

200 16 783 IV  
ACT/SCC/JOK/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 15. Dezember 2016**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. Juli 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1964 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Februar 2015 unter Hinweis auf Hämochromatose, Gendefekt, Cluster-Kopfschmerzen und Migräne zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (Akten der IV [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) führte medizinische und erwerbliche Abklärungen durch und holte insbesondere ein Gutachten der MEDAS (MEDAS-Gutachten vom 8. Dezember 2015 [act. II 34.1]) sowie einen Abklärungsbericht Selbständigerwerbende vom 29. März 2016 (act. II 40) ein. Mit Vorbescheid vom 1. April 2016 (act. II 43) stellte die IVB aufgrund eines Invaliditätsgrades von 20 % die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch B.\_\_\_\_\_, Einwand (act. II 49), worauf die IVB nach Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; Stellungnahme vom 27. Juni 2016 [act. II 52]) am 4. Juli 2016 gemäss Vorbescheid verfügte (act. II 53).

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 3. September 2016 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine Rente zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. September 2016 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und reichte dazu eine Stellungnahme des RAD vom 20. September 2016 (act. II 58 S. 3 f.) ein.

Am 13. November 2016 reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme ein.

## **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 4. Juli 2016 (act. II 53). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente der IV.

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

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

## 2.

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

**2.2** 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).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine 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** 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).

**2.5** 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).

**2.6** 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).

### 3.

**3.1** Die angefochtene Verfügung stützt sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das MEDAS-Gutachten vom 8. Dezember 2015 (act. II 34.1):

Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte aus allgemeininternistischer Sicht eine Hämochromatose sowie einen fortgesetzten Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ca. 15 py; ICD-10: F.17.1). Ausser einem Übergewicht mit einem BMI von 29 kg/m<sup>2</sup> seien im allgemeininternistischen Status unauffällige Befunde erhoben worden. Die Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Aufgrund der Anamnese und ihrer Untersuchungsbefunde ergäben sich keine Hinweise für eine frühere, höhergradige, länger andauernde Arbeitsunfähigkeit durch ein internistisches Leiden (S. 7).

Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54 [S. 12]). Er hielt fest, dass der Beschwerdeführer ohne weiteres in der Lage sei, ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (S. 10). Er zeige aber wenig Motivation, sich beruflich einzugliedern und sei überzeugt davon, aufgrund seiner Beschwerden zurzeit nicht arbeiten zu können. Er verlange explizit eine Rente. Es seien ihm Eingliederungsmassnahmen ganztags und ohne jede Einschränkung zumutbar (S. 11). Er sei im Alltag durch psychopathologische Symptome nicht beeinträchtigt, sodass es nicht ganz nachvollziehbar sei, dass er sich überhaupt nicht mehr arbeitsfähig fühle. Ausser der Aufgabe der beruflichen Tätigkeit im April 2014 sowie des Ski- und Mountainbikefahrens bestünden keine Änderungen des Aktivitätenniveaus seit Aufgabe der beruflichen Tätigkeit. Das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, überhaupt nicht mehr arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, sodass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Wesentliche psychosoziale Belastungen lägen nicht vor. Er klage auch nicht über starke Schmerzen, die ihn im Alltag wesentlich einschränken würden. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne somit nicht gestellt werden (S. 12).

Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1), ein chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont (ICD-10 M54.5), eine Arthropathie bei Hämochromatose (ICD-10 M14.5) sowie ein Belastungsdefizit der Schultern (ICD-10 M75.8; S. 17). Aufgrund der degenerativen Veränderungen im Zervikal- und Lumbalbereich seien schwere und überwiegend mittelschwere Tätigkeiten wie die des ... nicht mehr zumutbar. Für leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen und ohne regelmässige Tätigkeiten über Kopf bestehe aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Degenerative Veränderungen der HWS seien erstmalig im März 2014 nachgewiesen worden. Die Arbeitsfähigkeit im oben dargelegten Ausmass bestehe mit Sicherheit seit diesem Zeitpunkt. Es gebe aus Sicht des Bewegungsapparates keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit für leichte bis gelegentlich mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten seit Beginn der Krankschreibung im April 2014 längerfristig relevant eingeschränkt gewesen sei. Es bestehe – wie dies auch der behandelnde Rheumatologe Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie FMH, angegeben habe – eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als ... (S. 19).

In neurologischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Cluster-Kopfschmerzen (ICD-10 G44.0; S. 21). Dabei handle es sich um ein insgesamt gut therapierbares Krankheitsbild und auch weitere Therapieoptionen stünden noch offen. Abgesehen von eher leichten Hypästhesien an den Händen sei die aktuelle Untersuchung unauffällig gewesen. Betreffs dieser Hypästhesien seien einmal die Neurographie-Ergebnisse von Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, aus dem Jahr 2014 zu berücksichtigen, welche mit einem beginnenden Karpaltunnelsyndrom vereinbar seien. Zusätzlich seien die früheren Zervikobrachialgien mit zu erwägen, allerdings korrespondiere das punctum maximum der degenerativen Veränderungen nicht mit den in Frage kommenden Segmenten. Auch würden sich keine Anhaltspunkte für ein persistierendes zervikales oder lumbales radikuläres

Syndrom finden. Es ergäben sich Einschränkungen aufgrund des HWS-Syndroms, welches Tätigkeiten in Zwangshaltungen oder Überkopfarbeiten beeinträchtigen dürfte, welche bei der Tätigkeit als ... gehäuft vorkämen. Der Cluster-Kopfschmerz könne vermehrte Absenzen bedingen, sodass neurologisch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 90 % gerechtfertigt sei. Körperlich leichte bis punktuell mittelschwere Arbeiten, speziell auch Büroarbeiten, könnten aus neurologischer Sicht ganztags verrichtet werden. Genannte qualitative Einschränkungen bestünden wahrscheinlich bereits seit drei Jahren, dem anamnestischen Beginn der Cluster-Kopfschmerzen (S. 22).

**3.2** Das MEDAS-Gutachten vom 8. Dezember 2015 (act. II 34.1) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (E. 2.5 hiervor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Anders als in der Beschwerde angenommen, haben die Experten die Hämochromatose berücksichtigt (act. II 34.1 S. 7 Ziff. 3.3 f., S. 23 und 24). Nicht gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung der Gutachter spricht der Bericht des Hausarztes Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 16. Mai 2016 (act. II 49 S. 3). Einerseits begründet der Arzt die angenommene Verschlechterung der "Hals-/ Nackenproblematik" nicht (act. II 49 S. 3 Ziff. 1); wie die RAD-Ärztin med. pract. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, in ihrer Stellungnahme vom 20. September 2016 überzeugend ausführt, vermag auch das am 24. Juni 2016 durchgeführte MRI insoweit keine Verschlechterung zu belegen (act. II 58 S. 3 resp. Beschwerdebeilage [act. I] 3). Andererseits enthält der Bericht kein Element, das die Gutachter nicht oder falsch berücksichtigt hätten, insbesondere bestehen keine Anhaltspunkte, dass die Experten die Befunde falsch erhoben hätten resp. dass die vom Hausarzt erwähnten Unterschiede entscheidend ins Gewicht fielen (Faustschluss, Protrusionen der Bandscheiben, Schwellungen in den Händen [act. II 49 S. 3 f. Ziff. 2]), soweit es sich nicht ohnehin allein um eine nicht begründete abweichende Einschätzung handelt (Auswirkung der Zervikobrachialgie [act. II 49 S. 4 Ziff. 2 in fine]).

Damit ist seit April 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 90 % in einer leidensangepassten Tätigkeit erstellt, während die angestammte Tätigkeit nicht mehr möglich ist (act. II 34.1 S. 24 Ziff. 6.2 f.).

#### **4.**

**4.1** Zu prüfen ist, ob die Aufgabe der bisherigen selbständigen Erwerbstätigkeit zumutbar ist, wie es die Beschwerdegegnerin implizit annimmt (act. II 40 S. 12). Die sehr strenge Praxis verlangt die Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit und die Aufnahme einer Lohn­tätigkeit, wenn eine bessere Verwertung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden kann und der Wechsel unter Berücksichtigung der gesamten Umstände (Alter, Aktivitätsdauer, Ausbildung, Art der bisherigen Tätigkeit, persönliche Lebensumstände) als zumutbar erscheint (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 18. Mai 2006, I 640/05, E. 3.1). Entsprechend dem medizinischen Zumutbarkeitsprofil besteht in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 90 %, während die angestammte Arbeit nicht mehr möglich ist (E. 3.2 hiavor). Mit einem Berufswechsel ist die Arbeitsfähigkeit damit besser verwertbar als in der angestammten Tätigkeit. Auch die gesamten Umstände – insbesondere das Alter des Beschwerdeführers (geboren 1964 [act. II 2]) – sprechen nicht gegen die Zumutbarkeit der Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit.

**4.2** Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222). Frühestmöglicher Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung des Art. 29 Abs. 1 IVG und der Anmeldung im Februar 2015 (act. II 1) August 2015; das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ist in diesem Zeitpunkt erfüllt (vgl. E. 3.2 in fine hiavor).

**4.3** 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).

**4.4** Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können für die Festsetzung des Invalideneinkommens nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen bei Versicherten, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist in der Regel vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn („Total“) für Männer oder Frauen bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) auszugehen. Dabei sind in erster Linie die Lohnverhältnisse im privaten Sektor massgebend (SVR 2002 UV Nr. 15 S. 50 E. 3c cc). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 76).

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).

**4.5** Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen zu Recht aufgrund des Einkommens als Selbständigerwerbender resp. aufgrund des (modifizierten) Gewinnes der GmbH festgelegt, denn ohne Gesundheitsschaden wäre der Beschwerdeführer immer noch als Selbständigerwerbender tätig. Weiter hat sie – wegen gesunkener Branchenpreise – korrekterweise auf eine Aufwertung dieses Betrages verzichtet (act. II 40 S. 12). Damit beträgt das Einkommen ohne Gesundheitsschaden Fr. 71'234.-- (act. II 40 S. 13).

**4.6** Ebenso hat die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen – mangels Aufnahme einer Erwerbstätigkeit – zu Recht aufgrund der Zahlen der LSE bestimmt. Das (unter Berücksichtigung eines Abzuges von 5%) ermittelte hypothetische Invalideneinkommen von Fr. 56'823.-- ist nicht zu beanstanden (act. II 40 S. 13).

**4.7** Beim Einkommensvergleich (Valideneinkommen von Fr. 71'234.-- abzüglich des Invalideneinkommens von Fr. 56'823.--) resultiert eine Einbusse von Fr. 14'411.--, was einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 % ( $100 / \text{Fr. } 71'234.-- \times \text{Fr. } 14'411.-- = 20.23 \%$ ) ergibt. Auch unter Berücksichtigung des maximal möglichen Abzuges von 25 % (vgl. E. 4.4 hiervor) resultierte ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 37 % ( $100 / \text{Fr. } 71'234.-- \times \text{Fr. } 26'374.-- [= \text{Fr. } 71'234.-- - \text{Fr. } 44'860.--] = 37 \%$ ), so dass offen bleiben kann, ob der von der Beschwerdegegnerin angenommene Abzug von 5 % (act. II 40 S. 13) korrekt ist oder nicht.

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 4. Juli 2016 (act. II 53) als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## 5.

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

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

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - IV-Stelle Bern (samt Kopie der Eingabe des Beschwerdeführers vom 13. November 2016)
  - 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.