

200 16 833 IV
GRD/SCM/KNJ/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. März 2017

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch B. _____ AG
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. Juli 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1963 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 3. Oktober 2011 unter Hinweis auf unfallbedingte Schulterbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Am 12. März 2012 teilte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) dem Versicherten mit, dass sie ihm Frühinterventionsmassnahmen in Form von Arbeitsplatzersatz gewähre (act. II 21). Zur Abklärung der medizinischen Sachlage gab sie im April 2012 eine bidisziplinäre Begutachtung bei Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. D._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, in Auftrag (vgl. act. II 25, 30.1, 31.1). Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 47) erstellte Dr. med. C._____ im Juli 2013 ein psychiatrisches Verlaufsgutachten (act. II 51.1). Mit Verfügung vom 8. Oktober 2014 (act. II 66) wies die IVB ein – von diesem Verfahren nicht betroffenes – Leistungsbegehren auf Kostengutsprache für berufliche Massnahmen infolge Mitwirkungspflichtverletzung ab. Im Rahmen des hierauf folgenden Beschwerdeverfahrens (vgl. act. II 71) kam die IVB mit Wiedererwägung vom 5. Januar 2015 (act. II 77) zum Schluss, die Sachlage bedürfe weiterer Abklärungen. In der Folge erstellten die Dres. med. C._____ und D._____ im Dezember 2015 ein rheumatologisches und psychiatrisches Verlaufsgutachten (act. II 93.1, 94.1, 95). Gestützt darauf stellte die IVB mit Vorbescheid vom 2. Februar 2016 (act. II 96) bei einem Invaliditätsgrad von 23 % die Ablehnung des Rentenbegehrens in Aussicht. Unter Berücksichtigung des dagegen erhobenen Einwands (act. II 97 bzw. 99) sowie einer weiteren Stellungnahme des RAD (act. II 101) wies die IVB das Rentenbegehren mit Verfügung vom 29. Juli 2016 (act. II 102) entsprechend dem Vorbescheid ab.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch die B._____AG, am 14. September 2016 Beschwerde mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien, gegebenenfalls nach Vornahme der notwendigen Abklärungen, die gesetzlichen Leistungen auszurichten.

Mit Beschwerdeantwort vom 14. November 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die 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 29. Juli 2016 (act. II 102). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 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). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

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

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). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195).

3.

3.1 Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Infolge der Hospitalisation auf der psychosomatischen Abteilung des Spitals E. _____ vom 9. Januar bis 4. Februar 2012 stellte Dr. med F. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, im Bericht vom 22. Februar 2012 (act. II 18) hauptsächlich folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Rezidivierende depressive Episoden, aktuell mittelgradig (ICD-10 F33.1), paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.00), mittelschwere obstruktive Schlafapnoe (ICD-10 G47.31), Verdacht auf Prostatahyperplasie (ICD-10 N40), Schallempfindungsstörung rechts sowie Migräne (S. 2 - 3). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit ab dem 6. Februar 2012 im Umfang von 50 % könne gerechnet werden (S. 8).

3.1.2 In der bidisziplinären Begutachtung vom Sommer 2012 wurde Folgendes festgehalten:

Im psychiatrischen Gutachten vom 31. Juli 2012 (act. II 30.1) diagnostizierte Dr. med. C._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0) sowie akzentuierte (narzisstische, zwanghafte, paranoide) Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), differentialdiagnostisch eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde keine Diagnose gestellt (S. 11). Aus rein psychiatrischer Sicht sei in der aktuellen wie auch in einer alternativen Tätigkeit seit der Schulteroperation im März 2011 von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % auszugehen (S. 16).

Dr. med. D._____, der den Beschwerdeführer am 25. Juni 2012 rheumatologisch untersuchte, diagnostizierte im Gutachten vom 2. August 2012 (act. II 31.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41). Somatisch leide der Beschwerdeführer unter einer Periarthropathia humeroscapularis chronica tendinotica links (ICD-10 M75.0), die seit einem Unfall im September 2010 symptomatisch sei. Weiter stellte er Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17). Bei einer an das Schulterleiden adaptierten Tätigkeit bestehe in einem Pensum von 8.5 Stunden täglich keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. S. 23 bzw. 26).

In der interdisziplinären Beurteilung vom 31. Juli 2012 (act. II 32) erachteten die Gutachter den Beschwerdeführer in einer an die linke Schulter adaptierten Tätigkeit seit März 2011 während 6.6 Stunden täglich ohne Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit arbeitsfähig.

3.1.3 Im Arztbericht der psychiatrischen Dienste G._____ vom 20. Februar 2013 (act. II 45), der im Zusammenhang mit einer teilstationären Behandlung im Zentrum H._____ erstellt wurde, wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten: Rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33; seit ca. 15 Jahren), gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3; seit ca. 2 Jahren). Weiter wurden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

gestellt (S. 1). Vom 8. Januar 2013 bis am 11. März 2013 habe eine 100%ige medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... bestanden (S. 3). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit ab dem 11. März 2013 im Umfang von 20 bis 30 % könne gerechnet werden (S. 4).

3.1.4 Aufgrund der Widersprüche zwischen den Beurteilungen des Zentrums H. _____ Bern-West und der psychiatrischen Beurteilung von Dr. med. C. _____ wurde auf Anraten des RAD (act. II 47) am 2. Juli 2013 eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung durchgeführt (act. II 51.1). Dr. med. C. _____ hielt in diesem Gutachten fest, dass es im Vergleich zu den Befunden der ersten psychiatrischen Beurteilung vom Juli 2012 zu keiner wesentlichen Veränderung gekommen sei (S. 17; vgl. E. 3.1.2 hier vor). Er bestätigte die Diagnose einer leichten depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0; S. 13; vgl. act. II 30.1 S. 11). Die im Juli 2012 in Betracht gezogene Differentialdiagnose einer paranoiden Schizophrenie (vgl. act. II 30.1 S. 11) lasse sich hingegen aufgrund der aktuellen Begebenheiten nicht weiter bestätigen (act. II 51.1 S. 16). Seit der letzten Beurteilung könne sowohl in der ausgeübten wie auch in einer alternativen Tätigkeit unverändert von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % ausgegangen werden (S. 17). Dr. med. C. _____ hielt überdies fest, die anamnestisch gemachten Angaben des Beschwerdeführers seien oft inkonsistent und zum Teil widersprüchlich gewesen, weshalb bei der Beurteilung des Schweregrads der Depression vorwiegend auf die erhobenen Befunde abgestützt werden müsse und insgesamt von einer bewussten Aggravationstendenz auszugehen sei (S. 14 - 15). Weiter nahm er unter anderem zum Arztbericht der psychiatrischen Dienste G. _____ (act. II 45) Stellung und befand, dass sich die darin diagnostizierte schwere depressive Episode auf den Zeitpunkt des Aufenthaltes in der Tagesklinik beziehe. Die retrospektive Beurteilung des Schweregrades der Depression durch die psychiatrischen Dienste G. _____ stütze sich lediglich auf die geklagten Beschwerden, eine Beschwerdevalidierung sei hingegen nicht durchgeführt worden. Auch die Aussage, dass seit zwei Jahren psychotische Symptome vorgelegen haben sollen, müsse aufgrund

der aktuellen Untersuchungsbefunde relativiert werden, da es sich dabei nicht um typische psychotische Phänomene handle (act. II 51.1 S. 18).

3.1.5 Am 14. März 2014 wurde der Beschwerdeführer aufgrund ähnlicher Symptomatik wie 2011 auf der linken Seite an der rechten Schulter operiert. Die Operationsdiagnose lautete Impingement-Syndrom Schulter rechts, dominant, mit Partialruptur der Supraspinatussehnaussenfläche (act. II 59 S. 8).

3.1.6 Im Bericht vom 1. November 2014 (act. II 70) diagnostizierte Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende schwere depressive Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F 33.3) und ging von einer wahrscheinlich höchstens 50%igen Arbeitsfähigkeit aus (S. 1). Er hielt zudem fest, die depressive Störung blockiere praktisch alle Aktivitäten und setze auch die kognitive Leistungsfähigkeit herab (S. 3). Der Beschwerdeführer könne tagelang nicht Rasieren, Zähneputzen, sich Ankleiden und schäme sich dieses Zustandes (S. 2).

3.1.7 Die Dres. med. C. _____ und D. _____ führten im Jahre 2015 erneut eine rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung durch (act. II 93, 94, 95).

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte Dr. med C. _____ im psychiatrischen Gutachten vom 15. Dezember 2015 (act. II 93.1) eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0). Zudem wurden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 15). Dr. med. C. _____ führte aus, es lasse sich aus rein psychiatrischer Sicht nach wie vor eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in medizinisch-theoretischer Hinsicht sowohl in der zuletzt ausgeübten (die Stelle beim K. _____ wurde auf Ende Februar 2014 gekündigt [vgl. act. II 62 S. 1]) wie auch in einer alternativen Tätigkeit von höchstens 20 % ohne zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit begründen (act. II 93.1 S. 20). Der Beschwerdeführer gehe zwar davon aus, dass er wegen seiner Beschwerden zu keiner Tätigkeit mehr fähig sei, gestützt auf die aktuelle Untersuchung lasse sich aus psychiatrischer Sicht indes eine derart hohe

Arbeitsunfähigkeit nicht objektivieren und auch nicht begründen. Es müsse somit von einer subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ausgegangen werden (S. 21). Wie bei der Begutachtung im Jahre 2013, stellte er auch in diesem Gutachten wiederum fest, dass die Angaben des Beschwerdeführers nicht immer konsistent und zum Teil widersprüchlich seien und dass nach wie vor und seit 2013 unverändert von einer bewusstseinsnahen Aggravationstendenz des Exploranden auszugehen sei (S. 17 bzw. 18; vgl. act. II 51.1 S. 15).

Dr. med. C. _____ ging auch auf abweichende Beurteilungen ein, insbesondere auf den Abschlussbericht AMM EAF des regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (RAV) vom 21. April 2015 (act. II 87) und die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. I. _____ vom 1. November 2014 (act. II 70) und 30. Oktober 2014 (act. II 71 S. 3). Betreffend Abschlussbericht hielt er fest, aufgrund der aktuellen Untersuchung lasse sich eine Instabilität des psychischen Krankheitsbildes nicht bestätigen, denn seit der Begutachtung vom Juli 2013 sei es zu keinen wesentlichen Veränderungen der psychopathologischen Befunde gekommen, die subjektiv geklagten Beschwerden hätten sich sogar etwas verbessert. Die im Bericht des RAV beschriebenen Schwierigkeiten des Beschwerdeführers mit kognitiv anstrengenden Arbeiten seien überdies nicht nachvollziehbar. Auch die im Bericht von Dr. med. I. _____ beschriebene Dominanz von depressiven und psychotischen Symptomen sowie ein hoher Angstpegel liessen sich aufgrund der aktuellen Untersuchung in diesem Sinne nicht bestätigen (act. II 93.1 S. 19).

Dr. med. D. _____ diagnostizierte im rheumatologischen Gutachten vom 21. Dezember 2015 (act. II 94.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine beidseitige Periarthropathia humeroscapularis chronica tendinotica (ICD-10 M75.5; S. 16). Weiter stellte er diverse Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17). Für eine somatisch nicht erklärbare Schmerzstörung habe er keine Anhaltspunkte gefunden. Die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren habe er in seinem Gutachten vom 2. August 2012 (act. II 31.1) von der vom E. _____ gestellten Diagnose übernommen. Wie jedoch auch durch Dr. med. C. _____ im Gutachten vom 31. Juli 2012 festgehalten (act. II 30.1

S. 16), habe der Beschwerdeführer nicht den Eindruck hinterlassen, unter schweren und quälenden Schmerzen zu leiden, weswegen bereits damals keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung hätte diagnostiziert werden können (act. II 94.1 S. 19). Bezüglich der verbleibenden Funktionen und Belastbarkeit führte Dr. med. D. _____ aus, es bestehe weiterhin eine verminderte Belastbarkeit der linken Schulter: Arbeiten mit gestrecktem linken Arm und Arbeiten mit repetitiver Rotation im linken Schultergelenk sowie Arbeiten mit schockartiger Kraftanwendung oder Vibrationseinwirkungen auf die linke Schulter seien nicht mehr zumutbar. Genaue Angaben über die maximal zu hebenden Gewichte könnten jedoch keine gemacht werden. Seit spätestens Februar 2014 sei der Beschwerdeführer auch mit der rechten Schulter in ähnlichem Ausmass beeinträchtigt, wobei adaptierte leichte nicht monoton repetitive handwerkliche Arbeiten, ohne Heben über Schulterhöhe ausgeübt werden könnten (S. 24). Eine solche angepasste Tätigkeit während 8.5 Stunden pro Tag sei seit jeher zumutbar, mit Ausnahme der Zeit während und nach den Operationen (vom 15. März bis zum 15. Juni 2011 und vom Februar 2014 bis zum 14. Juni 2014; S. 25 - 26).

Anlässlich der interdisziplinären Beurteilung vom 15. Dezember 2015 (act. II 95) kamen die Gutachter zum Schluss, in einer adaptierten Tätigkeit lasse sich beim Beschwerdeführer – gemäss dem soeben dargestellten Belastbarkeitsprofil – aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von höchstens 20 % begründen. Eine zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe nicht.

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).

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 Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

3.3. Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2016 (act. II 102) massgeblich auf das interdisziplinäre Verlaufsgutachten der Dres. med. C._____ und D._____, bestehend aus einem psychiatrischen und einem rheumatologischen Gutachten vom 15. bzw. 21. Dezember 2015 (act. II 93.1, 94.1), sowie deren Beurteilungen aus den Jahren 2012 und 2013 (act. II 30.1, 31.1, 51.1) gestützt. Diese Expertisen erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Aufgrund der erhobenen Befunde und Anamnesen führten die

Gutachter überzeugend aus, dass somatisch beidseitig eine Periathropathia humeroscapularis chronica tendinotica (ICD-10 M75.5) und psychiatrisch eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0) vorliegen.

3.3.1 Es wurde überzeugend dargelegt und vom Beschwerdeführer auch nicht (substantiiert) bestritten (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. III/1.1 sowie S. 7 - 10 Ziff. II/2), dass in somatischer Hinsicht offensichtlich keine wesentliche Einschränkung besteht. Gemäss Gutachten ist dem Beschwerdeführer eine adaptierte leichte Tätigkeit ohne Heben über Schulterhöhe vollschichtig und ohne Leistungseinschränkung zumutbar (vgl. act. II 94.1 S. 24 bzw. 25).

3.3.2 Im Vordergrund steht somit das psychiatrische Leiden. Der Kritik des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin stelle einseitig bzw. überwiegend auf das interdisziplinäre Verlaufsgutachten von Dr. med. C._____ und Dr. med. D._____ (act. II 93 - 95) ab, bei welchem es sich vorwiegend um ein Aktengutachten handle, das anderen Berichten, insbesondere dem Bericht von Dr. med. I._____ vom 12. März 2016 (act. II 103 S. 19 - 20) und dem Abschlussbericht AMM EAF des RAV (act. II 87) widerspreche, kann nicht gefolgt werden (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III/2.1 und 2.2). Zunächst ist festzuhalten, dass die Schlussfolgerung des Abschlussberichts des RAV, wonach der Beschwerdeführer aufgrund seines instabilen psychischen Zustandsbildes auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar sei (act. II 87 S. 3), für die Invalidenversicherung nicht massgeblich ist. Zum einen ist nicht entscheidend, ob der Beschwerdeführer unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, massgebend ist allein, ob er die ihm zumutbare Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden. Zu berücksichtigen ist mithin der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG; vgl. SVR 2016 IV Nr. 2 S. 6 E. 4.4). Zum anderen obliegt die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit in erster Linie den medizinischen Fachpersonen. Die Ergebnisse der beruflichen Abklärung wurden denn auch in das psychiatrische Gutachten einbezogen und gewürdigt, womit diese keine

erheblichen Zweifel an den Expertisen zu begründen vermögen (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. August 2009, 8C_191/2009, E. 3.2; act. II 93.1 S. 19 sowie E. 3.1.7 hiervor). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III/2.1) handelt es sich bei den erstellten drei psychiatrischen Expertisen auch nicht um Aktengutachten, sondern – wie oben bereits dargelegt (vgl. E. 3.3 hiervor) – um umfassende Gutachten, die sowohl in Kenntnis der Vorakten als auch gestützt auf ausführliche Untersuchungen erstellt wurden. In den Beurteilungen wurde jeweils auch Stellung zu den divergierenden Berichten genommen (vgl. act. II 30.1 S. 17 - 18, 51.1 S. 17 - 19, 93.1 S. 19 - 21) und auf nachvollziehbare und überzeugende Weise dargelegt, inwieweit und weshalb die Expertisen davon abweichen. Im Übrigen wurden alle drei Gutachten vom RAD kritisch überprüft und für schlüssig und überzeugend befunden (vgl. act. II 43, 53, 101). Auch der Bericht von Dr. med. I. _____ vom 12. März 2016 (act. II 99 S. 5 - 6), in dem eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen geltend gemacht wird, ändert nichts an der gutachterlichen Einschätzung. Wie der RAD zu Recht ausführt, stützt sich Dr. med. I. _____ – wie bereits im Bericht vom 11. Dezember 2012 (act. II 39) – vorwiegend auf die subjektiv geklagten Beschwerden, wohingegen die gutachterlichen Beurteilungen durch Dr. med. C. _____ anhand von objektivierbaren Befunden und unter kritischer Würdigung der festzustellenden Aggravation, der Inkonsistenzen und der Widersprüche erfolgte (vgl. hierzu die RAD-Stellungnahme vom 20. Juli 2016 [act. II 101 S. 2]). So weist Dr. med. C. _____ beispielsweise darauf hin, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, nicht mehr in der Lage zu sein, mit anderen Menschen zu kommunizieren; während der Untersuchung habe er jedoch spontan und viel gesprochen, zeitweise habe er den Schein erweckt, es sogar zu geniessen, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen (act. II 51.1 S. 14 und 19). Weiter führte er im jüngsten Gutachten beispielhaft auf, der Beschwerdeführer habe erwähnt, dass er sich gar nicht mehr freuen könne; im Verlauf der Untersuchung habe dieser dann aber strahlend berichtet, dass er an seinen Grosskindern grosse Freude habe, nur um kurz darauf zu schildern, dass er an ihnen gar keine Freude habe, weil er mit ihnen nichts unternehmen könne (vgl. act. II 93.1 S. 17).

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. I. _____ in seiner ersten Beurteilung vom 11. Dezember 2012 (act. II 39) ebenfalls nur von einer leichten depressiven Störung ausging (die Diagnose wurde mit ICD-10 F33.0 kodiert) und erst im – anlässlich der Beschwerdeerhebung vom Oktober 2014 (vgl. act. II 71) erstellten – Bericht vom 1. November 2014 eine rezidivierende schwere depressive Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F 33.3) diagnostizierte (act. II 70 S. 1). Die darin erwähnte Dominanz von depressiven und psychotischen Symptomen konnte der Gutachter jedoch nicht bestätigen. Auch der vom behandelnden Psychiater als hoch eingestufte Angstpegel konnte aufgrund der gutachterlichen Befunde der Untersuchung vom 23. Oktober 2015 nicht in diesem Schweregrad bestätigt werden (act. II 93.1 S. 19). Auffällig ist zudem, dass sich die depressiven Beschwerden gemäss den subjektiv gemachten Angaben des Beschwerdeführers im Vergleich mit dem Jahr 2013 verbessert zu haben scheinen, was Dr. med. C. _____ denn auch so festhält (vgl. z.B. act. II 51.1 S. 6 - 7 mit act. II 93.1 S. 20 - 21; act. II 93.1 S. 16 - 17). Insofern ist nicht nachvollziehbar und es wurde ungenügend begründet, weshalb Dr. med. I. _____ entgegen dieser Tendenz in seinen jüngeren Berichten nicht mehr von einer leichten, sondern von einer schweren depressiven Störung ausgeht (vgl. act. II 39, 70, 103 S. 19 - 20). In diesem Kontext sei noch erwähnt, dass es nach bundesgerichtlicher Praxis einer Erfahrungstatsache entspricht, dass behandelnde Ärzte, ebenso wie Hausärzte, mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass die Dauer der Untersuchung (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III/2.1) den Aussagegehalt des medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht zu vermindern vermag, soweit es inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Entscheid des BGer vom 29. Dezember 2016, 8C_756/2016, E. 3.3.2), was nach dem Ausgeführten vorliegend gegeben ist.

Nach dem Dargelegten erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als hinreichend abgeklärt. Von weiteren medizinischen Erhebungen sind keine neuen entscheidungswesentlichen Erkenntnisse zu erwarten, zumal bereits drei

psychiatrische Untersuchungen durchgeführt wurden, die allesamt zu den gleichen Befunden geführt haben. Soweit der Beschwerdeführer sinn- gemäss eine Rückweisung zu weiterer medizinischer Abklärung beantragt (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I/2), kann hierauf in antizipierter Beweiswürdi- gung verzichtet werden (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Demnach wurde für die Beurteilung der psychischen Beschwerden zu Recht auf die Gutachten des Dr. med. C. _____ vom 31. Juli 2012, 22. Juli 2013 und 15. Dezember 2015 (act. II 30.1, 51.1, 93.1) abgestellt und es ist erstellt, dass eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode (ICD-10 F33.00) vorliegt.

3.4 Gemäss der konstanten bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven For- menkreis in der Regel therapierbar und führen invalidenversicherungsrecht- lich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Entscheid des BGer vom 22. Januar 2016, 9C_892/2015, E. 2 sowie BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197). Leicht- bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episo- discher Natur kommen deshalb einzig dann als invalidisierende Krankhei- ten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (Ent- scheid des BGer vom 24. August 2016, 8C_399/2016, E. 4.2). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Zudem muss die Therapie in dem Sinn konsequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (am- bulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (Entscheid des BGer vom 24. August 2016, 8C_399/2016 E. 4.2).

Die rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode ist vorliegend als therapierbar einzustufen, denn den medizini- schen Berichten lassen sich keine Hinweise entnehmen, wonach die Be- handlungsmöglichkeiten im Sinne der hiervor dargelegten Rechtsprechung ausgeschöpft oder gescheitert wären. Viel mehr führt Dr. med. C. _____ aus, dass sich der Beschwerdeführer nach wie vor zu seinem Psychiater in Behandlung begeben, die Sitzungsfrequenz jedoch reduziert worden sei (vgl. act. II 93.1 S. 19) und dass er davon ausgehe, dass er nicht sämtliche verordneten Psychopharmaka regelmässig einnehme (act. II 93.1 S. 17).

Zudem bestehe beim Beschwerdeführer eine bewusstseinsnahe Aggravationstendenz (act. II 93.1 S. 18). Angesichts der ungenügenden Compliance und der reduzierten Therapiesitzungen kann nicht davon ausgegangen werden, dass die zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten bereits ausgeschöpft und die Beschwerden folglich therapieresistent sind (vgl. auch Entscheid des BGer vom 14. August 2013, 9C_917/2012, E. 3.2). Auch wenn der psychiatrische Gutachter der von ihm diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode (ICD-10 F33.00) einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumisst und infolgedessen eine Einschränkung von 20 % in einer leidensangepassten Tätigkeit attestiert, kann diese Diagnose vorliegend aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht mangels Therapieresistenz und insbesondere mit Blick auf die festgestellte Aggravationstendenz nicht als invalidisierender Gesundheitsschaden berücksichtigt werden (vgl. E. 2.4 hiavor).

3.5 Zusammenfassend ist daher grundsätzlich das von den Dres. med. C._____ und D._____ in ihrer interdisziplinären Beurteilung vom 21. Dezember 2015 festgestellte Zumutbarkeitsprofil (act. II 95, E. 3.1.7 hiavor) massgebend, wobei jedoch der vom psychiatrischen Gutachter diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung kein invalidisierender Charakter zugesprochen werden kann (vgl. E. 3.4 hiavor). Es ist somit davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer seit dem 14. März 2011 (act. II 94.1 S. 24) in einer angepassten, d.h. körperlich leichten monoton nicht repetitiven handwerklichen Tätigkeit ohne Heben über Schulterhöhe eine vollständige Arbeitsfähigkeit besteht, unter Ausnahme der für die Zeiten vom 15. März bis 15. Juni 2011 und vom Februar bis 14. Juni 2014 attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit.

4.

Auf der Grundlage des festgestellten Zumutbarkeitsprofils (E. 3.5 hiavor) ist nachstehend der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

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 Eingliede-

rumsmassnahmen 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).

4.2 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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute Bundesgericht] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.3 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 Lohnstrukturerhebungen (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 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).

4.4. 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). Der hypothetisch frühest mögliche Rentenbeginn fällt unter Berücksichtigung der seit ca. März 2011 vorliegenden partiellen Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. II 15 S. 3, 31.1 S. 23 und 25, 94.1 S. 24) sowie der Anmeldung zum Rentenbezug vom 3. Oktober 2011 (act. II 2) auf den 1. April 2012 (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. BGE 129 V 222, E. 2.3).

4.4.1 Gemäss eigenen Angaben hat der Beschwerdeführer in seiner Heimat ... im Jahre 1980 eine dreijährige ... absolviert, nach der Einreise in die Schweiz 1986 jedoch stets als Hilfsarbeiter gearbeitet (vgl. act. II 5 S. 4, 31.1 S. 11, 94.3 S. 1). Dass er vor seiner Anstellung als Hilfsarbeiter bei der J. _____ AG und vor der Einreise 1986 schwarz auch noch als ... gearbeitet haben will (act. II 12 S. 4 und 31.1 S. 11), ist nicht von Bedeutung. Zuletzt arbeitete er für das K. _____ als ... und ..., wobei letztere Tätigkeit nach Auftreten seiner Schulterbeschwerden im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen durch eine Tätigkeit beim ... des L. _____ ersetzt wurde (vgl. act. II 5 S. 3 - 4, 34 S. 1, 51.1 S. 6). Diese Stelle wurde schliesslich auf Ende Februar 2014 gekündigt (vgl. act. II 57 S. 1, 62 S. 1). Hinsichtlich des Valideneinkommens ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer die beim K. _____ zuletzt innegehabte Anstellung aufgrund von Arbeitsplatzkon-

flikten (vgl. act. II 35), mithin aus invaliditätsfremden Gründen, verloren hat. Somit ist das hypothetische Valideneinkommen nicht auf der Basis des zuletzt erzielten Verdienstes (act. II 15 S. 2), sondern gestützt auf den Tabellenwert der LSE zu ermitteln. Angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer als Hilfsarbeiter angestellt war, ist von der LSE 2012, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Männer, Totalwert, auszugehen.

Das Invalideneinkommen ist mit Blick auf das festgestellte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.5 hiervor) und den Umstand, dass der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, gestützt auf denselben Tabellenlohn zu ermitteln. Unter Berücksichtigung der somatisch bedingten Einschränkungen – zumutbar sind lediglich körperlich leichte monoton nicht repetitive handwerkliche Tätigkeiten ohne Heben über Schulterhöhe (vgl. E. 3.5 hiervor) – ist ein leidensbedingter Abzug in der Höhe von 10 % zu gewähren.

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung: Der Invaliditätsgrad entspricht diesfalls dem leidensbedingten Abzug von 10 % (vgl. Entscheide des BGer vom 7. April 2016, 9C_898/2015, E. 1 und vom 30. Juli 2012, 8C_365/2012, E. 7), womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht (vgl. E. 2.3 hiervor). Der Beschwerdeführer ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass selbst unter Berücksichtigung eines – hier nicht gerechtfertigten – maximal zulässigen Abzugs von 25 % (vgl. Beschwerde S. 9 Ziff. III/2.4) kein Rentenanspruch entstehen würde (vgl. E. 2.3 hiervor).

4.4.2 Schliesslich ist festzuhalten, dass die vollständige Arbeitsunfähigkeit im Zuge der prä- und postoperativen Phase vom Februar bis Juni 2014 (act. II 94.1 S. 26; die vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 15. März bis 15. Juni 2011 ist ohnehin nicht zu berücksichtigen, da sie vor der IV-Anmeldung lag) zu keinem befristeten Rentenanspruch führt, da das Wartejahr (vgl. E. 2.3 hiervor), welches erneut zu bestehen war (vgl. Entscheid des BGer vom 18. Februar 2016, 9C_942/2015, E. 3.3.3), nicht erfüllt ist.

4.5 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 29. Juli 2016 (act. II 102) einen Rentenanspruch zu Recht verneint und die dagegen erhobene 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.

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 Es besteht kein 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):
- B. _____ AG 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.