

200 13 115 IV
SCP/ZID/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. Dezember 2014

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch B. _____, lic.iur. C. _____,
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. Januar 2013

Sachverhalt:

A.

Der 1956 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im November 2006 unter Verweis auf eine rezidivierende depressive Störung und Schulterbeschwerden links, bestehend seit ca. zehn Jahren, bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Diese veranlasste nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen (AB 5 ff.) eine Arbeitsmarktliche-Medizinische Abklärung (AMA) in der D._____, vom 19. Februar bis 16. März 2007, welche wegen deutlicher Verschlechterung des psychischen Zustandes nach effektiv sechs Anwesenheitstagen vorzeitig per 6. März 2007 beendet wurde (Abklärungsbericht AMA D._____ vom 22. März 2007; AB 26). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 27) sprach die IVB dem Versicherten mit Verfügung vom 24. Juli 2007 ab 1. Oktober 2006 eine ganze Invalidenrente zu (AB 29). Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im Rahmen einer Ende Februar 2008 von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision mit damit einhergehenden erwerblichen und medizinischen Abklärungen (AB 30 ff.) gewährte die IVB Frühinterventionsmassnahmen in Form von Eingliederungsberatung (AB 39, 50) und veranlasste eine weitere AMA in der E._____ vom 4. bis 31. Oktober 2010, welche der Versicherte trotz Hinweis auf seine Mitwirkungspflicht am 15. Oktober 2010 wegen Hüft- und Schulterschmerzen abbrach (Abklärungsbericht AMA E._____ vom 19. November 2010; AB 68). In der Folge schloss die IVB den Fall im IV-Eingliederungsmanagement ab (AB 74; vgl. auch AB 70) und stellte nach weiteren medizinischen Abklärungen (AB 72 f.) und einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 76) mit Vorbescheid vom 30. August 2011 die Aufhebung der bisherigen Rente infolge wesentlicher Verbesserung des Gesundheitszustandes in Aussicht (AB 77).

Auf Einwand des Versicherten hin (AB 78) holte die IVB, wie von diesem beantragt, einen Bericht seines behandelnden Schmerztherapeuten ein (AB 85); da sich daraus nach Meinung des RAD keine neuen Erkenntnisse ergaben (AB 86), stellte die IVB mit Verfügung vom 8. November 2011 die Invalidenrente ein (AB 87). Auf Beschwerde hin (AB 92/3 ff.) hob die IVB mit Verfügung vom 11. Januar 2012 (AB 94) die Verfügung vom 8. November 2011 (AB 87) wiedererwägungsweise auf und veranlasste eine bidisziplinäre (rheumatologische/psychiatrische) Begutachtung (Gutachten vom 20./25./31. Mai 2012; AB 119.1 f. und 120.1 ff.). Gestützt darauf hielt die IVB nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 121, 126, 128, 138) sowie Stellungnahmen des psychiatrischen Gutachters (AB 133) und des RAD (AB 139) mit Verfügung vom 10. Januar 2013 an der Aufhebung der Invalidenrente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats fest (AB 140).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch den B._____, am 11. Februar 2013 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm weiterhin eine Invalidenrente zu gewähren, eventualiter sei das Invalideneinkommen unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 20% zu berechnen und ihm entsprechend (zumindest) eine Viertelsrente zuzusprechen, unter Entschädigungsfolge. Zur Begründung bringt er im Wesentlichen vor, unter Verweis auf die Ausführungen seines behandelnden Psychiaters (AB 128/2 ff., 138/2 ff.) könne nicht auf das psychiatrische Teilgutachten (AB 119.1) abgestellt werden. Zumindest (eventualiter) sei mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil nebst einer Leistungsminderung von 20% (vgl. AB 140/1 i.V.m. 119.2/2) zusätzlich ein leidensbedingter Abzug von 20% zu berücksichtigen, was mindestens zu einer Viertelsrente berechtige.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Februar 2013 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führt sie hauptsächlich aus, das psychiatrische Teilgutachten (AB 119.1) erfülle die Voraussetzungen, die an den Beweiswert eines Gutachtens gestellt würden.

Aus verschiedenen Arztberichten gehe hervor, dass sich die mittelgradige rezidivierende Störung zurückgebildet habe. Schliesslich sei gemäss herrschender Praxis bei voll arbeitsfähigen Personen mit reduzierter Leistungsfähigkeit kein zusätzlicher leidensbedingter Abzug zu gewähren.

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 10. Januar 2013 (AB 140). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente bzw. deren revisionsweise Aufhebung per Ende Februar 2013.

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).

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 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ab-

lauf 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.

2.3 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

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

2.5 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 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

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

2.7 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

2.7.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Juli 2013, 8C_441/2012, E. 3.1.1).

2.7.2 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

2.7.3 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369, SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

3.

Zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der umstrittenen Rentenaufhebung. Hierzu ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 24. Juli 2007 (AB 29) mit demjenigen im Zeitpunkt der hier angefochtenen rentenaufhebenden Verfügung vom 10. Januar 2013 (AB 140) zu vergleichen und zu prüfen, ob in dieser Zeit eine Änderung in den medizinischen oder erwerblichen Verhältnissen eingetreten ist, welche geeignet ist, den bisherigen Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.7 hiervor).

3.1 Nach der Aktenlage erfolgte die ursprüngliche Rentenzusprechung aufgrund der Verhältnisse, wie sie sich bis zur AMA in der D. _____ (19. Februar bis [effektiv] 6. März 2007; vgl. AB 26) entwickelt hatten:

3.1.1 Bei Eintritt in die AMA bestand – dies nach mehreren psychiatrischen (stationären und tagesklinischen) Behandlungen seit 2001 (auch wegen Suizidalität; AB 5) – insbesondere eine rezidivierende depressive Störung in noch leicht- bis mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.1); diagnostiziert wurden weiter auffällige Persönlichkeitszüge bzw. der Verdacht auf eine kombinierte paranoide und schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 Z73.1/F61.0; Berichte des Hausarztes Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 17. Dezember 2006 [AB 18/1 lit. A] und des behandelnden Psychiaters med. pract. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 2. Februar 2007

[AB 23/1 lit. A]). Es wurde ein skeptisch-zurückhaltend auftretender, eher eigenwilliger, jedoch im Kontakt korrekter Mann beschrieben, dessen Denken formal etwas verlangsamt, haftend und inhaltlich auch von depressiven Betrachtungen gefärbt gewesen sei. Die Stimmung sei noch bedrückt und der Antrieb noch reduziert gewesen (AB 23/3 lit. E Ziff. 6).

3.1.2 Die psychische Verfassung wurde zudem durch linksseitige bewegungsabhängige Schulterschmerzen bei aktiv eingeschränkter Schulterbeweglichkeit (auch nach einer im Mai 2006 vorgenommenen Schulterarthroskopie und Acromio-Plastik links; AB 5/7 f.) überlagert (Bericht von Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 3. Januar 2007 [AB 22/1 lit. A]).

3.1.3 Die die AMA begleitende RAD-Ärztin Dr. med. I._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, konstatierte eine deutliche Verschlechterung des psychischen Zustandes während der Abklärung. Ihrer Ansicht nach erwies sich die psychische Erkrankung schwerwiegender als beim Erstgespräch vermutet. Die Abklärungssituation ausserhalb des gewohnten Umfelds, vermutlich verbunden mit der Kränkung einer zugemuteten Arbeit unter Würde, habe schon nach wenigen Tagen zur Dekompensation geführt. Die AMA habe klar gezeigt, dass die psychiatrische Erkrankung eine Eingliederung in die freie Wirtschaft bis zu einer allfälligen psychischen Stabilisierung verunmögliche (Abklärungsbericht AMA D._____ vom 22. März 2007; AB 26/3).

3.2 Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 10. Januar 2013 (AB 140) liegt im Wesentlichen ein bidisziplinäres (rheumatologisches/psychiatrisches) Gutachten von Dr. med. J._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie FMH, und Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom Mai 2012 zugrunde (AB 119.1 f. und 120.1 ff.).

3.2.1 Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig grossteils remittiert (ICD-10 F33.4), eine depressive Reaktion (ICD-10 F43.21), akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) und episodischen Alkoholmissbrauch (ICD-10 F10.26; AB 119.1/9 oben). Anlässlich der Begutachtung gab der Beschwerdeführer

an, er habe Ende 2007 die ambulante psychiatrische Behandlung aufgeben können, nachdem sich die Depression auf schwachem Niveau stabilisiert habe; abgesehen von einigen Krisen sei es ihm in den folgenden Jahren psychisch relativ gut gegangen. Auf Anraten seines Rechtsanwalts habe er im November 2011 ambulante psychiatrische Behandlungen – einmal pro Monat – wieder aufgenommen, da ihn die Einstellung der Invalidenrente psychisch stark belastet habe (AB 119.1/7). Nach dem vom Gutachter erhobenen Psychostatus waren zum Gutachtenszeitpunkt die Willens- und Antriebsbildung nicht eingeschränkt und es fanden sich weder Hinweise auf eine schwermütig gedrückte Stimmung noch auf eine Suizidalität (AB 119.1/8); ein sozialer Rückzug zeichnete sich ebenfalls nicht ab (AB 119.1/6, wonach er seine Kollegen habe behalten können und insbesondere mit einem regelmässig fischen gehe, wofür er seine Leidenschaft habe). Im Rahmen seiner Beurteilung führte der Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei in schwierigen familiären Verhältnissen aufgewachsen, was wohl die bis heute feststellbaren Persönlichkeitseigenarten (vor allem misstrauische und schizoide Persönlichkeitszüge) zu erklären vermöge; eine Persönlichkeitsstörung bestehe aber nicht, da er durchaus fähig sei, sein Verhalten rasch zu korrigieren. Es seien zudem bei den Hospitalisationen keine Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert worden. Im Vordergrund der subjektiven Problematik stünden die körperlichen Krankheiten. Er zeige gewisse Hinweise für eine psychosomatische Überlagerung der Schmerzen; er wirke auf diese teilweise fixiert und äussere hypochondrische Befürchtungen. Die psychosomatische Problematik stehe aber nicht im Vordergrund. In psychiatrischer Hinsicht habe von 2002 bis ca. Sommer 2006 oft eine mittelgradige depressive Episode bestanden; mehrmals sei es zu akuten Phasen von Suizidalität, meist wegen Beziehungsproblemen, gekommen. Er habe sich 2007 grossteils von den Depressionen lösen können und habe im November 2007 die ambulante psychiatrische Behandlung aufgegeben. Zu einer manifesten Reaktivierung der depressiven Verstimmung sei es im Rahmen der Aufhebung der Invalidenrente Ende 2011 gekommen; allerdings verlaufe die Behandlung nicht intensiv und er nehme nicht regelmässig Psychopharmaka ein. Dabei handle es sich um eine depressive Reaktion, welche von der zugrundeliegenden rezidivierenden depressiven Störung abgegrenzt werden könne, da es eindeutige Gründe für die neuen Verstimmungen gebe. Mit Blick auf die regelmässige Tagesge-

staltung und die Hobbys könne durchaus abgeleitet werden, dass die depressive Reaktion nicht in starkem Ausmass vorhanden sei. Es sei bisher nicht zu einem Wiederauftreten der rezidivierenden depressiven Störung gekommen. Es gäbe bedeutende ungünstige krankheitsfremde Faktoren, so lange Phasen von Arbeitsuntätigkeit, sekundärer Krankheitsgewinn und fehlende Motivation zur Wiederaufnahme einer beruflichen Leistung. Die grossteils gebesserte depressive Reaktion sowie die akzentuierten Persönlichkeitszüge vermöchten die Arbeitsfähigkeit in früheren Arbeitsgebieten zu 10 bis 15% einzuschränken; dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit (AB 119.1/9 ff.).

3.2.2 Der rheumatologische Gutachter wies auf "erfreuliche" Operationsresultate der Schulter-Impingement-Symptomatik rechts- (September 2004) und linksseitig (Mai 2006 und 2007) sowie der rechtsseitigen Hüftendoprothese wegen Kopfnekrose im Februar 2010 hin. Somatisch stünden chronifizierte, bisher therapieresistente Schmerzen seitlich aussen am rechten Oberschenkel im Vordergrund, verbunden mit einer Hyposensibilität anterolateral am Oberschenkel. Es scheine eine herabgesetzte Schmerzschwelle zu bestehen, denn die Schmerzangaben bei der Palpation des Epicondylus lateralis am rechten Ellenbogen seien inadäquat gewesen; bei der Untersuchung hätten sich zudem widersprüchliche Befunde ergeben. Eine prognostische Aussage lasse sich nur schwer machen, zumal das Beschwerdebild nun schon sehr lange andaure und zweifellos extrasomatische Momente im Spiel seien; auch der Entscheid, die Rente aufzuheben, beeinflusse den weiteren Verlauf negativ. Körperlich werde der Beschwerdeführer durch seine rechtsseitigen Beinschmerzen behindert und zudem limitiere die Hüftprothese seine beruflichen Einsatzmöglichkeiten. Die geäusserten Beschwerden bei Überkopfarbeiten seien trotz gutem Lokalbefund an sich glaubhaft; ansonsten seien alle Funktionen erhalten. Der angestammte Beruf als ... sei nicht mehr zumutbar. Eine wechselnd belastende, mehrheitlich sitzende Tätigkeit sollte hingegen ganztags möglich sein; an einem suboptimalen Arbeitsplatz sei wegen zusätzlicher Sitz- oder Bewegungspausen eine Leistungseinbusse von 10 bis 15% denkbar (AB 120.1/12 ff., 120.2/1 Mitte).

3.2.3 In der interdisziplinären Beurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass für eine wechselnd belastende Tätigkeit, die vorwiegend sitzend ausgeübt werde, eine Einschränkung von 15 bis 20% bestehe; dabei werde berücksichtigt, dass sich die psychosomatischen und die somatischen Befunde teilweise überdeckten. Die Arbeit als ... sei nicht mehr zumutbar (AB 119.2/2).

3.3 Mit Schreiben vom 3. September 2012 (zuhanden der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers; AB 128/2 ff.; vgl. auch AB 138/2 ff.) dokumentierte der behandelnde Psychiater med. pract. G. _____ die aktuelle Situation und nahm zum psychiatrischen Gutachten (AB 119.1) Stellung. Er wies darauf hin, dass sich der Beschwerdeführer (nach früheren Behandlungsphasen ab Juli 2006) seit Dezember 2011 wieder in seiner ambulanten Behandlung befinde. Er zeige weiterhin Symptome einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer kombinierten Persönlichkeitsstörung und dazu auch von körperlicher Seite her manifeste schmerzbedingte Einschränkungen in seiner Beweglichkeit und Belastbarkeit. Es sei eine neue Antidepressiva-Behandlung begonnen worden; der Beschwerdeführer habe die Termine bisher regelmässig wahrgenommen und habe sich – entgegen dem Vermerk im Gutachten – an die verordnete medikamentöse Behandlung gehalten. Die Stimmungslage sei anhaltend bedrückt. Auf die seitens der Beschwerdegegnerin erfolgten Abklärungsschritte habe er mit einem insgesamt depressiv bestimmten Reaktionsmuster mit hohem Ärger, Gefühlen von Gekränktheit und fatalistischen Gedanken reagiert; er habe auch von aufgetretenen suizidalen Gedanken sowie vermehrtem Alkoholkonsum zur "Beruhigung" seiner Angespanntheit tagsüber gesprochen. Im angestammten Beruf als ... sei er nicht mehr erwerbsfähig; aufgrund seiner psychischen Erkrankung sei er auch für andere Erwerbstätigkeiten deutlich eingeschränkt. Bei längerdauerndem stabilisiertem psychischem Zustand und Besserung der Schmerzproblematik wäre die mögliche Präsenz an einer Arbeitsstelle praktisch zu überprüfen, in einem ersten Schritt aber wohl erst mit geringgradiger Präsenz von 20 bis 30%. Das psychiatrische Gutachten (AB 119.1) sei unvollständig, teilweise fehlerhaft und gelange in sehr abgekürzter Diskussion bzw. in aus fachärztlicher Sicht unzulässig vereinfachter Beurteilung zur Beantwortung der durch die Auftraggeberin gestellten Fragen: Der Gutachter verzichte ohne ersichtliche Gründe auf

den Einbezug relevanter Drittangaben, insbesondere auf Erhebungen bei den langjährig behandelnden Ärzten punkto differenzierter Beurteilung und auf fremdanamnestiche Angaben zur Situation der wiederholt gescheiterten beruflichen Abklärung. Die objektiven Befunde erschöpften sich in einem anlässlich einer einzigen Untersuchungssitzung erhobenen, recht rudimentär ausgefallenen Psychostatus. Dabei sei der Beschwerdeführer offenbar auch nicht näher mit den möglichen psychischen Gründen für das mehrmalige Scheitern bisheriger Arbeitsabklärungen konfrontiert worden. In der Anamnese werde ihm zugeschrieben, die ambulante Behandlung Ende 2007 infolge Stabilisierung der Depression auf schwachem Niveau aufgegeben zu haben; tatsächlich sei der Behandlungsabbruch wegen eines Auslandsaufenthalts des behandelnden Psychiaters erfolgt. Anlässlich der mehrmonatigen teilstationären Behandlung im Frühling/Sommer 2006 sei der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung bestätigt und im Austrittsbericht explizit eine paranoide Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden (vgl. AB 5/3 ff.).

3.4 Hierzu nahm der psychiatrische Gutachter am 31. Oktober 2012 dahingehend Stellung (AB 133), dass sich der behandelnde Psychiater über die Stärke der von ihm diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung ausschweige, weshalb dessen Ausführungen nicht aussagekräftig seien. Durch Einbezug der körperlichen Seite würden diese Beschwerden quasi doppelt (psychiatrisch und rheumatologisch) gewichtet. Offensichtlich gehe der behandelnde Psychiater, indem die Depressivität durch die erfolgten Abklärungsschritte hervorgerufen worden sein solle, ebenfalls von einer depressiven Reaktion aus. In Anbetracht des ausführlichen Aktenmaterials habe sich die Einholung von zusätzlichen Drittangaben erübrigt. Im Gutachten beschränke er sich als Gutachter auf das Festhalten der relevanten psychopathologischen Befunde, wobei er sich grossteils auf die ausführliche Aktenlage abstützen dürfe. Während mehreren, in unterschiedlichen Kliniken zum Teil längere Zeit stattfindenden Aufenthalten sei nie eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden; es erstaune ihn sehr, dass als einzige Therapiestation eine Tagesklinik eine paranoide Persönlichkeitsstörung festgestellt habe. Da er selber eine solche nicht habe feststellen können, habe er sich veranlasst gesehen, diese auszuschliessen. Angesichts der Wichtigkeit der Frage der Medikamenteneinnahme könne er nur

empfehlen, die Compliance des Beschwerdeführers zu kontrollieren, zumal dieser beim Untersuchungstermin angegeben habe, die Medikamente nur sporadisch einzunehmen. Ebenso ist aufgrund der nachfolgenden Feststellungen von einer fraglichen Motivation zur beruflichen Eingliederung auszugehen: Gemäss Abklärungsbericht AMA E. _____ vom 19. November 2010 (AB 68) habe der Beschwerdeführer am 15. Oktober 2010 die E. _____ im Verlaufe des Vormittags wegen angeblich starken Hüft- und Schulterschmerzen verlassen; mit Blick auf einen Arzttermin am Folgetag habe er sich erkundigt, bei wem er sich am (folgenden) Montag abmelden müsste, wenn er nicht mehr käme. Den Garderobenschlüssel sowie die Zeiterfassungstempelkarte habe er dem Vorgesetzten bereits vor dem Arztbesuch ausgehändigt. Gleichgültig habe er angegeben, dass er vom Sozialdienst gleichviel Geld erhalte wie von der IV. In der E. _____ seien auch die Funktionen und die Belastbarkeit ausführlich untersucht und beschrieben worden. Zusammenfassend könnten dem Schreiben des behandelnden Psychiaters (AB 128/2 ff.) deshalb keine Angaben entnommen werden, welche eine andere Beurteilung rechtfertigen würden.

3.5 Auch nach Ansicht des RAD-Arztes Dr. med. L. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Tropen- und Reisemedizin sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, vermögen die Ausführungen des behandelnden Psychiaters nicht zu überzeugen (AB 139).

4.

4.1 Das interdisziplinäre Gutachten (AB 119.1 f. und 120.1 ff.) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 hiervor), weshalb diesem volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden.

4.2 Dass der psychiatrische Gutachter gestützt auf seine Befunde (vgl. E. 3.2.1 hiervor) von der Remission der rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen ist, überzeugt, zumal der Beschwerdeführer die

psychiatrische Behandlung erst wieder aufnahm, als er sich mit dem Entscheid über die Aufhebung der Invalidenrente konfrontiert sah. Es ist aktenkundig und vom behandelnden Psychiater selber so ausgeführt, dass der Beschwerdeführer die Wiederaufnahme von Terminen zur Weiterführung der stabilisierenden Behandlung ab Februar 2008 nicht wahrnahm (AB 128/4) und eine Behandlung erst wieder ab Dezember 2011 erfolgte (AB 111/2). In diesem Zusammenhang legt der psychiatrische Gutachter überzeugend dar, dass es sich bei der im November 2011 aufgetretenen depressiven Reaktion um eine bloss vorübergehende und von der depressiven Grunderkrankung klar abgrenzbare Störung des seelischen Gleichgewichts handelte und es somit nicht zu einer manifesten Reaktivierung der depressiven Verstimmung kam (AB 119.1/10; vgl. auch AB 133/2). Ähnlich beschreibt denn auch der behandelnde Psychiater die durch die erfolgten Abklärungsschritte hervorgerufene Depressivität als eine Reaktion bzw. ein depressiv bestimmtes Reaktionsmuster (AB 128/3). Folgerichtig hat der psychiatrische Gutachter diese Reaktion mit ICD-10 F42.21 kodiert (AB 119.1/9).

4.3 Eine (paranoide) Persönlichkeitsstörung haben die Psychiatrischen Dienste M. _____ erst im Rahmen ihrer zweiten tagesklinischen Behandlung vom 13. Februar bis 28. Juli 2006 (AB 5/5 f.) und der ambulanten Nachbetreuung vom 4. August 2006 (AB 5/3 f.) diagnostiziert. Der für die stationäre Folgebehandlung zuständige Psychiatrische Dienst N. _____ übernahm diese Diagnose indessen nicht (AB 5/1 f.) und der behandelnde Psychiater beschränkt sich in seinen vom 2. Februar 2007 (AB 23/1 lit. A) und 14. April 2012 (AB 111/2 f.) datierten Berichten auf eine entsprechende Verdachtsdiagnose. In Kenntnis dessen und gestützt auf eigene Abklärungen schliesst der psychiatrische Gutachter alsdann eine derartige Störung in überzeugender Weise aus (AB 119.1/9, 133/3 ff.). Soweit dies vom behandelnden Psychiater beanstandet wird (AB 128/4 f., 138/3), ist darauf hinzuweisen, dass dieser bloss die entsprechende Diagnose der Psychiatrischen Diensten M. _____ vorschiebt und sich seinerseits auf eine Verdachtsdiagnose beschränkt. Dies vermag keine Zweifel am Gutachten zu begründen. Kommt hinzu, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353).

4.4 Insoweit kann entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde, S. 4) nicht von einer anderen Würdigung eines unverändert gebliebenen Sachverhalts ausgegangen werden; mit der Remission der depressiven Störung ist ein Revisionsgrund eingetreten (vgl. E. 2.7.1 hier-
vor).

4.5 Auch in somatischer Hinsicht ist von einer Verbesserung der Situation an der linken Schulter auszugehen, konnte doch der rheumatologische Gutachter die von Dr. med. H. _____ im Bericht vom 3. Januar 2007 noch beschriebene eingeschränkte aktive Schulterbeweglichkeit (vgl. E. 3.1.2 hier-
vor) im Rahmen der klinischen Untersuchung nicht mehr feststellen und hinsichtlich der im Mai 2007 erfolgten Schulteroperation von einem erfreulichen Resultat berichten (vgl. E. 3.2.2 hier-
vor).

4.6 Damit ist erstellt, dass im Vergleichszeitraum eine klare Verbesserung sowohl des psychischen wie auch des somatischen Gesundheitszustands eingetreten ist. Das von den Gutachtern umschriebene Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.2.3 hier-
vor) trägt sowohl den körperlichen Beschwerden als auch der depressiv gefärbten Grundstimmung aus medizinischer Sicht umfassend Rechnung. Ob der vom psychiatrischen Gutachter berücksichtigten depressiven Grundstimmung aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht überhaupt Krankheitswert beizumessen ist (zumal reaktive Depressionen als durch Psychotherapie leicht beeinflussbar gelten und im Allgemeinen rasch abklingen, wenn z.B. ihre Ursache aufgehoben wird, weshalb rechtsprechungsgemäss deren invalidisierender Charakter regelmässig zu verneinen ist; vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 35; vgl. auch BGE 127 V 294 E. 5a S. 299), braucht vorliegend – wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt – nicht geklärt zu werden. In diesem Zusammenhang ist noch zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer allem Anschein nach nicht auf eine Überwindung seiner Beschwerden hinwirkt, hat er doch schon vor der Konsultation eines Arztes klar zu erkennen gegeben, dass er die zweite AMA nicht zu Ende führen werde (vgl. E. 3.4 hier-
vor). Aufgrund der erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustands ist der Rentenanspruch nachfolgend umfassend zu prüfen (vgl. E. 2.7.2 hier-
vor).

5.

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

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

5.2

5.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns bzw. im Revisionszeitpunkt 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 134 V 322 E. 4.1 S. 325, 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224). 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 (AHI 1999 S. 240 E. 3b; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

5.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). 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 (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1). 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 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

5.3 Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt der Rentenrevision (Entscheid des EVG [heute: BGer] vom 3. Juli 2006, I 86/06, E. 4), mithin auf das Jahr der hier angefochtenen Verfügung abzustellen. Massgebend sind somit die Verhältnisse des Jahres 2013 (vgl. AB 140).

5.4 Der Beschwerdeführer hat die letzte Festanstellung im Jahr 2002 zufolge Konkurses des Arbeitgebers (AB 5/20 Mitte) und die hierauf folgenden Temporärstellen "mangels Aufträgen" verloren (AB 6/1 Ziff. 3); der Stellenverlust beruht somit nicht auf gesundheitlichen, sondern auf invaliditätsfremden Gründen. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen schon in der rentenzusprechenden Verfügung (AB 29) zu Recht aufgrund statistischer Zahlen der LSE bestimmt und in der nunmehr angefochtenen Verfügung (AB 121) der Preisentwicklung des Jahres 2011 angepasst. Gemäss der Tabelle TA1 der LSE für das Jahr 2010 (abrufbar unter www.bfs.admin.ch), Zeile ... (...), Männer, Anforderungsniveau 3 (vgl. AB 1/4 Ziff. 6.2), beträgt der massgebliche monatliche Bruttolohn Fr. 5'740.--. Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst sowohl an die Nominallohnentwicklung bis 2013 (BFS, Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex Männer 2011 - 2013, Abschnitt ... [...], Index Jahr 2010: 100 Punkte, Index Jahr 2013: 102.3 Punkte) als auch an die allgemeine wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2013 von 41.4 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Zeilen ... [...]) ergibt dies ein jährliches Einkommen von Fr. 72'930.50 (Fr. 5'740.-- x 12 / 100 x 102.3 / 40 x 41.4).

5.5

5.5.1 Da der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, ist auch das Invalideneinkommen aufgrund des Tabellenlohns zu bestimmen. Gemäss der Tabelle TA1 der LSE für das Jahr 2010 beträgt der massgebliche monatliche Bruttolohn (Anforderungsniveau 4, Total, Männer) Fr. 4'901.--. Aufgerechnet auf ein Jahr (Fr. 4'901.-- x 12 = Fr. 58'812.--), arbeitszeitbereinigt (Fr. 58'812.-- / 40 x 41.7 [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total] = Fr. 61'311.50) und nach Vornahme der Indexierung (Fr. 61'311.50 / 100 Punkte x 102.5 Punkte [BFS, T.1.1.10 Männer, Total]) beträgt das lohnstatistische Jahreseinkommen bei einem vollen Pensum somit Fr. 62'844.30. Unter Berücksichtigung der zumindest 80%igen Leistungsfähigkeit

(AB 119.2/2) ergibt dies ein Einkommen von mindestens Fr. 50'275.45 (Fr. 62'844.30 x 0.8) im Jahr.

5.5.2 Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde, S. 4 Ziff. 5) ist kein Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 5.2.2 zweiter Abschnitt hiervor) vorzunehmen: Die Beschwerdegegnerin stellte beim Einkommensvergleich hinsichtlich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit auf das medizinische Zumutbarkeitsprofil und die entsprechende Leistungseinbusse von (maximal) 20% ab (AB 140, vgl. auch AB 119.2/2). Darin enthalten sind eine Leistungseinbusse einerseits aus psychiatrischer Sicht (AB 119.2/1 unten), welcher allenfalls gar kein Krankheitswert aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht zukommt (vgl. E. 4.6 hiervor), und andererseits aus rheumatologischer Sicht, die vor allem an einem suboptimalen Arbeitsplatz wegen zusätzlicher Sitz- oder Bewegungspausen zum Tragen käme (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Damit wurde den behinderungsbedingten Einschränkungen mit der Berücksichtigung einer um 20% reduzierten Leistungsfähigkeit bereits umfassend Rechnung getragen. Unter diesen Umständen steht der vom Beschwerdeführer postulierte weitere leidensbedingte Abzug von nochmals 20% ausser Diskussion. Ebenso wenig rechtfertigt bei dieser Sachlage das fortgeschrittene Alter einen solchen, zumal vorliegend davon auszugehen ist, die allenfalls altersbedingt in Kauf zu nehmenden Lohnbenachteiligungen lägen in der Einschränkung des konstitutionellen Leistungsvermögens, welche bereits im Rahmen des medizinischen Zumutbarkeitsprofils (vgl. E. 3.2.3 hiervor) umfassend berücksichtigt wurde. Vorliegend beruhen zudem beide Vergleichseinkommen auf statistischen Grössen, weshalb invaliditätsfremde Gründe (Alter, Nationalität, Aufenthaltskategorie, Dienstjahre, Beschäftigungsgrad) ohnehin bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5), zumal der Beschwerdeführer seine letzte Anstellung auch ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen verloren hätte (vgl. E. 5.4 hiervor). Somit hat es mit dem vorstehend ermittelten Tabellenlohn (vgl. E. 5.5.1 hiervor) sein Bewenden; das Invalideneinkommen beträgt demnach Fr. 50'275.45.

5.6 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 72'930.50 und einem Invalideneinkommen von Fr. 50'275.45 resultiert ein Invaliditätsgrad von 31%

(zur Rundung: BGE 130 V 121 S. 123 E. 3.2 und 3.3). Somit besteht ab März 2013 (Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]) kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.2 hiervor). Die Verfügung vom 10. Januar 2013 (AB 140) ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.7 Dass die Beschwerdegegnerin nach dem Abbruch der AMA in der E. _____ (AB 68) die Eingliederungsbemühungen bei nicht gegebener Motivation nicht wieder aufgenommen hat, wird vom Beschwerdeführer zu Recht nicht beanstandet.

6.

6.1 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. 700.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Sie werden dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

6.2 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. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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