

200 18 788 IV
LOU/SAW/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. Mai 2019

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Baumann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügungen vom 21. September 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1958 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) arbeitete zuletzt als ... und wurde aufgrund eines lumbalen Schmerzsyndroms und einer Zervikobrachialgie rechts ab dem 27. März 2013 zu 100% arbeitsunfähig geschrieben (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin, act. II] 5.2 S. 1 f.). Nachdem lumbale Fazettengelenksinfiltrationen durchgeführt worden waren (act. II 5.2 S. 5 ff.), erfolgte am 13. August 2013 eine dorsale Dekompression, eine Spondylodese L4 bis S1 und eine TLIF L4/L5 und L5/S1 (act. II 12 S. 2 Ziff. 1.1). Im Oktober 2013 meldete sich der Versicherte bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (act. II 2 S. 7). In der Folge führte die IVB medizinische sowie berufliche Erhebungen durch und gewährte Frühinterventions- und Eingliederungsmassnahmen in Form von Beratung und Unterstützung beim Erhalt des bisherigen Arbeitsplatzes (act. II 14, 20). Am 5. Juni 2014 erlitt der Versicherte einen Herzinfarkt (act. II 25 S. 2). Nachdem im Auftrag der Taggeldversicherung, C._____, durch Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, am 27. Juni 2014 ein Gutachten erstellt worden war (act. II 22.2) und der behandelnde Arzt Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin mit Fachausweisen in der Psychosomatischen und Psychosozialen Medizin (SAPPM) sowie in der delegierten Psychotherapie (FMPP; vgl. www.medregom.admin.ch), mit Bericht vom 2. Dezember 2014 (act. II 33 S. 4) aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte, veranlasste die IVB eine orthopädisch-psychiatrische Begutachtung beim F._____ (MEDAS) in ... (vgl. Expertise vom 18. August 2015, act. II 47.1 S. 2). Mit Vorbescheid vom 11. November 2015 (act. II 51) stellte die IVB die Ausrichtung einer befristeten ganzen Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100% für die Zeit vom 1. April 2014 bis zum 30. September 2014 in Aussicht. Damit zeigte sich der Versichert nicht einverstanden und erhob Einwand (act. II 54, 57). Mit Verfügung vom 26. November 2015 (act. II 52) schloss die IVB die beruflichen Massnahmen ab, da sich der Versicherte den Eingliederungsmassnahmen widersetzte. Am 6. Januar 2016 wurde eine Respondylodese L5/S1 mit autologer Beckenkammpongiosa

durchgeführt (act. II 71 S. 4). Nachdem die IVB bei Dr. med. E. _____ einen Verlaufsbericht vom 4. Mai 2016 (act. II 69) eingeholt und Ergänzungsfragen an den psychiatrischen Gutachter der MEDAS gestellt hatte (vgl. Stellungnahme vom 28. Oktober 2016, act. II 78), stellte sie mit Vorbescheid vom 9. Januar 2017 (act. II 81) die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente (Invaliditätsgrad 100%) für die Zeit vom 1. April 2014 bis zum 31. Oktober 2014 in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte wiederum nicht einverstanden und beantragte die Ausrichtung einer unbefristeten ganzen Rente ab 1. April 2014 (act. II 87, 89). Gestützt auf eine weitere Begutachtung in den Fachgebieten Rheumatologie und Psychiatrie durch die Dres. med. D. _____ und G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. die bidisziplinären Gutachten je vom 5. März 2018, act. II 112.1 f.) stellte die IVB am 17. April 2018 (act. II 115) die Ausrichtung einer ganzen Rente für die Zeit vom 1. April 2014 bis zum 31. Oktober 2014 sowie vom 1. April 2016 bis zum 31. August 2016 in Aussicht. Am 21. September 2018 (act. II 123 f.) verfügte die IVB – nach erhobenem Einwand (act. II 118, 121) – mittels zwei separaten Verfügungen dem Vorbescheid vom 17. April 2018 entsprechend die beiden befristeten ganzen Renten.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____, am 24. Oktober 2018 Beschwerde und stellte die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügungen der IV-Stelle Bern vom 21. September 2018 seien aufzuheben.
2. a) Es sei die Beschwerdesache zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die IV-Stelle Bern zurückzuweisen.
b) Eventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer ab wann rechtens die gesetzlichen Leistungen (berufliche Eingliederungsmassnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40% zzgl. einem Verzugszins zu 5% ab wann rechtens auszurichten.
c) Eventualiter: Die Beschwerdesache sei zu ergänzenden medizinisch-theoretischen und beruflich-konkreten Abklärungen an die IV-Stelle Bern zurückzuweisen.

- d) Subeventualiter: Es sei ein medizinisches Gerichtsgutachten einzuholen.
3. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) durchzuführen.
 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Nach Erhebung des Gerichtskostenvorschusses (vgl. prozessleitende Verfügung vom 2. November 2018) reichte der Beschwerdeführer am 15. November 2018 ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand samt Beilagen ein (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] unpaginiert).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 30. November 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

Am 6. Dezember 2018 reichte der Beschwerdeführer eine weitere Beilage zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege sowie einen Arztbericht vom 25. November 2018 ein (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4 und 6).

Mit prozessleitender Verfügung vom 7. Dezember 2018 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ als amtlicher Anwalt ab. Diese Verfügung blieb unangefochten.

An der öffentlichen Schlussverhandlung vom 16. Mai 2019 bestätigte der Beschwerdeführer die beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtenen Entscheide sind 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 die angefochtenen Entscheide berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 grundsätzlich (vgl. E. 1.2 hiernach) einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bilden die Verfügungen vom 21. September 2018 (act. II 123 f.). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

Betreffend die eventualiter beantragten beruflichen Massnahmen ist auf die Beschwerde nicht einzutreten, da darüber in den angefochtenen Verfügungen nicht verfügt wurde und es somit diesbezüglich an einem Anfechtungsgegenstand fehlt (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1). Die beruflichen Massnahmen wurden bereits mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 26. November 2015 (act. II 52) mangels subjektiven Eingliederungswillens des Beschwerdeführers abgeschlossen.

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.

Vorab ist in formeller Hinsicht eine allfällige Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör zu prüfen. Diesbezüglich macht der Beschwerdeführer geltend, die Beschwerdegegnerin habe vorgängig des Verfügungserlasses nie mitgeteilt, warum sie nicht auf die von Dr. med. G._____ attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit abzustellen gedenke. Der Beschwerdeführer habe erstmals durch die angefochtenen Verfügungen erfahren, dass ein Ausschlussgrund in Form einer Aggravation vorliege. Ausserdem habe es die Beschwerdegegnerin unterlassen, zur Relevanz des Berichts des Spitals I._____ vom 4. Juli 2018 (act. II 121 S. 3) und der dort erstmals diagnostizierten schweren obstruktiven Schlafapnoe Stellung zunehmen (vgl. Beschwerde S. 9).

2.1 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72).

2.2 Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen

sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; SVR 2017 KV Nr. 6 S. 30 E. 5).

2.3 Mit Vorbescheid vom 17. April 2018 (act. II 115) wurde dem damals durch Rechtsanwalt H._____ vertretenen Beschwerdeführer Gelegenheit gegeben, sich zur vorgesehenen Verfügung zu äussern. Dabei wurde auf die bidisziplinäre Begutachtung der Dres. med. D._____ und G._____ vom 5. März 2018 (act. II 112.1 f.) hingewiesen und einlässlich dargelegt, auf welche attestierten Arbeitsunfähigkeiten abgestellt wird. Dass dabei nicht im Detail auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G._____ eingegangen wurde, schadet nicht, zumal sich der Beschwerdeführer mit Einwand vom 9. Mai 2018 zur Sache – insbesondere auch zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit – äusserte und damit seinen Standpunkt im Verfahren wirksam zur Geltung bringen konnte (act. II 118 S. 1; vgl. E. 2.1 hiavor). Die Verfügungen vom 21. September 2018 (act. II 123 f.) sind sodann hinreichend begründet. Es lässt sich diesen eindeutig entnehmen, aufgrund welcher Überlegungen die Beschwerdegegnerin ihre Entscheide getroffen hat (act. II 133 S. 26 f.). Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs bzw. der Begründungspflicht liegt somit nicht vor. Daran ändert nichts, dass die Beschwerdegegnerin den Bericht des Spitals I._____ vom 4. Juli 2018 (act. II 121 S. 3) unerwähnt liess, ist doch eine ausdrückliche Auseinandersetzung mit jedem einzelnen Einwand nicht erforderlich (E. 2.2 hiavor). Dies umso weniger, als in diesem Bericht keine Angaben zu den Auswirkungen der diagnostizierten schweren obstruktiven Schlafapnoe auf die Arbeitsfähigkeit gemacht wurden und die Therapie mittels APAP-Adaption bereits an die Hand genommen wurde (act. II 121 S. 4). Für die Beschwerdegegnerin bestand somit keine Veranlassung, sich zu diesem Bericht explizit zu äussern.

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

3.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen «Validität» der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

3.2.1 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 strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427 ff., BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

3.2.2 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Ag-

gravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

3.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbsein-

kommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

3.5 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).

3.5.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (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).

3.5.2 Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

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

können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

4.

4.1 Bezüglich des Gesundheitszustandes sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

4.1.1 Dr. med. D. _____ führte im Gutachten vom 27. Juni 2014 (act. II 22.2) die folgenden Diagnosen auf (S. 8):

- mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit
- 1. Chronisches zervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten
- ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit
- 2. Chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom
 - nicht ausreichend somatisch abstützbar
 - primäres Fibromyalgie-Syndrom
 - Panalgie
 - diffuse Druckschmerzangabe
 - Polyarthralgien aller axialen und vieler peripherer Gelenke
- 3. Diffuse idiopathische skelettale Hyperostose
 - Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule
- 4. Hypertensive und koronare Herzkrankheit
- 5. Übergewicht mit Body-Mass-Index von 29,9 kg/m²
- 6. Fingerpolyarthrose
- 7. Senk- und Spreizfüsse

In der klinischen Untersuchung hätten eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, diffuse Druckschmerzen, Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule sowie eine Adipositas und darüber hinaus, abgestützt auf die objektivierbaren Befunde, ein weitgehend normaler Habitus imponiert (S. 8). Insgesamt beurteilt seien die vom Versicherten geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. In einer derartigen Situation seien krankheitsfremde Gründe (z.B. länger anhaltende berufliche Arbeitsabstinenz, begrenzte Deutschsprachkenntnisse, fehlende Berufsausbildung, Alter, ungünstige Arbeitsmarktsituation und möglicherweise die limitierte Motivation), ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu diskutieren

(S. 14 und 16). Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht für die bisherige Tätigkeit als ... ab der Rückenoperation vom 13. August 2013 bis Ende der postoperativen Rehabilitationsphase zu 100% eingeschränkt gewesen. Seit Anfang 2014 habe eine 50%ige und ab dem akuten Myokardinfarkt bzw. ab dem 6. Juni 2014 erneut eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Nach dem Ende der kardialen Rehabilitation und damit ab Mitte Oktober 2014 sei davon auszugehen, dass dem Versicherten die bisherige Tätigkeit wieder zu 40% zumutbar sei. Für eine angepasste Verweistätigkeit (Arbeiten in einem temperierten Raum [temperierter Raumluft]), beschränkt auf leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Tätigkeiten, mit der Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln sowie unter Einhaltung der Rückenergonomie habe ab der Operation vom 13. August 2013 bis Ende der postoperativen Rehabilitationsphase eine vollständige Arbeitsunfähigkeit resultiert. Ab Ende November 2013 habe keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorgelegen. Eine erneute Arbeitsunfähigkeit von 100% sei ab dem myokardialen Ereignis vom 6. Juni 2014 bis Ende Juli 2014 zu attestieren. Ab Anfang/Mitte August 2014 werde dem Versicherten eine angepasste Verweistätigkeit mit Einschränkungen wieder zumutbar sein bzw. sei ab Ende der kardialen Rehabilitation und damit voraussichtlich ab Ende September 2014 von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 16 f.).

4.1.2 Im Gutachten der MEDAS vom 18. August 2015 (act. II 47.1) wurden nach orthopädischer und psychiatrischer Untersuchung die folgenden Diagnosen festgehalten (S. 18 Ziff. 5):

- mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.1)
2. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne ausstrahlende Symptomatik (ICD-10 M54.5)
 - Status nach Dekompression und interkorporeller Spondylodese LWK4-SWK1 am 13. August 2013 (ICD-10 Z98.1)
 - bildgebender Verdacht auf fehlende ossäre Fusion LWK5/SWK1 (ICD-10 M96.0)
3. Chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts (ICD-10 M53.1)
 - Osteochondrose der unteren Halswirbelsäule, akzentuiert im Segment HWK6/7 (ICD-10 M42.11)

- ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

4. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)

In der orthopädischen Beurteilung legte Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, dar, es ergäben sich pathologische Befunde der unteren Wirbelsäule, wo vor knapp zwei Jahren eine Spondylodese LWK4-SWK1 erfolgt sei. Die neusten Bilddokumente liessen vermuten, dass es im Segment LWK5/SWK1 nicht zu einer vollständigen ossären Konsolidation gekommen sei. Vielmehr scheine eine Mikroinstabilität plausibel, die auch die dasebst bestehenden Rückenbeschwerden erkläre. Beim klinischen Untersuchungsgang limitiere sich der Explorand allerdings sehr ausgeprägt, was sich allein durch eine organisch bedingte Schmerzproblematik an den genannten Orten kaum erklären lasse. Es müsse entsprechend postuliert werden, dass nichtorganische Faktoren eine zusätzliche wesentliche Rolle spielten (S. 16). Aufgrund der objektivierbar verminderten Belastungsfähigkeit des unteren Rumpfteils komme die bisherige Tätigkeit im ... nicht mehr in Frage. Körperlich leichte Aktivitäten in wechselnder Position, bei welchen eine Hebe- und Traglimite von 10kg nicht überschritten werde und keine Zwangshaltung des Rumpfes vorkomme, seien wiederum vollzeitlich möglich. In Anbetracht der wahrscheinlich persistierenden Mikroinstabilität sei ein vor allem belastungsabhängig vermehrtes Auftreten von Beschwerden plausibel, wodurch sich die Attestierung eines leicht erhöhten Pausenbedarfs rechtfertige. Dennoch sei in einer gut adaptierten beruflichen Tätigkeit eine Arbeitsleistung von mindestens 80% realistisch. Mit der Operation vom 13. August 2013 sei eine volle Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten eingetreten. Im Weiteren sei davon auszugehen, dass körperlich angepasste Arbeiten nach einem Jahr, somit ab Mitte August 2014, wieder möglich gewesen seien (S. 16 Ziff. 4.5 f.).

Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte aus, es lägen mehrere Kriterien für eine depressive Störung vor, so die bedrückte Stimmungslage, der Freudeverlust und der verminderte Antrieb. Des Weiteren zeige der Explorand auch einen Verlust des Selbstwertgefühls, er fühle sich unnützlich. Gedanken an den Tod erschienen latent vorhanden. Insgesamt könne daher die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig leichter bis zum Teil mittelgradiger Episode festgestellt werden. Eine schwere depressive Episode liege jedoch nicht vor. In der Untersuchung sei der Versicherte ablenkbar gewesen, habe

keine Affektlabilität gezeigt und sei nicht stuporös gewesen. Der Explorand pflege Kontakte zu den engsten Angehörigen, zu seinen Geschwistern und Freunden, halte sich regelmässig in seinem Schrebergarten auf und ihm sei das Lenken eines Motorfahrzeugs möglich, wodurch eine gewisse Grundvoraussetzung hinsichtlich Konzentration und Verkehrstauglichkeit gegeben sei. Differentialdiagnostisch komme eine dysfunktionale Schmerzverarbeitung in Frage, wohingegen eine somatoforme Schmerzstörung nicht gegeben sei, da keine emotionale Konfliktspannung nachweisbar sei (S. 10 f. Ziff. 3.4). Dem Explorand sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als ... von 100% und in einer körperlich leichten Tätigkeit von 30% zu attestieren. Eine Zustandsverbesserung sei aus rein psychiatrischer Sicht in Zukunft möglich. So sei auf den deutlich erniedrigten Serumspiegel für das Antidepressivum hinzuweisen. Die aktuelle Behandlung werde nicht suffizient gestaltet und es sei bei effektiver Pharmakotherapie mit einer Aufhellung der Stimmung zu rechnen. Mittelfristig könnte in einem Zeitraum von vier bis sechs Monaten lediglich noch eine leichtgradige depressive Episode vorliegen und die Arbeitsfähigkeit könnte sich auf 80% verbessern (S. 11 Ziff. 3.5). Die psychiatrische Symptomatik im beschriebenen Ausmass habe sich im Dezember 2014 akzentuiert (S. 11 Ziff. 3.6).

Aus bidisziplinärer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit von August 2013 bis Juli 2014 gänzlich aufgehoben gewesen. Für schwere, mittelschwere und nicht adaptierte Tätigkeiten sei eine bleibende, volle Arbeitsunfähigkeit zu bestätigen. In leichten, adaptierten Tätigkeiten sei ab August 2014 von einer 70%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf von 10 bis 15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement (S. 19).

4.1.3 Im Bericht vom 4. Mai 2016 (act. II 69) diagnostizierte Dr. med. E. _____ aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) und eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80; S. 1 Ziff. 1.1). Es bestehe seit mehreren Jahren eine ausgeprägte psychische Auffälligkeit, welche den Kriterien einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung entspreche. Im Vordergrund stehe seit

langem zusammen mit der Schmerzproblematik eine unterschiedlich stark ausgeprägte depressive Symptomatik. Aktuell bestehe eine mittelschwere Symptomatik (S. 2 Ziff. 1.4). Seit mindestens dem 6. November 2014 liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vor (S. 3 Ziff. 1.6).

4.1.4 Die interdisziplinären Expertisen der Dres. med. D. _____ und G. _____ vom 5. März 2018 (act. II 112.1 f.) basieren auf den Fachgutachten in den Bereichen Rheumatologie und Psychiatrie.

Aus somatisch-rheumatologischer Sicht bestätigte Dr. med. D. _____ im Wesentlichen die bei der Erstbegutachtung vom 27. Juni 2014 gestellten Diagnosen und hielt fest, in der klinischen Untersuchung hätten weiterhin eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, diffuse Druckschmerzen, Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule sowie eine Adipositas und darüber hinaus, abgestützt auf die objektivierbaren Befunde, ein weitgehend normaler Habitus imponiert (act. II 113.1 S. 14). Ohne Zweifel sei in der am 21. Mai 2015 durchgeführten bildgebenden Abklärung eine Non-Union im lumbosakralen Bewegungssegment dokumentiert worden. Aufgrund dieses Aspekts habe der orthopädische Gutachter der MEDAS für eine angepasste Verweistätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% attestiert (act. II 113.1 S. 15). Ferner sei im Rahmen der leichtgradig progredienten diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose eine leichtgradige Bewegungseinschränkung zervikal nachweisbar. Diese zusätzliche Bewegungseinschränkung zervikal habe jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 113.1 S. 16). Weiterhin seien krankheitsfremde Gründe (z.B. länger anhaltende berufliche Arbeitsabstinenz, ärztlicherseits längerdauernd attestierte Arbeitsunfähigkeiten, begrenzte Deutschsprachkenntnisse, fehlende Berufsausbildung, Alter, ungünstige Arbeitsmarktsituation und möglicherweise die limitierte Motivation), ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu diskutieren (act. II 113.1 S. 19 und 21). Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt sei die Arbeitsfähigkeit betreffend die bisherige Tätigkeit als ... zunächst gemäss der Beurteilung vom 27. Juni 2014 eingeschränkt gewesen. Seit Anfang 2015 liege für diese Tätigkeit erneut eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Für eine angepasste Verweistätigkeit (Arbeiten in einem temperierten Raum

[temperierter Raumlufte], beschränkt auf leicht- bis maximal mittelgradig körperlich belastende Tätigkeiten, mit der Möglichkeit zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung sowie unter Einhaltung der Rückenergonomie) sei ebenfalls zunächst auf die Beurteilung vom 27. Juni 2014 zu verweisen. Ab Anfang 2015 sei sodann eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20% zu bestätigen. Zusätzlich resultiere nach der am 6. Januar 2016 durchgeführten Rückenoperation eine zeitlich limitierte vollständige Arbeitsunfähigkeit postoperativ während vier Monaten (act. II 113.1 S. 20 f.).

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. G. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung (ICD-10 F33.9) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54; act. II 112.1 S. 39 Ziff. 4). Die Beschwerdeschilderung seitens des Exploranden, die Schilderung seines Alltags und seiner Alltagsaktivitäten, das Verhalten während der Untersuchung sowie die klinisch objektivierbaren Befunde würden zahlreiche Inkonsistenzen aufweisen. Es entstehe der Eindruck, dass die versicherte Person dazu neige, in dramatisierender Weise eine Beschwerdeintensität und einen Behinderungsgrad zu präsentieren, der sich aus dem bestehenden Grundleiden bei objektiver Betrachtung nicht zwingend ergebe. Es werde eine tendenziöse bis sogar manipulative Note spürbar. Somit lasse sich eine Aggravation feststellen im Sinne eines bewusst übertriebenen Betonens von vorhandenen Krankheitssymptomen (act. II 112.1 S. 40 f.). Im Untersuchungszeitpunkt lasse sich ein depressives Zustandsbild feststellen. Hauptsymptome seien eine deprimierte Stimmung, klinisch höchstens leichte Konzentrationsdefizite, eine innere Unruhe, eine sexuelle Gleichgültigkeit, ein eingeengtes und leicht verlangsamtes formales Denken, eine eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit, anamnestische Schlafstörungen, zeitweise passive Todeswünsche und eine Reduktion des Antriebs. Der Explorand berichte, dass er vor allem seit dem Herzinfarkt im Jahr 2014 eine traurige Stimmung erlebe. Ferner bestehe eine familiäre Vorbelastung in Bezug auf Depressionen. Zusammenfassend sei daher diagnostisch von einer rezidivierenden depressiven

Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung (ICD-10 F33.9), auszugehen (act. II 112.1 S. 41 f.). Im Weiteren sei festzuhalten, dass aus psychiatrischer Sicht Inkonsistenzen bezüglich der Angaben des Exploranden bei der Untersuchung und hinsichtlich der klinischen Befunde vorlägen und keine „belle indifférence“ bestehe. Der Explorand ziehe aus seiner Schmerzproblematik einen Krankheitsgewinn sowie auch einen sozialen Nutzen (Zuwendung durch andere Personen; Schutz vor Belastungen) und zeige eine sehr reduzierte Leistungsbereitschaft bzw. Selbstlimitierung. Das maladaptive Verhalten des Versicherten werde darüber hinaus sozial verstärkt. Dazu gehöre eine übermässige Medikalisierung des Problems (umfangreiche medizinische Abklärungen und Interventionen), mögliche finanzielle Absicherungen aus dem Sozialsystem, die Empfehlung zur Schonung und zur Vermeidung von Belastungen, die vermehrte Beachtung und Unterstützung der Krankenrolle sowie ein übermässig behütendes Verhalten seitens der Angehörigen. Weiter erscheine das Ausmass der Funktionseinschränkung des Exploranden klinisch nicht plausibel. Die Symptombeschreibung sei undifferenziert und entspreche keinen klinischen Mustern. Es lasse sich ein ausgeprägter interozeptiver und amplifizierender Wahrnehmungsstil feststellen. Zudem entstehe der Eindruck, dass der Explorand sich durchaus mit mehr bis gar ausschliesslichem Engagement für eine materielle Entschädigung einsetze statt für einen beruflichen Wiedereinstieg. Somit lasse sich eine Symptomausweitung feststellen, welche diagnostisch als somatisch nicht ausreichend abstützbare Schmerzen bei psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) einzuschätzen sei. Diese Diagnose entspreche keiner psychiatrischen Erkrankung im eigentlichen Sinn und keiner unbewussten Konfliktverarbeitungsstörung, sondern vielmehr einer erlernten Verhaltensstörung im Sinne einer dysfunktionalen Verarbeitung der Schmerzen (act. II 112.1 S. 42 ff.). Aufgrund der diagnostizierten depressiven Störung gemäss ICD-10 F33.9 bestehe aus rein psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40% für sämtliche Tätigkeiten. Dies gelte spätestens ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung (act. II 112.1 S. 57 Ziff. 1 f.).

Aus interdisziplinärer Sicht hielten die Gutachter fest, beim Exploranden könne für die bisher ausgeübte Tätigkeit als ... ab 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 80% und ab Januar 2015 eine solche von 100% postuliert werden. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne seit Anfang 2015 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 50% formuliert werden. Dabei sei berücksichtigt, dass sich die somatischen und psychiatrisch-psychosomatischen Anteile an der Arbeitsfähigkeit überdeckten (act. II 112.1 S. 57 f., 113.1 S. 21).

4.2 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).

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in den hier angefochtenen Verfügungen vom 21. September 2018 (act. II 123 f.) massgeblich auf die Expertisen der Dres. med. D._____ und G._____ vom 5. März 2018 (act. II 112.1 f.) gestützt. Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.2 hiavor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zu-

kommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben sich in den ärztlichen Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Insbesondere diskutierten sie auch IV-fremde Faktoren und Diskrepanzen zu anderen Arztberichten. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Auf die interdisziplinären Einschätzungen ist somit grundsätzlich abzustellen. Im Einzelnen ist Folgendes festzuhalten:

4.3.1 Aus somatisch-rheumatologischer Sicht führte Dr. med. D. _____ differenziert und schlüssig aus, dass mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit spondylogener Auswirkung in den Kopf und alle Extremitäten vorliegt und die weiteren Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Nachvollziehbar legte er dar, dass sich der Gesundheitszustand seit der Erstbegutachtung vom 27. Juni 2014 einzig leichtgradig verschlechtert hat, mithin unterdessen im Rahmen der leichtgradig progredienten diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose eine leichtgradige Bewegungseinschränkung zervikal ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nachweisbar ist (act. II 113.1 S. 14 ff.). Im Weiteren berücksichtigte er betreffend das Fachgebiet Orthopädie die Ergebnisse der bildgebenden Abklärung vom 21. Mai 2015 sowie die einlässliche orthopädische Beurteilung von Dr. med. J. _____ im Gutachten der MEDAS vom 18. August 2015 (act. II 47.1 S. 14 ff. Ziff. 4.4), wonach mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Non-Union im lumbosakralen Bewegungssegment ausgewiesen ist (act. II 113.1 S. 15). Zudem legte er plausibel dar, dass nach der am 6. Januar 2016 durchgeführten Metallentfernung und Respondylodese von LWK5/SWK1 eine zeitlich limitierte vollständige Arbeitsunfähigkeit postoperativ bestanden hat. Die Beurteilung von Dr. med. D. _____ ist in sich schlüssig und ergibt mit den Ausführungen der Erstbegutachtung vom 27. Juni 2014 (act. II 22.2) aus somatisch-rheumatologischer Sicht ein stimmiges Gesamtbild. Zudem korreliert sie im Wesentlichen mit den orthopädischen Ausführungen von Dr. med. J. _____ im Gutachten der MEDAS vom 18. August 2015 (act. II 47.1 S. 14 ff.). Auf die somatische

Beurteilung von Dr. med. D._____ ist folglich abzustellen. In Bezug auf die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit überzeugt, dass der Beschwerdeführer nach der Rückenoperation vom 13. August 2013 betreffend sämtliche Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig war, was durch die Gutachter Dres. med. D._____ und J._____ übereinstimmend bestätigt worden ist (act. II 22.2 S. 16, 47.1 S. 16 Ziff. 4.6, 113.1 S. 20). Aufgrund der orthopädischen Befundlage leuchtet sodann – entgegen der rein somatisch-rheumatologischen Auffassung von Dr. med. D._____ (vgl. act. II 22.2 S. 16, 113.1 S. 20) – ein, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Arbeit als ... auch nach der postoperativen Rehabilitationsphase nicht mehr zumutbar ist, er indessen eine angepasste Tätigkeit trotz der persistierenden Mikroinstabilität bei nicht erreichter ossärer Fusion im Segment LWK5/SWK1 seit Mitte August 2014 wieder zu 80% ausüben kann (act. II 47.1 S. 16 Ziff. 4.5 f.). Schliesslich ist nachvollziehbar, dass – gemäss den Ausführungen von Dr. med. D._____ – nach der am 6. Januar 2016 durchgeführten Metallentfernung und Respondylodese von LWK5/SWK1 eine zeitlich limitierte vollständige Arbeitsunfähigkeit postoperativ während vier Monaten vorlag (act. II 113.1 S. 20). Auf diese Beurteilung hat sich die Beschwerdegegnerin abgestützt (act. II 133 S. 26), was nicht zu beanstanden ist und vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten wird (vgl. Beschwerde). Daran ändert der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. med. L._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 25. November 2018 (act. I 6) nichts, zumal sie in diesem einzig die bereits bekannte Befundlage ohne Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wiedergibt und keine neuen erheblichen Tatsachen vorbringt.

4.3.2 Aus psychiatrischer Sicht begründete Dr. med. G._____ unter Bezug der klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10 (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 f.) einlässlich, dass mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung (ICD-10 F33.9) vorliegt (act. II 112.1 S. 41 f.). Zudem erläuterte er stringent, dass eine Symptomausweitung festzustellen ist, die diagnostisch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als somatisch nicht ausreichend abstützbare Schmerzen bei psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) einzuschät-

zen ist (act. II 112.1 S. 42 ff.). Diese Beurteilung ist nachvollziehbar und in sich schlüssig. Der Beschwerdeführer bringt denn auch nichts Gegenteiliges vor (vgl. Beschwerde). Darauf ist somit abzustellen.

Daran ändert nichts, dass sowohl im Gutachten der MEDAS vom 18. August 2015 (act. II 47.1 S. 10 Ziff. 3.3), als auch von Dr. med. E. _____ (vgl. u.a. den Bericht vom 4. Mai 2016, act. II 69) anderslautende Diagnosen gestellt worden sind. Dr. med. G. _____ hat sich in seiner Beurteilung vom 5. März 2018 ausführlich mit den Diskrepanzen zu diesen Einschätzungen auseinandergesetzt und dargelegt, dass eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/33.1) aufgrund der vorliegenden Arztberichte, mithin der fehlenden phasenhaften Entwicklung der depressiven Symptome, nicht zu stellen ist. Im Weiteren erläuterte er plausibel, dass die von Dr. med. E. _____ gestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) aufgrund der fehlenden ausgeprägten psychosozialen Belastungen zum Zeitpunkt der Entstehung der Schmerzsymptomatik sowie der fehlenden unbewussten Konfliktverarbeitung (vgl. ergänzend auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 233) nicht zu bestätigen ist und legte verständlich dar, dass gestützt auf die von Dr. med. E. _____ aufgeführten Symptome und Beschwerden keine klaren Anhaltspunkte für das Vorliegen einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) bestehen (act. II 112.1 S. 44 ff.).

4.3.3 Anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 ist nachfolgend zu prüfen, ob die erhobenen psychischen Störungen eine leistungsbegründende Invalidität zu bewirken vermögen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429; vgl. E. 3.2.1 hiervor).

Im Zusammenhang mit dem Ausschlussgrund der Aggravation (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. unter Hinweis auf BGE 131 V 49; E. 3.2.2 hiervor) ist vorab augenfällig, dass sich im Rahmen der psychiatrischen Exploration vom 26. Februar 2018 zahlreiche Inkonsistenzen zwischen den Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers, der Schilderungen seines Alltags sowie seiner Alltagsaktivitäten und dem Verhalten während der Untersu-

chung sowie der klinisch objektivierbaren Befunde zeigten. So bekunde der Explorand einerseits massive Konzentrationsdefizite, die sich klinisch in diesem Ausmass nicht bestätigen liessen, konnte andererseits jedoch nahezu während des gesamten Untersuchungsgesprächs und bei der Beantwortung der Fragebögen seine Aufmerksamkeit auf Themen und Gesprächsinhalte belassen. Sodann gab er an, beim Sitzen wegen der Schmerzen nicht anlehnen zu können, lehnte sich aber während der Untersuchung an die Rückenlehne an und sass auch im Auto angelehnt an die Rückenlehne. Zum einen führte er aus, er könne in seinem Alltag praktisch nichts mehr machen, zum anderen berichtete er, er gehe regelmässig spazieren, fahre Auto, gehe mit seiner Ehefrau einkaufen, treffe Landsleute und sehe sich ... Nachrichten an. Während weiter Teile des Untersuchungsgesprächs zeigte der Versicherte eine schmerzvermittelnde Mimik, die, wenn er sich unbeobachtet fühlte – z.B. beim Gang zum Auto und beim Einsteigen in das Auto – nicht festzustellen war. Zudem hielt Dr. med. G. _____ fest, der Umstand, dass der Explorand trotz seiner als ausgeprägt geschilderten vielfältigen Symptome und Beschwerden in der Lage ist, Auto zu fahren, weise in Anbetracht der enormen motorischen und kognitiven Anforderungen, welche diese Tätigkeit stelle, ebenfalls auf erhebliche Ressourcen hin. Dr. med. G. _____ kam zum Schluss, dass der Beschwerdeführer dazu neigt, in dramatisierender Weise eine Beschwerdeintensität und einen Behinderungsgrad zu präsentieren, der sich aus dem bestehenden Grundleiden bei objektiver Betrachtung nicht ergibt und bestätigte eine Aggravation im Sinne eines bewusst übertriebenen Betonens von vorhandenen Krankheitssymptomen (act. II 112.1 S. 40 f.). Auch Dr. med. D. _____ wies in den somatisch-rheumatologischen Begutachtungen vom 27. Juni 2014 und vom 5. März 2018 auf somatisch nicht abstützbare Beschwerden, auf diverse Diskrepanzen sowie auf ein auffälliges, demonstratives Schmerzverhalten hin und bestätigte mehrere Waddell-Zeichen (act. II 22.2 S. 9, 113.1 S. 14 ff).

Unter diesen Umständen ist (unabhängig von einer krankheitswertigen psychischen Störung) – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (vgl. S. 10) und anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung vom 16. Mai 2019 – ein aggravierendes Verhalten in einem Umfang erstellt, das die Annahme einer versicherten psychischen Gesundheitsschädigung ver-

bietet (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Dass die Beschwerdegegnerin keine eingehende Indikatorenprüfung durchgeführt hat, wie der Beschwerdeführer an der Schlussverhandlung monierte (vgl. act. II 133 S. 27), ist demnach nicht zu beanstanden. Zudem ist festzuhalten, dass Dr. med. G. _____ aus rein psychiatrischer Sicht aufgrund der depressiven Störung gemäss ICD-10 F33.9 für sämtliche Tätigkeiten eine Einschränkung von 40% attestiert hat (act. II 112.1 S. 57 Ziff. 1 f.). Demgegenüber wurde in der interdisziplinären Einschätzung ab Anfang 2015 betreffend eine angepasste Verweistätigkeit eine Einschränkung von maximal 50% postuliert (act. II 112.1 S. 57 Ziff. 1 f., 113.1 S. 21). Dies ist – unter Berücksichtigung, dass Dr. med. D. _____ ab diesem Zeitpunkt aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 20% bestätigte (act. II 113.1 S. 20) – nicht nachvollziehbar, zumal die Gutachter explizit darauf hinwiesen, dass sich die somatischen und rein psychosomatisch-psychiatrischen Anteile an der Arbeitsunfähigkeit überdecken (act. II 112.1 S. 57 Ziff. 1 f., 113.1 S. 21).

4.3.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auf die psychiatrische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht abgestellt werden kann. Aufgrund der bestehenden somatischen Einschränkungen war der Beschwerdeführer ab der Rückenoperation vom 13. August 2013 betreffend sämtliche Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig. Die angestammte Tätigkeit als ... ist ihm nicht mehr zumutbar, indessen ist seit Mitte August 2014 in einer angepassten Tätigkeit wieder von einer Arbeitsfähigkeit von 80% auszugehen. Zusätzlich resultierte ab der am 6. Januar 2016 durchgeführten Metallentfernung und Respondylodese eine zeitlich limitierte vollständige Arbeitsunfähigkeit postoperativ von vier Monaten. Der Sachverhalt ist damit hinreichend erstellt, weshalb – entgegen der Anträge in der Beschwerde (S. 2) und der Vorbringen an der öffentlichen Schlussverhandlung – in antizipierter Beweiswürdigung auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist.

5.

5.1 Mit Bezug auf die Invaliditätsbemessung macht der Beschwerdeführer geltend, dass bei der Verwertbarkeit der verbleibenden Arbeitsfähigkeit

nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden dürfe. Aufgrund seines Alters sowie der beruflichen und persönlichen Gegebenheiten sei die Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwertbar (vgl. Beschwerde S. 11 f. Ziff. 12).

5.2

5.2.1 Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln. Dieser theoretische und abstrakte Begriff dient dazu, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Ein ausgeglichener Arbeitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtspprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2017 IV Nr. 64 S. 201 E. 4.1, 2008 IV Nr. 62 S. 205 E. 5.1).

5.2.2 Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Gründen vermag keinen Rentenanspruch zu begründen. Die Invalidenversicherung hat nicht dafür einzustehen, dass Versicherte infolge ihres Alters, wegen mangelnder Ausbildung oder Verständigungsschwierigkeiten keine entsprechende Arbeit finden; die hieraus sich ergebende "Arbeitsunfähigkeit" ist nicht invaliditätsbedingt (BGE 107 V 17 E. 2c S. 21; AHI 1999 S. 238 E. 1).

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann,

dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischere Weise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 23. August 2018, 8C_892/2017, E. 3.2).

Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Massgeblicher Stichtag für die Beantwortung der Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter ist der Zeitpunkt, in welchem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil)Erwerbstätigkeit feststeht. Dies ist der Fall, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 143 V 431 E. 4.5.1 S. 433, 138 V 457 E. 3.3 S. 462; SVR 2017 IV Nr. 85 S. 266 E. 2.2.2).

5.2.3 Der Ausnahmetatbestand, wonach die Verwaltung die Notwendigkeit (vorgängiger) befähigender beruflicher Massnahmen trotz wiedergewonnener Arbeitsfähigkeit abzuklären hat, ist grundsätzlich auf Sachverhalte zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (BGE 141 V 5 E. 4.1 S. 7; SVR 2011 IV Nr. 73 S. 222 E. 3.3).

5.3 Zunächst ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer aus dem an der öffentlichen Schlussverhandlung referierten Entscheid des BGer vom 30. Oktober 2017, 9C_525/2017, nichts zu seinen Gunsten ableiten kann, lässt sich doch der dort zu beurteilende Sachverhalt nicht mit dem hier zugrundeliegenden vergleichen. So war im BGer 9C_525/2017 die Frage zu beurteilen, ob einem Versicherten nach über 30jähriger Tätigkeit als selbständiger Marktfahrer die direkte Verwertbarkeit der wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit in einer unselbständigen Tätigkeit zumutbar war. Dies verneinte das Bundesgericht im Wesentlichen mit dem Hinweis, der Versicherte sei in Anbetracht seiner bisher langjährigen selbständigen Erwerbstätigkeit nicht mit den Anforderungen des Arbeitsmarktes vertraut (vgl. E. 3.6). Im hier zu beurteilenden Fall liegt die Sache grundlegend anders, war der Beschwerdeführer in der Vergangenheit doch bei mehreren Arbeitgebern in verschiedenen Arbeitsbereichen (unselbständig) erwerbstätig (vgl. act. II 112.1 S. 4 Ziff. 1), womit er mit den Anforderungen des Arbeitsmarktes bestens vertraut ist. Es besteht demnach kein Ausnahmetatbestand, welcher ein Abweichen vom Grundsatz erlaubt, wonach eine medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerthen ist. Soweit der Beschwerdeführer an der öffentlichen Schlussverhandlung geltend machte, die Beschwerdegegnerin hätte vor dem Rentenentscheid berufliche Massnahmen durchführen müssen, ist darauf hinzuweisen, dass solche gewährt und mit Verfügung vom 26. November 2015 (act. II 52) abgeschlossen wurden, da sich der Versicherte den Eingliederungsmassnahmen widersetzte. Zudem wären aufgrund der ausgewiesenen erheblichen Aggravation weitere Eingliederungsmassnahmen ohnehin kaum zielführend (vgl. E. 4.3.3 hiervor). Demnach hat die Beschwerdegegnerin vor der Aufhebung der Rente die Notwendigkeit beruflicher Massnahmen zu Recht nicht abgeklärt.

5.4 Zu prüfen bleibt demnach die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit:

Der (spätestens) massgebende Zeitpunkt für die Beurteilung der Zumutbarkeit der Restarbeitsfähigkeit (vgl. BGE 143 V 431 E. 4.5.1 S. 433, 138 V 457 E. 3.3 S. 462) ist vorliegend die interdisziplinäre Beurteilung der Dres. med. D. _____ und G. _____ vom 5. März 2018 (act. II 112.1

f.). Dem Beschwerdeführer mit Jahrgang 1958 verbleibt bei einem damaligen Alter von 59 Jahren und 3 Monaten noch eine mehr als fünfjährige Aktivitätsdauer bis zum Erreichen des AHV-Rentenalters von 65 Jahren (Art. 21 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG; SR 831.10]). Der Zugang zum Arbeitsmarkt kann unter Berücksichtigung der strengen bundesgerichtlichen Praxis (vgl. Entscheide des BGer vom 31. August 2018, 8C_117/2018, E. 3.3.4 und vom 21. März 2016, 9C_536/2015 E. 4.2) und mit Blick auf das massgebende Zumutbarkeitsprofil, wonach dem Beschwerdeführer Verweistätigkeiten in einem temperierten Raum (temperierter Raumluft), beschränkt auf leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Tätigkeiten, mit der Möglichkeit zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln sowie unter Einhaltung der Rückenergonomie (act. II 113.1 S. 21) zu 80% zumutbar sind, sowie die in Frage kommenden Hilfsarbeitertätigkeiten, die auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden (BGer vom 27. September 2010, 8C_482/2010, E. 4.2), nicht verneint werden. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer im ... über eine 19-jährige Berufserfahrung verfügt. Vor dieser Tätigkeit war er von 1971 bis 1987 als ... angestellt und arbeitete anschliessend bis 1994 als ... in der ... (act. II 112.1 S. 4 Ziff. 1). Dieser berufliche Verlauf mit unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern spricht für eine Vielseitigkeit und Anpassungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Nach dem Dargelegten ist die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit zu bejahen.

6.

6.1

6.1.1 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 ange-

passten 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).

6.1.2 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 (BFS) 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 pflichtgemäsem 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).

6.1.3 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).

6.2 Der Beschwerdeführer war ab dem 27. März 2013 vollständig arbeitsunfähig (act. II 5.2 S. 2 Ziff. 4). Die Anmeldung erfolgte im Oktober 2013 (act. II 2 S. 7). Damit ist die Zusprache einer ganzen Rente ab 1. April 2014 unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist und des Wartjahres korrekt (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bzw. Art. 29 Abs. 1 IVG).

6.3

6.3.1 In der Folge hat sich mit der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 80% per Mitte August 2014 (act. II 47.1 S. 16 Ziff. 4.6) ein Revisionsgrund verwirklicht, der in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV per 1. November 2014 zu berücksichtigen ist (vgl. E. 3.5.2 hiervor). Auf diesen Zeitpunkt hin ist somit ein Einkommensvergleich durchzuführen.

6.3.2 Der Beschwerdeführer war bis zu seiner Krankschreibung am 27. März 2013 bei der M._____ AG als ... tätig (act. II 5.2 S. 2 Ziff. 4, 11 S. 2 f.). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen anhand der Lohnangaben der ehemaligen Arbeitgeberin betreffend das Jahr 2013 in der Höhe von Fr. 74'009.-- festgelegt hat (act. II 11 S. 3 Ziff. 2.10). Angepasst an die Nominallohnentwicklung per 2014 (Fr. 74'009.-- : 102.3 x 102.8 [Tabelle T1.10, Nominallohnindex 2011-2018, .../..., Index Jahr 2013: 102.3 Punkte, Index Jahr 2014: 102.8 Punkte, abrufbar auf www.bfs.admin.ch]) beträgt das Valideneinkommen Fr. 74'371.--.

6.3.3 Der Beschwerdeführer war ab dem 27. März 2013 nicht mehr erwerbstätig. Das Invalideneinkommen ist daher auf der Basis eines durchschnittlichen Einkommens für Hilfsarbeiten gemäss LSE 2014, TA1, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Total, Anforderungsniveau 1, Männer (Fr. 5'312.--), zu berechnen und an die betriebsübliche Arbeitszeit anzupassen. Es resultiert bei einem zumutbaren Pensum von 80% ein Invalideneinkommen von Fr. 53'163.-- (Fr. 5'312.-- : 40 x 41.7 x 12 x 0.8; vgl. Tabelle: Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen gemäss BFS, 2014, Total).

Schliesslich ist der von der Beschwerdegegnerin zugestandene leidensbedingte Abzug von 10% (act. II 133 S. 26) zu berücksichtigen. Dieser scheint vorliegend unter Berücksichtigung aller einkommensbeeinflussenden Merkmale – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (S. 12) – als sehr wohlwollend (vgl. E. 6.1.2 hiervor). Das Invalideneinkommen beträgt unter Beachtung sämtlicher Abzüge somit Fr. 47'847.-- (Fr. 53'163.-- x 0.9).

6.3.4 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 74'371.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 47'847.-- resultiert eine Einkommenseinbusse in der Höhe von Fr. 26'524.--, was einen Invaliditätsgrad von gerundet 36% (zur Rundung: BGE 130 V 121 S. 123 E. 3.2 und 3.3) ergibt. Somit besteht ab 1. November 2014 kein Anspruch mehr auf eine Rente (vgl. E. 3.3 hiervor).

6.4 Mit der am 6. Januar 2016 durchgeführten Rückenoperation ist erneut eine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten. Diese stellt einen Revisionsgrund dar und ist nach drei Monaten zu berücksichtigen (Art. 88a Abs. 2 IVV). Da ab dem Operationszeitpunkt in jeglicher Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestand (act. II 113.1 S. 16), erübrigt sich die Ermittlung der Vergleichseinkommen. Der Beschwerdeführer hat ab dem 1. April 2016 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (vgl. E. 3.3 hiervor).

6.5 Nach der postoperativen Rehabilitationsphase während vier Monaten, somit ab Mai 2016, ist wieder von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 80% auszugehen (act. II 113.1 S. 20). Diese gesundheitliche Verbesserung, welche gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV nach drei Monaten zu berücksichtigen ist (vgl. E. 3.5.2 hiervor), stellt einen Revisionsgrund dar, weshalb der Invaliditätsgrad ab September 2016 neu zu ermitteln ist.

6.5.1 In Bezug auf das Valideneinkommen ist – wie bereits dargelegt (vgl. E. 6.3.2 hiervor) – nach wie vor auf die Lohnangaben der ehemaligen Arbeitgeberin abzustellen. Angepasst an die Nominallohnentwicklung per 2016 (Fr. 74'009.-- : 102.3 x 102.9 [Tabelle T1.10, Nominallohnindex 2011-2018,/..., Index Jahr 2013: 102.3 Punkte, Index Jahr 2016: 102.9 Punkte,

abrufbar auf www.bfs.admin.ch]) beträgt das Valideneinkommen Fr. 74'443.--.

6.5.2 Das Invalideneinkommen ist ebenfalls weiterhin auf der Basis eines durchschnittlichen Einkommens für Hilfsarbeiten gemäss LSE zu berechnen. Gemäss LSE 2016, TA1, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Total, Anforderungsniveau 1, Männer (Fr. 5'340.--), resultiert unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit, des zumutbaren Pensums von 80% und des zugestandenen leidensbedingten Abzugs von 10% ein Invalideneinkommen von Fr. 48'098.-- (Fr. 5'340.-- : 40 x 41.7 x 12 x 0.8 x 0.9; vgl. Tabelle: Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen gemäss BFS, 2014, Total).

6.5.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 74'443.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 48'098.-- resultiert eine Einkommenseinbusse in der Höhe von Fr. 26'345.--, was einen Invaliditätsgrad von gerundet 35% ergibt. Somit besteht ab 1. September 2014 kein Anspruch mehr auf eine Rente (vgl. E. 3.3 hiervor).

7.

Nach dem Dargelegten sind die angefochtenen Verfügungen vom 21. September 2018 (act. II 123 f.) nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

8.

8.1 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. 1'000.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 16. Mai 2019)
 - IV-Stelle Bern (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 26. Februar 2019)
 - 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.