

200 18 676 IV
KOJ/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 22. Februar 2019

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Fürsprecher Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. Juli 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1976 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 26. November 2012 unter Hinweis auf einen Bandscheibenvorfall bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 5). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) erwerbliche und medizinische Abklärungen durch. Dabei veranlasste sie insbesondere eine bidisziplinäre Begutachtung durch die Dres. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie (Expertisen vom 20. bzw. 19. August 2015; act. II 46.1 und 47.1). Ferner liess sie einen Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende erstellen (act. II 54). Mit Vorbescheid vom 23. Dezember 2015 (act. II 55) stellte die IVB bei einem ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 40% die Zusprache einer Viertelsrente ab dem 1. Juni 2015 in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden (act. II 56). In der Folge liess die IVB insbesondere ein Verlaufsgutachten durch Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erstellen (Expertise vom 24. Februar 2017; act. II 88.1). Ferner holte sie diverse Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 90, 128) und einen ergänzenden Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende (act. II 132) ein. Gestützt auf die getätigten Erhebungen stellte die IVB mit Vorbescheid vom 23. März 2018 (act. II 133) ab 1. Juni 2015 bei einem IV-Grad von 64% die Zusprache einer Dreiviertelsrente und ab 1. September 2016 bei einem IV-Grad von 43% die Zusprache einer Viertelsrente in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte Einwand (act. II 135). Nach Einholung einer weiteren Stellungnahme des RAD (act. II 140) und des Abklärungsdienstes (act. II 142) sprach die IVB mit Verfügung vom 27. Juli 2018 (act. II 149) – wie im Vorbescheid angekündigt – ab 1. Juni 2015 eine Dreiviertelsrente und ab 1. September 2016 eine Viertelsrente zu.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher Dr. iur. B. _____, am 13. September 2018 Beschwerde und beantragte die kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer Dreiviertelsrente rückwirkend ab 1. Juli 2013 resp. einer ganzen IV-Rente ab 1. Juni 2017.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 19. Oktober 2018 edierte der Instruktionsrichter beim Kranken-Lohnausfallversicherer des Beschwerdeführers die Akten, welche in der Folge am 29. Oktober 2018 beim Gericht eingingen.

Mit Schlussbemerkungen vom 27. und 29. November 2018 hielten die Parteien an ihren 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 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; unter Berücksichtigung des Fristenstillstands gemäss Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG selbst bei Abstellen auf das Datum der Zustellung der Verfügung am 30. Juli 2018; vgl. Beschwerde S. 2 f. Ziff. 5) 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 27. Juli 2018 (act. II 149). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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).

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 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 bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

2.5 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 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

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).

3.

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

3.1.1 Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 24. Januar 2013 (act. II 23 S. 7) eine Diskushernie HWK6/7 mit Kompression der Nervenwurzel C7 rechts und eine Diskushernie HWK4/5 rechtsbetont mit Kontakt zur Nervenwurzel C5 und zum Myelon, dekomprimiert und mit Cage versorgt am 19. Oktober 2012. Der postoperative Verlauf gestaltete sich erfreulich. Die Zervikalgien seien deutlich regredient, die Brachialgie sei vollständig verschwunden. Aktuell sei vor allem bei Belastung am Arbeitsplatz noch eine Schmerzexazerbation im Nacken zu verzeichnen. Es bestehe eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit.

Im Bericht vom 1. Mai 2013 (act. II 26 S. 6) führte der Facharzt aus, dem Beschwerdeführer gehe es heute ausgezeichnet. Gelegentlich klagt er noch über ein Verspannungsgefühl vor allem am Morgen im Nacken. Der Beschwerdeführer sei wieder voll arbeitsfähig.

Im Bericht vom 16. Oktober 2013 (act. II 28) sprach Dr. med. F. _____ von einem verbesserten Gesundheitszustand. Am 7. Oktober 2013 sei eine Rezidiv-Operation bei Cage-Dislokation C6/7 erfolgt. Er attestierte vom 2. September bis 19. November 2013 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1). Ca. drei Monate postoperativ sei die Arbeitsfähigkeit grossteils (wieder)hergestellt. Arbeiten mit schweren Lasten seien zu vermeiden (S. 3).

3.1.2 Dr. med. D. _____ diagnostizierte im rheumatologischen Gutachten vom 19. August 2015 (act. II 47.1) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Zervikovertebralsyndrom. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine radiomorphologisch grosse paramediane linksseitige Diskushernie L5/S1, derzeit ohne Klinik, und einen Status nach hoher Ablatio testis links bei Seminom des linken Hodens, ohne Hinweise für Metastasierung am 20. Mai 2015, auf (S. 25 Ziff. 4). Es bestehe ein regelrechter Zustand nach Operation zervikal, dies auf zwei Höhen mit zwei Cages. Es handle sich um ein gutes Resultat, da die radikulären Reizungen nur in Extremstellungen provoziert würden. Lumbal sei der Beschwerdeführer beschwerdefrei. In der bisherigen Tätigkeit als selbständigerwerbender ..., welche z.T. recht schwere Arbeiten und Arbeiten über Kopf z.T. in Zwangstellungen und unergonomischen Positionen beinhalte, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60% (S. 28). Bei provozierenden unergonomischen Stellungen komme es zu einer radikulären Reizsituation auf der rechten Seite, welche vermehrt Schmerzen auslöse und einen vermehrten Pausenbedarf bedinge, was die Arbeitsfähigkeit einschränke. In der (ursprünglich) gelern-ten Tätigkeit als ... bestehe eine Arbeitsfähigkeit von nicht höher als 70%, da der Beschwerdeführer dabei wahrscheinlich weitgehend sitzen müsste und dies ebenfalls als eine gewisse Zwangstellung angesehen werden müsse (S. 29). In einer angepassten Tätigkeit, ohne dauernde inklinierte oder reklinierte Tätigkeiten, ohne Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten über 7.5kg, mit der Möglichkeit die Position zu wechseln, ohne Arbeiten in Zwangstellungen, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70%. Die Einschränkung beruhe auf der intermittierend radikulären Reizsituation, die auch in einem derart leichten körperlichen Profil bestehe. Hinsichtlich des Beginns einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit verwies der Gutachter auf die Akten (S. 30).

Dr. med. C. _____ führte im psychiatrischen Gutachten vom 20. August 2015 (act. II 46.1) aus, es bestehe weder eine psychiatrische Störung noch fänden sich Hinweise auf eine psychische Überlagerung der geklagten körperlichen Beschwerden. Der Beschwerdeführer fühle sich einzig durch seine Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS), der Schulter und des Kopfes eingeschränkt. Bei der psychiatrischen Untersuchung hätten keinerlei psychopathologische Symptome festgestellt werden können. Die

Stimmung sei ausgeglichen und heiter gewesen (S. 7). Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht nicht (S. 8).

Aus bidisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, mangels Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht gelte die rheumatologische Beurteilung als Gesamtbeurteilung (act. II 47.1 S. 34).

3.1.3 Am 11. Februar 2016 wurde beim Beschwerdeführer erneut eine Diskushernie (Höhe HWK5/6) operativ saniert (act. II 63 S. 3 f.). Dr. med. F. _____ diagnostizierte im Bericht vom 23. März 2016 (act. II 64 S. 4) einen Status nach mehrfachen Diskushernienoperationen an der HWS mit aktuell Zero-P-Cage auf drei Höhen. Sechs Wochen postoperativ seien die Schmerzen vor allem im Schulter-/Nackebereich weiterhin bestehend. Beim Armheben komme es zu einem „Gramseln“ entlang dem Dermatome C6 rechts. Insgesamt müsse mit einer Ausweitung der Schmerzsymptomatik mit nun auch Schmerzen im Brustwirbelsäulen-Bereich ausgegangen werden. Zudem klage der Beschwerdeführer über starke Schmerzen ausstrahlend ins Occiput. Die Schmerzmedikation sei vom Beschwerdeführer bereits abgesetzt worden.

Am 30. April 2016 (act. II 66 S. 2) berichtete der Facharzt von einer deutlichen Besserung der Schmerzsymptomatik.

Im Bericht vom 1. Juni 2016 (act. II 71 S. 2) gab Dr. med. F. _____ an, die Schmerzen im Schulter-/Nackebereich hätten etwas nachgelassen. Beim Armheben komme es aber weiterhin zu einem „Gramseln“ entlang dem Dermatome C6 rechts. Insgesamt könne der Beschwerdeführer nun 25% arbeiten und sehe eine gewisse Besserungstendenz.

3.1.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. G. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Aktenbericht vom 9. August 2016 (act. II 75) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Diskushernien C4/5 und C6/7 mit Mikrodiskektomie C4/5 und C6/7 mit Cage-Einlage am 19. Oktober 2012, mit mikrotechnischer anteriorer Re-Mikrodiskektomie resp. Cage-Entfernung auf Höhe C6/7 mit erneuter Dekompression der Nervenwurzel C7 rechts und Einlage eines Cages am 7. Oktober 2013 sowie mit Status nach Diskushernienoperation C4/5, C6/7 und C7/Th1 mit aktueller Anschluss-

segmentproblematik C5/6 mit pathologischer Aufklappbarkeit, ebenfalls operiert mittels Zero-P-Cage am 11. Februar 2016 (S. 3). Für die angestammte Tätigkeit als ... sowie für jede andere körperliche Tätigkeit bestehe aus orthopädischer Sicht bereits seit der ersten Wirbelsäulen-Operation vom 19. Oktober 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit, wie z.B. im ... Bereich, ohne Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten, ohne Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern, ohne Umwelteinflüsse wie Zugluft, Kälte oder Nässe, ohne vorwiegende Überkopfarbeit oder dauernden Handeinsatz über Brusthöhe, ohne absturzgefährdetes Arbeiten und Steigen auf Gerüsten, Leitern und Dächern und ohne repetitive Rumpfrotation im Sitzen/Stehen sei medizinisch-theoretisch mindestens drei Monate seit der letzten Operation, also seit Mitte Mai (2016), eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit möglich. Die Leistungsminderung von 20% sei einem erhöhten Pausenbedarf geschuldet. Hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit könne auf die attestierten Zeiträume abgestellt werden. Diese würden sich jedoch nur auf die angestammte und nicht auf eine optimal leidensangepasste Tätigkeit beziehen (S. 4).

3.1.5 Dr. med. E. _____ diagnostizierte im orthopädischen (Verlaufs-) Gutachten vom 24. Februar 2017 (act. II 88.1) im Wesentlichen chronisch rezidivierende Nacken-Schulter-Armbeschwerden beidseits bei Cervicarthrose und Diskushernien C4-C7, einen Status nach intercorporeller Spondylodese C4-C7 (drei Operationen 2012-2016) und eine chronisch rezidivierende Zervikobrachialgie rechts, zuletzt Irritation/Sensibilitätsausfälle der Nervenwurzeln C6 und C7 rechts. Als funktionelle Defizite am Bewegungsapparat bestünden eine HWS mit Spondylodese C4/C7, anhaltende Restbeschwerden, neurologische Defizite und beginnende degenerative Veränderungen / eine Instabilität der Anschlusssegmente, besonders C3/C4 (S. 9). Die angestammte Tätigkeit sei sehr vielseitig und bringe mannigfache, auch ungünstige Belastungen mit sich. Besonders ungünstig dürften sich Zwangshaltungen und Überkopfarbeit bei Montagearbeiten auswirken, sicher auch schweres Heben und Tragen (bis 50kg). Anteile mit leichteren Aktivitäten und die Möglichkeit sich selber zu organisieren, dürften sich hingegen jeweils positiv auswirken. In der angestammten Tätigkeit bestehe (weiterhin) eine Arbeitsfähigkeit von ca. 60%. In jeder leichten bis mittel-

schweren Tätigkeit, in der die beruflichen Erfahrungen des Beschwerdeführers berücksichtigt würden, sei nach eingehender Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) eine deutlich höhere (bis zu 100%-ige) Arbeitsfähigkeit zu erwarten (S. 10 und S. 16).

3.1.6 Die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 22. März 2017 (act. II 90) unter Berücksichtigung des Gutachtens von Dr. med. E. _____ vom 24. Februar 2017 aus, aufgrund des ausführlichen Befundes könne bereits ein aussagekräftiges Zumutbarkeitsprofil erstellt werden. Eine zusätzliche EFL sei nicht erforderlich. Eine angepasste Tätigkeit könne im 100%-Pensum ausgeübt werden. Dabei sollte es sich um eine wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten, ohne Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern, ohne Umwelteinflüsse wie Zugluft, Kälte oder Nässe, ohne vorwiegende Überkopfarbeit oder dauerhaften Handeinsatz über Brusthöhe, ohne absturzgefährdetes Arbeiten und Steigen auf Gerüsten, Leitern und Dächern und ohne repetitive Halsrotation im Sitzen/Stehen handeln. Dafür sprächen nach drei HWS-Operationen mit Spondylodese C4-7 die guten motorischen und sensiblen Befunde. Lediglich an der HWS seien – nach Spondylodese gut verständlich – funktionelle Einschränkungen vorhanden, welche bei einer angepassten Tätigkeit berücksichtigt werden müssten. Auch die Beschreibung des Gutachters, dass „der Patient im Untersuchungsraum wenig sichtbar behindert“ sei, spreche für die Möglichkeit eines Arbeitseinsatzes in angepasster Tätigkeit (S. 3).

3.1.7 Dr. med. F. _____ diagnostizierte im Bericht vom 27. April 2017 (act. II 98 S. 2) eine grosse Diskushernie LWK5/SWK1 links mit Kompression der Nervenwurzel L5 und S1 links. Aktuell leide der Beschwerdeführer unter starken Lumboischialgien, seit März zunehmend, nun auch mit Sensibilitätsstörungen. Es bestehe eine diskrete Schwäche für den Fussheber und Grosszehenheber links. Die bis anhin durchgeführte Schmerztherapie habe nicht den gewünschten Effekt gebracht.

3.1.8 Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 28. Juni 2017 (act. II 105) mit Auswirkung auf

die Arbeitsfähigkeit neben den erfolgten drei Diskushernien-Operationen im Wesentlichen ein radikuläres Schmerzsyndrom bei Diskushernie L5/S1 (S. 2). Anfang März 2017 sei ein gluteosakrales Schmerzsyndrom aufgetreten, welches sich trotz Steroidtherapie nicht verbessert habe. Ab 28. März 2017 liege zudem ein radikuläres Schmerzsyndrom im linken Fuss mit neurologischen Ausfällen vor. Vom 23. November 2015 bis 31. Mai 2016 attestierte Dr. med. I. _____ eine 100%-ige, vom 1. Juni 2016 bis 9. März 2017 eine 60%-ige und vom 10. März 2017 bis heute eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer könne keine schweren Lasten mehr tragen. Überkopfarbeiten und Arbeiten in stark gebeugter Stellung seien nicht möglich (S. 3). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (S. 4). Rein sitzende oder stehende Tätigkeiten seien nicht zumutbar. Wechselbelastenden Tätigkeiten seien zu 50% (4h/Tag) zumutbar. Beim Heben/Tragen bestehe eine Gewichtslimite von 5kg (S. 6).

3.1.9 Prof. Dr. med. J. _____, Facharzt für Chirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 29. September 2017 (act. II 119 S. 2 f.) aus, nach den drei HWS-Operationen sei in letzter Zeit erschwerend dazugekommen, dass der Beschwerdeführer auch im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) Probleme habe. Insbesondere bestehe eine erhebliche Diskushernie L5/S1, die zum Teil foraminal beidseits einenge. Daneben bestünden deutliche Degenerationszeichen in den übrigen Bandscheibenfächern der LWS. Bezüglich der HWS gehe es dem Beschwerdeführer sehr durchzogen. Er habe immer wieder Gramselsensationen, vorwiegend im Segment C6 rechts. Das Hauptproblem sei zurzeit eine sehr rasche Ermüdbarkeit. Auch könne der Beschwerdeführer sich nicht mehr konzentrieren wie früher (S. 2). Radiologisch gesehen seien die Fusionen im Bereich der HWS weitgehend konsolidiert und in guter Stellung. Der Beschwerdeführer berichte, dass man bei ihm eine „40%-ige Invalidität“ in Bezug auf die Wirbelsäule gesprochen habe. Dies sei bei mehrmaligen Operationen und Versteifung von drei Höhen im HWS-Bereich möglich. Dies könne auch gefordert werden (S. 3).

3.1.10 Im Bericht der Spital K. _____ AG vom 18. Januar 2018 (act. II 121 S. 2 f.) wurde im Wesentlichen ein mittelschweres, Rückenlage-

betontes, obstruktives Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert. Seit einem Jahr bestehe eine ständige Tagesmüdigkeit und morgendliche Unausgeschlafenheit. Zudem leide der Beschwerdeführer fast ständig an Nackenschmerzen und Schwindel (S. 2). Aufgrund der erhobenen Befunde sei die Einleitung einer CPAP-Therapie geplant (S. 3).

3.1.11 Die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ diagnostizierte im Bericht vom 21. Februar 2018 (act. II 128) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit neu eine Diskushernie L5/S1. Da in den neu eingereichten Berichten keine funktionellen Einschränkungen beschrieben seien, behalte das am 9. August 2016 erstellte Zumutbarkeitsprofil (weiterhin) Gültigkeit (S. 4).

Ferner führte die RAD-Ärztin im Bericht vom 16. Mai 2018 (act. II 140) aus, entgegen den einwandweise erhobenen Vorbringen sei die Diskushernie der LWS im Bericht des RAD vom 22. März 2017 (recte wohl: 21. Februar 2018) bereits erwähnt worden. Da sich aus dem Bericht des behandelnden Dr. med. F. _____ vom 27. April 2017 keine wesentlichen funktionellen Ausfälle für die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ergäben, habe die Diskushernie keine versicherungsmedizinische Relevanz. Das Schlafapnoe-Syndrom trete bei 4% der schweizerischen Gesamtbevölkerung über 40 Jahre auf und sei gut behandelbar. Auch aus dieser Erkrankung lasse sich keine Invalidität auf Dauer ableiten. Die Beschwerden an der HWS beschränkten sich auf Gramseln; es seien keine Funktionsausfälle beschrieben. Das zuletzt erstellte Zumutbarkeitsprofil (vom 9. August 2016) behalte seine Gültigkeit (S. 3).

3.1.12 Im – im Beschwerdeverfahren eingereichten – Bericht vom 31. August 2018 (Beschwerdebeilage [act. I] 14) führte Dr. med. I. _____ aus, aufgrund der HWS-Beschwerden und -Schmerzen, des lumbalen Schmerzsyndroms mit konservativ behandelter Diskushernie L5/S1 und der neu diagnostizierten Schlafapnoe sei der Beschwerdeführer seit dem 10. März 2017 zu 100% arbeitsunfähig. Ab dem 19. Dezember 2017 seien die lumbalen Rückenschmerzen bezüglich der Arbeitsunfähigkeit in den Hintergrund getreten und die Nackenschmerzen stärker geworden. So sei die Arbeitsunfähigkeit wohl noch zu 50% wegen der LWS eingeschränkt. Dieses Verhältnis dauere bis zum jetzigen Zeitpunkt an.

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

3.3.1 Die Dres. med. C. _____ und D. _____ 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 erfüllen die beiden Gutachten vom 20. bzw. 19. August 2015 (act. II 46.1 und 47.1) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Zum einen hat Dr. med. C. _____ ausführlich dargelegt, dass aus psychiatrischer Sicht kein Gesundheitsschaden

und dementsprechend keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (act. II 46.1 S. 7 f.). Zum anderen hat Dr. med. D._____ schlüssig begründet, dass dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht aufgrund des (nach zwei Diskushernien-Operationen) bestehenden Zervikovertebralsyndroms die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als (selbständiger) ... noch zu 60% zumutbar ist. In der ursprünglich gelernten Tätigkeit im ... Bereich sowie in jeder anderen angepassten, leichten, wechselbelastenden Tätigkeit (ohne dauernde inklinierte und reklinierte Arbeiten, ohne Arbeiten in Zwangsstellungen) attestierte der Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 70% (act. II 47.1 S. 25 Ziff. 4, S. 28 - 30). Diese Einschätzungen überzeugen und werden von den Parteien denn auch zu Recht nicht bestritten. Darauf ist abzustellen.

Soweit die RAD-Ärztin Dr. med. G._____ im Bericht vom 9. August 2016 (act. II 75 S. 4) die angestammte Tätigkeit als ... und jede andere körperliche Tätigkeit seit der ersten Diskushernien-Operation im Oktober 2012 als nicht mehr zumutbar erachtet hat, vermag dies den Beweiswert der Gutachten der Dres. med. D._____ und C._____ nicht zu schmälern. Diese Einschätzung der RAD-Ärztin steht in Widerspruch zur Feststellung im gleichen Bericht, wonach der Beschwerdeführer „aktuell ca. 30% in der angestammten Tätigkeit als ...“ arbeite (S. 3) und ist daher nicht nachvollziehbar. Dementsprechend ist auf die Angabe nicht abzustellen (vgl. auch E. 4.2.1 hiernach).

3.3.2 Nachdem am 11. Februar 2016 eine weitere Diskushernie (Höhe HWK5/6) operativ saniert worden war (act. II 63 S. 3 f.), kam Dr. med. E._____ im (Verlaufs-)Gutachten vom 24. Februar 2017 (act. II 88.1) zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... weiterhin zu 60% arbeitsfähig ist. Ferner legte er dar, dass in einer angepassten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit nach eingehender Abklärung der EFL eine deutlich höhere, bis zu 100%-ige Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei (S. 10 und 16). Diese Einschätzung wurde in der Folge von der RAD-Ärztin Dr. med. H._____ im Bericht vom 22. März 2017 (act. II 90) bestätigt. Dabei hat die RAD-Ärztin schlüssig begründet, warum ausgehend von den von Dr. med. E._____ erhobenen Untersuchungsbeurteilungen ein Zumutbarkeitsprofil ohne weiteres erstellt werden kann und da-

mit eine zusätzliche Abklärung der EFL nicht erforderlich ist (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. Juni 2016, 9C_132/2016, E. 3.3). Dr. med. H. _____ legte nachvollziehbar dar, dass der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine angepasste wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeit (ohne Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten, ohne Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern, ohne Umwelteinflüsse wie Zugluft, Kälte oder Nässe, ohne vorwiegende Überkopfarbeit oder dauerhaften Handeinsatz über Brusthöhe, ohne absturzgefährdetes Arbeiten und Steigen auf Gerüsten, Leitern und Dächern, ohne repetitive Halsrotation im Sitzen/Stehen) in einem 100%-Pensum ausüben kann (S. 3). Diese Beurteilung ist nicht nur für sich schlüssig und überzeugend, sondern sie steht im Einklang mit derjenigen der RAD-Ärztin Dr. med. G. _____, welche bereits im Bericht vom 9. August 2016 (act. II 75) ein Zumutbarkeitsprofil erstellt hat, welches demjenigen der RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ weitgehend entspricht (S. 4). Anders als in Bezug auf die angestammte Tätigkeit (vgl. E. 3.3.1 hiervor) hat Dr. med. G. _____ plausibel begründet, dass in einer solchen angepassten Tätigkeit aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs eine 20%-ige Leistungsminderung besteht und dass das erstellte Zumutbarkeitsprofil seit Mitte Mai 2016 (drei Monate nach der Diskushernien-Operation vom Februar 2016) gilt. Dies wurde wiederum von der RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ in den Berichten vom 21. Februar 2018 (act. II 128) und 16. Mai 2018 (act. II 140) bestätigt. Damit ist ausgehend von den überzeugenden Beurteilungen der RAD-Ärztinnen Dres. med. G. _____ und H. _____ seit Mitte Mai 2016 in einer angepassten, wechselbelastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeit (ohne Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten, ohne Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern, ohne Umwelteinflüsse wie Zugluft, Kälte oder Nässe, ohne vorwiegende Überkopfarbeit oder dauerhaften Handeinsatz über Brusthöhe, ohne absturzgefährdetes Arbeiten und Steigen auf Gerüsten, Leitern und Dächern, ohne repetitive Halsrotation im Sitzen/Stehen) unter Berücksichtigung des vermehrten Pausenbedarfs von einer 80%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen.

Diese drei Monate postoperativ festgestellte Verbesserung des Gesundheitszustandes steht im Übrigen im Einklang mit den Ausführungen in den weiteren medizinischen Berichten. So erwähnte Dr. med. F. _____ im Bericht vom 23. März 2016 (act. II 64 S. 4) sechs Wochen postoperativ zwar Schmerzen vor allem im Nacken-/Schulterbereich. Bereits am 30. April 2016 (act. II 66 S. 2) berichtete er jedoch von einer deutlichen Besserung der Schmerzsymptomatik. Die Schmerzmedikamente hatte der Beschwerdeführer offenbar schon im März 2016 eigenständig abgesetzt (act. II 64 S. 4). Am 1. Juni 2016 bestätigte Dr. med. F. _____ die eingetretene Besserung der Schmerzsymptomatik (act. II 71 S. 2). Ferner erwähnte Prof. Dr. med. J. _____ im Bericht vom 29. September 2017 (act. II 119 S. 2 f.) im Bereich der HWS radiologisch gesehen weitgehend konsolidierte und in guter Stellung befindliche Fusionen (S. 3).

Verglichen mit der Situation im Zeitpunkt des Rentenbeginns ist damit (zumindest in einer angepassten Tätigkeit) eine massgebliche gesundheitliche Verbesserung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und damit ein Revisionsgrund mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.

3.3.3 Soweit der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit der seit März 2017 neu bestehenden LWS-Problematik eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend macht (Beschwerde S. 7 Ziff. 6 und S. 8 f. Ziff. 9), kann ihm nicht gefolgt werden. Zwar wird im Bericht von Dr. med. F. _____ vom 27. April 2017 (act. II 98 S. 2) und in demjenigen von Dr. med. I. _____ vom 28. Juni 2017 (act. II 105) eine seit März 2017 bestehende Lumboischialgie resp. ein gluteosakrales Schmerzsyndrom erwähnt. Diese Schmerzen wurden von den behandelnden Ärzten auf die bestehende grosse Diskushernie L5/S1 (vgl. act. II 105 S. 8) zurückgeführt, wobei festzuhalten ist, dass diese bereits am 8. Juli 2014 bildgebend festgestellt worden war (act. II 47.2 S. 3), damals jedoch noch als asymptomatisch resp. als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnet worden war (act. II 36 S. 7; vgl. auch act. II 47.1 S. 25 Ziff. 4.2). Diesbezüglich legte die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ im Bericht vom 21. Februar 2018 (act. II 128) schlüssig dar, dass in den neu eingereichten Berichten (im Zusammenhang mit den LWS-Beschwerden) keine funktionellen Einschränkungen beschrieben würden und das bisherige Zumutbarkeitsprofil weiterhin gültig

sei. Dies steht im Einklang mit dem Umstand, dass weder Dr. med. F. _____ noch Prof. Dr. med. J. _____, welcher den Beschwerdeführer ebenfalls untersuchte, gestützt auf die neue LWS-Problematik eine Arbeitsunfähigkeit attestiert haben (act. II 98 S. 2, 119 S. 2 f.). Eine erhebliche Verschlechterung mit Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit ist damit nicht belegt.

Daran ändert nichts, dass Dr. med. I. _____ in den Berichten vom 28. Juni 2017 (act. II 105) und vom 31. August 2018 (act. I 14) seit März 2017 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat. Denn eine nachvollziehbare Begründung insbesondere im Zusammenhang mit der ab März 2017 attestierten Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit fehlt in diesen Berichten. Zudem ist festzuhalten, dass Dr. med. I. _____ Allgemeinmediziner und nicht Orthopäde ist und die von ihm erwähnten körperlichen Einschränkungen (keine schweren Lasten tragen, keine Überkopfarbeiten, kein Arbeiten in stark gebeugter Stellung; act. II 105 S. 3) in dem von der Orthopädin Dr. med. H. _____ definierten Zumutbarkeitsprofil bereits berücksichtigt sind (act. II 90 S. 3). Sodann ist in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese 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).

Schliesslich stellt auch das im Bericht des Spital K. _____ vom 18. Januar 2018 (act. II 121 S. 2 f.) neu erwähnte obstruktive Schlafapnoe-Syndrom keine massgebende Verschlechterung des Gesundheitszustandes dar, da dieses – gemäss den überzeugenden Ausführungen der RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ (act. II 140 S. 3) – gut behandelbar und damit nicht invalidisierend ist. Die behandelnden Ärzte attestierten denn auch keine Arbeitsunfähigkeit.

Nach dem Dargelegten ist – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (S. 7 Ziff. 6 und 8 f. Ziff. 9) – kein (weiterer) Revisionsgrund erstellt.

3.4 Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass aus psychiatrischer Sicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen ist. Aufgrund der bestehenden somatischen Einschränkungen ist dem Be-

schwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als ... noch zu 60% zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit ist dagegen von einer 70%-igen resp. seit Mitte Mai 2016 aufgrund der verbesserten Schmerzsymptomatik von einer 80%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen. Diese Veränderung stellt einen Revisionsgrund dar (vgl. E. 2.5 hiervor). Der Sachverhalt ist somit hinreichend erstellt, weshalb – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 7 Ziff. 6) – in antizipierter Beweiswürdigung auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist.

Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleich zu ermitteln.

4.

4.1

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

Angesichts der in Art. 25 Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) vorgesehenen Gleichstellung der invalidenversicherungsrechtlich massgebenden hypothetischen Vergleichseinkommen mit den AHV-rechtlich beitragspflichtigen Erwerbseinkommen kann das Valideneinkommen von Selbständigerwerbenden zu meist auf Grund der Einträge im Individuellen Konto bestimmt werden. Weist das bis zum Eintritt der Invalidität erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist dabei auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (SVR 2017 IV Nr. 6 S. 17 E. 4.6.2, 2014 UV Nr. 1 S. 2 E. 4.2).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 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 Hilfsberufstätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

4.2.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, die Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. E. 2.2 hiervor) habe mit der ab dem 3. Juli 2012 attestierten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70% begonnen, so dass ein Rentenanspruch unter Berücksichtigung der Anmeldung vom November 2012 (act. II 5) bereits im Juli 2013 entstanden sei (Beschwerde S. 4 Ziff. 2). Dieser Auffassung kann jedoch nicht gefolgt werden: Aus den medizinischen Akten ergibt sich und ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer zwischen dem 3. Juli 2012 und dem 31. März 2013, zwischen dem 24. Juni 2013 und dem 28. Februar 2014 sowie ab dem 16. Juni 2014 mindestens zu 40% arbeitsunfähig war (vgl. u.a. act. II 14.4/3-4, 14.5, 14.6, 23/3, 24/1, 28/1, 33.2/1, 32.2/3-6, 33.2/8-11, 33.2/14; vgl. auch act. II 132 S. 3 und die unpaginierten Akten des Kranken-Lohnausfallversicherers [act. III]). Für die dazwischenliegenden Zeitspannen, d.h. zwischen dem 1. April und dem 23. Juni 2013 einerseits und dem 1. März und dem 15. Juni 2014 andererseits, haben die behandelnden Ärzte jedoch keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Damit übereinstimmend wurden damals auch keine Taggelder des Kranken-Lohnausfallversicherers geleistet (vgl. act. II 14.7, 33.3; vgl. auch die Schlussabrechnung des Kranken-Lohnausfallversicherers vom 15. April 2015 [act. III]). Das vorübergehende Fehlen einer Arbeitsunfähigkeit wurde zudem von Dr. med. D. _____ nicht in Frage gestellt und damit implizit bestätigt (act. II 47.1 S. 30 f.). Soweit der Beschwerdeführer in der Stellungnahme vom 27. November 2018 (in den Gerichtsakten) darauf hinweist, er habe versucht im Frühjahr 2013 die Arbeit wieder aufzunehmen bzw. im Frühjahr 2014 sein Pensum zu erhöhen, was er jeweils wegen unerträglicher Schmerzen habe abbrechen müssen, vermag dies keine Arbeitsunfähigkeit in der fraglichen Zeit zu belegen. Denn solche Schmerzen sind nicht aktenkundig. Ebenso ist nicht (durch entsprechende Arztberichte) objektiv erstellt, dass es sich – wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht – um „überpflichtgemässe“ Einsätze gehandelt hätte. Die vom Beschwerdeführer konsultierten Ärzte haben für die je rund drei Monate dauernden Perioden denn auch keine rückwirkende Arbeitsunfähigkeit attestiert. Damit ist in der Zeit vom 1. April bis 23. Juni 2013 und vom 1. März bis 15. Juni 2014 eine Arbeitsunfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen.

Daran ändert nichts, dass die RAD-Ärztin Dr. med. G. _____ im Bericht vom 9. August 2016 in der angestammten Tätigkeit als ... seit der ersten Wirbelsäulen-Operation vom 19. Oktober 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (act. II 75 S. 4). Dies steht in Widerspruch zur Feststellung im gleichen Bericht, wonach der Beschwerdeführer „aktuell ca. 30% in der angestammten Tätigkeit als ..." arbeite (S. 3) und ist daher nicht plausibel. Dementsprechend ist auf die Angabe nicht abzustellen (vgl. bereits E. 3.3.1 hiervor). Dies hat die Beschwerdegegenerin trotz der Erwähnung des besagten Berichts im Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 20. März 2018 (act. II 132 S. 2) auch nicht getan; insoweit hat sie entgegen der Darstellung in der Beschwerde (S. 4 Ziff. 2) nicht widersprüchlich gehandelt.

4.2.2 Gemäss Art. 29^{ter} IVV liegt ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war. Nach dem oben (vgl. E. 4.2.1 hiervor) Erwähnten liegt sowohl zwischen dem 1. April und dem 23. Juni 2013 als auch zwischen dem 1. März und dem 15. Juni 2014 ein wesentlicher Unterbruch im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG vor, weshalb das Wartejahr erst am 16. Juni 2014 zu laufen begann. Der frühest mögliche Rentenbeginn ist deshalb unter Berücksichtigung des Wartejahres und der IV-Anmeldung im November 2012 (act. II 5) in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf Juni 2015 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

4.3

4.3.1 Es ist unbestritten und aufgrund der Akten überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit seine selbständige Erwerbstätigkeit als ... resp. im Bereich ... in der bisherigen Art bzw. einem 100%-Pensum weitergeführt hätte, weshalb das Valideneinkommen grundsätzlich aufgrund des zuletzt – ohne Invalidität – erzielten Einkommens festzusetzen ist.

Im Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 20. März 2018 (act. II 132 S. 6 f. Ziff. 8) wurde das Valideneinkommen auf der Basis der

Statistik des schweizerischen Gewerbeverbandes (Gewerbeverbandstatistik 2015/2016, Rubrik „Hoch/Tiefbau“, Umsatzgruppe Fr. 200'000.-- bis Fr. 499'000.--) ermittelt und per 2015 auf Fr. 92'600.-- festgelegt (act. II 132 S. 6 Ziff. 8). Dieses Vorgehen ist angesichts des Umstandes, dass sich die Einzelunternehmung des Beschwerdeführers im Bereich ... noch im Aufbau befand und damit keine hinreichend zuverlässige Vergleichszahlen (vgl. E. 4.1.1 hiervor) vorlagen, nicht zu beanstanden (vgl. dazu Entscheid des BGer vom 19. August 2009, 9C_66/2009, E. 2) und wird auch nicht bestritten.

4.3.2 Ferner hat die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen gestützt das im Jahr 2015 effektiv als selbständiger ... erzielte Einkommen gemäss den Angaben im Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; act. II 111) ermittelt und auf Fr. 33'600.-- festgelegt (act. II 132 S. 6 f. Ziff. 8). Dies ist ebenfalls nicht zu beanstanden, zumal die von Dr. med. D. _____ in der angestammten Tätigkeit als ... attestierte Arbeitsfähigkeit von 60% (vgl. E. 3.3.1 hiervor) in etwa der im Jahr 2015 gegebenen Leistung entsprach (gemäss eigenen Angaben des Beschwerdeführers: 50% bis 60%; act. II 47.1 S. 29). Gegenteiliges wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht.

4.3.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 92'600.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 33'600.-- resultiert ein IV-Grad von gerundet 64% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Es besteht folglich ab dem 1. Juni 2015 ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (vgl. E. 2.2 hiervor).

4.4 Ab Mitte Mai 2016 ist in einer angepassten Tätigkeit von einer 80%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen (vgl. E. 3.3.2 hiervor). Diese gesundheitliche Verbesserung, welche nach drei Monaten zu berücksichtigen ist (Art. 88a Abs. 1 IVV), stellt einen Revisionsgrund dar. Damit ist ab September 2016 eine weitere Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

Soweit beschwerdeweise geltend gemacht wird, dass für die neue Invaliditätsbemessung auf den Zeitpunkt der effektiven Betriebsaufgabe per Ende 2017 abzustellen sei, da dem Beschwerdeführer erst ab diesem Zeit-

punkt möglich gewesen sei, eine auswärtige Tätigkeit zu suchen resp. auszuführen (Beschwerde S. 5 Ziff. 3), ändert dies vorliegend nichts. Denn für die Bemessung des Invalideneinkommens ist primär massgebend, welches (hypothetische) Einkommen die versicherte Person in einer ihrem Gesundheitsschaden optimal angepassten Tätigkeit erzielen könnte. Dabei ist es nicht relevant, ob eine solche Tätigkeit effektiv ausgeübt wird oder nicht. Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 5 f. Ziff. 4) – den Beschwerdeführer im Rahmen der Rentenprüfung resp. der Ermittlung des Invalideneinkommens nicht mittels Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG zur Aufnahme einer Tätigkeit ausserhalb seines Betriebes anhalten musste. Entsprechendes ist gesetzlich nicht vorgesehen (Entscheid des BGer vom 29. Mai 2018, 9C_771/2017, E. 3.5.1 m. H.).

4.4.1 Das Valideneinkommen ist wiederum auf Fr. 92'600.-- festzusetzen (vgl. E. 4.3.1 hiavor).

4.4.2 Die Beschwerdegegnerin hat das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne ermittelt (act. II 132 S. 6 f. Ziff. 8), weshalb vorab zu prüfen ist, ob dem Beschwerdeführer ein Berufswechsel und dabei insbesondere die Aufgabe seiner selbständigen Erwerbstätigkeit zumutbar ist.

Bevor die versicherte Person Leistungen verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglichst zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit im Allgemeinen, wie bei der Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit im Besonderen, sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich. Eine Be-

triebsaufgabe ist nur unter strengen Voraussetzungen unzumutbar, und es kann ein Betrieb selbst dann nicht auf Kosten der Invalidenversicherung aufrechterhalten werden, wenn die versicherte Person darin Arbeit von einer gewissen erwerblichen Bedeutung leistet (Entscheid des BGer vom 11. Januar 2018, 9C_621/2017, E. 2.2.1).

Entsprechend dem medizinischen Zumutbarkeitsprofil der RAD-Ärztinnen Dres. med. G._____ und H._____ ist der Beschwerdeführer in einer angepassten, wechselbelastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeit zu 80% arbeits- und leistungsfähig (act. II 75 S. 4; 90 S. 3; vgl. E. 3.3.2 hiervor). Folglich ist er in der Lage, in einer solchen angepassten Tätigkeit seine Restarbeitsfähigkeit besser zu verwerten als in seinem zuletzt ausgeübten Beruf als ..., in welchem er nur noch zu ca. 60% arbeits- und leistungsfähig ist (act. II 88.1 S. 10 und S. 16; vgl. E. 3.3.2 hiervor). Umstände, die gegen die Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit sprächen, finden sich nicht. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass der Betrieb seit Ende 2017 stillgelegt ist (Beschwerde S. 4), dies obwohl der Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht in der Lage wäre, seinem angestammten Beruf zu 60% nachzugehen. Demnach ist ihm ein Berufswechsel resp. die Aufgabe seiner selbständigen und die Aufnahme einer unselbständigen Tätigkeit ohne weiteres zumutbar, was vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten wird.

4.4.3 Der Beschwerdeführer hat keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen. Ausgehend vom Zumutbarkeitsprofil der RAD-Ärztinnen, wonach dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit zu 80% zumutbar ist, worunter auch die ursprünglich gelernte Tätigkeit im ... Bereich (act. II 5 S. 4 Ziff. 5.3) zu subsumieren ist (act. II 75 S. 4), ist das hypothetische Invalideneinkommen anhand der Tabelle T17, Ziffer 4 (Bürokräfte und verwandte Berufe), LSE 2014, zu bestimmen. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer im Lebensalter 30 – 49 beträgt Fr. 5'816.-- (wobei festzuhalten ist, dass sich beim Abstellen auf den Totalwert für Männer in dieser Rubrik [Fr. 5'789.--] oder auf die entsprechenden Tabellenwerte der LSE 2016 [Fr. 5'787.-- bzw. Fr. 5'795.--] am Ergebnis des Verfahrens gemäss E. 4.4.4 hiernach nichts ändern würde). Auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilun-

gen, Total) und auf das massgebliche Jahr 2016 aufgerechnet, resultiert daraus ein Einkommen von Fr. 58'713.65 (Fr. 5'816.-- : 40 x 41.7 x 12 : 103.3 x 104.2 [BFS, Nominallohnindex, Männer, 2011-2016, T1.1.10, Sektor 3 Dienstleistungen] x 0.8 [Arbeits- und Leistungsfähigkeit]) im Jahr.

Der von der Beschwerdegegnerin zugestandene behinderungsbedingte Abzug von 10% (act. II 132 S. 7) trägt allen einkommensbeeinflussenden Aspekten genügend Rechnung. Ein anderweitiger persönlicher oder beruflicher Umstand, der einen höheren Abzug rechtfertigte, ist nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht. Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 52'842.30 (Fr. 58'713.65 x 0.9) im Jahr.

4.4.4 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 92'600.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 52'842.30 resultiert ein IV-Grad von gerundet 43%. Folglich besteht ab September 2016 ein Anspruch auf eine Viertelsrente (vgl. E. 2.2 hiervor).

4.5 Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens, 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 Es 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):
 - Fürsprecher Dr. iur. 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.