

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 13. November 2015 abgewiesen (8C_704/2015).

200 14 174 IV
FUR/PES/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. August 2015

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. Januar 2014



Sachverhalt:

A.

Der 1954 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im März 2008 bei der Invalidenversicherung zum Bezug von IV-Leistungen für Erwachsene an und beantragte Berufsberatung, Umschulung auf eine neue Tätigkeit sowie eine Rente. Seit Anfang April 2007 leide er an Hüft- und Kniebeschwerden sowie an Beschwerden im Bereich der Arme und Fingergelenke. Er sei gelernter ... und seit dem 1. November 1993 selbständigerwerbend (Antwortbeilage [AB] 1).

Mit Mitteilung vom 20. März 2008 gewährte die IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) dem Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form von Eingliederungsberatung (AB 4) und nahm erste Abklärungen vor (AB 9 – 12, 14, 17, 18). Mit Schlussbericht vom 1. September 2008 schloss die IV-Stelle das Dossier in der beruflichen Eingliederung wieder, u.a. mit der Feststellung, dass es sich der Versicherte kaum vorstellen könne, in einem Anstellungsverhältnis oder in einem anderen beruflichen Kontext tätig zu sein (AB 19).

Auf Antrag ihres Abklärungsdienstes (AB 20) unterbreitete die IV-Stelle das Dossier in der Folge dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, zur Stellungnahme (AB 21). U.a. gestützt auf dessen Stellungnahme und die eigenen Erhebungen im Geschäft des Versicherten vom 11. September 2008 erstellte der Abklärungsdienst am 19. März 2009 einen Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende (AB 27).

Mit Vorbescheid vom 1. April 2009 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht. Es bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (AB 28). Hiergegen erhob der Versicherte unter Hinweis auf weitere medizinische Abklärungen am 14. April 2009 Einwand (AB 29).

Mit Verlaufsbericht von Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 1. Juli 2009 wurde eine Hüftarthroskopie rechts in Aussicht gestellt (AB 31), welche schliesslich am 1. Oktober 2009 im Spital Aarberg stattfand (vgl. AB 36, 39, 43).

Die IV-Stelle unterbreitete das Dossier in der Folge am 2. Juni 2010 erneut (vgl. AB 21, 32) dem RAD (AB 48) und anschliessend ihrem Abklärungsdienst (55) zur Stellungnahme.

Mit neuem Vorbescheid vom 23. November 2010 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Ausrichtung einer per 31. Juli 2010 befristeten ganzen Invalidenrente ab dem 1. Juli 2009 in Aussicht (AB 56).

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch E._____, am 23. Dezember 2010 Einwand (AB 61) und reichte in der Folge zahlreiche neue medizinische Berichte ein (AB 63, 65, 66, 68). Mit Schreiben vom 10. Februar 2012 hob die IV-Stelle ihren Vorbescheid vom 23. November 2010 wieder auf (AB 72).

Nach Eingang weiterer medizinischer Unterlagen (AB 74, 76, 79) unterbreitete die IV-Stelle das Dossier erneut dem RAD, Dr. med. C._____, und anschliessend ihrem Abklärungsdienst zur Stellungnahme (AB 80, 81).

Am 22. Mai 2012 erliess die IV-Stelle einen neuen Vorbescheid und stellte dem Versicherten die Ausrichtung einer per 31. Juli 2010 befristeten ganzen Invalidenrente ab dem 1. Oktober 2009 in Aussicht (AB 83).

Gegen diesen Vorbescheid erhob der Versicherte, neu vertreten durch Fürsprecher B._____, innert der bis 31. August 2012 gewährten Nachfrist (vgl. AB 86) wiederum Einwand (AB 96).

Nach Eingang weiterer medizinischer Akten und Stellungnahmen (AB 98 – 102), insbesondere auch zur Implantation einer OSG-Totalendoprothese rechts am 20. Februar 2013 (siehe AB 102 S. 6), legte die IV-Stelle das Dossier erneut Dr. med. C._____ vom RAD vor. Dieser kam zum Schluss, dass an der RAD-Stellungnahme vom 20. Dezember 2012 (AB 100) vollumfänglich festgehalten werden könne (AB 104).

Der Versicherte liess in der Folge weitere medizinische Berichte zu den Akten reichen (AB 106). Diese wurden wiederum dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet, welcher zum Schluss kam, dass auch unter Berücksichtigung dieser Unterlagen am Vorbescheid vom 22. Mai 2012 festgehalten werden könne (AB 111).

Mit Schreiben vom 11. Januar 2014 reichte der Rechtsvertreter des Versicherten eine Orientierungskopie des Feedbacks durch Prof. Dr. med. F. _____ bezüglich Facettengelenksinfiltration L5/S1 beidseits tiefintraartikulär vom 9. Dezember 2013 zu den Akten (AB 116).

Mit Verfügung vom 17. Januar 2014 sprach die IV-Stelle dem Versicherten ihrem Vorbescheid vom 22. Mai 2012 (AB 83) entsprechend für die Zeit ab dem 1. Oktober 2009 bis 31. Juli 2010 eine befristete ganze Invalidenrente zu (AB 119).

B.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Fürsprecher B. _____, am 19. Februar 2014 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Invalidenrente ab dem 1. Juni 2008 zuzusprechen. Eventuell: Die Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente in gerichtlich zu bestimmendem Umfang seit wann rechtens zuzusprechen. Subeventuell: Die Verfügung sei aufzuheben und die Sache sei zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. März 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 17. Januar 2014 (AB 119). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat und dabei insbesondere, ob die Verwaltung einen Rentenanspruch für die Zeit vor dem 1. Oktober 2009 und für die Zeit nach dem 31. Juli 2010 zu Recht verneint hat. Mit der rückwirkenden Zusprechung einer befristeten Invalidenrente wird ein Rechtsverhältnis im anfechtungs- und streitgegenständlichen Sinne geregelt. Im Falle der Anfechtung eines solchen Entscheides ist die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt. 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 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 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 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, 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 andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

2.4 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.5 Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe

der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195).

2.6 In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität vermögen die subjektiven Angaben der versicherten Person eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht ohne Weiteres rechtsgenügend nachzuweisen, sondern es hat stets eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296).

2.7 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

2.8 Solange keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich sind, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermöchten, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweis-

würdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte und Ärztinnen einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (Entscheid des BGer vom 26. Juli 2011, 8C_278/2011, E. 5.3). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

2.9 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. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

Der RAD steht den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Er setzt die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Entscheid des BGer vom 3. Oktober 2014, 8C_197/2014, E. 4.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für

die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur „bei Bedarf“ selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Entscheid des BGer vom 25. März 2011, 9C_58/2011, E. 2.2).

2.10 Die versicherte Person hat von Bundesrechts wegen keinen formellen Anspruch auf Beizug eines versicherungsexternen Gutachtens, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Es ist auch im Lichte der von Art. 6 Ziff. 1 EMRK gewährleisteten Verfahrensgarantien grundsätzlich zulässig, den Entscheid ausschlaggebend oder gar ausschliesslich auf verwaltungsinterne Abklärungen zu stützen (BGE 123 V 175 E. 3d S. 176, 122 V 157 E. 2c S. 165). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den die Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). In einem solchen Vorgehen liegt kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 BV (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236). Auch das Fairnessgebot von Art. 6 Ziff. 1 EMRK gewährt in diesem Zusammenhang keinen zusätzlichen Schutz (BGE 124 V 90 E. 4b S. 94).

3.

3.1 Gemäss den medizinischen Akten lagen beim Beschwerdeführer im Jahr 2008, dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. E. 5.1 hiernach), im Bereich der unteren Extremitäten eine sekundäre Coxarthrose links mit partieller Femurkopfnekrose, eine Coxarthrose rechts sowie eine Gonarthrose rechts bei einem Status nach Menishektomie 2003

vor (AB 21 sowie AB 12, 14, 17, 18). Bezüglich Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stimmten die Ärzte darin überein, dass dem Beschwerdeführer körperlich belastende Tätigkeiten wie seine bisherige Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar seien (AB 21 S. 4 f., 18 S. 2 f., 17 S. 3, 14 S. 3). Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit äusserte sich einzig Dr. med. C._____ in seinem RAD-Bericht vom 9. Dezember 2008 explizit. Eine solche sei dem Beschwerdeführer nach wie vor zu einem vollen Pensum zumutbar, allenfalls mit einer gewissen Leistungsminderung (AB 21 S. 4).

3.2 Am 1. Oktober 2009 wurde beim Beschwerdeführer aufgrund eines femoroacetabulären Pincer- und Cam-Impingements rechts mit Labrumruptur und einem Status nach reversibler Femurkopfnekrose rechts eine Hüftarthroskopie rechts durchgeführt (AB 39 S. 4). Mit Verlaufsbericht vom 7. Januar 2010 hielt der behandelnde orthopädische Chirurg Dr. med. D._____ fest, aufgrund des erfreulichen Resultates könne mit einer dauerhaften Verbesserung im Alltag gerechnet werden. Der Beschwerdeführer werde jedoch wahrscheinlich auch in Zukunft im körperlich belastenden bisherigen Beruf nicht mehr arbeitsfähig sein. In drei Monaten finde eine erneute Konsultation mit diesbezüglich abschliessender Beurteilung statt. Der Beschwerdeführer befinde sich noch in der Rehabilitationsphase; aktuell sei noch nicht an eine Arbeitsaufnahme zu denken (AB 39 S. 3). Anlässlich der erneuten Konsultation vom 6. April 2010 hielt Dr. med. D._____ fest, aufgrund des sehr erfreulichen Ergebnisses nach der Hüftarthroskopie rechts vom 1. Oktober 2009 werde die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ab dem 1. Mai 2010 für einen angepassten Beruf auf 0% gesetzt. Für körperlich belastende Tätigkeiten wie z.B. die früher ausgeübte ... sei der Beschwerdeführer auch zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht einsetzbar. Es sei nicht zu erwarten, dass sich die Belastungsfähigkeit in Zukunft noch einmal verbessere (AB 43 S. 4).

Mit Bericht vom 3. Juni 2010 hielt Dr. med. C._____ vom RAD in Würdigung der Akten fest, es sei absolut nachvollzieh- und medizinisch begründbar, dass dem Beschwerdeführer auch nach der Hüftarthroskopie vom 1. Oktober 2009 die bisherige Tätigkeit als ... nicht mehr zugemutet werden könne, respektive nur noch der administrative Anteil. Zumutbar seien körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten gemäss dem Zumut-

barkeitsprofil in seinem Bericht vom 9. Dezember 2008 (vgl. AB 21). Eine entsprechende Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zu einem vollen Pensum mit einer maximalen Leistungsminderung von 15 – 20% zumutbar (AB 48 S. 2).

3.3 Am 11. November 2010 diagnostizierte Dr. med. G._____, Facharzt für Neurologie FMH, beim Beschwerdeführer eine vorwiegend sensible, wahrscheinlich gemischt axonale und demyelinisierende Polyneuropathie, möglicherweise (post-)äthylisch bei seit längerem sockenförmiger Missempfindung und Falltendenz bei geschlossenen Augen unter der Dusche (AB 63 S. 3).

Am 4. Januar 2011 wurde eine Knochendichtemessung durchgeführt. Diese ergab als Diagnose eine Osteomalazie mit sekundärem Hyperparathyreoidismus. In der Hüfte wurde eine Osteoporose nachgewiesen. Der untersuchende Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie FMH, kam in der Folge zum Schluss, eine spezifische Behandlung mit einem Bisphosphonat sei nebst suffizienter Kalzium- und vor allem Vitamin D-Supplementation indiziert (AB 63 S. 2).

In seinem Bericht vom 13. Januar 2011 (AB 65 S. 2 ff.) hielt Dr. med. H._____ aufgrund seiner mehrfachen konsiliarischen Untersuchungen des Beschwerdeführers fest, die von diesem geklagten belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich der unteren Extremitäten hätten wahrscheinlich mehrere Ursachen. Einerseits fänden sich Hinweise auf eine (eher diskrete) Osteomalazie. Ursächlich hierfür dürfte gemäss Dr. med. H._____ vor allem eine mangelnde alimentäre Zufuhr von Vitamin D und wahrscheinlich auch eine ungenügende Sonnenlichtexposition bei bekanntem Äthylabusus sein. Assoziiert zu dieser letztgenannten Problematik zeige sich auch eine deutlich verminderte Muskelmasse, was gemäss Dr. med. H._____ ebenfalls zu den Belastungsschmerzen beitragen dürfte. Die degenerativen Veränderungen im Bereich der Hüfte, des rechten Knies und auch des rechten Sprunggelenks erachte er hingegen als an sich noch im Rahmen der Altersnorm und höchstens mässiggradig ausgebildet. Sicherlich bestehe hier keine Operationsindikation. Der Beschwerdeführer nehme im Übrigen kaum Schmerzmittel ein, da er gegen Medikamente sei. Im Weiteren fänden sich beim Beschwerdeführer Zeichen einer

wohl ebenfalls äthylbedingten peripheren Polyneuropathie, welche ebenfalls einen Teil der Symptomatik erklären könne. Therapeutisch sei (neben einer Sistierung des Äthyl- und vor allem auch des Nikotinkonsums) eine Behandlung mit Kalzium und Vitamin D angezeigt, im Weiteren mit Blick auf eine stattgehabte LWK-Fraktur eine Behandlung mit einem Bisphosphonat sowie analgetisch mit Dafalgan symptomorientiert (AB 65 S. 2 f.).

3.4 Nachdem sich bei den Abklärungen bezüglich peripherer Polyneuropathie eine pathologische Serologie bezüglich *Borrelia burgdorferi* fand (vgl. AB 66 S. 2), wurde bei Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, eine diesbezügliche Beurteilung eingeholt mit dem Ergebnis, dass sich klinisch kein Substrat für eine Lyme-Borreliose finde. Ein Zusammenhang zwischen den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden am Bewegungsapparat und am peripheren Nervensystem mit einer Lyme-Borreliose könne ausgeschlossen werden. Der serologische Befund sei als "Narbe ohne Krankheitswert" zu beurteilen (AB 68 S. 3; siehe auch AB 76 und 79 S. 7).

3.5 Ein MRI der Lendenwirbelsäule vom 3. Februar 2012 ergab als Befund degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit bereits älterer Fraktur an der Deckplatte des 2. Lendenwirbelkörpers, leicht aktivierter Schmorlscher Impression auf Höhe des 12. Brustwirbelkörpers, ebenso leicht aktivierter linkslateraler Osteochondrose LWK5/SWK1 und bis mässig aktivierten periartikulären synovialen Proliferationen bei Intervertebralarthrose, wobei diese Veränderungen zusammengenommen lokoregionär durchaus symptomatisch sein könnten. Eine definitive osteo- oder diskogene Neurokompression fände sich im Liegen allerdings ebenso wenig wie ein Anhaltspunkt für eine tiefthorakale Myelopathie oder eine lumbale Mono- bzw. Polyradikulitis (AB 79 S. 11).

Am 12. Februar 2012 wurde der Beschwerdeführer in die Sprechstunde von Prof. Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Spezialgebiet Hüft- und Beckenchirurgie, zur spezialärztlichen Untersuchung aufgeboten. Im entsprechenden Bericht vom 15. Februar 2012 ist diesbezüglich festgehalten, radiologisch sowie auch anamnestisch bestehe der hochgradige Verdacht auf eine symptomatische Coxarthrose beidseits, rechtsbetont. Allerdings

liessen sich beide Hüftgelenke passiv schmerzfrei und vollumfänglich bewegen. Auffällig sei vor allem die Schmerzauslösung bei aktiver Bewegung. Es empfehle sich deshalb zu versuchen, die muskuläre Dysbalance mit Abduktorenschwäche und Psoasverkürzung mit Physiotherapie auszugleichen. Bei unveränderter Beschwerdepersistenz werde eine allfällige HTP-Implantation im Detail zu besprechen sein (AB 74 S. 8).

Am 28. Februar 2012 durchgeführte bildgebende Untersuchungen der rechten unteren Extremität (AB 79 S. 8 f.) ergaben neben einer beginnenden Varusgonarthrose mit begleitender medialer Meniskusläsion (siehe auch AB 80 S. 4) eine schwere Arthrose im oberen und unteren Sprunggelenk (AB 79 S. 9).

Mit Bericht vom 10. September 2012 hielt Dr. med. K. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, fest, dass die Facettengelenksinfiltration L4/S1 beidseits, die er am 13. Juni 2012 durchgeführt habe, dem Beschwerdeführer nur teilweise geholfen habe. Die Rückenschmerzen seien etwas gelindert, würden jedoch gemäss Beschwerdeführer bei Gartenarbeit, vor allem beim Bücken oder längeren Stehen oder Sitzen, noch auftreten. Er empfehle das Weiterführen der physiotherapeutischen Behandlung. Wegen der OSG-Arthrose rechts sei anscheinend eine Operation bei Dr. med. L. _____ geplant. Nachkontrollen in seiner Sprechstunde seien vorläufig nicht vorgesehen. Die durchgeführte Infiltration oder je nach Klinik eine zusätzliche peridurale Infiltration könnten bei Bedarf bis zu dreimal im Jahr wiederholt werden (AB 98 S. 2 f.).

Am 10. Oktober 2012 fand in der Sprechstunde von Prof. Dr. med. J. _____ eine erneute Untersuchung des Beschwerdeführers statt mit der Beurteilung, es sei weiterhin nicht klar, weshalb der Beschwerdeführer seine muskuläre Schwäche nicht verbessern könne. MR-mässig würden zwar leichte Schäden im Gelenk auffallen, die Hauptbelastungszone sei jedoch noch in gutem Zustand. Daneben habe auch die Infiltration keine Linderung gebracht. Man müsse deshalb weiterhin davon ausgehen, dass die Schmerzen extraartikulärer Genese seien. Der Patient solle mit der Physiotherapie weiterfahren und sich nach Abschluss der Behandlung des oberen Sprunggelenks erneut melden (AB 99 S. 2 f.).

3.6 Gemäss Operationsbericht vom 21. Februar 2013 von Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, wurde dem Beschwerdeführer am 20. Februar 2013 eine OSG-Totalendoprothese implantiert (AB 102 S. 6 ff.). Bezüglich Procedere wurden initial zwei Tage Bettruhe vorgesehen sowie das Tragen einer Vacoped-Orthese für sechs Wochen mit schmerzadaptierter Vollbelastung sowie ab der siebten Woche Physiotherapie mit Stretching und Stärkung der Wadenmuskulatur (AB 102 S. 8).

Gemäss Sprechstundenbrief von Dr. med. L. _____ vom 18. März 2013 konnte bei bereits schmerzfreier Vollbelastung in der Vacoped-Orthese die vorgesehene mobilisierende Physiotherapie schon auf die Zeit ab der fünften postoperativen Woche vorverlegt werden (AB 102 S. 4 f.).

Am 31. Juli 2013 fand in der Sprechstunde von Prof. Dr. med. J. _____ eine erneute Untersuchung des Beschwerdeführers statt. Bezüglich Anamnese wurde im entsprechenden Bericht vom 5. August 2013 festgehalten, der Beschwerdeführer berichte, seine Schmerzen seien seit der Hüftarthroskopie 2009 zwar deutlich besser geworden, würden ihn aber trotzdem in seinem täglichen Leben stören. Der Beschwerdeführer klage über gelegentliche Nachtschmerzen; er könne auf der rechten Seite nicht schlafen. Zudem würden schon bei kürzeren Strecken Schmerzen auftreten. Es bestünden auch Anlaufschmerzen. Nur beim Fahrradfahren habe er keine Schmerzen. Er habe auch Schmerzen im Gesässbereich; wegen der Wirbelsäulenproblematik sei er aber schon in Behandlung. Zur weiteren Abklärung der Ursache der geklagten Schmerzen veranlassten die Ärzte in der Folge ein konventionelles Röntgen sowie ein MRI der Lendenwirbelsäule (BB 9). Am 28. August 2013 wurde das Ergebnis der MRI-Untersuchung besprochen. Diese habe – neben einer fraglichen beginnenden Instabilität L4/L5 bei noch hohem Discus – vor allem eine ausgeprägte Facettengelenksarthrose L4/L5 ergeben mit auch zystischen Veränderungen in den Facetten. Gleichzeitig sei der Discus L5/S1 stark höhenvermindert, aber ohne wesentliche Aktivitätszeichen. Die Situation sei zusammen mit Dr. med. M. _____ von der Wirbelsäulenchirurgie besprochen worden. Dieser schlage eine diagnostisch-therapeutische Infiltration der Facettengelenke L4/L5 beidseits vor (AB 106 S. 3).

Am 4. September 2013 fand die entsprechende Infiltration statt (AB 106 S. 2). Gemäss Sprechstundenbericht für Wirbelsäulenchirurgie vom 13. November 2013 zeigte die Infiltration gemäss Beschwerdeführer keinerlei Effekt. Die Ärzte kamen in der Folge zum Schluss, dass das Segment L4/5 offensichtlich nicht massgeblich sei für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (BB 10). Nicht ausgeschlossen sei aber, dass die bildgebend bestehende Osteochondrose auf der Höhe L5/S1 für die Beschwerden verantwortlich sei. Um dies zu prüfen, fand am 9. Dezember 2013 eine gezielte Facettengelenksinfiltration L5/S1 beidseits tief intraartikulär statt (vgl. BB 10, 11). Wie sich aus dem Feedbackbericht vom 22. Dezember 2013 ergibt, zeitigte auch diese Infiltration keinerlei Effekt. In der Folge kamen die Ärzte zum Schluss, dass nicht die degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden verantwortlich seien, sondern seine ausgeprägte muskuläre Dysbalance in Verbindung mit dem alterierten Gangbild nach OSG-Totalendoprothese und vorhandener peripherer Polyneuropathie. Diese Kombination führe offensichtlich bei bereits vorhandenen degenerativen Veränderungen insbesondere der unteren beiden Bewegungssegmente zu einer Überlastung. Diese sei durch gezielte Physiotherapie unter begleitender oraler Analgesie zu minimieren (AB 116 S. 3).

4.

4.1 Gemäss den medizinischen Akten ist erstellt und wird denn auch nicht bestritten (vgl. AB 21 S. 4 f.), dass dem Beschwerdeführer seit Juni 2007 körperlich schwere Arbeiten und damit seine angestammte Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar sind. Für angepasste körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten wurde ihm hingegen bis zur Hüftarthroskopie vom 1. Oktober 2009 von keinem der behandelnden Ärzte eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. AB 18 S. 2 f., AB 17 S. 3, 14 S. 2 f., 12 S. 2).

4.2 Mit der Hüftarthroskopie vom 1. Oktober 2009 trat für die Dauer der anschliessenden Rehabilitationsphase bis Ende April 2010 unstrittig (vgl. AB 80, 81) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten ein. Ab dem 1. Mai 2010 war der Beschwerdeführer gemäss

dem behandelnden orthopädischen Chirurgen Dr. med. D._____ für einen angepassten Beruf wieder arbeitsfähig. Für körperlich belastende Tätigkeiten sei er nach wie vor nicht mehr einsetzbar (AB 39 S. 3, 43 S. 4).

4.3 Eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten trat beim Beschwerdeführer gemäss Akten erstmals wieder am 20. Februar 2013 ein, als ihm eine OSG-Totalendoprothese rechts implantiert worden ist. Nachdem es dem Beschwerdeführer gemäss dem Sprechstundenbrief von Dr. med. L._____ vom 18. März 2013 bereits weniger als einen Monat nach der Operation mit anschliessend vorübergehendem Tragen einer Vacoped-Orthese wieder möglich war, das operierte Bein schmerzfrei voll zu belasten (AB 102 S. 4), kann jedoch nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass die durch die Operation vom 20. Februar 2013 bedingte zeitweilige Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit drei Monate oder länger gedauert hat (vgl. AB 88a Abs. 2 IVV).

4.4 In den Akten sind zahlreiche spezialärztliche Untersuchungen des Beschwerdeführers dokumentiert. Diese ergaben gemäss den entsprechenden Berichten allesamt keine Befunde, die die untersuchenden Ärzte veranlasst hätten, dem Beschwerdeführer auch für eine angepasste Tätigkeit eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit zu attestieren (vgl. E. 3 hiavor). Das Dossier wurde mehrfach dem RAD zur Beurteilung vorgelegt (AB 21, 32, 48, 80, 100, 104, 111). Dabei kam Dr. med. C._____ vom RAD in Übereinstimmung mit den Berichten der behandelnden Ärzte in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als ... bis auf den administrativen Anteil der Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Zumutbar seien noch körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne repetitives Heben/Tragen von Lasten über 10 bis maximal 15kg. Gehen auf ebener Unterlage sei bis zu einer Stunde, Gehen auf unebener Unterlage nicht mehr zumutbar. Stehen an Ort sei bis zu einer Stunde möglich, die Sitzdauer sei nicht eingeschränkt. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten im Knien oder in der Hocke sowie Tätigkeiten in Zwangshaltung oder gebeugter Position. Eine angepasste Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer in einem ganztägigen Pensum mit einer maximalen Leis-

tungsminderung von 15 bis 20 Prozent wegen Verlangsamung, Bewegungseinschränkung und vermehrten Pausenbedarfs zugemutet werden (AB 104 S. 3; siehe auch AB 111 S. 2, 100 S. 2 f., 80 S. 2 ff., 48 S. 2, 32 S. 2, 21 S. 4).

4.5 Die Akten ergeben ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status der gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers. Diese sind denn auch grundsätzlich unbestritten. Aspekte, die von den RAD-Ärzten bei Erstellung des vorstehenden Zumutbarkeitsprofils unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, sind keine ersichtlich. Dr. med. C._____ konnte sich aufgrund der Akten ein gesamthaft lückenloses Bild machen. Dass ihm der nach seiner letzten Aktenbeurteilung vom 31. Oktober 2013 (AB 111 S. 2) erstellte Feedbackbericht zur Facettengelenksinfiltration L5/S1 beidseits vom 9. Dezember 2013 nicht mehr vorgelegt worden ist, schadet nicht, nachdem dieser Bericht lediglich bestätigt, dass den bekannten degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden keine massgebliche Bedeutung zukommt (vgl. AB 116 S. 3).

Der Sachverhalt erweist sich nach dem Dargelegten als rechtsgenügend abgeklärt. Dass die neue Hausärztin des Beschwerdeführers diesem nach Verfügungserlass mit auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin erstelltem Bericht vom 4. Februar 2014 (BB 12) attestiert, er könne aufgrund seiner starken Rückenbeschwerden auch keine längeren sitzenden Tätigkeiten durchführen, begründet keinen zusätzlichen Abklärungsbedarf, nachdem die Rückenbeschwerden bereits umfassend abgeklärt worden sind und die Hausärztin keine Aspekte anzuführen vermag, die von Dr. med. C._____ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Dessen Zumutbarkeitsprofil ist nachvollziehbar begründet, schlüssig und überzeugt. Die Beschwerdegegnerin hat nach dem Dargelegten zu Recht für die Zeit ab dem frühestmöglichen Rentenbeginn (vgl. E. 5.1 hiernach) bis zum 30. September 2009 und in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV ab dem 1. August 2010 auf dieses Zumutbarkeitsprofil abgestellt (vgl. E. 4.2 hiervor).

5.

5.1 Eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit ist seit Juni 2007 erstellt (AB 12, 17). Das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ist somit im Juni 2008 abgelaufen. Der Beschwerdeführer hat sich im März 2008 zum Leistungsbezug angemeldet (AB 1). Somit ist vorliegend der frühestmögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG September 2008 (vgl. E. 2.2 hiavor).

5.2 Der Beschwerdeführer lässt gegen die Invaliditätsgradbemessung durch die Beschwerdegegnerin (vgl. AB 81, 119) geltend machen, es sei vorliegend für den gesamten relevanten Zeitraum von einer Unverwertbarkeit seiner (Rest-)Arbeitsfähigkeit auszugehen, weshalb er ab dem 1. Juni 2008 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung habe. Dieser Auffassung kann angesichts des durch Dr. med. C. _____ formulierten schlüssigen Zumutbarkeitsprofils, wonach dem Beschwerdeführer körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne repetitives Heben/Tragen von Lasten über 10 bis maximal 15kg bei einer Leistungsminderung von 15 bis maximal 20% noch zu einem vollen Pensum zumutbar sind, nicht gefolgt werden. Die Einschränkungen des Beschwerdeführers sind nicht derart, dass die ihm verbliebene Restarbeitsfähigkeit aufgrund seines Alters und seiner Ausbildung auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr nachgefragt würde. Vielmehr lässt das Zumutbarkeitsprofil, wie es seit Dezember 2008 grundsätzlich feststeht (vgl. E. 3 hiavor), noch ein breites Spektrum an möglichen und dem Beschwerdeführer zumutbaren Tätigkeiten zu, insbesondere auch solche, die keine erhöhten Qualifikationen voraussetzen und damit auch keinen grösseren Einarbeitungs- oder gar Umschulungsaufwand erfordern, wie dies für diverse Hilfstätigkeiten zutrifft. Im Dezember 2008, dem massgebenden Zeitpunkt für die Beantwortung der Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462), war der Beschwerdeführer erst 54 Jahre alt und hatte damit bis zum ordentlichen AHV-Rentalter noch eine Aktivitätsdauer von über zehn Jahren vor sich. Sein Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt war somit aufgrund seines Alters nicht in relevantem Ausmass eingeschränkt, zumal die für ihn u.a. noch in Betracht fallenden Hilfsarbeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig

nachgefragt werden (vgl. Entscheid des BGer vom 28. Mai 2009, 9C_918/2008, E. 4.2.2) und in der Regel keinen grösseren Einarbeitungs- oder gar Umschulungsaufwand erfordern. Dass ihm der Wechsel von der selbständigen in eine unselbständige Erwerbstätigkeit unzumutbar wäre, wird im Übrigen nicht geltend gemacht und ist im Hinblick auf die nicht unbedeutende restliche Aktivitätsdauer von mehr als zehn Jahren und das Zumutbarkeitsprofil, das noch ein breites Spektrum an möglichen Tätigkeiten zulässt, zu verneinen (vgl. Entscheid des BGer vom 7. September 2012, 9C_818/2011, E. 3.3). Indem die Beschwerdegegnerin für die Ermittlung des Invalideneinkommens trotz der Ausbildung des Beschwerdeführers bloss den durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn („Total“) im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten), Männer, gemäss Schweizerischer Lohnstrukturerhebung LSE herangezogen und von diesem einen Abzug von insgesamt 25% vorgenommen hat (AB 81 S. 3 f.), hat sie den gesamten Umständen, insbesondere auch dem Alter und den (neben der Leistungseinschränkung von 15 – 20%) bestehenden Einschränkungen des Beschwerdeführers bezüglich gewisser Tätigkeiten (vgl. E. 4.4 hiervor), angemessen Rechnung getragen. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen konkreten Einkommensvergleiche für die Jahre 2008, 2009 und 2010 als solche werden vom Beschwerdeführer denn auch zu Recht nicht (mehr) gerügt und sind nicht zu beanstanden.

6.

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht für die Zeit ab dem 1. Oktober 2009 bis zum 31. Juli 2010 eine ganze Rente zugesprochen und für die Zeit davor und danach einen Rentenanspruch zu Recht verneint. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 17. Januar 2014 (AB 119) ist somit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

7.

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

7.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

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.