

200 19 356 IV
SCJ/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. September 2019

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 25. März 2019



Sachverhalt:

Der 1982 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 15. August 2015 unter Hinweis auf einen Morbus Crohn bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei veranlasste sie eine interdisziplinäre (internistische, psychiatrische, rheumatologische, neurologische, neuropsychologische, gastroenterologische) Begutachtung durch die Fachärzte der MEDAS C._____ (MEDAS; Gutachten vom 1. März 2018; AB 76.1). Mit Vorbescheid vom 4. April 2018 (AB 77) stellte die IVB dem Versicherten ab 1. April 2016 bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 43% die Zusprache einer Viertelsrente, ab 1. März 2017 bei einem IV-Grad von 100% die Zusprache einer ganzen IV-Rente und ab 1. August 2017 bei einem IV-Grad von 43% die Zusprache einer Viertelsrente in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte Einwand (AB 82). Nach Einholung einer Stellungnahme der MEDAS-Gutachter (AB 88.1) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 16. Juli 2018 (AB 89) wiederum ab 1. April 2016 bei einem IV-Grad von 43% die Zusprache einer Viertelsrente, ab 1. März 2017 bei einem IV-Grad von 100% die Zusprache einer ganzen IV-Rente und ab 1. August 2017 bei einem IV-Grad von 43% die Zusprache einer Viertelsrente in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte abermals nicht einverstanden (AB 93, 95). Nach Rücksprache mit dem RAD (AB 97, 100) verfügte die IVB am 25. März 2019 (AB 107) wie im Vorbescheid angekündigt und sprach ab 1. April 2016 eine Viertelsrente, ab 1. März 2017 ein ganze IV-Rente und ab 1. August 2017 eine Viertelsrente zu.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 9. Mai 2019 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer halben IV-Rente ab 1. August 2017. Eventualiter wurde die Aufhebung der angefochtenen

Verfügung sowie die Rückweisung zur Durchführung weiterer Abklärungen zur Ermittlung der tatsächlichen Erwerbsfähigkeit beantragt.

In der Beschwerdeantwort vom 11. Juni 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 25. März 2019 (AB 107). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen

Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Folglich ist vorliegend der grundsätzliche Anspruch auf eine IV-Rente, unter Einschluss der unbestritten gebliebenen Zusprache einer Viertelsrente ab April 2016 und einer ganzen IV-Rente ab März 2017, zu prüfen.

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

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

2.

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

2.2

2.2.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

2.2.2 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorga-

ben 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, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429). Die Anerkennung eines rentenbegründenden IV-Grades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308).

2.3 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 Dreiviertelrente, 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.

2.4 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.5 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).

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

Ändert sich der IV-Grad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 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.

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

3.1.1 Prof. Dr. med. D. _____, Facharzt für Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 12. September 2016 (AB 30) einen Morbus Crohn (S. 2). Insgesamt leide der Beschwerdeführer unter rezidivierenden Abdominalkrämpfen. Die Entzündungszeichen hätten sich merklich gebessert, weshalb die Prognose gut sein sollte. Ferner attestierte der Facharzt eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3). Der Beschwerdeführer sollte wieder ein 100%-iges Pensum übernehmen können. Allerdings seien schwere körperliche Arbeiten eher ungünstig, langfristig wäre sicherlich eine Umschulung auf einen Arbeitsplatz mit eher sitzender Tätigkeit sinnvoll (S. 4).

3.1.2 Der Beschwerdeführer war vom 10. Januar bis am 7. Februar 2017 in der psychiatrischen Klinik E. _____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 14. Februar 2017 (AB 38) wurde namentlich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychosenaher Symptomatik mit Depersonalisationserleben (ICD-10 F33.3), diagnostiziert (S. 2). Neben den vielen schwer depressiven Symptomen habe der Beschwerdeführer auch über einen fehlenden Filter, eine ausgeprägte Dünnhäutigkeit und eine Reizüberflutung berichtet. Diese psychosenahe Symptomatik habe sich auch darin gezeigt, dass er sich teilweise fremd erlebt, ein verändertes Zeiterleben gehabt und mehrfach den Eindruck gehabt habe, nur ein eingegengtes Sichtfeld wahrzunehmen (S. 3). Durch die installierte Medikation habe eine erste Stabilisierung erreicht werden können. Insgesamt sei der Beschwerdeführer beim Austritt weniger depressiv gewesen. Die psychosenahe Symptomatik sei weiterhin vorhanden (S. 4).

3.1.3 Vom 7. Februar bis am 7. April 2017 war der Beschwerdeführer in der psychiatrischen Klinik F. _____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 27. April 2017 (AB 47 S. 2 ff.) wurde namentlich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), diagnostiziert (S. 2). Gegen Ende des Aufenthalts habe sich der klinische Zustand des Beschwerdeführers markant verändert. Dies habe sich durch eine gehobene Stimmung, einen verbesserten Antrieb, eine Wiedererlangung der eigenen Affektivität und eine Abnahme des Grübelns geäußert. Der Beschwerdeführer sei nach zweimonatigem stationärem Aufenthalt in deutlich verbessertem Zustand entlassen worden.

Ferner wurde vom 7. Februar bis zum 16. April 2017 eine 100%-ige und vom 17. bis zum 23. April 2017 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 5).

3.1.4 Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 13. Dezember 2017 (AB 67) namentlich eine rezidivierende depressive Störung, schwere Episode mit psychosenaher Symptomatik (ICD-10 F33.2), aktuell gebessert aber nicht in Remission. Die Depression habe sich gemäss Angaben des Beschwerdeführers ab Mitte März 2017 rasch gebessert (S. 1). Am 18. April 2017 habe er seine Tätigkeit wieder zu 50% aufgenommen. Mit diesem Pensum sei er am obersten Limit seiner Leistungsfähigkeit. Inwieweit der Morbus Crohn für sich alleine bereits eine zumindest 50%-ige Arbeitsunfähigkeit begründe, sei aus psychiatrischer Sicht nicht zu beurteilen. Die Kombination von Morbus Crohn als chronische Erkrankung und der Depression (womöglich mitverursacht durch die medikamentöse Behandlung des Morbus Crohn) ergebe aktuell eine 50% bis 60%-ige Arbeitsunfähigkeit. Mittel- bis langfristig dürfe mit einer Besserung der depressiven Symptomatik gerechnet werden (S. 2). Ferner erachtete der behandelnde Psychiater eine Teilrente von 50% als klar indiziert, wobei eine erneute Beurteilung in zwei Jahren erfolgen solle (S. 3).

3.1.5 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 1. März 2018 (AB 76.1) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Morbus Crohn (ICD-10 K59.6), eine rezidivierende depressive Störung mit schwerer Episode (ICD-10 F33.3) zwischen Dezember 2016 und April 2017, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), und ein psychophysischer Erschöpfungszustand (ICD-10 Z73.0) bei Morbus Crohn und Depression diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden namentlich ein unspezifisches intermittierendes zervikales und lumbales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0/M 54.5) und Myalgien im Bereich der lateralen Unterschenkelmuskulatur beidseits unklarer Ursache (ICD-10 M79.1) aufgeführt (S. 29 f. Ziff. 5.1 f.).

Aus internistischer, rheumatologischer und neuropsychologischer Sicht wurden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit festgestellt (S. 9 Ziff. 3.4, S. 19 Ziff. 4.2.5, S. 27 Ziff. 4.4.5).

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, nachdem im Februar 2015 ein Morbus Crohn diagnostiziert worden sei, sei es zur aktuellen depressiven Episode gekommen. Gegen Ende 2016 sei der Beschwerdeführer immer stärker in einen depressiven Zustand abgerutscht, der durch schwer depressive Merkmale in Form von Appetitverlust, Gefühlen der Wertlosigkeit, Schuldgefühlen, Selbsthass und Suizidgedanken gekennzeichnet gewesen sei. Zudem seien psychosenahe Symptome aufgetreten. Zurzeit habe sich der depressive Zustand aufgehellt und es bestehe aktuell lediglich noch eine leichtgradige depressive Episode. Diese zeichne sich durch eine gedrückte Stimmungslage, eine psychophysische Erschöpfung und eine Mischung zwischen Optimismus und Resignation aus (S. 12 Ziff. 4.1.3). Zwischen dem Morbus Crohn und der etwas später einsetzenden depressiven Episode bestünden offensichtliche Wechselwirkungen mit Beeinträchtigung der gesamten psychophysischen Verfassung. Der psychische Zustand des Beschwerdeführers befinde sich in Teilremission, jedoch bestehe eine anhaltende psychophysische Erschöpfung, teils depressionsbedingt, teils bedingt durch den Morbus Crohn (S. 12 unten). Zwischen Dezember 2016 und April 2017 sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit infolge der schweren depressiven Episode auszugehen. Seither finde eine schrittweise Besserung statt. Zurzeit sei aus psychiatrischer Sicht von einer 30%-igen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten auszugehen (S. 13 Ziff. 4.1.5).

Aus neurologischer Sicht wurde ausgeführt, beim Beschwerdeführer bestünden seit Herbst 2014 Schmerzen in beiden Waden (S. 23 Ziff. 4.3.4). Aufgrund dieser – pathologisch nicht nachgewiesenen – Unterschenkel-schmerzen beidseits seien ausschliesslich stehend und vor allem gehend auszuübende Tätigkeiten ungünstig. Eine Arbeit sollte – auch unter Berücksichtigung der Rückenproblematik – körperlich leicht bis mittelschwer sein, vorwiegend sitzend, mehr stehend als gehend aber mit der Möglichkeit zwischendurch abzusetzen. In einer solchen angepassten Tätigkeit bestehe keine Einschränkung (S. 24 Ziff. 4.3.5).

Aus gastroenterologischer Sicht wurde ausgeführt, trotz der medikamentösen Therapie persistiere eine erhebliche Diarrhoe, obwohl keine wesentlichen Hinweise auf eine akute Entzündung bestünden. Der Beschwerdeführer behandle die Diarrhoe symptomatisch mit Imodium®, schöpfe aber die

Dosierungsmöglichkeit nicht aus. Auch sei bisher keine alternative anti-diarrhoische Therapie eingesetzt worden. Körperlich belastende Tätigkeiten seien für den Beschwerdeführer ungeeignet, d.h. für die zuletzt ausgeübte (körperlich regelmässig mittelschwer bis schwer belastende) Tätigkeit als ... bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten (körperlich leichten bis nur sehr selten mittelschweren, wechselbelastenden) Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60%. Dabei müsse der Beschwerdeführer seine Arbeit jederzeit für einen Toilettengang unterbrechen können (S. 28 f. Ziff. 4.5.4 f., S. 31).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, aufgrund des Morbus Crohn seien alle körperlich regelmässig mittelschweren bis schweren Tätigkeiten und damit auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar. Für eine körperlich leichte bis nur sehr selten mittelschwere, wechselbelastende und qualitativ adaptierte Tätigkeit bestehe seit April 2015 eine maximal 60%-ige, ganztägig verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausen- und Erholungsbedarf. Dabei würden sich die Einschränkungen aus somatischer und psychiatrischer Sicht ergänzen und nicht addieren, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden könnten. Zudem habe aufgrund der psychiatrischen Erkrankung zwischen Dezember 2016 bis April 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten bestanden (S. 31 ff. Ziff. 6.2 f.).

3.1.6 Auf Empfehlung des RAD (AB 86) nahmen die MEDAS-Gutachter am 19. Juni 2018 zu den einwandweise erhobenen Vorbringen Stellung (AB 88.1). Die Beurteilung von Prof. Dr. med. D._____, dass (aus gastroenterologischer Sicht) eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit bestehe, stamme aus dem Jahr 2016 mit dem damaligen Hinweis, dass eine volle Arbeitsfähigkeit wieder erreicht werden sollte. Sowohl der behandelnde Facharzt wie auch der MEDAS-Gutachter hätten sich bei ihrer Beurteilung im Wesentlichen auf die angenommene Stuhlfrequenz aufgrund der chronisch entzündlichen Darmerkrankung gestützt. Dies seien primär subjektive Angaben, die in der Plausibilität teilweise schwierig abzuschätzen seien. Übereinstimmend mit Prof. Dr. med. D._____ sei die Stuhlfrequenz als gegeben erachtet worden. Möglicherweise durch den vollzogenen Medika-

menten-Wechsel sei eine Reduktion der Stuhlfrequenz gemäss anamnestischen Angaben aufgetreten, sodass eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit plausibilisierbar sei (S. 1). Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit habe sich die klare Aussage ergeben, dass eine leichte bis mässiggradige Verbesserung gegenüber 2016 eingetreten sei. Somit sei eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Die Einschätzung des behandelnden Psychiaters, der von einer gebesserten Situation, aber nicht von Remission der rezidivierenden depressiven Störung schreibe, weiche nicht wesentlich von der Beurteilung einer leichten depressiven Episode im MEDAS-Gutachten ab. Dabei sei auch ein psychophysischer Erschöpfungszustand miteinbezogen worden. Deshalb sei aus psychiatrischer Sicht auch eine relativ hohe Einschränkung von 30% zuerkannt worden. Eine höhere Einschränkung könne aufgrund der vorliegenden Befundlage nicht bestätigt werden (S. 2).

3.1.7 Dr. med. G. _____ führte im Bericht vom 7. September 2018 (AB 93 S. 17 f.) aus, der Beschwerdeführer habe ab März 2018 eine neue 50% Stelle angetreten. Dabei habe er feststellen müssen, dass er nach drei bis vier Stunden Arbeit am Limit sei und sich danach für zwei bis drei Stunden schlafen legen müsse. Aufgrund bestehender Existenzängste und Konflikte mit der Partnerin sei der Beschwerdeführer im April 2018 in eine schwere Krise geraten (S. 17). Daraufhin habe er sich deutlich depressiver, mit passiven Suizidgedanken und stimmungsmässig auf viel tieferem Niveau, präsentiert. Ferner habe ihn im Juli 2018 der Herzinfarkt des Stiefvaters erschüttert. Der aktuelle Befund entspreche einer mittelgradigen depressiven Episode, welche seit April 2018 auf recht konstantem Niveau sei. Weiter gab der behandelnde Psychiater an, er habe den Beschwerdeführer über die ganze Zeit zwischen 40% und 50% arbeitsfähig eingeschätzt und sich dabei insbesondere auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers gestützt. Die Vielzahl der Termine sowie das inzwischen detaillierte Kennen der Persönlichkeit liessen aber keine Zweifel an den berichteten Angaben aufkommen. Zudem sei der psychophysische Erschöpfungszustand deutlich höher als es bei einer leichten depressiven Episode alleine der Fall wäre. Abschliessend hielt der behandelnde Psychiater an seiner Beurteilung, dass dem Beschwerdeführer ab August 2017 nicht eine Viertelsrente, sondern eine halbe IV-Rente zugesprochen werden müsse, fest (S. 18).

3.1.8 Prof. Dr. med. D. _____ führte im Bericht vom 13. September 2018 (AB 95 S. 2) aus, im Zusammenhang mit dem Morbus Crohn bestehe unter den therapeutischen Massnahmen eine einigermaßen stabile Situation. Komplizierend komme hinzu, dass der Beschwerdeführer zudem unter einer psychischen Problematik leide. Dieser versichere glaubhaft, dass er nach einem Arbeitspensum von 50% unglaublich erschöpft sei und erst ins Bett müsse, um sich regenerieren zu können. In den letzten Monaten sei der Beschwerdeführer mehrfach psychisch sehr auffällig gewesen und habe zum Teil auch stationär behandelt werden müssen. Aktuell sei eine Tätigkeit im ausgeglichenen Arbeitsmarkt von mehr als 50% nicht machbar. Langfristig könne diese eventuell auch erhöht werden, wobei dies eher im geschützten Rahmen geschehen müsse.

3.1.9 Die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, wies im Aktenbericht vom 23. Oktober 2018 (AB 97) – wie bereits in der Stellungnahme vom 6. Juni 2018 (AB 86 S. 3) – auf eine (angebliche) Diskrepanz in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im MEDAS-Gutachten hin. Die Gutachter hätten die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, dass er in der Lage sei, ein 50%-iges Arbeitspensum zu erbringen, als durchaus realistisch bezeichnet. Gleichzeitig seien sie zum Schluss gekommen, dass in einer angepassten Tätigkeit eine 60%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Hierzu sei nochmals eine Stellungnahme der MEDAS-Gutachter einzuholen (S. 2). Weiter führte die RAD-Ärztin aus, es sei erstaunlich und widersprüchlich, dass der Beschwerdeführer trotz der von Dr. med. G. _____ im Bericht vom 7. September 2018 beschriebenen diagnostischen Progression der depressiven Störung seit März 2018 ein unverändertes Arbeitspensum absolviere. Zudem werde die Progression der depressiven Symptomatik als sehr abhängig von psychosozialen Belastungsfaktoren (Enttäuschung über das Ausmass der IV-Rente, Konflikte mit der Partnerin, Trennung von der Partnerin, Umstände des Versterbens des Vaters) dargestellt. Darüber hinaus impliziere die Benennung des Ausmasses der Rente durch den behandelnden Psychiater, dass dieser sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht von medizinisch-theoretischen, sondern von rein wirtschaftlichen Überlegungen des Beschwerdeführers habe leiten lassen. Zur weiteren Klärung des seit April 2018 bestehenden funktionellen Status sei Dr. med.

G._____ aufzufordern, eine Auflistung der psychiatrischen Medikation seit Januar 2018 einzureichen (S. 3).

Am 22. November 2018 nahm die RAD-Ärztin Dr. med. H._____ nochmals Stellung (AB 100) und hielt an ihren bisherigen Ausführungen fest.

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

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

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich vorab auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 1. März 2018 (AB 76.1) samt Stellungnahme vom 19. Juni 2018 (AB 88.1) gestützt.

Die Gutachter haben sich in ihren ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszu-

stand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das Gutachten vom 1. März 2018 (AB 76.1) samt Stellungnahme vom 19. Juni 2018 (AB 88.1) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben ausführlich begründet, dass der Beschwerdeführer (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) an einem Morbus Crohn, einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, und einem psychophysischen Erschöpfungszustand leidet (AB 76.1 S. 29 f. Ziff. 5.1). Weiter haben die Gutachter nachvollziehbar dargelegt, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar ist. Zudem haben sie schlüssig begründet, dass eine angepasste leichte bis nur selten mittelschwere Tätigkeit (wechselbelastend, vorwiegend sitzend, mehr stehend als gehend aber mit der Möglichkeit zwischendurch abzusetzen, mit der Möglichkeit die Arbeit jederzeit für einen Toilettengang zu unterbrechen) seit Mai 2017 (vgl. E. 3.5 hiernach) zu 60% zumutbar ist (Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60%, vollschichtig umsetzbar). Dabei wurde die Leistungsminderung plausibel mit dem erhöhtem Pausen- und Erholungsbedarf insbesondere aufgrund der erhöhten Stuhlfrequenz erklärt (S. 24 Ziff. 4.3.5, S. 29 Ziff. 4.5.5, S. 31 f. Ziff. 6.2, vgl. auch AB 88.1 S. 1 f.).

Soweit die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ im Aktenbericht vom 23. Oktober 2018 (AB 97) – wie auch in der Stellungnahme vom 6. Juni 2018 (AB 86 S. 3) – geltend macht, dass die (interdisziplinäre) Einschätzung einer 60%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Widerspruch stehe mit der Schlussfolgerung der Gutachter, dass die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, dass er 50% arbeitsfähig sei, realistisch sei, vermag dies – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 5 Ziff. 5) – am Beweiswert des MEDAS-Gutachtens nichts zu ändern. Wie bereits die Beschwerdegegnerin zutreffend ausgeführt hat (AB 107 S. 6), handelt es sich diesbezüglich um zwei verschiedene Beurteilungen. Zum einen haben sich die Gutachter zur Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers geäußert und dabei insbesondere das Bestehen von Inkonsistenzen im Status verneint. Zum anderen haben sie die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers medizinisch-theoretisch beurteilt. Ein eigentlicher Widerspruch ist

damit nicht ausgewiesen, womit sich auch die von der RAD-Ärztin beantragte Einholung einer weiteren Stellungnahme der Gutachter erübrigt (antizipierte Beweiswürdigung: BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2).

Ferner muss vorliegend nicht geprüft werden, ob die aufgrund der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, und dem psychophysischen Erschöpfungszustand attestierte 30%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit (AB 76.1 S. 13 Ziff. 4.1.5) aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht zu berücksichtigen ist (vgl. E. 2.2.2 hiavor). Denn die aus psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit deckt sich mit den aus somatischer Sicht festgestellten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (AB 76.1 S. 31 f.), womit sich eine Indikatorenprüfung hier erübrigt.

3.4 Der Bericht von Prof. Dr. med. D. _____ vom 12. September 2016 (AB 30), im welchem der behandelnde Facharzt aufgrund des Morbus Crohn resp. dessen Auswirkungen eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert hat (S. 2 f.), vermag die schlüssige Beurteilung der MEDAS-Gutachter nicht in Zweifel zu ziehen. Denn eine substantiierte Begründung der attestierten Arbeitsunfähigkeit fehlt in diesem Bericht. Zudem haben sich die MEDAS-Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 19. Juni 2018 (AB 88.1) mit dem besagten Bericht von Prof. Dr. med. D. _____ auseinandergesetzt und dargelegt, dass ihre höhere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit namentlich durch die eingetretene leichte bis mässiggradige Verbesserung im Vergleich zum Jahr 2016 zu erklären sei. Soweit Prof. Dr. med. D. _____ im Bericht vom 13. September 2018 (AB 95 S. 2) weiterhin eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert, ändert dies vorliegend – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 7) – nichts, weist er doch darin auf keine neuen, den MEDAS-Gutachtern nicht bekannten Elemente hin. Darüber hinaus scheint sich der Facharzt in seiner Beurteilung hauptsächlich auf die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers gestützt zu haben. Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht ist jedoch nicht die subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die versicherte Person, sondern die medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgebend.

Auch die Beurteilung von Dr. med. G. _____ vom 13. Dezember 2017 (AB 67) vermag den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens nicht zu schmälern. Abgesehen davon, dass dieser Bericht von einem behandelnden Facharzt erstattet worden ist, so dass der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass dieser im Zweifelsfall zu Gunsten des Versicherten aussagt (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470), ist nach der Rechtsprechung ein Administrativgutachten nicht stets in Frage zu stellen, bloss weil es zu anderen Einschätzungen als die behandelnden Ärzte gelangt. Vorbehalten bleiben Fälle, in welchen sich eine klärende Ergänzung oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 5. Juli 2019, 8C_229/2019, E. 5.1). Solche Aspekte werden im erwähnten Bericht nicht genannt und sind auch anderweitig nicht ersichtlich. Darüber hinaus haben sich die MEDAS-Gutachter in der Stellungnahme vom 19. Juni 2018 (AB 88.1 S. 2) zum besagten Bericht des behandelnden Psychiaters geäussert und schlüssig dargelegt, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% bis 60%, wie von Dr. med. G. _____ attestiert, aufgrund der Befundlage nicht bestätigt werden kann. Soweit der Beschwerdeführer (Beschwerde S. 6) unter Hinweis auf den Bericht von Dr. med. G. _____ vom 7. September 2018 (AB 93 S. 17 f.) geltend macht, dass sich sein psychischer Gesundheitszustand seit April 2018 verschlechtert habe, wies die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ (AB 97 S. 3; vgl. AB 100 S. 2) zu Recht darauf hin, dass die erwähnte Verschlechterung im Wesentlichen auf invalidenversicherungsrechtlich unbeachtlichen psychosozialen Belastungsfaktoren (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2) basiert. Damit ist die geltend gemachte Verschlechterung (aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht) nicht zu berücksichtigen, weshalb sich die von der RAD-Ärztin beantragte Einholung weiterer Auskünfte bei Dr. med. G. _____ (AB 97 S. 3; 100 S. 2) erübrigt. Letztlich bleibt darauf hinzuweisen, dass der behandelnde Psychiater im Bericht vom 7. September 2018 (AB 93 S. 17 f.) – wie bereits im Bericht vom 13. Dezember 2017 (AB 67) – advokatorisch auftritt, indem er ausführt, dass dem Beschwerdeführer ab August 2017 „nicht eine Viertels-, sondern eine halbe Rente zugesprochen werden muss“. Damit überschreitet er seinen Aufgabenbereich. Den Ausführungen dieses Arztes kann deshalb von Vornherein nur

sehr begrenzter Beweiswert zukommen (Entscheid des BGer vom 6. Juni 2018, 8C_79/2018, E. 4.2).

3.5 Hinsichtlich des Verlaufs des Gesundheitsschadens haben die MEDAS-Gutachter plausibel dargelegt, dass ihre Einschätzung einer 60%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten leichten bis nur selten mittelschweren Tätigkeit (wechselbelastend, vorwiegend sitzend, mehr stehend als gehend aber mit der Möglichkeit zwischendurch abzusetzen, mit der Möglichkeit die Arbeit jederzeit für einen Toilettengang zu unterbrechen) seit April 2015 gilt. Weiter haben sie schlüssig begründet, dass zwischen Dezember 2016 und April 2017 aufgrund einer (vorübergehenden) Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes (schwere depressive Episode) eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten ausgewiesen ist (AB 76.1 S. 32 Ziff. 6.3). Diese – unbestritten gebliebenen – Einschätzung steht im Einklang mit den vorliegenden medizinischen Akten (vgl. E. 3.1.2 und 3.1.3 hiervor).

Bezüglich der von den Gutachtern festgestellten Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes per Mai 2017 ist insbesondere festzuhalten, dass im Bericht der psychiatrischen Klinik F. _____ vom 27. April 2017 (AB 47 S. 2 ff.) über die Hospitalisation vom 7. Februar bis 7. April 2017 darauf hingewiesen wurde, dass sich der klinische Zustand des Beschwerdeführers gegen Ende des Aufenthalts markant verbessert habe (S. 4 oben). Zudem berichtete der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. G. _____ gegen Ende April 2017, „dass sich etwa Mitte März [2017] die Depression rasch gebessert habe, rund 2 Monate nach dem Stoppen der Remicade®-Medikation“ (AB 67 S. 1 Ziff. 1.4).

3.6 Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass die angestammte Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar ist. In einer angepassten leichten bis nur selten mittelschweren Tätigkeit (wechselbelastend, vorwiegend sitzend, mehr stehend als gehend aber mit der Möglichkeit zwischendurch abzusetzen, mit der Möglichkeit die Arbeit jederzeit für einen Toilettengang zu unterbrechen) besteht seit April 2015 eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60%. Dabei ist aufgrund einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes zwischen Dezember 2016 und April 2017 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten ausgewiesen. Ab Mai 2017 ist

wiederum von einer 60%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Diese Veränderungen stellen Revisionsgründe dar (vgl. E. 2.6 hiervor). Der Sachverhalt ist somit hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem Eventualantrag in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I 3) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung).

Nachfolgend ist der IV-Grad mittels Einkommensvergleichs zu ermitteln.

4.

4.1

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 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).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind,

hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach 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). Vorliegend ist seit April 2015 in der angestammten Tätigkeit eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit zwischen 50% und 100% ausgewiesen (vgl. AB 19 S. 7, 21 S. 4, 76.1 S. 32). Der frühest mögliche Rentenbeginn ist deshalb unter Berücksichtigung des Wartejahres und der Anmeldung im August 2015 (AB 1) in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf April 2016 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich durchzuführen.

4.3

4.3.1 Es ist unbestritten und erstellt, dass der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit weiterhin als ... bei der I._____ tätig wäre, weshalb das Valideneinkommen aufgrund des zuletzt – ohne Invalidität – erzielten Einkommens festzusetzen ist.

Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers (vgl. AB 19 S. 3 Ziff. 2.10) ermittelt und per 2014 auf Fr. 59'800.-- festgesetzt (AB 107 S. 6), was nicht zu beanstanden ist. Gegenteiliges wird vom Beschwerde-

führer denn auch nicht geltend gemacht. Dies ergibt auf das massgebliche Jahr 2016 aufgerechnet ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 60'381.15 (Fr. 59'800.-- : 102.9 x 103.9; Bundesamt für Statistik [BFS], Nominallöhne Männer 2011 – 2018, Tabelle T1.1.10, lit. G [Handel und Reparatur von Motorfahrzeugen]).

4.3.2 Der Beschwerdeführer hat – zumindest im Jahr 2016 (vgl. E. 4.5.2 hiernach) – keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen, weshalb das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne (LSE 2016) zu ermitteln ist.

Ausgehend von der Tatsache, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist, jedoch in einer angepassten Tätigkeit eine 60%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht (vgl. E. 3.3 und 3.5 hiervor), ist es vorliegend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen gestützt auf das Total des Kompetenzniveaus 1, Tabelle TA1, festgelegt hat, zumal dem Beschwerdeführer verschiedene Verweistätigkeiten in diversen Tätigkeitsgebieten offen stehen. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer beträgt Fr. 5'340.--. An die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [BUA], Total) angepasst und unter Berücksichtigung der 60%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit, resultiert daraus ein Invalideneinkommen von Fr. 40'082.05 (Fr. 5'340.-- : 40 x 41.7 x 12 x 0.6) im Jahr.

Der von der Beschwerdegegnerin zugestandene behinderungsbedingte Abzug von 15% (AB 107 S. 5) trägt allen einkommensbeeinflussenden Aspekten Rechnung und ist unter Berücksichtigung der durch den Morbus Crohn bedingten Diarrhoe sowie der Notwendigkeit, die Arbeit jederzeit für einen Toilettengang unterbrechen zu können, vertretbar. Es besteht somit kein Anlass, in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen. Ein höherer Abzug lässt sich – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (S. 9) – jedoch nicht begründen. Die behinderungsbedingten Einschränkungen und dabei insbesondere der erhöhte Pausenbedarf wurden im gewährten Abzug ausreichend berücksichtigt. Zudem ist bei Männern nicht mehr automatisch ein Abzug wegen Teilzeitbeschäftigung vorzunehmen (Entscheid des BGer vom 4. März 2019, 8C_561/2018, E. 4.3.1).

Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 34'069.75 (Fr. 40'082.05 x 0.85) im Jahr.

4.3.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 60'381.15 und einem Invalideneinkommen von Fr. 34'069.75 resultiert ein IV-Grad von gerundet 44% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Es besteht folglich ab April 2016 ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

4.4 Ab Dezember 2016 ist aufgrund der eingetretenen Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszustandes ein Revisionsgrund gegeben (vgl. E. 3.5 hiervor), welcher nach drei Monaten zu berücksichtigen ist (Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Ab diesem Zeitpunkt ist ein weiterer Einkommensvergleich durchzuführen.

Bei einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.5 hiervor) besteht ab März 2017 bei einem IV-Grad von 100% ein Anspruch auf eine ganze IV-Rente.

4.5 Ab Mai 2017 besteht in einer angepassten Tätigkeit eine 60%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. E. 3.3 und 3.5 hiervor). Diese gesundheitliche Verbesserung stellt wiederum einen nach drei Monaten zu berücksichtigenden (Art. 88a Abs. 1 IVV) Revisionsgrund dar (vgl. 2.6 hiervor). Damit ist ab diesem Zeitpunkt eine weitere Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.5.1 Das Valideneinkommen ist gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin (vgl. E. 4.3.1 hiervor) per 2017 auf Fr. 60'671.75 (Fr. 59'800.-- : 102.9 x 104.4; [BFS], Nominallöhne Männer 2011 – 2018, Tabelle T1.1.10, lit. G [Handel und Reparatur von Motorfahrzeugen]) festzusetzen.

4.5.2 Der Beschwerdeführer macht geltend, er befinde sich seit 1. März 2018 in einem stabilen unbefristeten Arbeitsverhältnis mit der J._____ AG mit einem 50%-igen Arbeitspensum, weshalb das Invalideneinkommen gestützt auf das tatsächlich erzielte Einkommen festzusetzen sei (Beschwerde S. 8; Beschwerdebeilage [BB] 10). Dieser Auffassung kann bereits deshalb nicht gefolgt werden, weil der Beschwerdeführer in dieser

Tätigkeit seine Restarbeitsfähigkeit von 60% nicht ausschöpft. Damit muss die Frage, ob dieses Arbeitsverhältnis eine angepasste Tätigkeit darstellt – was von der Beschwerdegegnerin bestritten wird (Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 9) –, nicht abschliessend beantwortet werden. Darüber hinaus bleibt festzuhalten, dass der Beschwerdeführer die Tätigkeit für die J. _____ AG erst im März 2018 aufgenommen hat (BB 10), womit das effektiv erzielte Einkommen auch deshalb nicht für die ab Mai resp. August 2017 durchzuführende Invaliditätsbemessung herangezogen werden kann. Die Aufnahme dieser Tätigkeit stellt mangels Ausschöpfung des Leistungsvermögens zudem keinen erwerblichen Revisionsgrund dar, weshalb ab dem Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme keine weitere Invaliditätsbemessung durchzuführen ist.

Damit ist das Invalideneinkommen mangels Aufnahme einer Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen weiterhin gestützt auf die Tabellenlöhne (LSE 2016, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Total) zu ermitteln (vgl. E. 4.3.2 hiervor). Dies ergibt auf das massgebende Jahr 2017 aufgerechnet, an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, BUA, Total) angepasst und unter Berücksichtigung der 60%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit ein Invalideneinkommen von Fr. 40'241.40 (Fr. 5'340.-- : 40 x 41.7 x 12 : 100.6 x 101 [BFS, Nominallöhne Männer 2016 – 2018, Tabelle T1.1.15, Total] x 0.6) im Jahr.

Beim Abzug von 15% (vgl. E. 4.3.2 hiervor) resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 34'205.20 (Fr. 40'241.40 x 0.85) im Jahr.

4.5.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 60'671.75 und einem Invalideneinkommen von Fr. 34'205.20 resultiert ein IV-Grad von gerundet 44%. Folglich besteht ab August 2017 ein Anspruch auf eine Viertelsrente (vgl. E. 2.2 hiervor).

4.6 Nach dem Dargelegten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab April 2016 eine Viertelsrente, ab März 2017 eine ganze IV-Rente und ab August 2017 eine Viertelsrente zugesprochen hat. Die gegen die angefochtene Verfügung erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

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):
 - Rechtsanwalt 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.