

200 14 764 IV  
KNB/LUB/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 23. September 2016**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Lüthi

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

C. \_\_\_\_\_  
Beigeladene

betreffend Verfügung vom 20. Juni 2014



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1964 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Januar 2012 unter Hinweis auf „Verdacht auf lumboradikuläres Syndrom L5 auf der rechten Seite, zunehmende Gangstörung mit Einsinken des rechten wie auch linken Beines, lumbovertebrales Schmerzsyndrom“ bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [act. II] 2). In der Folge nahm die IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor. Insbesondere liess sie den Versicherten, nachdem sie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) eingeholt hatte (act. II 39), beim Swiss Medical Assessment- and Business-Center polydisziplinär begutachten (D.\_\_\_\_\_-Gutachten MEDAS vom 3. Juni 2013; act. II 58.1). Zudem liess sie einen Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 24. September 2013 (act. II 63 S. 2 ff.) erstellen. Mit Vorbescheid vom 30. September 2013 (act. II 65) stellte sie dem Versicherten ab dem 1. Juli 2012 eine ganze Rente (IV-Grad 75 %) und ab dem 1. August 2013 (IV-Grad 43 %) eine Viertelsrente in Aussicht (AB 51). Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (act. II 70), einer Untersuchung des Versicherten durch den RAD (Untersuchungsbericht vom 13. Dezember 2013; act. II 82) und einer Stellungnahme des Abklärungsdienstes (Stellungnahme vom 28. Januar 2014; act. II 84 S. 2 f.) verfügte die IVB am 20. Juni 2014 (act. II 93 S. 2 ff.) wie vorgesehen.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 20. August 2014 Beschwerde, mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei festzustellen, dass der Beschwerdeführer die Zusprache einer ganzen Rente der eidgenössischen Invalidenversicherung bis 31. Juli 2013 im Ergebnis akzeptiert.

2. Soweit weitergehend sei die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern vom 20. Juni 2014 aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer auch ab 1. August 2013 mindestens eine Dreiviertelsrente der Eidgenössischen Invalidenversicherung zuzusprechen.
3. Eventualiter: Die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern vom 20. Juni 2014 sei aufzuheben und die Akten seien zu einer neuen Entscheidung in der Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, verbunden mit der Anweisung, vorgängig den rechtserheblichen Sachverhalt im Rahmen einer medizinischen und berufspraktischen Begutachtung vollständig feststellen zu lassen.

Unter Kostenfolgen

Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, die Beschwerdegegnerin habe den rechtserheblichen Sachverhalt insbesondere in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit und die funktionelle Leistungsfähigkeit unrichtig bzw. nicht vollständig abgeklärt. Zudem habe sie die zumutbare Verweisungstätigkeit in rechtlich unzulässiger Weise festgesetzt und den Leidensabzug falsch vorgenommen.

In der Beschwerdeantwort vom 29. Oktober 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Bezugnehmend auf die prozessleitende Verfügung vom 18. Dezember 2014 beantragte die beigeladene Vorsorgeeinrichtung C.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Beigeladene) in ihrer Eingabe vom 8. Mai 2015 die Abweisung der Beschwerde.

Der Beschwerdeführer hielt mit Replik vom 16. Juli 2015 an den gestellten Rechtsbegehren fest und nahm zugleich zu einem im parallelen Verfahren BV 200 14 1201 [BV-act. II] 8) eingereichten Arztbericht der Beigeladenen Stellung sowie reichte weitere Arztberichte ein.

Mit Duplik vom 2. September 2015 bestätigte ebenfalls die Beschwerdegegnerin die gestellten Rechtsbegehren und verzichtete auf eine Stellungnahme in Bezug auf die Eingabe der Beigeladenen.

In ihrer Stellungnahme vom 25. November 2015 hielt auch die Beigeladene an ihren bereits gestellten Rechtsbegehren fest.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 20. Juni 2014 (act. II 93 S. 2 ff.), mit welcher vom 1. Juli 2012 bis 31. Juli 2013 eine ganze Rente und ab 1. August 2013 eine Viertelsrente zugesprochen worden ist. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine höhere Invalidenrente. In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete Invalidenrente 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). Folglich ist hier nicht nur der Zeitraum ab 1. August 2013 zu beurteilen, sondern auch der Rentenanspruch ab 1. Juli 2012.

**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 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** 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** 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).

**2.4** 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 angedauert 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 angedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

### **3.**

**3.1** Den medizinischen Akten ist – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Der Hausarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im ärztlichen Bericht vom 24. Mai 2011

(act. II 14.4) zuhanden des Lohnausfallversicherers eine Ischialgie links bei DH L4/L5, L5/S1 mit Nervenwurzelkompression. Die Beschwerden bestünden seit Dezember 2010. Es bestehe eine teilweise Arbeitsunfähigkeit vom 21. bis ca. 24. Juni 2011 zu 50 %. Der Patient sei beim Gehen nicht eingeschränkt. Beim Sitzen (Dauer 30 min.) und beim Tragen von Lasten (max. 5 kg) bestehe eine Einschränkung. Psychischer Art bestehe keine Einschränkung.

**3.1.2** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, führte beim Versicherten im Zeitraum vom 29. April bis 13. September 2011 mehrere Infiltrationen durch. In den entsprechenden Berichten vom 29. April, 18. Mai, 29. August und 25. September 2011 (act. II 9 S. 27 – 30 und 33 – 36) hielt er als Diagnosen im Wesentlichen ein anhaltendes Lumbovertebralsyndrom L5/S1 mit conjoined nerved root syndrom L5+S1 links, Wurzelschwellung S1 links und möglicher relativer rezessaler Stenose S1 links und eine kleine foraminale DH L4/5 links mit dorsaler Verlagerung der Wurzel L4 links sowie relative Spinalkanalstenose L4/5 (ebendort) fest. Es bestehe kein signifikantes Ansprechen auf die foraminale periradikuläre sowie transforaminale peridurale Steroidinfiltration L5/S1 links (April 2011) und die peridurale Steroidinfiltration L4/5 links (Mai und Juni 2011). Ein Ansprechen auf die Facettengelenksinfiltration L5/S1 vom 17. August 2011 liege nicht vor.

**3.1.3** Im Bericht vom 12. Juli 2011 (act. II 9 S. 31 f.) nannte PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, als Diagnosen ein chronisches Lumbovertebralsyndrom und ein conjoint root syndrom L5/S1 links. Diese Diagnosen erwähnte er ebenfalls in den Berichten vom 10. Oktober und 20. Dezember 2011 (act. II 9 S. 25 f. und act. II 9 S. 19). Beim Patienten bestehe seit vielen Jahren ein chronisches Schmerzsyndrom, das ausgiebig konservativ behandelt und intensiv abgeklärt worden sei, ohne dass eine relevante, kompressive Pathologie habe nachgewiesen werden können (act. II 9 S. 19).

**3.1.4** Der Versicherte war vom 8. bis 11. November 2011 in der Klinik H. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im provisorischen Kurzaustrittsbericht wurden als Diagnosen ein chronifiziertes therapierefraktäres lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit fibromyalgieformiger Komponente, ein metabolisches Syndrom (arterielle Hypertonie, Adipositas, Dyslipidämie, Hyperurikämie,

Hepatopathie) und ein St. n. Narbenhernienrevision Februar 2011 (St. n. Sigmaresektion bei Divertikulitis Mai 2005, Hartmannverschluss März 2005 wegen Darmperforation nach Anastomosenbouchierung, Wiederherstellung Darmkontinuität mit Descendorectostomie Mai 2005) vermerkt. Der Patient sei hinsichtlich der für eine Rückkehr in den Beruf notwendigen Rekonditionierung und Lifestyle-Anpassung mit Gewichtsabnahme und Reduktion des Alkoholkonsums instruiert worden. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert, um zeitlich eine intensive Physiotherapie mit muskulärer Trainingstherapie zu ermöglichen (act. II 9 S. 23 f.). Anlässlich der ambulanten Konsultation vom 14. Dezember 2011 wurde ein Verdacht auf ein lumboradikuläres Syndrom L5 auf der rechten Seite gestellt (act. II 9 S. 20).

**3.1.5** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte am 23. Dezember 2011, eine funktionelle Gangstörung, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom und eine Kniegelenksproblematik. Die klinisch-neurologische Untersuchung sei bis auf das beobachtete Einknicken in den Beinen normal, so dass hier kein Hinweis auf eine relevante Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems vorliege. Insgesamt handle es sich um eine funktionelle Gangstörung. Möglicherweise könnte als organisches Korrelat die Kniegelenksproblematik dienen, welche zu einer Givingway Symptomatik führe (act. II 9 S. 17 f.).

**3.1.6** Im Bericht der Klinik H. \_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2012 (act. II 9 S. 13 – 15) vermerkte Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, als Diagnosen ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, ein metabolisches Syndrom und eine intermittierende Stuhlinkontinenz (S. 1). Im Gesamtkontext könne (nach erfolgtem Ausschluss einer strukturell-neuropathischen Ursache) das schmerzassoziierte Phänomen als funktionell-dissoziativ gewertet werden. Hierfür spreche auch der intermittierende Charakter der Störung (S. 3). Im Bericht vom 23. Juli 2012 (act. II 20) vermerkte er als Nebendiagnose ein St. n. Divertikulitis-OP.

**3.1.7** Am 3. Februar 2012 diagnostizierte Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine intermittierende Knieschwellung und Schmerzen (mit/bei stark rechtsbetont und kernspintomographisch peripherer meniskaler Zyste kor-

pus/postero-medial mit möglicherweise Riss gegen Unterfläche; act. II 9 S. 11).

**3.1.8** In den Berichten vom 6. Februar 2012 (act. II 7 und act. II 9 S. 9 f.) diagnostizierte Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin (Klinik M.\_\_\_\_\_, Spital N.\_\_\_\_\_), mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes Syndrom, eine Meniskusläsion und eine intermittierende Stuhlinkontinenz. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er ein metabolisches Syndrom. Es bestehe seit dem 16. Dezember 2011 und aktuell eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit von 100 % (act. II 7 S. 1). In der Zwischenzeit habe keine wesentliche Veränderung der Rückenschmerzen stattgefunden und auch die Gangstörung sei weiterhin intermittierend vorhanden (act. II 9 S. 10).

**3.1.9** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ berichtete am 6. Februar 2012, aktuell bestünden folgende Diagnosen/Probleme: Ein therapierefraktäres chronifiziertes lumbovertebrales und zum Teil radikuläres Schmerzsyndrom L5 rechts bei leichtgradiger Einengung des Spinalkanals auf Höhe L4-L5 und bekanntem conjoint nerve roots Syndrom L5-S1 links, eine ungeklärte funktionelle Gangstörung und Nebenprobleme (Adipositas, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, Hyperglykämie, St. n. Meniskusoperation rechts mit Läsion im Restmeniskus medial rechts, Hepatopathie ungeklärter Ätiologie, St. n. Sigmaresektion bei Divertikulose und St. n. Narbenhernienoperation). Trotz intensiven medizinischen Massnahmen und stationärem Aufenthalt habe sich ein äusserst unbefriedigender Verlauf gezeigt und der Versicherte habe seine selbständige Erwerbstätigkeit als Mechaniker nicht wieder erlangen können (act. II 9 S. 7). Zunehmende psychosoziale Belastungsfaktoren verhinderten eine rasche Heilung (act. II 9 S. 8).

**3.1.10** Der beratende Arzt des Lohnausfallversicherers Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt am 28. März 2012 fest, eine Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten sei nicht ausgewiesen. Für eine leistungsadaptierte Tätigkeit, wechselbelastend, ohne langes Stehen und ohne Heben von Lasten über 15 – 20 kg bestehe mindestens eine 80 %-ige Arbeitsfähigkeit (act. II 14.8).

**3.1.11** Dr. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Gastroenterologie, berichtete am 7. November 2012, bis auf einen kleinen hyperplastischen Schleimhautpolypen (ohne Konsequenz) ergebe sich keine Ursache für die Diarrhoen und den explosiven Stuhlgang mit Stuhlinkontinenz (act. II 33 S. 4).

**3.1.12** Im RAD-Bericht vom 7. Dezember 2012 (act. 39 S. 2 ff.) führte Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (mit St. n. mehrfachen CT-gesteuerten periduralen, periradikulären und Fascettengelenksinfiltrationen ohne bleibenden therapeutischen Effekt, leichtgradiger Einengung des Spinalkanals auf Höhe L4/5 unter Belastung und diskret auf Höhe L3/4, conjoint nerve roots Syndrom L5/S1, Hinweise auf generalisierte Schmerzstörung), eine intermittierende Knieschwellung und Schmerzen rechts (mit/bei Signalalteration des Hinterhorns des medialen Meniskus mit 2 mm grosser meniskaler Zyste, Hinweis für funktionell-dissoziative Störung mit Kontrollverlust der Kniestabilität) und eine intermittierende Stuhlinkontinenz (bei St. n. Sigmaresektion wegen Divertikulitis Januar 2005, St. n. Hartmann-Verschluss März 2005 wegen Darmperforation, St. n. Wiederherstellung der Darmkontinuität mit Descendorectostomie Mai 2005, St. n. Narbenhernienrevision 2011) auf. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vermerkte er ein metabolisches Syndrom (S. 4). Ein Zumutbarkeitsprofil könne alleine nach den Akten nicht erstellt werden, er empfehle die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens (S. 5).

**3.1.13** Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 3. Juni 2013 (act. II 58.1) beruht auf psychiatrischen, neurologischen, gastroenterologischen und internistischen Untersuchungen. Unter Berücksichtigung aller Fachgebiete stellten die Gutachter folgende Diagnosen (S. 21):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Chronisch rezidivierendes lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei bisegmentalen Discopathien L4/5 und L5/S1 (im MRI vom 5. April 2011 gesicherte DH L4/5 mit diskreter L4-Wurzelverlagerung und Conjoint root Syndrom L5/S1 mit geschwollener Wurzel S1 links), aktuell neurologisch kein klinisches Korrelat für eine Spinalkanalstenose
2. MRI-gesicherte Chondromalazie des medialen Kompartimentes im rechten Kniegelenk und degenerative Innenmeniscopathie

3. St. n. Sigmaresektion bei Diverticulitis mit kompliziertem Verlauf 2005
4. Colon irritabile mit gehäuften Stuhlentleerungen
5. Insuffizienz des Sphincter ani externus et internus mit erniedrigtem Ruhe- und Kneifdruck

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

6. Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1)
7. Refluxösophagitis, unter Pantoprazol 40 beschwerdefrei
8. Fructoseintoleranz
9. Arterielle Hypertonie
10. Hyperlipidämie
11. Adipositas, BMI 34 kg/m<sup>2</sup>

Im Rahmen der orthopädischen Begutachtung hielt der Hauptgutachter, Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, der orthopädische Funktionsbefund der Wirbelsäule sei vollständig unauffällig gewesen. Aktuell seien keine funktionsrelevanten kniepathologischen Befunde auszumachen gewesen. Dass die Wirbelsäule stützende und führende rumpfmuskuläre Korsett sei stabil und balanciert. Im Bereich des Schultergürtels und der oberen Extremitäten fänden sich keine funktionellen Auffälligkeiten. Im Bereich des Beckengürtels und der unteren Extremitäten sei die Extremitätenmuskulatur ebenfalls unauffällig und leistungsfähig. Aus rein orthopädischer Sicht seien dem Versicherten leichte, an die pathologischen Befunde der LWS und des rechten Kniegelenks adaptierte Tätigkeiten zumutbar. Ein Gewichtslimit stelle sich in einer angepassten Tätigkeit auf 10 kg. Derartige qualitativ angepasste Tätigkeiten könnten durchgehend auf einem 100 %-Niveau zugemutet werden. Die bisherige Tätigkeit als ... und ... könne auch weiterhin zugemutet werden. In der bisherigen Tätigkeit bestehe durchgehend bei einem vollen Pensum eine Minderung der Leistungsfähigkeit (Rendement) von 50 % und somit eine globale Restarbeitsfähigkeit von 50 % (act. II 58.1 S. 18).

Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Psychiatrie und Psychotherapie, führte im psychiatrischen Teilgutachten vom 17. April 2013 (act. II 58.2) aus, nach der jetzigen gutachterlichen Erhebung lägen keine Hinweise für ein psychosomatisches Geschehen vor. Der Versicherte wirke autonom, durchsetzungsfähig, bezüglich

seiner Lebensgestaltung durchaus kreativ und auch vielseitig. Ein histrionisches Bild habe zu keinem Zeitpunkt vorgelegen. Eine Beschwerdeausweitung könne aus psychiatrischer Sicht nicht ausgeschlossen werden. Jedoch ergäben sich hierfür aktuell keine objektiven Hinweise. Nicht nachgewiesen werden könne eine psychische Morbidität. Der psychische Befund sei in allen Qualitäten regelrecht. Demensprechend habe auch nie eine psychiatrische Behandlung oder Psychotherapie stattgefunden. Auf dem psychiatrischen Fachgebiet sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 5).

Dr. med. T. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, führte im neurologischen Teilgutachten vom 29. April 2013 (act. II 58.3) aus, bei der Untersuchung sei der neurologische Status völlig unauffällig, ausser des Ganges. Ohne den Einsatz von Stöcken komme es immer wieder zu einem Einknicken mit dem rechten Bein, das funktionell wirke, da weder eine Muskelasymmetrie noch andere neurologische Ausfälle diesen Defekt, zumindest von neurologischer Seite her, erklären könnten. Auch sei eine Nadelmyographie im Bereiche des rechten Beines zumindest im Musculus tibialis anterior rechts normal, eine radikuläre Problematik habe nicht gefunden werden können. Aktuell seien ebenfalls keine Hinweise für eine radikuläre Schädigung vorhanden. Eine spinale Raumforderung sei in den durchgeführten bildgebenden Untersuchungen nicht vorhanden. Auch die geklagte Störung der Defäkation könne von neurologischer Seite her bei weiter unauffälligen Verhältnissen nicht erklärt werden. Aus neurologischer Sicht bestehe ein volles Belastungsprofil entsprechend einem gleichaltrigen, gesunden Mann (S. 4).

Dr. med. U. \_\_\_\_\_, Facharzt für Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin, legte im gastroenterologischen Teilgutachten vom 29. April 2013 (act. II 58.4) dar, mit Zustand nach Sigmaresektion, Insuffizienz des Sphincter ani internus und wahrscheinlich auch externus habe der Versicherte Probleme mit Halten des Stuhls und müsse gemäss eigenen Angaben wegen Durchfällen häufig die Toilette aufsuchen. Im letzten Jahr hätten sich diese Beschwerden verschlimmert, so dass er dadurch in seinem Beruf massiv eingeschränkt werde; auch Kundenaufträge könne er nur ausführen, wenn es eine Toilette in der Nähe habe. Die Insuffizienz werde durch die Analsphincterschwäche begünstigt. Die Arbeitsfähigkeit im Fachgebiet Gastroenterologie sei aufgrund der Darmproblematik sicher einge-

schränkt. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... werde auf 50 % geschätzt. In optimal angepassten Tätigkeiten bestehe eine geringere Einschränkung und eine Arbeitsfähigkeit von 75 % (S. 5).

Dr. med. U.\_\_\_\_\_ vermerkte im internistischen Teilgutachten vom 29. April 2013 (act. II 58.5), aus internistischer Sicht bestünden keine Diagnosen oder Befunde, die die Arbeitsfähigkeit einschränkten (S. 3).

Im polydisziplinären Konsens führten die Gutachter aus, die festgestellte Restarbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von global 50 % (volles Pensum und Rendement 50 %) verstehe sich integrativ gestützt auf die orthopädisch somatischen und auf die gastroenterologisch somatischen Befunde. In optimal angepassten Tätigkeiten bestehe aus gastroenterologischer Sicht eine geringere Einschränkung und eine Arbeitsfähigkeit von 75 %. Die dokumentierten Befunde begründeten in der bisherigen Tätigkeit eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 50 %, in einer qualitativ angepassten Tätigkeit bestehe eine 75 %-ige Arbeitsfähigkeit. Dem Versicherten seien leichte, an die pathologischen Befunde der LWS und des rechten Kniegelenks adaptierte Tätigkeiten zumutbar. Ein Gewichtslimit stelle sich in einer angepassten Tätigkeit auf 10 kg. Derartig qualitativ angepassten Tätigkeiten könnten aus orthopädischer Sicht durchgehend auf einem 100 % Niveau zugemutet werden. Bei seinem Darmleiden sei der Versicherte auf eine unproblematische und rasche Erreichbarkeit einer Toilette angewiesen. In einer optimal angepassten Tätigkeit bestehe aus gastroenterologischer Sicht eine 75 %-ige Arbeitsfähigkeit. In der bisherigen Tätigkeit bestehe durchgehend bei einem vollen Pensum eine Minderung der Leistungsfähigkeit (Rendement) von 50 % und somit eine globale Restarbeitsfähigkeit von 50 % (act. II 58.1 S. 22).

**3.1.14** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ berichtete am 28. Oktober 2013, im angestammten Beruf als Mechaniker sei der Versicherte aktuell höchstens zu 25 % arbeitsfähig (act. II 70 S. 6).

**3.1.15** Im Untersuchungsbericht vom 13. Dezember 2013 (act. II 82) diagnostizierte die RAD-Ärztin Dr. med. V.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, chronische lumbale Rückenschmerzen seit 2010/2011 bei St. n radiologischer Feststellung einer Diskushernie L4/5 (klinisch ohne

neurologische Zeichen), leichte degenerative Veränderungen des rechten Kniegelenks (festgestellt im MRI am 16. Dezember 2011), einen St. n. Diverticulitis 2003 und operativer Behandlung der Diverticulitis 2005 (gemäss dem Versicherten sieben Monate anus praeter), einer Narbenhernie 2011 (operative Revision) und einen St. n. Nasen/Kieferhöhlenoperation mit ca. 28 Jahren (S. 8). Die orthopädischen Veränderungen entsprächen Abnützungerscheinungen, die als etwa altersmässig zu erwarten eingeschätzt werden könnten. Es bestünden keine sicheren neurologischen Ausfälle, allenfalls eine leichte Abschwächung des Patellarsehnenreflexes rechts. Ausser einer Beschränkung auf mittelschwere Arbeiten und auf das Vermeiden von längerdauerndem Knien, speziell in Verbindung mit einer vorgebeugten Haltung des Rumpfes, ergäben sich daraus keine Einschränkungen. Die Darmproblematik könne aus praktischen Gründen nicht restlos aufgeklärt werden. Es gäbe jedoch keine Veranlassung, sehr häufige und heftige, explosive Stuhlgänge anzunehmen. Dass dies vereinzelt vorkomme, sei damit nicht ausgeschlossen, jedoch sei die Stuhlfrequenz von 10 – 15 mal am Tag, wie vom Versicherten postuliert, bei normal dickem, normal gefärbtem Stuhl und bei der Unmöglichkeit anlässlich der Untersuchung über zwei Stunden Stuhl absetzen zu können, höchst unwahrscheinlich. Nicht überprüft werden könne die Aussage, ob und wie oft es zu Schmierer infolge schwachem Sphincter komme. Es sei jedoch dem Versicherten zumutbar Einlagen zu tragen. Zusätzlich würden stündlich 5 – 10 Minuten Pausen eingeräumt, um „Schmerzspuren“ (richtig wohl: Schmutzspuren) zu waschen und das Gesäss zu pflegen. Daraus ergebe sich eine Einschränkung von 20 % (S. 10). Die bisherige Tätigkeit, ..., sei weiterhin im Umfang des Zumutbarkeitsprofils möglich. Mittelschwere Arbeiten seien vollzeitig mit Pausen zumutbar. Längerdauerndes Bücken sowie längerdauerndes Knien bei der Arbeit sollten vermieden werden, insbesondere wenn Knien mit Vorneigen verbunden sei. Zur Regulierung der Darmprobleme und Gesässreinigung seien stündlich je 5 – 10 Minuten Pause einzuräumen (S. 11).

**3.2** Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer weitere Berichte zu den Akten.

**3.2.1** In der hausärztlichen Stellungnahme vom 5. August 2014 (Beschwerdebeilage [BB] 4) hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, es bestehe eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 %. Dabei sei auf das Heben von schweren Gewichten (5 kg als obere Grenze) zu verzichten. Sowohl langes Sitzen als auch langes Stehen am Stück seien für den Patienten unzumutbar. Eine leichte Arbeit mit regelmässigen Pausen und der Möglichkeit, zwischen Sitzen, Stehen und Gehen die Position zu verändern, wäre von Vorteil.

**3.2.2** Dr. med. W. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete in der Stellungnahme vom 12. August 2014 (BB 3), er könne die Befunde und Diagnosen im Gutachten nur bestätigen. Leider werde jegliche Form der Schmerzverarbeitungsstörung gutachterlich nicht mehr gewertet. Das im Gutachten dargestellte Belastungsprofil mit 50 %-iger Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf könne er vertreten. Eine berufliche Umorientierung sei ja sicherlich nicht realistisch, so dass die 75 %-ige Arbeitsfähigkeit hinfällig sei.

**3.2.3** PD Dr. med. X. \_\_\_\_\_, Facharzt für Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin, berichtet am 30. September 2014 (BB 5), beim Patienten bestehe eine minimale Ileitis terminalis. Da er anscheinend eine Prednison-Behandlung habe, sei es durchaus möglich, dass hier ein Morbus Crohn vorliege, der eine minimale Variante aufzeige, aber doch ursächlich für die Diarrhoe sein könnte.

**3.2.4** Im histopathologischen Untersuchungsbericht vom 30. September 2014 (BB 6) wurden als Diagnosen hyperplastische Kolonschleimhautpolypen in den Biopsien vom distalen Rektum, dem Transversum und dem Rektum, eine akute teils erosive/ulzeröse Ileitis terminalis mit Chronizitätszeichen und Kolonschleimhautbiopsien ohne signifikanten histologischen Befund vermerkt. Auch die histologischen Befunde würden gut zu einer Ileitis terminalis Crohn passen.

**3.2.5** Dr. med. Y. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, führte in seiner Stellungnahme vom 18. Dezember 2014 (BB 7) als Hauptdiagnosen einen zwingenden Verdacht eines Morbus Crohn, eine komplexe Defäkationsstörung mit Fäkalinkontinenz (Grad II n. Parks), einen St. n. Sigmaresektion

bei rezidivierender Divertikulitis mit kompliziertem Verlauf 2005 und als Nebendiagnosen eine Fructoseintoleranz, eine Refluxösophagitis (gut kompensiert), eine Dyslipidämie und eine arterielle Hypertonie auf. Es sei möglich, dass eine Verbesserung der Defäkationsproblematik erreicht werden könne. Eine Restitutio ad integrum und Erreichen einer normalen Arbeitsfähigkeit sei ausser Sichtweite. Die Einschätzung einer 50 %-igen Arbeitsfähigkeit resp. Arbeitsunfähigkeit erscheine realistisch, je nach Adaption der beruflichen Umstände und Möglichkeiten bestehe wahrscheinlich noch ein Schwankungsbereich von 20 %. Der gutachterliche Bericht der MEDAS erscheine im Grossen und Ganzen plausibel, nachvollziehbar und richtig. Der RAD-Bericht von Dr. med. V. \_\_\_\_\_ sei sehr schwer nachvollziehbar und aus viszeralthérapeutischer Sicht tendenziös und ungenau.

**3.2.6** Am 15. Juni 2015 nannte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ als Diagnosen/Probleme einen Morbus Crohn (ED möglicherweise bereits 2012), eine komplexe Defäkationsstörung und ein chronifiziertes, hartnäckiges lumbospondylogenes und zum Teil radikuläres Schmerzsyndrom. Als weitere Probleme führte er einen St. n. Sigmaresektion, eine verminderte Reservoirfunktion, eine Fructoseintoleranz, eine Refluxösophagitis, eine Dyslipidämie, eine arterielle Hypertonie und eine Gonarthrose links auf. Aufgrund der Kombination von Seiten der gastrointestinalen als auch von Seiten der lumbovertebralen Probleme sei eine Arbeitsfähigkeit von 75 % absolut nicht realistisch. Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Bereich belaufe sich auf maximal 25 % (BB 9).

**3.2.7** Dr. med. Z. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, nannte am 17. Juni 2015 (BB 10) im Wesentlichen dieselben Diagnosen wie der Hausarzt und attestierte dem Patient bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

**3.3** 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 anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweismwürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

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). 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 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2).

### **3.4**

**3.4.1** Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 3. Juni 2013 (act. II 58.1) inkl. der verschiedenen Teilgutachten (vgl. act. II 58.2 ff.) und der RAD-Untersuchungsbericht vom 13. Dezember 2013 (act. II 82) erfüllen die Anforderungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (vgl. E. 3.3 hiervor) und erbringen vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 352). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Anamnese und der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet.

**3.4.2** In diagnostischer Hinsicht bestätigen die Gutachter der MEDAS wie auch die RAD-Ärztin Dr. med. V. \_\_\_\_\_ die von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen eines chronisch rezidivierenden lumbovertebralen und lumbospondylogenen Schmerzsyndroms, einer Chondromalazie des medialen Kompartiments im rechten Kniegelenk und degenerative Innenmeniskopathie, eines St. n. Sigmarresektion bei Diverticulitis, eines Colon irritabile mit gehäuften Stuhlentleerungen und einer Insuffizienz des Sphincter ani externus et internus mit erniedrigtem Ruhe- und Kneifdruck (act. II 58.1 S. 21 und act. II 82 S. 8). Vorliegend ist somit in medizinischer Hinsicht einzig streitig, zu welcher Beeinträchtigung des funktionellen Leistungsvermögens diese Diagnosen führen.

Die Gutachter der MEDAS führen schlüssig aus, dass gestützt auf die orthopädischen und gastroenterologischen Befunde in der bisherigen Tätigkeit eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 50 % und in einer qualitativ angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 75 % besteht. Entgegen den beschwerdeführerischen Vorbringen ist die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des orthopädischen Hauptgutachters nicht widersprüchlich (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 4), hält er doch fest, dass die Wirbelsäule stützende und führende rumpfmuskuläre Korsett stabil und balanciert sei und sich im Bereich des Schultergürtels und der oberen Extremitäten keine funktionellen Auffälligkeiten fänden. Im Bereich des Beckengürtels und der unteren Extremitäten sei die Extremitätenmuskulatur ebenfalls unauffällig und leistungsfähig (act. II 58.1 S. 18). Diese Feststellung bekräftigt auch die neurologische Gutachterin, welche von einem unauffälligen Status ausging, ausser des Ganges, den sie jedoch als funktionell einschätzte (act. II 58.3 S. 4). Den beklagten Rücken- und Kniegelenkbeschwerden trägt der Hauptgutachter hinreichend Rechnung, indem er in einer angepassten Tätigkeit ein Gewichtslimit von 10 kg festlegt. Damit hat er sämtliche Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates berücksichtigt, weshalb die Vorbringen bezüglich nicht langes Sitzen, nicht langes Stehen und immer wieder Wechseln der Lage unbeachtlich sind (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 5). Zudem handelt es sich dabei um subjektive Angaben des Beschwerdeführers. Die damals im Bericht des Inselspitals vom 6. Februar 2012 (act. II 7) attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % erachtete der Experte infolge der damaligen interkurrenten Beschwerdeexacerbation als nachvollziehbar. Hierbei handelte es sich, wie die RAD-Ärztin zutreffend ausführt, um ein kurzfristiges Ereignis (vgl. Stellungnahme RAD vom 28. Oktober 2014 S. 3; in den Gerichtsakten). Gemäss psychiatrischem Teilgutachten vom 17. April 2013 (act. II 58.2) liegen keine Hinweise für ein psychopathologisches Geschehen vor. Objektive Hinweise auf eine Beschwerdeausweitung in psychiatrischer Hinsicht ergaben sich zum Untersuchungszeitpunkt keine. Insofern bestehen keine psychischen Krankheiten mit Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit, auch keine Schmerzverarbeitungsstörung (Beschwerde S. 8 Ziff. 7).

Weiter verkennt der Beschwerdeführer, dass die gastroenterologischen Beschwerden im Gutachten der MEDAS und im Untersuchungsbericht des

RAD berücksichtigt wurden. Der begutachtende Arzt zog in seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit die vermehrten Stuhlentleerungen, die Insuffizienz des Shpincter ani externus et internus bei erniedrigtem Ruhe- und Kneifdruck ausdrücklich mit ein, so dass er den Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als 50 % arbeitsfähig und in einer angepassten Tätigkeit als 75 % arbeitsfähig einschätzt. Insbesondere ist davon auszugehen, dass bei einer angepassten leichteren Stelle Toiletten innert Kürze erreichbar sind, so dass der Beschwerdeführer den Stuhlgang inkl. Nachreinigung vorkehren kann. Zudem schildert der Beschwerdeführer den häufigen Stuhlgang intensiver, als dieser anlässlich der verschiedenen Untersuchungen erhoben wurde (act. II 82 S. 8). Hinzu kommt, dass im gastroenterologischen Teilgutachten u. a. von Inkontinenzepisoden berichtet wird; die Episoden sind demnach nicht immer gleich intensiv. Wenn er sodann gegenüber der RAD-Ärztin ausführte, nach dem Verzehr von Früchten reagiere er sofort (act. II 82 S. 4), ist dem entgegen zu halten, dass er gestützt auf die Schadenminderungspflicht seine Ess- und Trinkgewohnheiten anzupassen hat und für ihn unverträgliche Produkte meiden muss. Die RAD-Ärztin Dr. med. V. \_\_\_\_\_ ist zwar nicht Fachärztin hinsichtlich des Verdauungsapparates und/oder des Rückens, trotzdem gibt ihr Bericht vom 13. Dezember 2013 (act. II 82) Aufschluss bzw. enthält Feststellungen bezüglich Toilettengang, Absitzen/Aufstehen, weshalb zusammen mit dem Gutachten der MEDAS (act. 58.1) auch darauf abzustellen ist.

**3.4.3** Auch die im Beschwerdeverfahren zu Händen des Rechtsvertreters verfassten Arztberichte führen - soweit diese überhaupt zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 131 V 9 E. 1 S. 11, 121 V 362 E. 1b S. 366) - zu keinen anderen Schlüssen, als sie im Gutachten der MEDAS und im Untersuchungsbericht des RAD gezogen wurden. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ erachtete am 5. August 2014 die anamnestischen Fakten und Befunde sowie die daraus folgenden Diagnosen als korrekt und vollständig (BB 4). Der Hausarzt liefert damit keine Anhaltspunkte, dass die bildgebenden und klinischen Befunde, wie sie den Gutachtern und der RAD-Ärztin vorlagen, im Begutachtungszeitpunkt wie auch im Zeitpunkt des Verfügungserlasses nicht in Übereinstimmung stehen würden. Es bestehen damit keine Anzeichen dafür, dass auf die gutachterliche Beurteilung des Leistungsprofils nicht abgestellt werden könnte. Was die hausärztliche Stellungnahme vom

15. Juni 2015 (BB 9) anbelangt, enthält diese lediglich eine nicht näher begründete Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Ein Profil der noch zumutbaren Tätigkeiten erstellt der Hausarzt nicht. Dass die behandelnden Ärzte im Ergebnis dem Beschwerdeführer etwas höhere Einschränkungen attestieren, ändert nichts, denn in Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll 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; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

Wenn Dr. med. W.\_\_\_\_\_ in seinem Kurzbericht vom 12. August 2014 (BB 3) zu Händen des Rechtsvertreters festhält, eine berufliche Umorientierung sei ja sicherlich nicht realistisch, so dass die 75 %-ige Arbeitsfähigkeit hinfällig sei, überzeugt dies ebenfalls nicht. Beim angegebenen Grund handelt es sich nicht um einen medizinischen Faktor. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nimmt der Arzt nicht vor. Zudem ist es nicht dessen Aufgabe, sich zur Invalidität zu äussern. Dieser hat lediglich den Gesundheitszustand und die (medizinisch-theoretische) Arbeitsfähigkeit der versicherten Person zu beurteilen, während die Bemessung des Invaliditätsgrades ausschliesslich der Verwaltung bzw. im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die hierbei von den medizinischen Angaben auszugehen haben (vgl. E. 2.3 hiervor).

Auch Dr. med. Y.\_\_\_\_\_ bestätigte in seinem Bericht vom 18. Dezember 2014 (BB 7) die gestellten Diagnosen. Objektive Befunde, welche im Rahmen der Begutachtungen bei der MEDAS und beim RAD unberücksichtigt geblieben wären, nannte er keine. Zwar erwähnte er, dass eine Restitutio ad integrum und ein Erreichen einer normalen Arbeitsfähigkeit ausser Sichtweite sei. Trotzdem schätzte er die Arbeitsfähigkeit von 50 % als realistisch ein und hielt fest, dass je nach Adaption der beruflichen Umstände

und Möglichkeiten noch ein Schwankungsbereich von 20 % bestehe. Er schliesst damit nicht aus, dass dem Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit in höherem Umfang durchaus zumutbar ist. Die pauschal geäusserte Kritik am Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin (act. II 82) vermag diesen nicht in Frage zu stellen. Er bezeichnet diesen als nicht nachvollziehbar, geht jedoch nicht näher darauf ein.

An der Beurteilung vermögen auch die weiteren im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte von PD Dr. med. X. \_\_\_\_\_ (BB 5) und Dr. med. Michael Moschopulos, Facharzt für Pathologie und Neuropathologie (BB 6), nichts zu ändern. Diese setzen sich weder mit dem Gutachten der MEDAS und dem RAD-Untersuchungsbericht auseinander noch enthalten sie Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit. Der im parallelen Verfahren BV 200 14 1201 eingereichte Bericht des Gesellschaftsarztes der Beigeladenen vom 19. Januar 2015 (BV-act. II 8) nimmt zwar Bezug auf das Gutachten der MEDAS und den RAD-Untersuchungsbericht, er beruht jedoch nicht auf eigenen Untersuchungen. Vielmehr handelt es sich lediglich um eine Stellungnahme nach Aktenstudium, welche die nachvollziehbaren und überzeugenden Ergebnisse des MEDAS-Gutachtens und des RAD-Untersuchungsberichts nicht umzustossen vermag. Auch das ärztliche Zeugnis von Dr. med. Z. \_\_\_\_\_ vom 17. Juni 2015 (BB 10) ist nicht geeignet Zweifel am Beweiswert der schlüssigen Expertisen der MEDAS und des RAD (act. II 58.1 und 82) zu begründen. Die Ärztin attestierte dem Beschwerdeführer bis auf weiteres eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit, legt aber nicht dar, seit wann diese besteht und ob sich diese auf die angestammte oder eine angepasste Tätigkeit bezieht.

**3.4.4** Aus dem Gesagten folgt, dass an der Schlüssigkeit des Gutachtens der MEDAS und des Untersuchungsberichts des RAD keine Zweifel bestehen, der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt ist und auf weitere Beweissmassnahmen (S. 2, Rechtsbegehren 2) in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) verzichtet werden kann.

Es ist erstellt, dass nachdem Dr. med. L. \_\_\_\_\_ (Klinik M. \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_) dem Beschwerdeführer am 6. Februar 2012 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestierte hatte (act. II S. 7) - die der Hauptgutachter als nachvollziehbar erachtet (act. II 58. 1 S. 19) - nach der Begutach-

tung bei der MEDAS im April 2013 in der bisherigen selbständigen Erwerbstätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und in einer angepassten körperlich leichten Tätigkeit mit einem Gewichtslimit von 10 kg eine Arbeitsfähigkeit im Umfang von 75 % besteht. Die Beschwerdegegnerin hat damit zu Recht unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV für die Zeit ab dem 1. August 2013 auf dieses Zumutbarkeitsprofil abgestellt (vgl. E. 2.4 hiervor). In Bezug auf die vom Beschwerdeführer angesprochene Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Beschwerdeeinreichung (vgl. Replik S. 4 Ziff. 9) ist darauf hinzuweisen, dass diese nicht im vorliegenden Verfahren, sondern im Rahmen einer Revision geltend zu machen wäre.

#### **4.**

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

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

**4.2** Bei der Invaliditätsbemessung hat die Beschwerdegegnerin im Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 24. September 2013 (act. II 63 S. 2 ff.) die ausserordentliche Bemessungsmethode herangezogen.

Die Bemessung der Invalidität hat wenn immer möglich nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu erfolgen. Nur wenn der Invaliditätsgrad nicht nach dieser Methode bestimmt werden kann, ist eine andere Methode zu wählen (vgl. E. 4.1 hiervor; Rz. 3103 ff. des vom Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] herausgegebenen Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH] in der ab 1. Januar 2015 gültigen Fassung; abrufbar unter [www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch)).

**4.3** Wie der Abklärungsdienst im Abklärungsbericht nachvollziehbar und schlüssig dargelegt hat, ist für die Bemessung der Invalidität vorliegend die ausserordentliche Bemessungsmethode (vgl. E. 4.2 hiervor) anzuwenden. Zu Recht wird darauf hingewiesen, dass weder für die Bemessung des Valideneinkommens noch des Invalideneinkommens auf die Buchhaltungsunterlagen abgestellt werden kann. Dies deshalb, weil der Beschwerdeführer ab Frühling 2010 vollzeitlich als ... mit der selbständigen Erwerbstätigkeit begonnen hat (davor bloss parallel zu seiner Anstellung) und er bereits in der Phase ab August 2010 an Rückenschmerzen litt. Die Buchhaltungszahlen in der Zeit bis zum Eintritt der gesundheitlichen Einschränkung sind damit für die Bemessung des Valideneinkommens nicht repräsentativ. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer ab April 2013 keiner ihm zumutbaren angepassten Tätigkeit nachgeht, weshalb bei der Berechnung des Invalideneinkommens korrekterweise die Tabellenlöhne herangezogen wurden. Im Übrigen wird gegen die Anwendung der ausserordentlichen Bemessungsmethode seitens des Beschwerdeführers und der Beigeladenen nichts eingewendet.

## **5.**

**5.1** Der Beschwerdeführer lässt gegen die Invaliditätsgradbemessung der Beschwerdegegnerin geltend machen, die Aufgabe seiner bisherigen selbständigen Erwerbstätigkeit und die Aufnahme einer unselbständigen Erwerbstätigkeit sei ihm nicht zumutbar (vgl. Beschwerde S. 14 f. Ziff. 2 f.).

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln. Dieser theoretische und abstrakte Begriff dient dazu, den Leis-

tungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Ein ausgeglichener Arbeitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (BGE 138 V 457 E. 3.1 S.459; SVR 2008 IV Nr. 62 S. 205 E. 5.1). Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276; ZAK 1991 S. 320 E. 3b).

Zu prüfen ist damit vorab die Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

**5.2** Das Bundesgericht stellt hohe Hürden an die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auch älterer Menschen (vgl. Entscheid des BGer vom 30. Dezember 2015, 9C\_847/2015, E. 4.1 und 4.3). Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesund-

heitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460). Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Massgeblicher Stichtag für die Beantwortung der Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter ist der Zeitpunkt, in welchem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil)Erwerbstätigkeit feststeht. Dies ist der Fall, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462).

Bevor die versicherte Person Leistungen verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit im Allgemeinen, wie bei der Aufgabe der selbstständigen Erwerbstätigkeit im Besonderen, sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse, wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich. Eine Betriebsaufgabe ist nur unter strengen Voraussetzungen unzumutbar, und es kann ein Betrieb selbst dann nicht auf Kosten der Invalidenversicherung aufrechterhalten werden, wenn die versicherte Person darin Arbeit von einer gewissen erwerblichen Bedeutung leistet (Entscheid des BGer vom 3. Mai 2016, 9C\_644/2015, E. 4.3.1).

**5.3** Der Auffassung des Beschwerdeführers kann angesichts des formulierten schlüssigen Zumutbarkeitsprofils, wonach ihm körperlich leichte Tätigkeiten mit einem Gewichtslimit von 10 kg beim Heben, Tragen und Bewegen noch zu einem 75 %-igen 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 April 2013 grundsätzlich feststeht, 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 April 2013, dem massgebenden Zeitpunkt für die Beantwortung der Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei „vorgerücktem Alter“ (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462), war der Beschwerdeführer erst 49 Jahre alt und hatte damit bis zum ordentlichen AHV-Rentenalter noch eine Aktivitätsdauer von über 15 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. Zudem arbeitete er zwischen 2002 und 2010 als Angestellter bei der ... .. in einem Pensum zu 50 % (act. II 63 S. 3 und act. II 6 S. 4). Dass dem Beschwerdeführer der Wechsel von der selbständigen in eine unselbständige Erwerbstätigkeit unzumutbar wäre, ist im Hinblick auf die lange restliche Aktivitätsdauer 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).

**5.4** Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, es sei der leistungsbedingte Abzug voll auszuschöpfen (vgl. Beschwerde S. 16 Ziff. 2).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich

zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

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 10 % vorgenommen hat (act. II 63 S. 8), hat sie den gesamten Umständen, insbesondere auch der (neben der Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 25 % mit bereits berücksichtigtem erhöhtem Pausenbedarf zufolge der häufigeren Stuhlentleerungen) gastroenterologischen Problematik, zusätzlich angemessen Rechnung getragen. Ein höherer Abzug ist nicht gerechtfertigt.

**5.5** Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit ist seit 2005 erstellt (act. II 58.1 S. 25 Ziff. 6). Unter Berücksichtigung des Wartejahres und der Anmeldung im Januar 2012 (act. II 2) wurde der frühest mögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG korrekt auf Juli 2012 festgesetzt. Anhaltspunkte, dass die von der Beschwerdegegnerin im Abklärungsbericht vom 24. September 2013 (act. II 63 S. 8) beim Einkommensvergleich herangezogenen Werte fehlerhaft sind, liegen nicht vor und werden Seitens des Beschwerdeführers auch nicht geltend gemacht.

**6.** Nach dem Dargelegten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab dem 1. Juli 2012 bis zum 31.

Juli 2013 eine ganze Rente und in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV für die Zeit ab 1. August 2013 eine Viertelsrente zugesprochen hat. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 20. Juni 2014 (act. II 93 S. 2 ff.) ist somit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## 7.

**7.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1 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. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**7.2** Nach Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

### **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
  - C. \_\_\_\_\_
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

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.