rente in Aussicht. Dagegen verneinte sie einen Rentenanspruch vom 1. Februar 2013 bis 30. April 2015 sowie für die Zeit ab dem 1. Juli 2017 bei einem IV-Grad von 15% resp. 32%. Mit diesem Vorbescheid zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden (AB 184 und 186; vgl. auch AB 198). Nach Einholung weiterer Stellungnahmen des RAD (AB 190, 191, 201) sprach die IVB mit Verfügung vom 22. Februar 2018 (AB 204) – wie im Vorbescheid angekündigt – eine vom 1. Mai 2015 bis am 30. Juni 2017 befristete halbe IV-Rente zu.

B.

Hiergegen erhebt der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, am 3. April 2018 Beschwerde und stellt folgende Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 22. Februar 2018 sei bezüglich der Renteneinstellung per 30. Juni 2017 aufzuheben und dem Beschwerdeführer über dieses Datum hinaus eine halbe IV-Rente zuzusprechen.
2. Eventualiter: Die Verfügung vom 22. Februar 2018 sei aufzuheben und die Streitsache sei zur Einholung ergänzender medizinischer Abklärungen (Spiroergometrie) und anschliessendem Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

In der Beschwerdeantwort vom 14. Mai 2018 schliesst die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf eine Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 20. April 2018 (in den Gerichtsakten) auf Abweisung der Beschwerde.

In der Stellungnahme vom 22. Mai 2018 hält der Beschwerdeführer an seinen bisherigen Ausführungen und Rechtsbegehren 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 Staats-

anwaltschaft (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 22. Februar 2018 (AB 204). 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 Überprüfungsbezugnis 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, unter Einschluss der vom 1. Mai 2015 bis am 30. Juni 2017 befristet zugesprochenen halben IV-Rente, zu prüfen.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen

oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturieren normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Die Anerkennung eines rentenbegründenden IV-Grades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.2 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 IV-Grad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener 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 IV-Grad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

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

3.1.1 PD Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Pneumologie, diagnostizierte im Bericht vom 27. August 2013 (AB 30) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Sarkoidose Stadium II, bestehend seit 2012. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er ein metabolisches Syndrom, eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung GOLD Stadium II – III sowie chronische Knieschmerzen auf (S. 1). Der Beschwerdeführer sei aufgrund der bestehenden pulmonalen Symptomatik, der chronischen Knie- und Rückenschmerzen und des Übergewichts eingeschränkt. Dies wirke sich insofern auf die Arbeit aus, als eine verminderte körperliche Leistungsfähigkeit, eine anstrengungsabhängige Dyspnoe und ein intermittierender chronischer Hustenreiz vorlägen. Basierend auf der Lungenfunktion mit einer obstruktiven Ventilationsstörung mittleren bis schweren Grades sowie einer Spiroergometrie bestehe aktuell eine medizinisch-theoretische Invalidität von 50% bis 75%. Unter mehrmonatiger intensivierter Immunsuppression zeige sich eine Stabilisierung der Grunderkrankung mit diskreter subjektiver und objektiver Verbesserung (S. 3). Ferner attestierte der Pneumologe in der angestammten Tätigkeit bis auf weiteres eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1).

3.1.2 Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Pneumologie, diagnostizierte im Bericht vom 22. September 2014 (AB 74) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Sarkoidose Stadium III – IV, eine COPD GOLD II und ein metabolisches Syndrom. Den Gesundheitszustand bezeichnete er als stationär (S. 1). Es liege eine Einschränkung der Lungenfunktion von 50% vor, was eine körperliche Limitation und ein rasches Ermüden bewirke. Sitzende Tätigkeiten, ohne Heben von Lasten, seien in einem Arbeitspensum von 50% zumutbar (S. 3).

3.1.3 Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 3. Mai 2015 (AB 110) eine Sarkoidose und eventuell eine Schlafapnoe. Den Gesundheitszustand bezeichnete er als stationär (S. 2). Der Beschwerdeführer sei geistig und psychisch ohne Befund. Körperlich sei er bereits nach kleinster Anstrengung erschöpft (S. 3). Die angestammte Tätigkeit sei nicht mehr möglich. In einer ideal angepassten Tätigkeit (sitzend, ohne Heben und Tragen von Lasten) bestehe eine ca. 50% bis 80%-ige Arbeitsfähigkeit (S. 4).

3.1.4 Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 13. Mai 2015 (AB 117) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit namentlich eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) und eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1; S. 2). Der Beschwerdeführer leide an einem permanent erhöhten Angstniveau mit Schwierigkeiten Luft zu bekommen, einer somatisch aber auch psychisch bedingten Atemnot, einem Engegefühl in der Brust, einer Angst zu sterben, einem Grübeln, einer Hoffnungslosigkeit, einer Kraftlosigkeit, einer gedrückte Verstimmung, einer Konzentrationsschwäche, einer mangelnden Belastbarkeit sowie einer Überforderungstendenz. Aus psychiatrischer Sicht seien die bisherige und eine angepasste Tätigkeit zu 50% resp. vier Stunden täglich zumutbar (S. 4).

3.1.5 Auf Anraten des RAD wurde der Beschwerdeführer im weiteren Verlauf durch die Fachärzte der MEDAS polydisziplinär begutachtet. In der Expertise vom 5. November 2015 (AB 132.2) wurden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Sarkoidose, radiologisches Stadium II, ein Verdacht auf eine Dekonditionierung bei schwerer Adipositas, eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und multiple Gelenkschmerzen diagnostiziert. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde namentlich ein metabolisches Syndrom aufgeführt (S. 61 Ziff. 7.1).

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, die bestehende Sarkoidose, die rasche Gewichtszunahme durch die Cortison-Therapie und das nachfolgende metabolische Syndrom, die persistierende Luftnot sowie die geringe körperliche Belastbarkeit hätten beim Beschwerdeführer zu einer zunehmenden Passivität geführt. Auf den massiven Lebensstilwandel habe er mit der Entwicklung einer Depression reagiert, wobei das Bild vor allem durch Antriebsminderung, Interessensverlust sowie massiven sozialen Rückzug geprägt werde (S. 48 Ziff. 5.4.1). Invaliditätsfremde Faktoren, insbesondere Hinweise auf eine Aggravation, fänden sich nicht (S. 49 Ziff. 5.4.3). Die bestehenden Angstsymptome seien höchstens im Rahmen einer Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8) zu diskutieren, jedoch erreichten die Ausprägung und Schwere nicht den Grad einer eigenständigen Störung (S. 50). Aus rein psychiatrischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten

Tätigkeit 50%, dies seit Beginn der ambulanten psychiatrischen Behandlung im Juli 2014 (S. 51). Aus internistischer Sicht wurden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit festgestellt (S. 59 Ziff. 6.6). Aus pneumologischer Sicht stehe die lungenparenchymatöse Erkrankung mit signifikanter Einschränkung der Lungenfunktion im Sinne einer schweren gemischt restriktiv/obstruktiven Ventilationsstörung im Vordergrund. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der pneumologischen Untersuchung und der Vorakten komme der Verdacht auf, dass hier eine möglicherweise seit Jahren ausgebrannte Sarkoidose „gehegt und gepflegt“ werde. Jedenfalls hätten die diversen Therapien nie eine signifikante Verbesserung bewirken können. Man sei nicht einmal sicher, ob beim Lungenleiden nicht einfach eine genuine raucherbedingte COPD die Hauptrolle spiele. Zur geschilderten Dyspnoe II dürften die schwere Adipositas und wohl auch eine Dekonditionierung massgeblich beitragen. Bezüglich der bestehenden Arbeitsfähigkeit sei die Diagnose per se irrelevant, da die Krankheit seit Jahren stabil verlaufe und die Prognose damit als gut bezeichnet werden müsse. Der Beschwerdeführer sei unter Berücksichtigung der pulmonalen Reserven für leichte angepasste (sitzend, intermittierend auch stehend und gehend, in lufthygienisch akzeptablen Bedingungen) Tätigkeiten voll arbeitsfähig, wobei intermittierend auch mittelschwere Arbeiten zugemutet werden könnten. Die angestammte, körperlich schwere Tätigkeit (.../... in Schichtarbeit) sei nicht mehr zumutbar (AB 132.3 S. 4).

Aus polydisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass die angestammte schwere Tätigkeit seit anfangs 2012 nicht mehr zumutbar sei. In einer leichten angepassten Tätigkeit (ohne Zwangshaltungen, ohne Besteigen von Leitern oder Gerüsten, ohne Heben über 15kg, ohne regelmässiges Heben von 10kg, mit geringen Anforderungen an die psychophysische Belastbarkeit, wechselbelastend, mit der Möglichkeit des selbstgewählten Aufstehens und Umhergehens sowie selbstgewählten Pausen, mit lufthygienisch akzeptablen Bedingungen) bestehe seit Juli 2014 eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit (AB 132.2 S. 65 f. Ziff. 8.1 und 8.2).

In der Folge hielten die MEDAS-Gutachter in der Stellungnahme vom 23. März 2016 (AB 140) unter Berücksichtigung der von der Krankentag-

geldversicherung des Beschwerdeführers veranlassten Observation vom 20. September bis 8. November 2013 (AB 136.2) an ihrer Beurteilung fest.

3.1.6 Dr. med. I. _____ wiederholte im Bericht vom 23. Februar 2017 (AB 170) die zuvor gestellten Diagnosen. Ferner bezeichnete er den Gesundheitszustand als stationär, wobei die letzte Kontrolle am 3. Oktober 2016 stattgefunden habe (S. 2). Es bestünden leichte kognitive und affektbezogene Symptome, eine Vulnerabilität sowie eine Überforderungstendenz. Durch Erstere sei die Belastbarkeit des Beschwerdeführers im Alltag und Beruf sowie im sozialen Netz leicht bis mittelschwer eingeschränkt. Eine Präsenzzeit von bis zu vier Stunden am Tag sei dem Beschwerdeführer zumutbar. Angaben zur bestehenden Arbeitsfähigkeit machte der behandelnde Psychiater nicht (S. 3 f.).

3.1.7 Im weiteren Verlauf fand eine Untersuchung durch den RAD-Psychiater Dr. med. D. _____ statt. Dieser diagnostizierte im Bericht vom 28. März 2017 (AB 173) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Angststörung mit Befürchtung eines ungünstigen Verlaufs oder möglicher Todesfolge durch eine somatische Erkrankung (ICD-10 F41.8). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine (aktenanamnestisch mittelgradige) depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4), sowie Probleme in Verbindung mit lange dauernder Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56) und mit ökonomischen Verhältnissen (ICD-10 Z59) an (S. 22). Die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im MEDAS-Gutachten vom 5. November 2015 (AB 132.2) sei zum damaligen Zeitpunkt nachvollziehbar. Hingegen erscheine die Festlegung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf Juli 2014 nicht ausreichend ausgewiesen. Zu einer Verschlechterung des psychischen Befindens scheine es erst während des Arbeitsversuchs, welcher bis Juni 2015 gedauert habe (AB 102), gekommen zu sein, was in Übereinstimmung mit den Angaben des behandelnden Psychiaters vom 13. Mai 2015 (AB 117) und der Leistungsbeurteilung des Arbeitsversuchs (AB 123) stehe (S. 25). Die im Oktober 2015 festgestellte mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt als remittiert zu betrachten, da die Kriterien für eine depressive Episode nicht mehr ausreichend erfüllt seien (S. 26). Psychopathologisch bestünden (aktuell) eine Einengung des formalen Denkens und Befürch-

tungen im Zusammenhang mit der körperlichen Grunderkrankung und deren mögliche Auswirkungen, Grübeln, Besorgnis, leichte Affektarmut, leichte Einschränkung der affektiven Modulations- und Schwingungsfähigkeit, leichte Antriebsminderung und Schlafstörungen. Ferner lägen eine mittelgradige Beeinträchtigung bei Spontan-Aktivitäten und leichte Beeinträchtigungen bei Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit vor. Damit sei eine leichte Verminderung der psychischen Belastbarkeit festzustellen. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich seit dem Zeitpunkt der Untersuchung vom 27. März 2017 eine Verminderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20% für angepasste Tätigkeiten (ohne besondere psychische Belastungen z.B. hoher Zeit- und Leistungsdruck, hoher Verantwortung oder schnellem Treffen weitreichender Entscheidungen, ohne Nacht- oder Schichtarbeit). Zuvor habe ab Mai 2015 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 27 f.).

3.1.8 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahm der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ am 7. September 2017 Stellung (AB 190). Im MEDAS-Gutachten vom 5. November 2015 sei nachvollziehbar dargelegt worden, dass aus pneumologischer Sicht nie eine Arbeitsunfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten bestanden habe. Bezüglich der Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit ergäben sich keine neuen Aspekte (S. 5).

Ferner hielt der RAD-Psychiater Dr. med. D. _____ in seiner Stellungnahme vom 7. September 2017 (AB 191) an seinen bisherigen Ausführungen fest (S. 2 f.).

3.1.9 Dr. med. H. _____ führte im – im Rahmen der Beschwerde eingereichten – Bericht vom 5. März 2018 (Beschwerdebeilage [BB] 5) aus, aktuell sei die gesundheitliche (pneumologische) Situation unter der immunsuppressiven Therapie stabil. Aus hausärztlicher Sicht könne der Beschwerdeführer nur noch leichte körperliche Tätigkeiten ausführen (Arbeiten am Tisch, Autofahrten, etc.) in einem ca. 50%-igen Arbeitspensum. Zusätzlich arbeitsrelevante Diagnosen seien das mittelschwere obstruktive Schlafapnoesyndrom und die Adipositas per magna. Die übrigen Diagnosen seien nicht rentenrelevant. Die seit Jahren bestehenden Gelenkschmerzen könnten medizinisch nicht klar zugeordnet werden.

3.1.10 Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Pneumologie, diagnostizierte im Bericht vom 8. März 2018 (BB 4) namentlich eine pulmonale Sarkoidose Stadium II, eine chronisch obstruktive Pneumopathie, ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom sowie ein metabolisches Syndrom (S. 1 ff.). Die im Sommer 2017 zunehmende Sarkoidose-Aktivität sei durch die fehlende Wirksamkeit der mehrjährigen Remicade-Therapie durch Antikörperbildung zu erklären. Deshalb sei die immunsuppressive Therapie mit initial systemischen Kortikosteroiden und seit Dezember 2017 mit Arava intensiviert worden. Darunter habe wieder sowohl eine subjektive Stabilisierung der respiratorischen Situation, mit aber nach wie vor deutlichen Einschränkungen im Alltag, als auch eine objektive Verbesserung mit Abnahme der Obstruktion erreicht werden können. Um die aktuelle Arbeitsfähigkeit abschliessend beurteilen zu können, sei eine Spiroergometrie erforderlich. Anhand dieser Untersuchung könne die leistungslimitierende Komponente identifiziert und die medizinisch theoretische Ateminvalidität, gerade auch in Bezug auf mögliche berufliche Aktivitäten, festgestellt werden (S. 3).

3.1.11 Der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ nahm am 20. April 2018 zu den im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Arztberichten Stellung (in den Gerichtsakten). Hinsichtlich der bestehenden pulmonalen Symptomatik zeige sich im Juli 2017 eine vorübergehende Verschlechterung, welche sich aber soweit gebessert habe, dass die Lungenfunktion vom Februar 2018 praktisch wieder vergleichbare Werte zu den Lungenfunktionen vom Oktober 2015 resp. Juni 2016 aufweise. Somit könne belegt werden, dass die pneumologische Situation seit mindestens 2015 stabil gehalten werden konnte, womit die Einschätzung des pneumologischen MEDAS-Gutachters nicht widerlegt werden könne. Ferner hätten weder das erwähnte mittelschwere obstruktive Schlafapnoesyndrom noch die Adipositas per magna mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Dem Beschwerdeführer sei durchaus zumutbar, sein Gewicht zu reduzieren und mittels eines adäquaten körperlichen Trainings die körperliche Belastbarkeit auch zugunsten der pneumologischen Situation zu verbessern (S. 4). Zusammenfassend könne an der bisherigen Beurteilung festgehalten werden, womit auf die Durchführung einer Spiroergometrie verzichtet werden könne. Diesbezüglich wies der RAD-Arzt insbe-

sondere darauf hin, dass die bestehende Adipositas per magna einen deutlich limitierenden Faktor bezüglich der Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei einer Spiroergometrie darstelle, womit diese Untersuchung bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von vornherein als nur bedingt aussagekräftig zu interpretieren sei (S. 5).

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

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

3.3 Die MEDAS-Gutachter haben sich in ihren ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das polydisziplinäre Gutachten vom 5. November 2015 (AB 132.2) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizini-

schen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1). Auf dieses Gutachten ist – wie nachfolgend dargelegt wird – abzustellen.

3.4 In somatischer Hinsicht haben die MEDAS-Gutachter einlässlich begründet, dass der Beschwerdeführer an einer Sarkoidose, radiologisches Stadium II, einem Verdacht auf eine Dekonditionierung bei schwerer Adipositas sowie multiplen Gelenksschmerzen leidet und dass die angestammte Tätigkeit (aufgrund der pulmonalen Symptomatik) seit anfangs 2012 nicht mehr zumutbar ist. Ferner haben sie schlüssig dargelegt, dass (aus somatischer Sicht) in einer leichten angepassten Tätigkeit (ohne Zwangshaltungen, ohne Besteigen von Leitern oder Gerüsten, ohne Heben über 15kg, ohne regelmässiges Heben von 10kg, wechselbelastend, mit der Möglichkeit des selbstgewählten Aufstehens und Umhergehens sowie selbstgewählten Pausen, mit lufthygienisch akzeptablen Bedingungen) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (AB 132.2 S. 61 Ziff. 7.1 und S. 65 f. Ziff. 8.1 f.). Diese Beurteilung ist nicht nur in sich nachvollziehbar und überzeugend, sondern sie wurde im weiteren Verlauf durch den RAD-Arzt Dr. med. E. _____ mehrfach bestätigt (Berichte vom 7. September 2017 [AB 190] und 20. April 2018 [in den Gerichtsakten]). Darauf ist abzustellen.

Daran ändert nichts, dass PD Dr. med. F. _____ im Bericht vom 27. August 2013 (AB 30) insbesondere aufgrund einer obstruktiven Ventilationsstörung mittleren bis schweren Grades eine medizinisch-theoretische Invalidität von 50% bis 75% attestiert hat (S. 3). Denn der MEDAS-Pneumologe hat einlässlich begründet, dass der Beschwerdeführer trotz der (ebenfalls) festgestellten mittelschweren bis schweren obstruktiven Ventilationsstörung für eine körperlich leichte, angepasste Tätigkeit voll einsatzfähig ist (AB 132.3 S. 3 f.). An der schlüssigen (somatischen) Beurteilung im MEDAS-Gutachten ändert ferner nichts, dass Dr. med. H. _____ im Bericht vom 5. März 2018 (BB 5) in einer leichten Tätigkeit eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert hat. Denn eine nachvollziehbare Begründung der attestierten Arbeitsunfähigkeit fehlt in diesem Bericht. Zudem scheint der Hausarzt bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit neben der pneumologischen

Situation das bestehende Schlafapnoesyndrom sowie die Adipositas per magna berücksichtigt zu haben, welchen jedoch gemäss den nachvollziehbaren Ausführungen des RAD-Arztes Dr. med. E. _____ im Bericht vom 20. April 2018 (in den Gerichtsakten) keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuzuerkennen ist (S. 5). Dass eine Adipositas grundsätzlich keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellt, steht im Übrigen im Einklang mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung (Entscheid des Bundesgerichts vom 22. August 2008, 8C_74/2008, E. 2.2).

Auch der Umstand, dass der MEDAS-Pneumologe Bedenken am Vorliegen einer klinisch relevanten Sarkoidose-assoziierten lungenparenchymatosen Erkrankung geäussert hat, vermag die Schlussfolgerungen im MEDAS-Gutachten – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 5) – nicht in Zweifel zu ziehen, zumal der pneumologische Gutachter die Arbeitsfähigkeit nicht aufgrund der Diagnose, sondern gestützt auf die früheren und aktuellen pulmonalen Reserven und unter Berücksichtigung des stabilen Verlaufs der Krankheit beurteilt hat (AB 132.3 S. 4). Dass die pneumologische Symptomatik seit Jahren stabil ist, findet in den vorliegenden Akten ihren Rückhalt. So bezeichneten sowohl Dr. med. G. _____ als auch Dr. med. H. _____ den Gesundheitszustand als stationär (AB 74 S. 1 und 110 S. 2). Soweit Dr. med. J. _____ im Bericht vom 8. März 2018 (BB 4 S. 3) von einer seit Sommer 2017 zunehmenden Sarkoidose-Aktivität spricht, hat der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ in seiner Stellungnahme vom 20. April 2018 (in den Gerichtsakten) nachvollziehbar dargelegt, dass es sich dabei nur um eine vorübergehende Verschlechterung gehandelt habe, welche sich wieder gebessert habe. Die Resultate der seit Oktober 2015 durchgeführten Lungenfunktionsprüfungen seien weitgehend unverändert ausgefallen (S. 4). Dr. med. J. _____ führte denn auch selber aus, dass durch die (neue) Therapie mit Arava eine subjektive Stabilisierung der respiratorischen Situation und eine objektive Verbesserung erreicht werden können (BB 4 S. 3). Und letztlich geht auch der Hausarzt Dr. med. H. _____ im Bericht vom 5. März 2018 (BB 5) weiterhin von einer stabilen gesundheitlichen Situation aus. Damit ist aufgrund der im Beschwerdeverfahren eingereichten Akten – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 5) – seit der polydisziplinären Begut-

achtung durch die Fachärzte der MEDAS keine Verschlechterung des (somatischen) Gesundheitszustandes ausgewiesen.

Letztlich ändert vorliegend nichts, dass der Beschwerdeführer anlässlich der durchgeführten beruflichen (Eingliederungs-)Massnahmen ab Dezember 2013 (AB 49, 68, 72, 86, 123) kein Pensum von mehr als 50% geleistet hat. Denn entscheidend ist die medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und nicht die im Rahmen einer beruflichen Abklärung gezeigten Resultate.

3.5

3.5.1 Aus psychiatrischer Sicht wurde im Gutachten unter Beizug der klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10 (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 f.) einlässlich begründet, dass der Beschwerdeführer an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom leidet (AB 132.2 S. 48 – 51). Diese Beurteilung ist nicht nur nachvollziehbar und überzeugend, sondern sie wurde im weiteren Verlauf durch den RAD-Psychiater Dr. med. D. _____ im Bericht vom 28. März 2017 bestätigt (AB 173 S. 24 f.). Darauf ist abzustellen. Daran ändert nichts, dass der behandelnde Psychiater Dr. med. I. _____ in den Berichten vom 13. Mai 2015 und 23. Februar 2017 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und eine generalisierte Angststörung diagnostiziert hat (AB 117 und 170 jeweils S. 2). Denn die MEDAS-Psychiaterin hat sich in ihrer Beurteilung mit diesen beiden Diagnosen auseinandergesetzt und einlässlich dargelegt, weshalb diese nicht zu erheben sind (AB 132.2 S. 48 Ziff. 5.4.2).

3.5.2 Soweit die psychiatrische Gutachterin jedoch aufgrund der bestehenden mittelgradigen depressiven Episode eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert hat (AB 132.2 S. 51), kann ihr mit Bezug auf die vorliegend streitigen Belange nicht ohne weiteres gefolgt werden. Vielmehr ist deren rechtliche Ausgewiesenheit nach Massgabe der einschlägigen Indikatoren zu prüfen (vgl. E. 2.1 hiervor):

Diesbezüglich ist vorab festzuhalten, dass hier keine Ausschlussgründe in Sinne der höchstrichterlicher Rechtsprechung vorliegen (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. unter Hinweis auf BGE 131 V 49). Insbesondere fand die Gutachterin keine Hinweise für eine Aggravation oder Simulation (AB 132.2

S. 49). Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Zum Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ist festzuhalten, dass diese gemäss der psychiatrischen Gutachterin mittelgradig ausgeprägt sind (AB 132.2 S. 49 f.), was im Lichte der Untersuchungsbefunde sowie des geschilderten Tagesablaufs bzw. der Aktivitäten (AB 132.2 S. 48 – 51) überzeugt. Betreffend den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass gemäss der psychiatrischen Gutachterin an der Kooperation des Beschwerdeführers bezüglich der bisherigen psychiatrischen Therapie, welche er alle zwei Wochen besuche, kein Zweifel bestehe (AB 132.2 S. 46 und 50). Zudem hat der Beschwerdeführer auch an den Eingliederungsmassnahmen teilgenommen (AB 49, 68, 72, 86, 123). Damit liegen weder eine Behandlungs- noch eine Eingliederungsresistenz vor. Als massgebende somatische Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) besteht eine leistungseinschränkende Sarkoidose (AB 132.3 S. 4 f.), die sich ressourcenhemmend auswirkt. Anhaltspunkte dafür, dass die Persönlichkeit des Beschwerdeführers ein Leistungsvermögen ausschliesse, sind nicht ersichtlich (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302). Der Komplex sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass der Beschwerdeführer über geringe mobilisierbare Ressourcen verfügt. Die psychiatrische Gutachterin wies eindrücklich auf den im Zusammenhang mit der Sarkoidose eingetretenen massiven Lebensstilwandel hin, welcher insbesondere durch einen massiven sozialen Rückzug geprägt werde (AB 132.2 S. 48 Ziff. 5.4.1). Des Weiteren ist in der Kategorie „Konsistenz“ in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) keine Ungleichmässigkeit ersichtlich. Die Schilderungen des Beschwerdeführers zu seinem Tagesablauf und seinen sozialen Kontakten, welche sich in engen Grenzen halten, stehen im Einklang. Ferner ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht das gleiche (niedrige) Aktivitätsniveau aufgewiesen hat wie heute (AB 132.2 S. 51). Der ebenfalls zur Kategorie Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) gehörende Indikator „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch aus-

gewiesener Leidensdruck“ ist als erfüllt zu betrachten, nachdem der Beschwerdeführer seit Jahren therapeutische Optionen in Anspruch nimmt.

Nach dem Dargelegten besteht im Rahmen einer umfassenden Betrachtung der massgebenden Indikatoren kein Anlass, von der Beurteilung der MEDAS-Psychiaterin abzuweichen. Es ist folglich bezüglich der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode von einer 50%-igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

3.5.3 Soweit die MEDAS-Psychiaterin den Beginn der aus psychiatrischer Sicht bestehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf Juli 2014 datiert hat (AB 132.2 S. 51), kann ihr jedoch nicht gefolgt werden. Diesbezüglich hat der RAD-Psychiater Dr. med. D. _____ im Bericht vom 28. März 2017 unter Hinweis auf die Vorakten einlässlich und schlüssig begründet, dass eine Verschlechterung des psychischen Befindens erst ab Mai 2015 ausgewiesen sei (AB 173 S. 25). Auf diese nachvollziehbare Beurteilung ist vorliegend abzustellen. Damit ist vorliegend aus psychischer Sicht ab Mai 2015 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit erstellt.

3.5.4 Hinsichtlich des Verlaufs des psychischen Gesundheitsschadens hat der RAD-Psychiater Dr. med. D. _____ im Bericht vom 28. März 2017 (AB 173) insbesondere gestützt auf seine eigene Untersuchung schlüssig dargelegt, dass die zuvor diagnostizierte mittelgradige depressive Episode zum Zeitpunkt der Untersuchung (März 2017) remittiert gewesen sei, da die entsprechenden Kriterien nicht mehr ausreichend erfüllt seien, und nunmehr eine Angststörung zu diagnostizieren sei, aufgrund welcher eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% bestehe (S. 26 ff.).

Entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 6 f.) ist diese Verbesserung der gesundheitlichen (psychischen) Situation gestützt auf die vorliegenden Akten ausgewiesen. Insbesondere ist die durch den RAD-Psychiater attestierte Steigerung der Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur Begutachtung durch die MEDAS-Psychiaterin bereits deshalb schlüssig, als es offensichtlich zu einer Verbesserung der psychischen Gesundheit gekommen ist, wie eine Gegenüberstellung der erhobenen Befunde ergibt. So stellte der RAD-Psychiater namentlich nur noch eine leichte Verminderung der psychischen Belastbarkeit fest (AB 173 S. 26). Zudem gab der Be-

schwerdeführer gegenüber dem RAD-Psychiater selber an, dass er sich besser gefühlt habe, weshalb er auch zwischen September 2016 und Februar 2017 die Behandlung in der Praxis von Dr. med. I. _____ unterbrochen habe (S. 15). Dass seit der Untersuchung durch den RAD-Psychiater im März 2017 eine massgebende Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten wäre, geht aus den Akten nicht hervor. Insbesondere ist im Zusammenhang mit der im Sommer 2017 festgestellten zunehmenden Sarkoidoseaktivität (Beschwerde S. 6), welche jedoch nicht andauernd war (vgl. E. 3.4 hiervor), keine entsprechende Verschlechterung ausgewiesen.

Die Frage, ob der vom RAD-Psychiater aufgrund der bestehenden Angststörung attestierten 80%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (AB 173 S. 27 f.) mit Bezug auf die vorliegend streitigen Belange und unter Berücksichtigung des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. E. 2.1 hiervor) gefolgt werden kann, braucht nicht abschliessend beurteilt zu werden. Selbst bei der Annahme einer 20%-igen Arbeits- und Leistungsunfähigkeit besteht kein Anspruch (mehr) auf eine IV-Rente (vgl. E. 4.5 hiernach).

3.6 Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass die angestammte Tätigkeit als ... seit Februar 2012 nicht mehr zumutbar ist und dass in einer leichten angepassten Tätigkeit ab Februar 2012 eine 100%-ige, ab Mai 2015 eine 50%-ige und ab März 2017 mindestens eine 80%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestanden hat. Die jeweiligen Veränderungen stellen Revisionsgründe dar (vgl. E. 2.5 hiervor). Der Sachverhalt ist somit hinreichend erstellt, weshalb sich – entgegen dem Antrag in der Beschwerde (S. 1) – weitere Beweiserhebungen erübrigen.

Nachfolgend ist der IV-Grad mittels Einkommensvergleichs zu ermitteln.

4.

4.1

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). 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 pflichtgemässen 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).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei

Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300; 129 V 222). Vorliegend ist aufgrund der seit Februar 2012 bestehenden Sarkoidose eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgewiesen (vgl. E. 3.4 hiavor). Der frühest mögliche Rentenbeginn ist deshalb unter Berücksichtigung des Wartejahres und der Anmeldung im Juli 2012 (AB 1) in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf Februar 2013 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich durchzuführen.

4.3

4.3.1 Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, der K. _____ AG (AB 116), ermittelt und per 2013 auf Fr. 76'821.-- festgelegt (AB 204 S. 5 f.), was nicht zu beanstanden ist. Gegenteiliges wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht.

4.3.2 Da der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne (LSE 2012) zu ermitteln (vgl. E. 4.1.2 hiavor).

Ausgehend vom Zumutbarkeitsprofil der MEDAS-Gutachter, wonach dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit (körperlich leicht, ohne Zwangshaltungen, ohne Besteigen von Leitern oder Gerüsten, ohne Heben über 15kg, ohne regelmässiges Heben von 10kg, mit geringen Anforderungen an die psycho-physische Belastbarkeit, wechselbelastend, mit der Möglichkeit des selbstgewählten Aufstehens und Umhergehens sowie selbstgewählten Pausen, mit lufthygienisch akzeptablen Bedingungen) zu 100% zumutbar ist (AB 132.2 S. 65 f. Ziff. 8.1 und 8.2), ist es vorliegend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen gestützt auf den Totalwert des Kompetenzniveaus 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) der Tabelle TA1 festgelegt hat, zumal dem Beschwerdeführer verschiedene Verweistätigkeiten in diversen Tätigkeitsgebieten offen stehen. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer beträgt Fr. 5'210.--. Auf die betriebsübliche Wochen-

arbeitszeit von 41.7 Stunden (Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [BUA], Total) und das massgebende Jahr 2013 aufgerechnet, resultiert daraus ein Einkommen von Fr. 65'689.80 (Fr. 5'210.-- : 40 x 41.7 x 12 : 101.7 x 102.5 [BFS, Nominallöhne Männer 2011 – 2017, Tabelle T1.1.10, Total]) im Jahr.

Ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.1.2 hiervor) ist hier nicht gerechtfertigt und wurde von der Beschwerdegegnerin auch nicht vorgenommen.

4.3.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 76'821.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 65'689.80 resultiert ein IV-Grad von gerundet 14% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Es besteht folglich kein Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. E. 2.2 hiervor).

4.4 Ab Mai 2015 ist aufgrund der – einen Revisionsgrund darstellenden – neu hinzugetretenen psychischen Symptomatik und der ab diesen Zeitpunkt in einer angepassten Tätigkeit bestehenden 50%-igen Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.5 und 3.6 hiervor) eine weitere Invaliditätsbemessung vorzunehmen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Wartefrist gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG aufgrund der weiterhin bestehenden 100%-igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (vgl. E. 3.4 hiervor) erfüllt ist.

4.4.1 Das Valideneinkommen ist gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin (vgl. E. 4.3.1 hiervor) auf Fr. 78'802.-- festzusetzen (AB 116).

4.4.2 Das Invalideneinkommen ist – ausgehend von der 50%-igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit – auf Fr. 33'323.15 festzulegen (Fr. 5'312.-- [LSE 2014, TA1, Kompetenzniveau 1, Total] : 40 x 41.7 [BFS, BUA, Total] x 12 : 103.2 x 103.5 [BFS, Nominallohnindex Männer 2011 – 2017, Tabelle T1.1.10, Total] x 0.5).

Da die behinderungsbedingten Einschränkungen bereits mit der Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50% (vgl. E. 3.4 und 3.5 hiervor) berücksichtigt wurden, rechtfertigt sich vorliegend kein zusätzlicher leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn. Ein solcher wurde von der Beschwerdegegnerin auch nicht vorgenommen (AB 204 S. 5 f.).

4.4.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 78'802.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 33'323.15 resultiert ein IV-Grad von gerundet 58%. Folglich besteht ab Mai 2015 ein Anspruch auf eine halbe IV-Rente (vgl. E. 2.2 hiervor).

4.5 Ab März 2017 ist in einer angepassten Tätigkeit von einer (zumindest) 80%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen (vgl. E. 3.5.4 hiervor). Diese gesundheitliche Verbesserung, welche nach drei Monaten zu berücksichtigen ist (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]), stellt einen Revisionsgrund dar. Damit ist ab Juli 2017 eine weitere Invaliditätsbemessung vorzunehmen:

4.5.1 Das Valideneinkommen ist wiederum ausgehend von den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin zu ermitteln und auf Fr. 79'512.-- (Fr. 5'190.-- x 13 [Lohn] + Fr. 1'003.50 [Zuschläge] x 12; AB 177) festzulegen.

4.5.2 Das Invalideneinkommen ist – unter Berücksichtigung der maximalen Verminderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20% und ohne zusätzlichen leidensbedingten Abzug – auf Fr. 53'883.70 (Fr. 5'312.-- : 40 x 41.7 x 12 [vgl. E. 4.4.2 hiervor]: 103.5 x 104.6 [BFS, Nominallohnindex Männer 2011 – 2017, Tabelle T1.1.10, Total] x 0.8) festzusetzen.

4.5.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 79'512.-- und einem Invalideneinkommen von (mindestens) Fr. 53'883.70 resultiert ein IV-Grad von gerundet (höchstens) 32%. Folglich besteht ab Juli 2017 kein Anspruch mehr auf eine IV-Rente (vgl. E. 2.2 hiervor), weshalb der Rentenanspruch auf Ende Juni 2017 zu befristen ist.

4.6 Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung als korrekt, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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

5.2 Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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