200 20 741 IV
SCI/SCC/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Juni 2021

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A._____
vertreten durch Fürsprech B._____

Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 24. August 2020

Sachverhalt:

A.

Der 1965 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war seit 1. März 2015 als ... für die C._____ tätig, als er am 19. September 2017 nach einem Epilepsie-Anfall mit folgendem Sturz eine Felsenbeinlängsfraktur links sowie eine Hirnkontusion erlitt (Dossier der Invalidenversicherung, [act. II] 1, 10.2/4, 13). Am 12. April 2018 meldete er sich bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an (act. II 1). Die IVB holte medizinische Berichte der behandelnden Ärzte sowie eine Stellungnahme vom 22. Januar 2019 von Dr. med. D._____, Fachärztin für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD; act. II 42/3 ff.), ein. Vom 30. April bis 27. Mai 2019 erfolgte eine Arbeitsmarktliche Massnahme (AMM) durch die Regionale Arbeitsvermittlung (RAV) in der Abklärungsstelle E._____ (act. II 53). Am 7. August 2019 erstellte die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ einen ärztlichen Bericht (act. II 61). Nachdem der Versicherte, vertreten durch Fürsprech B._____, gegen den Vorbescheid vom 21. August 2019 (act. II 62) Einwände erhoben hatte (act. II 65, 67), nahm die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ eine neurologische Untersuchung vor (Untersuchungsbericht vom 30. Januar 2020; act. II 74). Nach Durchführung des neuen Vorbescheidverfahrens (act. II 76) wurde dem Versicherten mit Verfügung vom 24. August 2020 – wie in Aussicht gestellt – eine ganze Rente befristet vom 1. Oktober 2018 bis 30. April 2019 zugesprochen (act. II 79, 87/17 f.).

B.

Am 25. September 2020 erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprech B._____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 24. August 2020 sei aufzuheben, die IV-Rente sei nicht per 30. April 2019 zu befristen. Eventuell seien die Akten an die Verwaltung zurückzuweisen zur Durchführung einer umfassenden Begutachtung.

Mit Beschwerdeantwort vom 5. November 2020 schliesst die IVB unter Verweis auf eine Stellungnahme des RAD vom 29. Oktober 2020 (Verfahrensakten) auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 3. März und Duplik vom 11. März 2021 halten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) 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 24. August 2020, mit welcher dem Beschwerdeführer eine ganze Rente befristet vom 1. Oktober 2018 bis 30. April 2019 zugesprochen wurde (act. II 79, 87/17 f.). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers (vgl. BGE 125 V 413).

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

2.4 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und anderseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2019 IV Nr. 2 S. 4 E. 2).

2.5 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).

3.

3.1 Aus medizinischer Sicht ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Bericht vom 22. September 2017 des Spitals F._____ wurden – anlässlich eines stationären Aufenthalts vom 19. bis 23. September 2017 – ein fokaler wahrscheinlich sekundär generalisierter epileptischer Anfall bei unklarer Läsion temporal rechts DD low-grade hirneigener Tumor ED 19. September 2017, eine Felsenbeinlängsfraktur links mit Hämatotympanon und paroxysmaler totaler AV-Block unklarer Ätiologie diagnostiziert (act. II 10.2/4).

3.1.2 Im Bericht vom 27. April 2018 diagnostizierten die Ärztinnen des Spitals F._____ das Folgende:

1. Sekundär generalisierter epileptischer Anfall am 19. September 2017 unklarer Ätiologie
   - Sturz mit Felsenbeinfraktur links mit Hämatotympanon und Verdacht auf Hirnkontusion im Gyrus temporales inferior rechts (DD niedriggradiges Gliom)
2. Zervikale Spinalkanalstenose HWK 4-6 mit Myelopathie
   - SSEP Februar 2018: Normalbefund
3. Paroxysmaler totaler AV-Block unklarer Ätiologie mit/bei
   - Bewusstseinsverlust und dokumentierte lange Pause
   - Vorbestehender bifaszikulärer Block
   - November 2016 Implantation 2-Kammer-Schrittmacher

Seit der letzten Konsultation habe der Patient keine vergleichbare Episode erlitten; er vertrage die aktuell installierte anfallsunterdrückende Therapie gut. Auch zeigten sich elektroenzephalographisch Normalbefunde. Die Ätiologie des sekundär generalisierten Anfalls vom September 2017 bleibe weiterhin unklar. Es werde aktuell empfohlen, die anfallsunterdrückende Medikation unverändert weiterzuführen (act. II 23/8 ff.).

3.1.3 Laut Operationsbericht des Spitals F._____ wurde am 8. August 2018 eine anteriore Mikrodiskektomie HWK 4/5 und 5/6 mit Cage-Einlage auf beiden Höhen und Platte HWK 4-6 durchgeführt (act. II 40/12 f.).

Im Bericht vom 17. September 2018 führten die Ärzte aus, es bestehe ein regelrechter Verlauf mit subjektiv deutlicher Regredienz der präoperativen Beschwerdesymptomatik mit Gangstörung und Zervikobrachialgie linksseitig (act. II 46/9 f.).

3.1.4 Im Bericht vom 11. März 2019 hielt Dr. med. G._____, Facharzt für Innere Medizin, welcher den Beschwerdeführer ab 23. Januar 2019 behandelte, fest, am 8. August 2018 sei eine Mikrodiskektomie HWK 4/5 und 5/6 sowie eine Versteifungsoperation HWK 4-6 erfolgt; der Beschwerdeföh-

rer sei zwar weiterhin anfallsfrei bezüglich Epilepsie, jedoch bestünden persistierende Kloni der Füsse und Beine bei gewissen Stellungen im Sitzen sowie intermittierende Gangstörungen. Eine Arbeit mit erhöhtem Sturzrisiko (…. sowie Arbeiten im Stehen und Gehen) werde in Zukunft kaum mehr möglich sein (act. II 46/3 f.).

3.1.5 In der Beurteilung vom 9. April 2019 führten die Ärzte des Spitals F._____ aus, unter der installierten und vom Patienten selbstständig in der Dosis reduzierten anfallsunterdrückenden Therapie seien keine erneuten anfallsverdächtigen Ereignisse aufgetreten. Es bestünden weiterhin intermittierend Kribbelparästhesien des linken Armes und der Unterschenkel/Füsse sowie klinisch die bekannte Tetrahyperreflexie. Bei der aktuellen MRI-Kontrolle im März 2019 habe sich ein kortikaler Parenchymdefekt mit angrenzender Gliose im Gyru temporalis inferior rechts gezeigt, vereinbar mit einem Status nach Kontusion ebendort. Die Ätiologie des sekundär generalisierten Anfalls vom September 2017 bleibe weiterhin unklar. Aufgrund der MR-tomografisch nachgewiesenen Läsion (DD ursächlich) bestehe ein erhöhtes Risiko für erneute Anfälle, daher sei die anfallsunterdrückende Therapie weiterzuführen und ein Absetzversuch müsse im Verlauf erneut diskutiert werden (act. II 52/2 ff.).

3.1.6 Im ärztlichen Bericht vom 7. August 2019 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ fest, zusammenfassend sei die qualitative Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers insbesondere durch die Folgen der cervikalen Myelopathie erheblich eingeschränkt. Berufliche Einschränkungen bestünden zusätzlich durch den aufgetretenen epileptischen Anfall im September 2017. Dem Beschwerdeführer sei seine bisherige Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar. Er sei in der Lage, leichte und gelegentlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten, hauptsächlich jedoch im Sitzen, auszuführen. Arbeiten mit permanentem Stehen seien nicht möglich. Längeres Gehen insbesondere auf unebenem Gelände müsse vermieden werden. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen der Halswirbelsäule (z.B. längeres Sitzen mit vorgeneigtem Kopf), stereotype Kopfbewegungen, Rotation im Sitzen/Stehen unter Gewichtsbelastung, das Heben von Lasten körperfern, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten, das Besteigen von Leitern, repetitives Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in

nach vorne geneigter Haltung sowie repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der HWS. In Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise könnten Gewichte von 10 bis 15 kg gehoben und getragen werden. Alle Arbeiten mit Absturzgefahr (auf Leitern, Gerüsten etc.) seien auf Grund des epileptischen Anfalles nicht möglich. Tätigkeiten, die eine sehr hohe Fingerfertigkeit voraussetzten, seien auf Grund der leichten Kribbelparästhesien der Hände nicht möglich. Die Möglichkeit zusätzlicher kurzer Pausen solle gegeben sein. Die Fahrtauglichkeit des Beschwerdeführers sei wieder gegeben (act. II 61/4). Eine derart angepasste Tätigkeit könne der Beschwerdeführer an 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen in der Woche mit einer Leistungsfähigkeit von 80 % ausüben. Dieses Zumutbarkeitsprofil gelte ab Februar 2019 (act. II 61/5).

Im Untersuchungsbericht vom 30. Januar 2020 diagnostizierte die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ einen einmaligen epileptischen Anfall (fokal beginnend mit sekundärer Generalisierung am 19. September 2017) unklarer Ätiologie, mit erheblichen Verletzungen (Hirnkontusion, Felsenbeinlängsfraktur), unter medikamentöser Therapie anfallsfrei, eine cervikale Myelopathie HWK 4/5 und HWK 5/6, operativ versorgt am 8. August 2018 mit persistierenden sensiblen Defiziten und Schmerzen, ein paroxysmaler totaler AV-Block unklarer Ätiologie, Zustand nach Implantation eines 2-Kammer-Schrittmachers im November 2016, ohne relevante kardiologische Leistungseinbussen sowie Schwindel, funktioneller Genese. Sie hielt fest, auffällig sei im Warteraum ein Zittern (Wippen) beider Beine gewesen; die Symptomatik sei im Untersuchungsraum sofort nach Beginn des Gesprächs bzw. nach Ablenken wieder sistiert gewesen. Es bestünden nachvollziehbar bewegungsabhängige Schmerzen im Bereich der HWS, z.T. mit Ausstrahlung in die BWS. Diese hätten sich seit der Operation der cervikalen Spinalkanalstenose wenig geändert. Bezüglich Epilepsie befinde sich der Beschwerdeführer in jährlicher Kontrolle. Unter der laufenden Therapie bestehe Anfallsfreiheit, sodass die Fahrtauglichkeit wieder gegeben sei. Dass sowohl die Arbeitsbelastung in der Abklärungsstelle (AMM) als auch der derzeit laufende ...- und ...kurs für den Beschwerdeführer anstrengend (gewesen) sei, sei aufgrund der Schul- und Berufsbiografie nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer sei immer als ... an eine körperlich sehr schwere Tätigkeit gewöhnt gewesen und sei mit Arbeiten, die eine gute Feinmoto-

rik und/oder Konzentration voraussetzten, überfordert, auch wenig gewillt und in der Lage, sich in eine solche einzubringen. Als Folge reagiere er mit Zunahme körperlicher Symptome (Schwindel, Schmerzen). Seitens der Neurochirurgie sei die Behandlung abgeschlossen. Auch kardiologisch und neurologisch bestehe ein stabiler Gesundheitszustand (act. II 74/6 f.). Es könne am Zumutbarkeitsprofil festgehalten werden (act. II 73/3; vgl. act. II 74/7).

In der im vorliegenden Verfahren von der IV-Stelle eingeholten und aufgelegten Stellungnahme vom 29. Oktober 2020 führte die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ aus, es bestehe keine Symptomatik, die eine psychiatrische Abklärung notwendig mache. Es lägen keine entsprechenden Störungen vor und die Notwendigkeit und/oder Empfehlung für die Aufnahme einer psychiatrischen Behandlung werde auch in keinem Arztbericht erwähnt. Die bestehende Restsymptomatik im Bereich der HWS sei in Folge der bestehenden Veränderungen folgerichtig und als persistierend einzuschätzen. Sie seien rein neurologisch erklärbar und seien im Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt worden. Andere Symptome, die eine orthopädische Abklärung notwendig machten, seien weder aus der Untersuchung noch gestützt auf die medizinischen Unterlagen ersichtlich gewesen. Der kardiologische Sachverhalt sei abgeklärt; die Leistungsfähigkeit auf kardiologischem Fachgebiet sei nicht eingeschränkt.

3.2

3.2.1 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).

3.2.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu-

chungen 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).

3.2.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2).

3.3 Der ärztliche Bericht der RAD-Ärztin Dr. med. D._____ vom 7. August 2019 sowie ihr neurologischer Untersuchungsbericht vom 30. Januar 2020 erfüllen die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Berichts (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Die Ausführungen und Feststellungen beruhen auf den medizinischen Akten der behandelnden Ärzte und einer eingehenden neurologischen Untersuchung. Die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ hat die medizinischen Befunde überzeugend dargelegt. Basierend darauf hat sie die zu stellenden Diagnosen und die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen bzw. die Diskussion, insbesondere auch zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit und zum Zumutbarkeitsprofil, schlüssig und einleuchtend dargestellt. Mithin erbringen die Berichte der RAD-Ärztin Dr. med. D._____ vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.3.1 Es steht gestützt auf die Akten der behandelnden Ärzte fest, dass der Beschwerdeführer einen fokalen wahrscheinlich sekundär generalisierten, epileptischen Anfall erlitt, bei welchem er stürzte und sich dabei weitere Verletzungen (insbesondere eine Felsenbeinfraktur) zuzog

(act. II 10.2/4). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, er sei zuerst gestürzt und habe in der Folge den epileptischen Anfall erlitten, so erscheint dieser Geschehensablauf zum einen wenig wahrscheinlich, zum anderen ist dies letztlich für die Beurteilung in der finalen Invalidenversicherung nicht entscheidend. Der Beschwerdeführer nimmt antiepileptische Medikamente ein (act. II 23/12). Anlässlich einer Kontrolle am 20. März 2018 diagnostizierten die Ärzte der Neurochirurgie des Spitals F._____ zusätzlich einen Verdacht auf Hirnkontusion im Gyrus temporalis inferior rechts (DD niedrig-gradiges Gliom; act. II 23/11), wobei bei einer grössenregredienten temporalen Kontusion im Rahmen des Schädelhirntraumas die Ärzte keine weiteren bildgebenden oder klinischen Kontrollen als indiziert erachteten (act. II 23/12). Laut Bericht vom 21. September 2018 lagen gestützt auf eine EEG unauffällige Befunde vor (act. II 40/11), wobei die Ätiologie des sekundär generalisierten Anfalls vom September 2017 weiterhin unklar blieb (act. II 52/4). Per Ende März 2019 wurde dem Beschwerdeführer die Fahreignung, welche während eines Jahres nicht gegeben war, nach persistierender Anfallsfreiheit und regelmässiger Medikamenteneinnahme wieder attestiert (act. II 52/2). Dass die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ im Bericht vom 7. August 2019 wie auch in der Beurteilung des Untersuchungsberichts vom 30. Januar 2020 davon ausging, es bestehe aus neurologischer Sicht ein stabiler Gesundheitszustand, überzeugt und ist schlüssig (act. II 61/4, 74/4).

Ferner lag eine multisegmentale zervikale Spinalkanalstenose mit Punktum Maximum und Myeolopathiesignal auf Höhe HWK 4/5 und 5/6 vor (act. II 23/12, 40/12, 52/2), welche laut Berichten vom 20. März und 27. April 2018 asymptomatisch bzw. unauffällig war (act. II 23/10 ff.); am 8. August 2018 erfolgte dann bei Klinik mit Hyperreflexie der oberen Extremität, bilateralen Kloni der Füsse sowie einer intermittierenden Gangstörung eine anteriore Mikrodiskektomie HWK 4/5 und 5/6 mit Cage-Einlage auf beiden Höhen und einer Platte HWK 4-6 (act. II 40/12). Der Verlauf war gemäss Bericht vom 17. September 2018 regelrecht mit deutlicher Regredienz der präoperativen Beschwerdesymptomatik (act. II 46/10), womit die Behandlung abgeschlossen wurde. Dies bestätigte Dr. med. D._____ auch in der schlüssigen Beurteilung des neurologischen Untersuchungsberichts vom 30. Januar 2020 (act. II 74/4). Die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ hielt im

Bericht vom 7. August 2019 fest, dass der Beschwerdeführer insbesondere aufgrund der Folgen der cervikalen Myelopathie erheblich in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist und mit einer Besserung nicht mehr gerechnet werden könne, was überzeugt (act. II 61/4). Die Beschwerden waren denn auch laut Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 29. Oktober 2020 reproduzierbar und die Restsymptomatik erachtete sie als persistierend, weshalb die Einschränkungen im Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt wurden (in den Gerichtsakten). Das vom Beschwerdeführer zur Diskussion gestellte Zittern beider Beine nahm die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ zur Kenntnis; sie mass diesen Beschwerden jedoch keine so grosse Bedeutung zu, dass dies zu weiteren Abklärungen Anlass geben könnte, was angesichts des klinischen Befundbilds mit Sistierung bei Ablenkung nicht zu beanstanden ist.

In kardiologischer Hinsicht lagen laut Bericht des Spitals F._____ anlässlich einer Herzschrittmacherkontrolle normale Befunde vor; der Beschwerdeführer sei komplett asymptomatisch und es sei zurzeit nicht von einem ischämischen Ereignis auszugehen. Der behandelnde Arzt empfahl denn auch vermehrte Aktivitäten im Freien und Velofahren (act. II 40/16). Gestützt auf diese Akten ging die RAD-Ärztin im Bericht vom 22. Januar 2019 nachvollziehbar davon aus, dass die Leistungsfähigkeit aus kardiologischer Sicht nicht eingeschränkt ist (act. II 42/6, 61/3). Aktuell angegebene Beschwerden (Bein- und Armschwäche, Tremor/Zittern, Krämpfe etc.) erachtete sie denn auch als im Zusammenhang mit der cervikalen Myelopathie stehend (act. II 42/6). Die Einschätzung, dass kardiologisch ein stabiler Gesundheitszustand besteht, bestätigte Dr. med. D._____ auch in der ausführlichen und schlüssigen Beurteilung des neurologischen Untersuchungsberichts vom 30. Januar 2020 (act. II 74/4).

3.3.2 Die Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. D._____ der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie die Formulierung des Zumutbarkeitsprofils im Bericht vom 7. August 2019 ist schlüssig und überzeugt. Es ist erstellt, dass der Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als ... nicht mehr ausüben kann. Mit Blick auf die Beschwerden ist zudem einleuchtend, dass ihm leichte, gelegentlich mittel schwere wechselbelastende Tätigkeiten, hauptsächlich im Sitzen und mit der Möglichkeit für zusätzliche kurze Pausen,

zumutbar sind, wobei eine angepasste Tätigkeit zu 8.5 Stunden pro Tag mit einer Leistungsfähigkeit von 80 % ausgeführt werden kann (act. II 61/5). Nicht möglich sind laut Zumutbarkeitsprofil Arbeiten permanent im Stehen oder mit längerem Gehen auf unebenem Gelände (act. II 61/5). Bei der Formulierung des Zumutbarkeitsprofils nahm die RAD-Ärztin denn auch Rücksicht auf die Restsymptomatik im Bereich der HWS, das geschilderte Wippen und die leichten Kribbelparästhesien der Hände, welche als Folge der Spinalkanalstenose erklärbar sind. Beachtet wurden auch die Ausschlusskriterien für Arbeiten bei einem Epilepsiepatienten. Dass dem Beschwerdeführer Zwangshaltungen der Halswirbelsäule, stereotype Kopfbewegungen, Rotation im Sitzen/Stehen unter Gewichtsbelastung, das Heben von Lasten körperfern, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten, das Besteigen von Leitern, repetitives Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung und Tätigkeiten, die eine sehr hohe Fingerfertigkeit voraussetzen, sowie repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der HWS, nicht mehr zumutbar sind, ist schlüssig und überzeugt (vgl. act. II 61/4). Ferner kann der Beschwerdeführer in Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise Gewichte von 10 bis 15 kg heben und tragen (act. II 61/4). Auf diese Einschätzung, an welcher die RAD-Ärztin auch im neurologischen Untersuchungsbericht vom 30. Januar 2020 festhielt (act. II 74/7), kann abgestellt werden.

3.3.3 Der Einwand des Beschwerdeführers, die Leistungen in der Abklärungsstelle E._____ seien nicht berücksichtigt worden, diskutierte die RAD-Ärztin im neurologischen Untersuchungsbericht vom 30. Januar 2020 eingehend (act. II 74/7); ihre Beurteilung, der Beschwerdeführer sei als ... an eine körperlich sehr schwere Tätigkeit gewöhnt und sei deshalb durch eine Arbeit mit anderen Anforderungen (Feinmotorik und Konzentration) bzw. durch die weitere Ausbildung (...- und ...kurs [act. II 74/7]) aufgrund rudimentärer Schulbildung (Grundschule bis zur 6. Klasse in ... [act. 15/2, 53/2]) überfordert, weshalb er mit Frustration durch Schmerzen und Perspektivlosigkeit reagieren könne (vgl. Stellungnahme vom 29. Oktober 2020 [in den Gerichtsakten]), ist nachvollziehbar. Mit dem Vorbringen, es seien Schwindelanfälle anlässlich der AMM in der Abklärungsstelle E._____ (Beschwerde S. 7) nicht berücksichtigt worden, hat sich die RAD-Ärztin auseinandergesetzt und auf die Befunde der ausführlichen neu-

rologischen Untersuchung berufen, wonach keine vestibuläre Symptomatik bzw. eine neurologisch getriggerte Schwindelsymptomatik vorgelegen habe (vgl. Stellungnahme vom 29. Oktober 2020 [in den Gerichtsakten]). Auch für die Notwendigkeit einer orthopädischen Abklärung liegen keine Hinweise vor; schmerzstillende Medikamente nimmt der Beschwerdeführer aus eigener Initiative ein, ohne dass aus medizinischer Sicht eine entsprechende Behandlung verordnet worden wäre (vgl. Stellungnahme vom 29. Oktober 2020 [in den Gerichtsakten]).

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht (Beschwerde S. 7 ff.), er sei psychiatrisch abzuklären, kann ihm nicht gefolgt werden. Entgegen seiner Meinung (Beschwerde S. 9) liegen keine Anhaltspunkte für eine psychische Störung vor; weder stellten die behandelnden Ärzte eine Indikation für eine psychiatrische Abklärung/Behandlung noch befand sich der Beschwerdeführer jemals in psychiatrischer Behandlung und/oder gibt es Hinweise, dass eine solche (von ihm) allenfalls in Erwägung gezogen worden wäre. Die RAD-Ärztin hat zutreffend und innerhalb der jedem Arzt oder Ärztin zustehenden Befähigung und Kompetenz der fachübergreifenden Grunderhebung auch die psychische Situation evaluiert. Ihre Einschätzung stimmt mit den behandelnden Ärzten überein und es besteht kein Anlass zur Beanstandung. Ebenso kann aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer nicht in der Lage gewesen ist, die Krankengeschichte chronologisch wiederzugeben und keine Angaben zu Symptomen und deren Auftreten zu machen (Beschwerde S. 8), – wie die RAD-Ärztin nachvollziehbar ausführt (vgl. Stellungnahme vom 29. Oktober 2020 [in den Gerichtsakten]) – keine gesundheitliche (psychiatrische oder neurologische) Störung abgeleitet werden. Die 80 Minuten dauernde neurologische Untersuchung erfolgte unter Beizug einer Dolmetscherin, weshalb eine sprachliche Problematik als Ursache hierfür entfällt; vielmehr muss von einer mangelnden Mitwirkung ausgegangen werden, hat der Beschwerdeführer doch, ohne dass sich dies medizinisch begründen liesse, auch Fragen zur Familie nicht (z.B. Alter der Mutter) bzw. rudimentär beantwortet (vgl. act. II 74/1). Die Beanstandungen des Beschwerdeführers, der medizinische Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt, vermögen somit nicht zu überzeugen. In antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236) kann auf weitere Beweismassnahmen verzichtet werden.

4.

4.1 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).

Frühestmöglicher Rentenbeginn ist nach Ablauf des Wartejahres (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) angesichts des epileptischen Anfalls vom 19. September 2017, welcher die vollständige Arbeitsunfähigkeit als ... nach sich zog, und nach Anmeldung vom 12. April 2018 (act. II 1/7; Art. 29 Abs. 1 IVG) der 1. Oktober 2018 (vgl. act. II 79/1).

4.2 Angesichts der gesundheitlichen Problematik attestierten die behandelnden Ärzte ab 19. September 2017 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. II 10.2/3, 23/3). Bei einem Rentenbeginn ab 1. Oktober 2018 und einer gesundheitlichen Problematik, welche bis Februar 2019 (act. II 61/5) nicht hinreichend lange wiederhergestellt wurde, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab 1. Oktober 2018 eine ganze Rente zusprach (act. II 79).

4.3 Gemäss der überzeugenden Einschätzung der RAD-Ärztin ist ab Februar 2019 (sechs Monate nach HWS-Operation; vgl. act. II 40/12) von einer vollen Arbeitsfähigkeit und einer Leistungsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (act. II 61/5), weshalb per Ende April 2019 (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) eine Revision zu erfolgen hat (vgl. E. 2.4 hiervor).

4.4

4.4.1 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).

4.4.2 Laut Fragebogen für Arbeitgebende hätte der Beschwerdeführer als ... ab Januar 2018 einen Lohn von Fr. 69'940.-- erzielt (act. II 13/3 Ziff. 2.10). Dieses Einkommen ist auf das Jahr 2019 zu indexieren (Nominallohnindex, Männer, 2016-2020, Bst. F Baugewerbe/Bau, 2018: 101.2, 2019: 102.2), was Fr. 70'631.10 ergibt.

4.5

4.5.1 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; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

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).

4.5.2 Da der Beschwerdeführer keine angepasste Tätigkeit aufgenommen hat, ermittelte die Beschwerdegegnerin das hypothetische Invalideneinkommen zu Recht gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE 2018, Tabelle TA1_tirage_skill-level, monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Total, Männer, von Fr. 5'417.--. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche, aufgerechnet auf ein Jahr und indexiert auf das Jahr 2019 (Nominallohnindex, Männer, 2016-2020, Total, 2018: 101.5; 2019: 102.4) sowie unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit von 80 % ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 54'694.05 (Fr. 5'417.-- / 40 x 41.7 x 12 / 101.5 x 102.4 x 0.8 = Fr. 54'694.05).

Es liegen keine Merkmale vor, welche einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigten. Die bereits in der Beurteilung der Leistungsfähigkeit aus medizinischer Sicht enthaltene Einschränkung kann nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfliessen (vgl. SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2). Das Alter des Beschwerdeführers (Jg. 1965) wirkt sich nicht (zwingend) lohnsenkend aus, werden doch Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) altersunabhängig nachgefragt. Sodann erfordern einfache Tätigkeiten weder gute Sprachkenntnisse noch ein besonderes Bildungsniveau (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 3. Januar 2018, 8C_434/2017, E. 7.3.2). Es liegt deshalb kein Grund vor, um in das Ermessen der Beschwerdegegnerin einzugreifen, welche keinen Abzug vom Tabellenlohn vornahm (vgl. act. II 76/4).

Selbst wenn jedoch zufolge des Umstands, dass der Beschwerdeführer keine Schwerarbeit mehr verrichten kann und eine neue Stelle zudem diversen Anforderungen genügen muss, ein Abzug zu gewähren wäre, so beliefe sich dieser auf nicht mehr als 10 %, was am Ergebnis nichts ändern würde (vgl. E. 4.6 hiernach).

4.6 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 70'631.10 und einem Invalideneinkommen von Fr. 54'694.05 resultiert eine Einbusse von Fr. 15'937.05 und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 23 % (Fr. 15'937.05 / Fr. 70'631.10 x 100 % = 22.5 %).

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 70'631.10 und einem Invalideneinkommen – nach einem Abzug vom Tabellenlohn von 10 % – von Fr. 49'224.65 (Fr. 54'694.05 x 0.9 = Fr. 49'224.65) resultieren eine Einbusse von Fr. 21'406.45 und damit ein Invaliditätsgrad von maximal 30 % (Fr. 21'406.45 / Fr. 70'631.10 x 100 = 30.3 %).

5.

5.1 Die Beurteilung einer Erwerbsunfähigkeit richtet sich gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen, was auch im Revisionsfall (Art. 17 Abs. 1 ATSG) gilt. Nicht gesundheitlich bedingte Eingliederungshindernisse haben daher bei der Invaliditätsbemessung auch im Revisionszusammenhang ausser Acht zu bleiben. Daher geht die ständige Rechtsprechung vom Regelfall aus, der darin besteht, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist; praktisch bedeutet dies, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden kann, und zwar auch bei langjährigem Rentenbezug. Diese Rechtsprechung entspricht dem Grundsatz "Eingliederung statt Rente", wonach grundsätzlich keine Invalidenrente zugesprochen oder weiterhin ausgerichtet werden darf, solange und sobald eine Eingliederung einen rentenanspruchserheblichen Erfolg verspricht (SVR 2016 IV Nr. 27 S. 82 E. 5.1, 2011 IV Nr. 30 S. 88 E. 4.2.2).

Gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts ist jedoch bei Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll und die während mindestens fünfzehn Jahren eine Rente bezogen oder das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente auszurichten, bis mit Hilfe medizinisch-rehabilitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann, weil in jedem Einzelfall feststehen muss, dass

die (wiedergewonnene) Erwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (erneut) verwertbar ist (BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211, 141 V 5 E. 4.1 S. S. 7; SVR 2019 IV Nr. 38 S. 121 E. 5.2, 2016 IV Nr. 27 S. 81 E. 5.1, 2011 IV Nr. 30 S. 88 E. 4.2.1 und 4.2.2, Nr. 73 S. 222 E. 3.3).

Die Rechtsprechung, wonach es bei der wiedererwägungs- oder revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei zurückgelegtem 55. Altersjahr oder mehr als 15 Jahre dauerndem Rentenbezug grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen gilt, kommt auch dann zur Anwendung, wenn zeitgleich mit der Rentenzusprache über deren Befristung und/oder Abstufung befunden wird. Auch in solchen Fällen ist die Rente weiter auszurichten (BGE 145 V 209 E. 5.4 S. 214; Entscheid des BGer vom 19. Mai 2020, 8C_80/2020, E. 2.3.3).

5.2 Mit schlüssigem ärztlichen Bericht vom 7. August 2019 (act. II 61/2 ff.) setzte die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ die Arbeits- und Leistungsfähigkeit fest und formulierte das überzeugende Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.3 hiervor). In der Folge erging der Vorbescheid vom 21. August 2019 (act. II 62) gegen den der Beschwerdeführer Einwände erhob (act. II 67). Da der Beschwerdeführer eine ungenügende medizinische Abklärung bemängelte, veranlasste die Beschwerdegegnerin am 29. Januar 2020 eine neurologische Untersuchung durch die RAD-Ärztin Dr. med. D._____, wobei sie im Untersuchungsbericht vom 30. Januar 2020 festhielt, es seien die unstrittig bestehenden Defizite beschrieben und gewürdigt sowie die daraus resultierenden Einbussen im erstellten Zumutbarkeitsprofil vom 7. August 2019 berücksichtigt worden; daran könne auch nach der Untersuchung unverändert festgehalten werden (act. II 74/7, vgl. auch E. 3.3.2 vorstehend). Danach erliess die Beschwerdegegnerin am 5. Februar 2020 einen erneuten Vorbescheid (act. II 76).

Das Bundesgericht liess in BGE 145 V 209 E. 5.4 S. 214 die Frage, welches der für die Ermittlung des Eckwerts des 55. Altersjahres massgebliche Zeitpunkt sein soll, - der Zeitpunkt der Verfügung selbst, derjenige der darin verfügten Rentenabstufung bzw. -aufhebung oder jener des Feststehens der entsprechenden medizinischen Zumutbarkeit - ausdrücklich offen. Massgeblich sein muss derjenige Zeitpunkt, in dem der betroffenen Person aus einer objektiven Sicht hinreichend klar sein konnte bzw. musste, dass

und über welches Leistungsprofil sie verfügt. Spätestens ab diesem Zeitpunkt hat sie im entsprechenden Rahmen und aus eigenem Antrieb die schadenmindernden Eingliederungsbemühungen aufzunehmen. Für die sich hier stellende Frage kann deshalb nicht allgemeingültig etwa an den letzten formellen Akt, d.h. die eine befristete Rente zusprechende, angefochtene Verfügung angeknüpft werden. Zumal der Erlass einer solchen Verfügung hinsichtlich ihres Zeitpunkts nicht frei von verzögernden Beeinflussungsmöglichkeiten seitens der versicherten Person ist.

Im vorliegenden Fall wurde dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 21. August 2019 die (nur) befristete Zusprache einer Invalidenrente in Aussicht gestellt (act. II 62). Spätestens in diesem Zeitpunkt hatte der Beschwerdeführer Kenntnis des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit (BGE 138 V 457). Daran ändern auch die dagegen erhobenen Einwände (act. II 65, 67) und die vom RAD zu deren Prüfung vorgenommene Untersuchung des Beschwerdeführers nichts (vgl. E. 3.3.2 vorstehend). Schliesslich erging selbst der neuerliche Vorbescheid vom 5. Februar 2020 (samt Untersuchungsbericht des RAD vom 30. Januar 2020; act. II 76) noch vor dem 55. Geburtstag (Geburtsdatum TT. Februar 1965) des Beschwerdeführers. Die Rechtsprechung, wonach es bei der wiedererwägungs- oder revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei zurückgelegtem 55. Altersjahr oder mehr als 15 Jahre dauerndem Rentenbezug grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen gilt, kommt hier damit nicht zur Anwendung und die Befristung der Rente ist nicht zu beanstanden.

6.

Es ist zusammenfassend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die ganze Rente per 30. April 2019 (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) befristet hat. Die angefochtene Verfügung vom 24. August 2020 (act. II 79) ist rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

7.

7.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1bis IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) 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) und aus dem Kostenvorschuss von Fr. 1000.-- zu leisten; Fr. 200.-- sind ihm zurückzuzahlen.

7.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- entnommen. Fr. 200.-- werden dem Beschwerdeführer nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):
   - Fürsprech 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.