

200 16 758 IV
SCJ/SAW/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 24. Januar 2017

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Winiger

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Juli 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1959 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) reiste im Jahre 1988 in die Schweiz ein und arbeitete zuletzt von April 2011 bis August 2014 temporär über die C._____ AG als ... und ... (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 33.1 S. 17 f. Ziff. 3.2.4.1). Am 1. Juli 2015 meldete er sich wegen chronischer Rückenschmerzen bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (AB 2). Die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) führte daraufhin erwerbliche sowie medizinische Abklärungen durch, wobei sie insbesondere eine bidisziplinäre Begutachtung bei der Begutachtungsstelle D._____ (MEDAS) veranlasste. Gestützt auf deren Gutachten vom 10. Februar 2016 (AB 33.1) stellte sie mit Vorbescheid vom 11. März 2016 (AB 35) die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht und erwog hauptsächlich, dass körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen bei voller Stundenpräsenz zu 90% zumutbar seien. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden und erhob am 12. April 2016 (AB 38) Einwand, welchen er mit Eingabe vom 19. Mai 2016 (AB 40) unter Hinweis auf zwei neu eingereichte Arztberichte ergänzte. Nachdem die IVB das Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (RAD) zur Stellungnahme unterbreitet hatte (vgl. Stellungnahme vom 7. Juli 2016, AB 42 S. 2), verfügte sie am 13. Juli 2016 (AB 43) entsprechend dem Vorbescheid.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B._____, am 29. August 2016 Beschwerde und beantragte die kostenfällige Aufhebung der Verfügung vom 13. Juli 2016 und die Zusprache einer ganzen Rente ab dem Zeitpunkt der Erwerbsunfähigkeit (1. September 2014) bzw. spätestens ab dem Zeitpunkt des Leistungsgesuchs vom 1. Juli

2015. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen und zur Neubeurteilung des Leistungsanspruchs zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. September 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 13. Juli 2016 (AB 43). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

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

2.2

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

2.2.2 Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt sodann nur vor, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf

solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine selbstständige, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz).

2.2.3 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in

die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

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

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

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Am 5. Oktober 2015 (AB 21) nannte Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in seinem Bericht als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein rechtsseitiges, chronisches lumbospondylogenes und lumboradikuläres Schmerzsyndrom (S. 2 Ziff. 1.1). Geistige oder psychische Einschränkungen bestünden keine. Körperlich lägen Rücken- und Beinschmerzen auf der rechten Seite mit Verschlechterung bei Belastung und Einhalten von statischen Positionen vor; dadurch entstanden funktionelle Beeinträchtigungen. Ab 11. Januar 2010 attestierte er eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4 Ziff. 1.6 f.).

3.1.2 Im MEDAS-Gutachten vom 10. Februar 2016 (AB 33.1), das auf Untersuchungen in den Fachbereichen Orthopädie und Psychiatrie beruht, wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Lumbofemoralgie rechts bei Osteochondrose und rechtsmediolateraler kranial recessal luxierter Diskushernie L2/3 mit Dorsalverlagerung und Kompression der Wurzel L3 rechts sowie Diskushernie L3/4 rechts mediolateral, eine Osteochondrose und Diskushernie L5/S1 ohne neurale Kompression bei fettiger Atrophie der distalen Lumbalextensoren sowie ein Zustand nach lateraler Diskushernienoperation L3/4 mit Revision und Débridement bei Infekt im Dezember 2014 diagnostiziert. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine akzentuierte vermeidende und histrionische Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1) auf (S. 35 Ziff. 11).

Im Rahmen der orthopädischen Beurteilung legte Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, dar, die lumbalen Schmerzen und die abnormen Untersuchungsbefunde der Lendenwirbelsäule (LWS) seien zumindest teilweise durch die im MRI sichtbare Osteochondrose und Diskushernie L2/3 mit Dorsalverlagerung und Kompression der Nervenwurzel L3 rechts sowie die

Osteochondrose und Diskushernie L5/S1 ohne neurale Kompression erklärbar. Nachdem radiologisch aber nur eine Kompression der Nervenwurzel L3 rechts festzustellen sei, könne die bei der Untersuchung angegebene Hypersensibilität des gesamten linken Beins nicht objektiviert werden (S. 8 Ziff. 7.2). Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, einer körperlich mittelschweren bis schweren Arbeit in häufig kalter und feuchter Umgebung, vorwiegend stehend und gehend mit häufig inklinierten, reklinierten und rotierten Körperhaltungen betrage aufgrund der orthopädischen Diagnose seit Juni 2015 bei voller Stundenpräsenz 20% (Arbeitsunfähigkeit 80%). Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechselungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, seien indessen seit Juni 2015 bei voller Stundenpräsenz zu 90% (Arbeitsunfähigkeit 10%) zumutbar. Vorangehend habe im Rahmen der postoperativen Rehabilitation ab Dezember 2014 sowohl für die angestammte als auch für eine leidensadaptierte Tätigkeit eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 9 Ziff. 8.1 f.).

Aus psychiatrischer Sicht erläuterte Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik mit Symptomausweitung und der anhaltenden schweren und quälenden Schmerzen könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angenommen werden, bei der die Schmerzen organisch nicht ausreichend zu erklären seien und vor allem in Verbindung mit psychosozialen Faktoren stünden. Dabei fänden sich deutliche Hinweise auf eine Aggravation sowie einen sekundären Krankheitsgewinn. Es seien intensive Schmerzen angegeben worden, deren Charakterisierung vage bleibe mit demonstrativ vorgetragendem Klagen. Auch seien schwere Einschränkungen im Alltag behauptet worden, jedoch erscheine das psychosoziale Umfeld weitgehend intakt. Bezüglich der therapeutischen Massnahmen habe der Explorand bisher keine psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Behandlung erhalten und eine vorübergehende antidepressive Medikation sei ohne Erfolg gewesen. Der Explorand habe seit drei bis vier Monaten alle Medikamente abgesetzt. Damit seien die therapeutischen Optionen nicht ausgenützt und es erscheine auch die Compliance fraglich. Bei der Beurteilung der psychischen Komorbidität bestünden keine Anhaltspunkte für eine psychische Störung mit Krankheitswert. Es sei lediglich

im Jahre 2011 im Zusammenhang mit der anhaltenden Schmerzsymptomatik und den psychosozialen Faktoren eine leichte depressive Episode beschrieben worden, bei der es sich am ehesten um leichte Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion gehandelt habe. Seither liessen sich nur leichte depressive Symptome ohne wesentlichen Krankheitswert erheben. Im Rahmen der Prüfung der Persönlichkeit habe der Explorand akzentuierte, vermeidende und histrionische Persönlichkeitszüge gezeigt, die mit einer Dramatisierung der Beschwerden, einem Verdeutlichungsverhalten mit Meidung beruflicher Aktivitäten einhergehe, jedoch bestünden keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung. Betreffend den sozialen Kontext seien psychosoziale Faktoren festzustellen, die direkt negative funktionelle Folgen zeigten. Affektstörungen lägen jedoch nicht vor. Die Konsistenzprüfung habe keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ergeben und das psychosoziale Umfeld erscheine weitgehend intakt. Es würden familiäre Probleme verneint und gute soziale Kontakte mit Bekannten, Freunden und Kollegen angegeben, indem der Explorand auch häufig mit Freunden ein benachbartes Café aufsuche. Daneben gehe er keiner beruflichen Tätigkeit nach und verrichte auch keine Haushaltsarbeiten. Nachdem sich aus psychiatrischer Sicht keine psychischen Störungen mit Krankheitswert erheben liessen, sei auch eine zumutbare Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit mit Verwertung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen (S. 26 f.). Aus rein psychiatrischer Sicht könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... und ... wie auch in jeder leidensadaptierten Arbeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum (Arbeitsunfähigkeit 0%) seit jeher angenommen werden (S. 29 Ziff. 8.1 und 8.2).

Die Gutachter hielten nach durchgeführter Konsensbesprechung fest, die Arbeitsfähigkeit betrage in der angestammten Tätigkeit seit Juni 2015 bei voller Stundenpräsenz 20%. In einer leidensadaptierten Tätigkeit liege indessen unter Berücksichtigung der orthopädischen Einschränkungen bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 90% vor (S. 36 Ziff. 12.1 f.).

3.1.3 Mit Stellungnahme vom 22. März 2016 (AB 40 S. 7) hielt Dr. med. E. _____ fest, es bestehe ein chronisches lumboradikuläres Syndrom

auf der rechten Seite mit klarer mechanischer Ursache. Die entscheidende Arbeitsunfähigkeit werde jedoch nicht durch die mechanische Störung an der LWS ausgelöst, sondern durch das chronische Schmerzsyndrom. Es liege eine chronische Schmerzstörung mit immobilisierenden funktionellen Beschwerden vor. Diese Beschwerden ergäben, unabhängig von den strukturellen Veränderungen an der LWS, den Grund für die Arbeitsunfähigkeit und seien mit medizinischen Massnahmen nicht entscheidend verbesserbar. Daraus resultiere eine funktionelle Einschränkung, die eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit bedinge. Eine Arbeitstätigkeit mit voller zeitlicher Präsenz und 90%iger Leistungsfähigkeit sei völlig unrealistisch. Es müsse eine interdisziplinäre Begutachtung durchgeführt werden, bei welcher auch der psychosomatische Aspekt gewürdigt werde.

3.1.4 Am 13. Mai 2016 (AB 40 S. 5) nahm Dr. med. E. _____ zum MEDAS-Gutachten Stellung und erläuterte, im Gutachten seien sämtliche Beschwerden und Krankheiten, die beim Patienten vorlägen, berücksichtigt und die somatischen Befunde und Beschwerden korrekt beurteilt worden. Er habe mehrmals betont, dass die eingeschränkte Belastbarkeit des Rückens nur bedingt durch die somatischen Befunde erklärbar sei und eine somatoforme Schmerzstörung vorliege, die einen Hauptteil der Einschränkung ausmache (S. 5). Dabei sei zu beachten, dass die Beurteilung der somatoformen Schmerzstörung nicht in der Kompetenz des Orthopäden liege. Ein Psychiater wäre prinzipiell in der Lage, dies zu diagnostizieren und zu werten. Der psychiatrische MEDAS-Gutachter habe jedoch beschrieben, dass keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Eine adäquate Beurteilung obliege daher einem Facharzt für Psychosomatik, der zu einer Begutachtung hätte hinzugezogen werden sollen. Im Weiteren gab Dr. med. E. _____ an, die Wertung der somatoformen Schmerzstörung sei nicht adäquat. Der Einschätzung, dass bei voller Stundenpräsenz in angepasster Tätigkeit eine 90%ige Arbeitsfähigkeit vorliege, könne er nicht folgen. Repetitives Heben und Tragen von Gegenständen sei nicht möglich und das Verharren in statischen Positionen wie Stehen, Sitzen, Hocken oder Kauern sei auf maximal 15 Minuten limitiert. Zudem beschreibe der Patient, dass er häufig Pausen machen, abliegen und die Position ändern müsse. Gestützt darauf sei in

angepasster Tätigkeit eine Arbeitszeit von zwei bis drei Stunden täglich realistisch (S. 6).

3.1.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, legte in der Stellungnahme vom 7. Juli 2016 (AB 42 S. 2) dar, auf das für die streitigen Belange umfassende, vollständige, auf allseitigen Untersuchungen beruhende, qualitativ einwandfreie, in Kenntnis der Vorakten erstellte, in sich konsistente und in der Begründung eindeutige MEDAS-Gutachten könne vollumfänglich abgestellt werden. Insbesondere sei im Gutachten ausführlich, nachvollziehbar und differenziert die gesamte Krankheitsentwicklung dargestellt worden. Die Stellungnahmen des behandelnden Spezialisten nach Erstellung des Gutachtens seien aufgrund der Parteinahme für den Patienten im Rahmen einer objektiven Beurteilung nicht relevant (S. 3).

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

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 13. Juli 2016 (AB 43) massgeblich auf das bidisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 10. Februar 2016 (AB 33.1) gestützt. Dieses Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben sich in der ärztlichen Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Auf das MEDAS-Gutachten ist somit abzustellen.

3.3.1 In somatischer Hinsicht hat der Orthopäde Dr. med. F. _____ schlüssig und plausibel dargelegt, dass die lumbalen Schmerzen und die abnormen Untersuchungsbefunde der LWS zumindest teilweise durch die im MRI sichtbare Osteochondrose und Diskushernie L2/3 mit Dorsalverlagerung und Kompression der Nervenwurzel L3 rechts sowie mit der Osteochondrose und Diskushernie L5/S1 ohne neurale Kompression erklärt werden können (AB 33.1 S. 8 Ziff. 7.2). In Bezug auf die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit führte er einleuchtend aus, dass in der angestammten Tätigkeit seit Juni 2015 bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 20% vorliegt, während in einer leidensadaptierten Tätigkeit (körperlich leichte Arbeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen) eine Arbeitsfähigkeit von 90% zugemutet werden kann. Diese Beurteilung ist nicht nur in sich schlüssig und überzeugend, sondern findet auch Rückhalt in den medizinischen Akten. Insbesondere steht sie im Einklang mit den Ausführungen des Orthopäden Dr. med. E. _____. So legte dieser im Bericht vom 22. März 2016 (AB 40 S. 7) dar, dass die entscheidende Arbeitsunfähigkeit nicht durch die mechanische Störung der LWS ausgelöst wird, sondern durch das chronische Schmerzsyndrom. Im Bericht vom 13. Mai 2016 (AB 40 S. 5) gab er zudem an, dass die somatischen Befunde und Beschwerden im MEDAS-Gutachten korrekt beurteilt worden sind. Nichts anderes ist ferner dem Bericht der RAD-Ärztin

Dr. med. H._____ vom 7. Juli 2016 (AB 42 S. 2 f.) zu entnehmen. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt (vgl. Beschwerde S. 7 und S. 10 Ziff. 21), die orthopädische Beurteilung von Dr. med. F._____ sei widersprüchlich, da dieser einerseits „leichte kleine Arbeiten in geringem Umfang“ (vgl. AB 33.1 S. 8 Ziff. 7.5) als zumutbar erachte und andererseits in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 90% attestiere (vgl. AB 33.1 S. 9 Ziff. 8.2), kann ihm nicht gefolgt werden. Denn dabei verkennt er, dass sich die erste Beurteilung einzig auf die angestammte Tätigkeit bezieht, während die zweite Einschätzung Bezug auf eine angepasste Arbeit nimmt.

3.3.2 Aus psychiatrischer Sicht wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (AB 33.1 S. 23 Ziff. 6.1). Dr. med. G._____ hat eingehend und differenziert erläutert, dass der Beschwerdeführer an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und an akzentuierten, vermeidenden und histrionischen Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) leidet. In Bezug auf letztere Diagnose ist darauf hinzuweisen, dass Z-codierte Diagnosen (wie hier ICD-10 Z73.1) keine rechtserhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung darstellen (vgl. Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 6. November 2012, 9C_437/2012, E. 3.3). Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) hat Dr. med. G._____ – unter Bezugnahme auf die vor BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.2.3 hiervor) noch massgebend gewesene Rechtsprechung – als mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar qualifiziert und deshalb unter den Diagnosen aufgelistet, welchen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukommt (AB 33.1 S. 26 f.). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 8 Ziff. 17 und S. 11 f. Ziff. 23 f.) würde es sogar dann nicht schaden, wenn die Beschwerdegegnerin das MEDAS-Gutachten nicht unter Hinweis auf den aktuellen Fragebogen in Auftrag gegeben hätte (vgl. aber AB 25). So verlieren nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung dieser in BGE 137 V 210 E. 6 S. 266 entwickelten Grundsätze auf die nunmehr materiell-

beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309). Wie nachfolgend aufgezeigt wird, bietet das MEDAS-Gutachten hinreichend Aufschluss für die Beurteilung nach den Vorgaben gemäss der neuen Rechtsprechung.

Zunächst gilt festzustellen, dass sich bei der psychiatrischen Untersuchung deutliche Hinweise für eine Aggravation und einen sekundären Krankheitsgewinn zeigten (AB 33.1 S. 26). Ob dadurch ein Ausschlussgrund nach BGE 131 V 49 vorliegt (vgl. E. 2.2.2 hiervor), kann offen bleiben. Dies weil so oder anders bei der Prüfung der neu massgebenden Indikatoren nicht von einer leistungsrelevanten psychischen Erkrankung auszugehen ist.

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Hier ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) nicht übermässig ist. So gibt der Beschwerdeführer an, keine psychischen Probleme zu haben und Lust sowie Freude zu empfinden (AB 33.1 S. 16 Ziff. 3.2.1). Zum Tagesablauf berichtete er, nach dem Aufstehen verrichte er die Toilette und gehe mit Kollegen in den in der Nachbarschaft gelegenen Coop Kaffee trinken. Dann komme er nach Hause, esse wenig zu Mittag und laufe in der Wohnung herum, da er nicht länger sitzen oder liegen könne. Dazwischen lese er Zeitung. Nach dem Abendessen laufe er weiter in der Wohnung herum, schaue etwas TV und gehe zwischen 23.00 Uhr und 24.00 Uhr zu Bett (AB 33.1 S. 19 Ziff. 3.2.6). Gestützt auf diese Darlegungen kann kaum von einem andauernden, schweren und quälenden Schmerz gesprochen werden, was jedoch diagnosespezifisch sein müsste (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 i.V.m. E. 2.1.1 S. 286). Betreffend Behandlungserfolg oder -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer bisher keine psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Behandlung erhalten hat und seit mehreren Monaten auch keine Medikamente mehr einnimmt (AB 33.1 S. 26; vgl. auch S. 5). Diese Tatsachen

sprechen nicht nur gegen das Vorliegen einer schweren und therapeutisch nicht mehr angehbaren psychischen Störung, sondern auch gegen das Vorhandensein eines Leidensdrucks. Da am Bewegungsapparat nur geringe orthopädische Einschränkungen bestehen, sind psychische oder somatische Komorbiditäten, die dem Beschwerdeführer Ressourcen rauben würden, zu verneinen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). Auch konnten keine Persönlichkeitsstörungen festgestellt werden (AB 33.1 S. 27). Anhaltspunkte, dass in der Persönlichkeit des Beschwerdeführers krankheitswertige Umstände vorliegen, welche ein Leistungsvermögen ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302), sind demnach nicht ersichtlich. Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass der Beschwerdeführer seit 1990 verheiratet ist und zusammen mit der Ehefrau und den gemeinsamen drei Töchtern in einer 4,5-Zimmerwohnung lebt. Partnerschaftliche oder familiäre Probleme werden verneint. Im Weiteren pflegt er soziale Kontakte zu Bekannten, Freunden und Kollegen (AB 33.1 S. 18 f. Ziff. 3.2.5). Der Lebenskontext hält dem Beschwerdeführer folglich genügend mobilisierbare Ressourcen bereit. Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist schliesslich festzuhalten, dass keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu erheben war. Während der Beschwerdeführer familiäre Probleme verneint und gute soziale Kontakte pflegt, wobei er häufig mit Freunden ein Café aufsucht, kann er keiner beruflichen Tätigkeit nachgehen und verrichtet zu Hause keine Arbeiten (AB 33.1 S. 27). Dieses Verhalten lässt mit Blick auf die gesamten Umstände nicht auf einen krankheitsbedingten Rückzug und auf verminderte Ressourcen schliessen. Es hat sich vorliegend auch gezeigt, dass der Beschwerdeführer intensive Schmerzen angibt, deren Charakterisierung jedoch vage geblieben ist (AB 33.1 S. 26). Mit Blick auf die massgebenden Indikatoren ist folglich erstellt, dass der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung keine invalidisierende Wirkung zukommt.

An dieser Beurteilung vermögen die Berichte des Orthopäden Dr. med. E. _____ nichts zu ändern. Betreffend den Bericht vom 5. Oktober 2015 (AB 21) ist festzustellen, dass Dr. med. G. _____ Kenntnis von dieser Beurteilung hatte und entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 13) zu dieser auch plausibel und schlüssig Stel-

lung genommen hat (AB 33.1 S. 3 und S. 8 Ziff. 7.5; vgl. auch Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 9). Den weiteren Berichten von Dr. med. E. _____ vom 22. März 2016 (AB 40 S. 7) und vom 13. Mai 2016 (AB 40 S. 5) kann entnommen werden, dass im MEDAS-Gutachten sämtliche Beschwerden und Krankheiten berücksichtigt und die somatischen Befunde und Beschwerden korrekt beurteilt wurden (AB 40 S. 5). Soweit sich Dr. med. E. _____ gegen die Wertung der somatoformen Schmerzstörung ausspricht, kann ihm indessen nicht gefolgt werden. Dies weil er nicht über einen Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie und damit – wie er auch selber dargelegt hat (AB 40 S. 6) – nicht über die erforderliche fachliche Qualifikation zur Beurteilung der psychischen Situation verfügt (vgl. Entscheid des BGer vom 20. November 2007, I 142/07, E. 3.4). Hinzu kommt, dass – wie die RAD-Ärztin im Bericht vom 7. Juli 2016 (AB 42 S.3) zu Recht erwähnt – das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen soll, 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). Der Einwand des Beschwerdeführers, die obgenannten Berichte von Dr. med. E. _____ seien nicht beachtet resp. nicht angemessen gewürdigt worden (vgl. Beschwerde S. 9 Ziff. 18), ist daher zurückzuweisen. Ebenfalls läuft die in diesem Zusammenhang vorgebrachte Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 122 V 157 E. 1a S. 158; vgl. Beschwerde S. 15) ins Leere.

3.3.3 Aus dem Dargelegten folgt, dass der Sachverhalt gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 10. Februar 2016 hinreichend erstellt ist, weshalb – entgegen dem Antrag in der Beschwerde (S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 2) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Insbesondere kann dem Vorbringen des Beschwerdeführers, es hätte ein interdisziplinäres Gutachten unter Einbezug eines Facharztes für Psychosomatik durchgeführt werden sollen (vgl. Beschwerde S. 9 und S. 12 Ziff. 25), nicht gefolgt werden. Wie die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ in der Stellungnahme vom 7. Juli 2016 (AB 42 S. 3) zu Recht festgehalten hat, wird im MEDAS-Gutachten ausführlich und differenziert die gesamte Krankheitsentwicklung dargestellt. Angesichts der vorliegenden Befunde genügt somit ein bidisziplinäres Gut-

achten mit den Fachrichtungen Orthopädie und Psychiatrie. Zusätzliche Disziplinen sind – entsprechend den Ausführungen der Beschwerdegegnerin (vgl. Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 11) – nicht erforderlich.

3.3.4 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, eine Umschulung oder allfällige berufliche Eingliederungsmassnahmen seien bisher nicht durchgeführt worden (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 15), kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Wie die Beschwerdegegnerin ebenfalls zu Recht dargelegt hat (vgl. Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 13), kann der Rentenscheid unabhängig von allfälligen Eingliederungsmassnahmen gefällt werden, wenn von vornherein ein Rentenanspruch zu verneinen ist (Entscheid des BGer vom 20. Oktober 2010, 8C_515/2010, E. 2.2). Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist somit nicht zu beanstanden.

4.

4.1 Ausgehend von der zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90% in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.3.1 hiervor) ist der Invaliditätsgrad im Folgenden mittels Einkommensvergleichs zu bestimmen.

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstruk-

turerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

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 pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.2 Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der Anmeldung vom 1. Juli 2015 (AB 2) und in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung) der 1. Januar 2016. Der Einkommensvergleich ist somit auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen (BGE 129 V 222).

4.2.1 Der Beschwerdeführer war zuletzt von April 2011 bis August 2014 als ... und ... über die C. _____ AG temporär beschäftigt (AB 13; 33.1 S. 18). Da er in unterschiedlichen Pensen gearbeitet hat, berücksichtigte die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Valideneinkommens den Durchschnitt der Jahreseinkommen der letzten fünf Jahre (AB 43 S. 1). Ob dieses Vorgehen korrekt ist, ist allenfalls zweifelhaft, stellt sich doch diesbezüglich insbesondere die Frage, ob das in den letzten Jahren erzielte Einkommen nicht durch die zumindest seit dem Jahre 2008 aktenkundigen chronischen lumbovertebralen Schmerzen (vgl. AB 3 S. 35) beeinflusst worden ist. Letzten Endes kann dies jedoch offen bleiben. Das höchste Jahreseinkommen des Beschwerdeführers wurde im Jahre 2003 mit Fr. 70'489.-- realisiert (AB 12 S. 2). Selbst wenn zugunsten des Beschwerde-

führers auf dieses Einkommen abgestellt und dieses der seitherigen Lohnentwicklung angepasst wird, womit ein Jahreseinkommen von Fr. 78'963.-- resultiert (von 112.3 Punkten [2003] auf 125.8 Punkte [2015]; Bundesamt für Statistik [BFS], Nominallohnindex, 1993-2010 und 2011-2015, Baugewerbe), ändert sich nichts am Ergebnis (vgl. E. 4.2.3 hiernach).

4.2.2 Da der Beschwerdeführer keiner zumutbaren Arbeitstätigkeit nachgeht, ist das Invalideneinkommen aufgrund der LSE festzusetzen. Ihm sind körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen bei voller Stundenpräsenz zu 90% zumutbar (AB 33.1 S. 36 Ziff. 12.2). Gemäss der LSE 2014, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Tabelle TA1, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Männer, beträgt das durchschnittliche Einkommen für Hilfsarbeiten über sämtliche Wirtschaftszweige Fr. 5'312.-- pro Monat (Totalwert). Dieses Einkommen ist an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, ab 2004-2015, Total, 2015) anzupassen und auf das Jahr 2015 zu indexieren (von 128.6 Punkten [2014] auf 129.1 Punkte [2015]; BFS, Nominallohnindex, 2011-2015, Total). Zudem ist zu berücksichtigen, dass dem Beschwerdeführer einzig ein Pensum von 90% zumutbar ist. Daraus resultiert ein jährliches Einkommen von Fr. 60'040.-- (Fr. 5'312.-- x 12 : 40 x 41.7 : 128.6 x 129.1 - 10%).

Schliesslich ist der von der Beschwerdegegnerin zugestandene leidensbedingte Abzug von 15% (AB 43 S. 2) abzuziehen. Dieser scheint vorliegend unter Berücksichtigung aller einkommensbeeinflussenden Merkmale als sehr wohlwollend (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Das Invalideneinkommen beträgt unter Beachtung sämtlicher Abzüge somit mindestens Fr. 51'034.--.

4.2.3 Bei einem Valideneinkommen von maximal Fr. 78'963.-- und einem Invalideneinkommen von minimal Fr. 51'034.-- resultiert eine Einkommenseinbusse in der Höhe von Fr. 27'929.--, was einen Invaliditätsgrad von gerundet höchstens 35% (zur Rundung: BGE 130 V 121 S. 123 E. 3.2 und 3.3) ergibt. Somit besteht kein Anspruch auf eine Rente der IV (vgl. E. 2.3 hiervor).

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 13. Juli 2016 (AB 43) nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.