

200 15 999 IV
KNB/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. November 2017

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Oktober 2015



Sachverhalt:

A.

Dem 1960 geborenen A. _____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde nach Einholung eines orthopädischen (Expertise vom 1. November 1995; Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 42.1/264 ff.) und psychiatrischen Gutachtens (Expertise vom 3. Juni 1996; AB 42.1/245 ff.) ab Dezember 1992 bei einem Invaliditätsgrad von 50% eine halbe Invalidenrente zugesprochen (Verfügung vom 8. Oktober 1996; AB 42.1/228 ff.). Eine dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 17. November 1997, IV 48207, ab (AB 42.1/148 ff.).

Auf Revisionsgesuch hin (AB 1) wurde der Leistungsanspruch materiell überprüft (AB 6 ff.) und (nach Aufhebung der Verfügung vom 18. April 2001 [mit einem Invaliditätsgrad von 100%; AB 22] durch das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 5. Juni 2002, IV 59925 [AB 23]) gestützt auf ein bidisziplinäres (neurochirurgisches-psychiatrisches) Gutachten (Expertise vom 13./21. Januar 2003; AB 27 f.) die Rente mit Verfügung vom 6. Mai 2003 ab 1. Juni 1999 auf eine ganze Rente erhöht (bei einem Invaliditätsgrad von 69%; AB 31). Diese Rente wurde mit Verfügung vom 13. Mai 2004 dahingehend bestätigt, dass gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 70% die bisherige Rente unverändert weiter ausgerichtet wurde (AB 34).

B.

Auf Hinweis eines behandelnden Arztes hin (AB 36) leitete die IVB im Sommer 2011 eine Rentenrevision ein. Nach Einholung erwerblicher und medizinischer Berichte (AB 38 f.) und einem Revisionsgespräch (AB 41) veranlasste sie auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 49) eine bidisziplinäre (neurochirurgische-psychiatrische) Begutachtung (Expertise vom 3. Juli 2013/23. Februar und 6. März 2014; AB 54.1, 63.2, 65.1). Mit Vorbescheid vom 5. Dezember 2014 stellte die IVB die Aufhe-

bung der Invalidenrente infolge eines Invaliditätsgrades von (noch) 35% in Aussicht (AB 67); auf Einwand hin (AB 75; vgl. auch AB 72) verfügte sie am 7. Oktober 2015 entsprechend (AB 80).

C.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. B._____, am 11. November 2015 Beschwerde erheben und beantragen, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten und er sei vorgängig in ein Arbeitstraining aufzunehmen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung liess er im Wesentlichen vorbringen, dass es nicht angehe, die seit Jahren laufende Rente ohne vorgängiges Arbeitstraining aufzuheben. Das in der Verfügung angenommene Invalideneinkommen sei ohnehin viel zu hoch, zumal aufgrund der gutachterlich attestierten Einschränkungen die ihm noch möglichen Hilfsarbeiten äusserst rar seien. Das Gutachten basiere zudem auf einer Untersuchung aus dem Jahr 2013 und zwischenzeitlich habe sich die gesundheitliche Situation zunehmend verschlechtert. Gleichzeitig beantragte er die unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin B._____ als amtliche Anwältin.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Januar 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 1. Februar 2016 liess der Beschwerdeführer das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurückziehen und einen aktuellen medizinischen Bericht nachreichen. Ein weiterer Bericht ging am 28. September 2016 ein. Die Beschwerdegegnerin machte in diesem Zusammenhang von der ihr eingeräumten Möglichkeit zur Stellungnahme nicht Gebrauch.

Mit prozessleitender Verfügung vom 21. September 2016 war das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung als erledigt abgewiesen und ein Kostenvorschuss einverlangt worden. Dieser ging am 28. September 2016 beim Gericht 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 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 7. Oktober 2015 (AB 80). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere, ob die Aufhebung der bisherigen ganzen Rente per Ende November 2015 zu Recht erfolgt ist.

Der Beschwerdeführer macht in diesem Zusammenhang in der Beschwerde, S. 4 oben, zumindest sinngemäss geltend, dass wegen langjährigem Rentenbezug die Rentenaufhebung nicht ohne vorgängige Durchführung von beruflichen Massnahmen – insbesondere einem Arbeitstraining – zulässig sei. Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch auf vorgängige Durchführung von Eingliederungsmassnahmen in der angefochtenen Verfügung zufolge fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit ausdrücklich verneint. Somit ist im Rahmen des Anfechtungs- und Streitgegenstandes auch zu prüfen, ob die laufende Rente erst nach Durchführung von Ab-

klärungs- resp. Eingliederungsmassnahmen aufzuheben gewesen wäre (vgl. E. 4.7 nachfolgend).

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, ab-

wenden 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).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2). 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). 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 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

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

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).

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 des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. 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 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

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 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 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). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

2.7.4 Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 E. 6.1.3).

3.

3.1 Dem Beschwerdeführer wurde ab Dezember 1992 eine Invalidenrente ausgerichtet (vgl. AB 42.1/228 ff.), welche nach allseitiger Prüfung der anspruchserheblichen, insbesondere medizinischen Tatsachen und einem gestützt darauf ermittelten Invaliditätsgrad von 69% mit Verfügung vom 6. Mai 2003 auf eine ganze Rente erhöht wurde (ab 1. Juni 1999; AB 31). Diese Rente wurde im Rahmen der 4. IVG-Revision mit Verfügung vom 13. Mai 2004 dahingehend bestätigt, dass gestützt auf einen Invaliditätsgrad von nunmehr 70% die bisherige Rente unverändert weiter ausgerichtet wurde (AB 34). In Ermangelung invaliditätsrelevanter Änderungen und ohne eingehende Prüfung ist dennoch eine Neuberechnung bzw. Erhöhung des Invaliditätsgrades von 69 auf 70% vorgenommen worden. Die Verfügung vom 13. Mai 2004 ist deshalb unrichtig (ähnlich auch Beschwerdeantwort, S. 4 f. Ziff. 4; vgl. auch Art. 53 Abs. 2 ATSG), weil sie auf einer falschen Anwendung von lit. f der Schlussbestimmungen zur 4. IV-Revision beruht. Nach dieser Bestimmung wären laufende ganze Renten bei einem Invaliditätsgrad von mindestens $66\frac{2}{3}\%$ aber unter 70% nur für all jene Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger unverändert weiterzuführen gewesen, die das 50. Altersjahr zurückgelegt hatten. Das war damals beim 1960 geborenen Beschwerdeführer nicht der Fall, weshalb der (bisherige) Invaliditätsgrad von 69% (AB 31) bloss noch Anspruch auf eine Dreiviertelsrente gegeben hätte (vgl. E. 2.3 hiervor). Deshalb kommt diese Revision nicht als Referenzzeitpunkt in Frage (vgl. E. 2.7.3 hiervor). Somit ist der Sachverhalt zur Zeit der rentenerhöhenden Verfügung vom 6. Mai 2003 (AB 31) mit demjenigen, der sich bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. Oktober 2015 (AB 80) entwickelt hat, zu vergleichen (vgl. E. 2.7.1 hiervor). Sollte im massgebenden Vergleichszeitraum eine relevante Änderung eingetreten sein, wäre in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob sich diese auf den bisherigen Rentenanspruch auswirkt (vgl. E. 2.7.2 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 6. Mai 2003 (AB 31) stützte sich auf das bidisziplinäre Gutachten der Dr. med. C. _____, Fachärztin für Neurochirurgie, vom 13. Januar 2003 (AB 27) und des Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. Januar 2003 (AB 28).

3.2.1 Im neurochirurgischen Gutachten (AB 27) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit rezidivierender radikulärer/pseudoradikulärer Ausstrahlung links und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Calcaneusschmerzen links diagnostiziert (AB 27/13 f. Ziff. 4). Die lumbalen Schmerzen fänden radiologisch/neuro-radiologisch ein Korrelat in den ausgeprägten degenerativen Veränderungen L4/5 bei Status nach Spondylodese L5/S1. Neurologisch liege im Wesentlichen eine verminderte Beweglichkeit der LWS ohne Muskelhartspann vor. Eine Verschlechterung habe das degenerative Geschehen im Bereich L4/5 erfahren, indem jetzt radiologisch/neuroradiologisch eine ausgeprägte Osteochondrose (erosive Osteochondrose) und eine deutliche Bandscheibenverschmälerung mit Spondylarthrose L4/5 zur Darstellung komme. Die Arbeitsunfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit (leichte Tätigkeiten mit Gewichte heben und tragen bis 6 kg, kurze Stehdauer, stündlicher Unterbruch der Sitzdauer; Gehstrecke nicht wesentlich eingeschränkt) dürfte noch 40 bis 50% betragen. Die bisherigen Tätigkeiten als ... und ... seien nicht mehr zumutbar (AB 27/14 ff.).

3.2.2 Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) und einen schädlichen Gebrauch von Opioiden, ständigen Substanzgebrauch (ICD-10 F11.25). Die psychosomatischen Beeinträchtigungen würden zu einer Reduktion der Arbeitsfähigkeit bei der bisherigen Tätigkeit von ca. 15% führen; auch eine angepasste Tätigkeit sei zu 85% zumutbar (AB 28/6 f.). Weder in der Anamnese noch bei der direkten Untersuchung sei ein Hinweis für eine bedeutende Depression zu erkennen gewesen. Es erstaune nicht, dass der Beschwerdeführer gelegentlich infolge Schmerzen Verleiderstimmungen verspüre und mutlos sei; es fehlten aber Hinweise für eine endogene Erkrankung oder eine neurotische Störung (AB 28/5 f.).

3.2.3 Interdisziplinär (AB 27/19 lit. D2, 28/8 f.) könne unter Berücksichtigung der psychiatrischen und der neurochirurgischen Befunde, deren Auswirkungen sich überschneiden würden, von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 60% ausgegangen werden.

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 6. Mai 2003 (AB 31) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.3.1 Mit Schreiben vom 8. Juli 2011 (AB 36) teilte Dr. med. E. _____, Facharzt für Urologie, der Beschwerdegegnerin im Nachgang zu einer Steinbehandlung unaufgefordert mit, der angeblich 70%ige Invaliditätsgrad wegen chronischem Lumbovertebralsyndrom überrasche ihn sehr; dass jegliche Arbeit unzumutbar sein solle, erscheine ihm gegenüber der arbeitenden Bevölkerung nicht korrekt.

3.3.2 Der Hausarzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ging im Verlaufsbericht vom 28. September 2011 (AB 39) von einem unveränderten Zustand seit 2004 aus. Nebst einem chronischen lumbosakralen Schmerzsyndrom diagnostizierte er reaktive, depressive Schübe, teilweise angstgefärbt mit panikartigen Zuständen (AB 39/1 Ziff. 3; vgl. auch schon AB 33/4 Ziff. 2) und verwies auf eine Behandlung mit Tramal und Voltaren (AB 39/1 Ziff. 4).

3.3.3 Anlässlich des Revisionsgesprächs vom 28. Oktober 2011 (AB 41) gab der Beschwerdeführer zu Protokoll, wegen der Medikamente (nebst Tramal und Voltaren 3 x täglich Temesta seit ca. zwei Monaten und abends Valdoxan seit einer Woche) nicht mehr Auto zu fahren. Er sei nie mehr schmerzfrei gewesen, aber mit den Tabletten gehe es. Vor ein paar Monaten habe er eine Depression gespürt, was er dann aber noch nicht realisiert habe; deswegen sei er nun in Behandlung. In den letzten Jahren habe er mehrmals Nierensteine, eine Nasen-, Leisten- und Schulteroperation sowie eine geschwollene Prostata gehabt. Er könne nicht sechs oder acht Stunden irgendwo hin; er müsse nach ein bis zwei Stunden nach Hause und liegen gehen. Er habe in der letzten Zeit auch Gewicht verloren; er habe zwar Hunger, möge aber nicht essen. In diesem Zustand sehe er keine Chancen für Eingliederungsmassnahmen bzw. eine Erwerbstätigkeit.

3.3.4 Gemäss Bericht vom 26. März 2013 (AB 49) ist für den RAD aufgrund der ausgewiesenen Untersuchungsbefunde und der Diagnosen im neurochirurgischen Gutachten von 2003 (vgl. E. 3.2.1 hiervor) die Arbeitsunfähigkeit von 60% auch für eine leichte Tätigkeit nicht vollumfänglich

nachvollziehbar. In psychiatrischer Hinsicht falle auf, dass der Hausarzt weder eine Somatisierungsstörung noch eine antidepressive Behandlung erwähne (vgl. E. 3.3.2 hiervor), der Beschwerdeführer aber im Revisionsgespräch angegeben habe, Temesta (Anxiolytikum) und Valdoxan (Antidepressivum) einzunehmen (vgl. E. 3.3.3 hiervor). Entsprechend seien auch die psychiatrische Diagnose und die daraus folgenden möglichen Einschränkungen nicht eindeutig und die Behandlung unklar.

3.3.5 Dr. med. G. _____, Fachärztin für Neurochirurgie, diagnostizierte im neurochirurgischen Gutachten vom 3. Juli 2013 (AB 54.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbales und lumboischialgieformiges Schmerzsyndrom links mit/bei LWS-Fehlform/-haltung, degenerativen LWS-Veränderungen und Status nach Spondylodese L5/S1 im April 1991 (AB 51.1/19 Ziff. 4). Die berichteten körperlichen Beeinträchtigungen könnten qualitativ durchaus, quantitativ jedoch nicht vollständig mit objektivierbaren Befunden erklärt werden. Unauffällige spontane Beweglichkeit, allseitig gut und kräftig ausgebildete Muskulatur sowie die in der klinischen Untersuchung erhobenen und in der elektrophysiologischen Untersuchung nachgewiesenen Befunde würden trotz der in den konventionellen Röntgen- und MR-Untersuchungen ausgewiesenen Zunahme der Osteochondrose L4/5 im Vergleich mit der Voruntersuchung von Januar 2003 nicht die lineare Übersetzung der vom Beschwerdeführer beklagten körperlichen Beeinträchtigungen in eine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Störung erlauben. Vielmehr seien ihm körperlich leichte und zeitweise (max. 10%) körperlich mittelschwere konsequent wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche bei dabei bestehender 20% verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar. Ausgeschlossen seien körperlich schwere und ständig sowie häufig/überwiegend körperlich mittelschwere Tätigkeiten, die LWS statisch belastende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der LWS, Tätigkeiten in Zwangshaltungen der LWS wie vorübergeneigte Tätigkeiten, Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS, Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg, repetitiv mit 5 kg limitiert. In Übereinstimmung mit den übrigen medizinischen Unterlagen seien dem Beschwerdeführer sämtliche bisher ausgeübten Tätigkeiten (... , ... ,

...) bleibend nicht mehr zumutbar. Hingegen könne die Einschätzung im Gutachten von 2003 (vgl. E. 3.2.1 hiervor), dass ihm auch leichte angepasste Tätigkeiten nur noch zu 40 bis 50% zumutbar seien, im Ergebnis der aktuellen neurochirurgischen Begutachtung nicht zugestimmt und diese Einschätzung auch retrospektiv nicht bestätigt werden, da diese offenbar überwiegend auf die subjektive Beschwerdedarstellung des Beschwerdeführers abstützte (AB 54.1/22 ff.).

Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, konnte im psychiatrischen Gutachten vom 23. Februar 2014 (AB 63.2) anhand der vorliegenden Untersuchungsergebnisse aus Anamnese, Exploration und dem objektiven Befundstatus sowie unter Berücksichtigung der aktuellen Aktenlage keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liege eine Berufs- und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z55/Z56) vor (AB 63.2/13). Während die Beschwerdeschilderungen bezüglich Schmerzlokalisierung und -ausstrahlung sowie neutraler, sachbezogener und situativer Angaben konsistent gewirkt hätten, seien bei anderen Angaben zur Person oder bzgl. Schmerzklagen und -erleben im Vergleich zu den Akten und eigenen Darlegungen in der Untersuchung etliche Widersprüche und Diskrepanzen feststellbar gewesen. Bezüglich Medikation habe er einmal gesagt, dass er die verordneten Medikamente regelmässig einnehme, ein andermal, dass er zwar regelmässig Schmerzmedikamente einnehme, jedoch willkürlich bezüglich Medikament und Dosierung. Dabei habe jedoch die Serumspiegelbestimmung für Voltaren keinen messbaren Spiegel ergeben, während die angegebene Einnahme von Tramadol nachvollziehbar gewesen sei. Weiter habe der Beschwerdeführer erklärt, dass er ein bis zwei Stunden problemlos Auto fahren könne und dass die Familienmitglieder auf der Ferienreise nach ... im Juli 2012 abwechselnd gefahren seien, während er z.B. gemäss Gesprächsprotokoll der Beschwerdegegnerin vom 28. Oktober 2011 (vgl. E. 3.3.3 hiervor) habe verlauten lassen, wegen der Medikamente nicht Auto zu fahren. Er habe auch erklärt, der Appetit sei wechselhaft und eher gering, doch liege ein erhebliches Übergewicht vor. In der Untersuchung habe ferner ein geringes aggravatorisches und etwas appellatives Verhalten beobachtet werden können; bezüglich seiner Lebenssituation sowie Zukunftsperspektiven habe er sich jedoch erheblich defizit- und be-

schwerdeorientiert geäussert. Angesichts der andauernden, durch diverse Therapien und medikamentöse Behandlungen nur gering beeinflussbaren Schmerzen habe sich auch die Frage bezüglich Vorliegens einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) gestellt; die diesbezüglichen Leitlinien hätten in der Untersuchung nicht nachgewiesen werden können, insbesondere keine für die Schmerzen ursächlich vorhandene Konfliktsituation. Ebenfalls hätten die Kriterien für das Vorliegen einer depressiven Störung nicht festgestellt werden können. Hingegen sei eine Störung der Befindlichkeit zu beobachten gewesen, die auf psychosoziale, nicht krankheitswertige Umstände zurückgeführt werden könne wie Arbeitslosigkeit, anhaltende Untätigkeit, fehlende Tagesstruktur oder fehlende existentielle Aufgaben. Der Beschwerdeführer könne sich bei Bedarf mobil und aktiv verhalten, Kontakte pflegen, Auto fahren und längere Auslandsreisen bewältigen. Freud- und Interessiefähigkeit seien bei Bedarf vorhanden. Die in dieser Untersuchung beobachteten objektiven Befunde entsprächen formal denjenigen von damals (vgl. E. 3.2.2 hiavor), wobei die Ausprägung nunmehr geringer wirke; so habe keine Somatisierungsstörung (mehr) diagnostiziert werden können und es hätten sich keine Hinweise mehr für einen weiteren schädlichen Gebrauch von Opioiden ergeben. Anhand der aktuellen Untersuchungsergebnisse hätten für eine effektiv psychosomatische Störung keine Hinweise eruiert werden können, insbesondere keine Somatisierungsstörung. Diesbezüglich könne aus heutiger Sicht jedoch auch von einer zusätzlichen Besserung im Verlauf der vergangenen zehn Jahre unter anhaltender Schonung (und nach Erhalt von Leistungen der Sozialversicherung) ausgegangen werden. Die vom Hausarzt umschriebene depressive Verstimmung (vgl. E. 3.3.2 hiavor) sei aus aktueller Sicht mit dem Vorliegen einer Befindlichkeitsstörung vereinbar, phasenweise verstärkt durch psychosoziale Belastungen und Ereignisse; Kriterien für eine effektiv depressive Störung seien nicht erfüllt und gemäss Akten seien auch keine psychiatrische Behandlung und keine spezifische Psychopharmakologie dokumentiert (AB 63.2/14 ff.).

In der interdisziplinären Beurteilung vom 6. März 2014 (AB 65.1) hielten die Gutachter fest, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei aufgrund bestehender körperlicher Beeinträchtigungen qualitativ und quantitativ be-

einträchtigt. Entsprechend wurde das im Rahmen der neurochirurgischen Begutachtung erstellte Zumutbarkeitsprofil wiederholt.

3.3.6 Gemäss Operationsbericht des Spitals I. _____ vom 13. Oktober 2015 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 3) wurde aufgrund einer durchgehenden, dorsalen L-förmigen Supra- und Infraspina-tussehnenläsion der rechten dominanten Schulter und instabilen LBS eine Schulterarthroskopie durchgeführt.

3.3.7 Gemäss Berichten von Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. klin. psych. K. _____, klinischer Psychologe und Supervisor, vom 9. November 2015 (BB 4) und 5. Januar 2016 (BB 13) fand am 6. November 2015 ein Vorgespräch mit dem Beschwerdeführer statt. Gestützt darauf wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0), ein lumbovertebrales Syndrom und Knieschmerzen beidseits diagnostiziert. Eine mit grosser Wahrscheinlichkeit seit 2000 bestehende Depression sei 2015 klar ausgewiesen; seit 2011 bestehe zudem eine klare Panikstörung. Grund der fehlenden psychiatrischen Diagnosen seien die oberflächlichen Beschwerdeaufnahmen in den Gutachten. Die Arbeitsfähigkeit sei durch die Depression und die Panikstörung um 50% eingeschränkt; additiv seien die somatischen Beschwerden bei der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen.

3.3.8 Am 8. September 2016 wurde ein MR der LWS durchgeführt, dessen Beurteilung zufolge bei Status nach Spondylodese L5/S1 und entsprechenden Artefakten eine ausgeprägte erosive Osteochondrose L4/5 mit zirkumferenzieller, osteophytär abgestützter Diskusprotrusion, Facettengelenksarthrose sowie geringer Spinalkanalstenose im Sinne einer Anschlusssegmentdegeneration und eine Facettengelenksarthrose geringen Ausmasses L1-L3 ohne foraminale Stenose vorliege (BB 14).

3.4 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).

Solange keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich sind, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermöchten, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte und Ärztinnen einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Juli 2011, 8C_278/2011, E. 5.3). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

3.5 Die Gutachten der Dres. med. G._____ und H._____ sowie die gestützt darauf erfolgte interdisziplinäre Beurteilung (vgl. E. 3.3.5 hier-
vor) erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl.
E. 3.4 hier-
vor) und erbringen vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb
S. 353). Der Vergleich des Gesundheitszustandes anlässlich der Begutach-
tung im Jahr 2003 und demjenigen 2013/2014 überzeugt. Auch wenn im
somatischen Bereich wohl eher von einer bloss abweichenden Bewertung
(vgl. E. 2.7.4 hier-
vor) im aktuellen Gutachten auszugehen ist (vgl. insbe-
sondere E. 3.3.5 erster Abschnitt hier-
vor; siehe auch E. 3.2.1 hier-
vor), stellt der Wegfall psychiatrischer Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähig-
keit (vgl. E. 3.3.5 zweiter Abschnitt hier-
vor; siehe auch E. 3.2.2 hier-
vor) eine wesentliche Veränderung im Sinne eines Revisionsgrundes dar. So
fährt der Beschwerdeführer wieder Auto und die Ausprägung der psychi-
schen Beschwerden ist im Vergleich zur Begutachtung im Jahr 2003 gerin-
ger, zumal auch keine Hinweise mehr für einen weiteren schädlichen Ge-
brauch von Opioiden bestehen. Der Beschwerdeführer hat gestützt auf die
entsprechende Besserung ausserberuflich etliche Aktivitäten entwickelt und
pflegt Kontakte. Damit ist das Vorliegen eines Revisionsgrundes ausgewie-
sen und der Rentenanspruch frei überprüfbar (E. 2.7.2 hier-
vor). Die ent-
sprechende gutachterliche Beurteilung wird denn auch vom Beschwerde-
führer nicht gerügt.

Soweit der Beschwerdeführer nunmehr eine seit der Begutachtung im Jahr
2013 erfolgte Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend macht
(Beschwerde, S. 5 f. Ziff. 3; Eingaben vom 1. Februar und 27. September
2016; vgl. E. 3.3.5 ff. hier-
vor), vermag dies die gutachterlichen Feststellun-
gen nicht zu beeinträchtigen. Das MR vom 8. September 2016 (vgl.
E. 3.3.7 hier-
vor) wiederholt im Wesentlichen die ohnehin schon bekannten
Befunde, ohne sich zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu äus-
sern. In psychischer Hinsicht beanstanden die Dres. J._____ und
K._____ nach Erlass der angefochtenen Verfügung (AB 80) die ange-
blich oberflächlichen Beschwerdeschilderungen in den Gutachten (vgl.
E. 3.3.6 hier-
vor), sehen sich aber ihrerseits imstande, schon aufgrund ei-
nes blossen Vorgesprächs (vgl. BB 4) und ohne nähere Begründung an-
derslautende Diagnosen zu stellen; zudem begründen sie nicht weiter die
von ihnen im Zusammenhang mit der angeblichen Arbeitsunfähigkeit ange-

nommene additive Berücksichtigung der psychischen und somatischen Beschwerden, obschon 2003 die Gutachter noch von überschneidenden Auswirkungen ausgegangen sind (vgl. E. 3.2.3 hiavor). Sowohl Hinweise auf eine depressive Störung, die in mittelgradiger Ausgestaltung ohnehin grundsätzlich als behandelbar und damit nicht als invalidisierend anzusehen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 7. Februar 2012, 9C_736/2011, E. 4.2.2.1), als auch panikartige Zustände waren den Gutachtern bekannt und konnten von diesen entsprechend gewürdigt werden, sodass kein Anlass besteht, von deren Beurteilung abzuweichen (vgl. E. 3.4 hiavor), dies umso weniger, als sich der Beschwerdeführer in der Vergangenheit ohnehin nicht fachpsychiatrisch behandeln liess. Anders als die Gutachter machen die Dres. J._____ und K._____ keine Hinweise auf versicherungsmedizinisch unbeachtliche psychosoziale Faktoren – so scheint denn auch die aktuell geltend gemachte psychiatrische Verschlechterung im Zusammenhang mit der verfükten Rentenaufhebung zu stehen –, womit sich diese wohl vom hier nicht massgeblichen bio-psycho-sozialen Krankheitsbegriff haben leiten lassen (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2). In Bezug auf die am 13. Oktober 2015 durchgeführte Schulteroperation (vgl. E. 3.3.5 hiavor) ist von einer bloss vorübergehenden und damit nicht anspruchrelevanten Arbeitsunfähigkeit auszugehen, zumal mit der Operation – wenn schon – eine Verbesserung anzunehmen ist. Zudem erfolgte diese Operation erst nach Erlass der hier angefochtenen Verfügung. Allfällig erst nach Verfügungserlass eingetretene Verschlechterungen wären somit, soweit sie denn überhaupt erstellt wären, im Rahmen einer Neu anmeldung geltend zu machen.

3.6 Ausgehend von der schlüssigen interdisziplinären Beurteilung liegt in einer körperlich leichten und zeitweise (max. 10%) körperlich mittelschweren konsequent wechselbelastenden Tätigkeit in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche eine verminderte Leistungsfähigkeit von 20% vor. Ausgeschlossen sind körperlich schwere und ständig sowie häufig/überwiegend körperlich mittelschwere Tätigkeiten, die LWS statisch belastende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der LWS, Tätigkeiten in Zwangshaltungen der LWS wie vorübergeneigte Tätigkeiten, Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS, Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf

das Achsenorgan. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten ist mit 10 kg, repetitiv mit 5 kg limitiert (AB 65.1/3). Aus psychiatrischer Sicht besteht zudem mangels einer entsprechenden Diagnose keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (mehr) (vgl. E. 2.1 f. hiavor).

4.

4.1 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). Bezüglich der Anpassung an die Lohnentwicklung ist nach Geschlechtern zu differenzieren, d.h. es ist auf den Lohnindex für Frauen oder Männer abzustellen (BGE 129 V 408).

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).

4.3 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 lohnmassig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit ei-

nem 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 Beim Valideneinkommen stellte die Beschwerdegegnerin auf das Jahreseinkommen des Beschwerdeführers im Jahr 2000 von Fr. 56'390.-- (vgl. AB 29) ab, was nicht zu beanstanden ist. Indexiert auf das Jahr 2015 (Tabelle T1.1.93 [Nominallohnindex Männer 1993-2001] Abschnitt I [Verkehr und Nachrichtenübermittlung], 2000: 104.7, 2010: 119.9; Tabelle T1.1.10 [Nominallohnindex Männer 2011-2015] Abschnitt H [Verkehr und Lagerei], 2010: 100, 2015: 102.2) ergibt dies ein Valideneinkommen von Fr. 65'997.20. Dieses (hypothetische) Einkommen basiert bereits auf den effektiv zu arbeitenden Stunden beim letzten Arbeitgeber des Beschwerdeführers (vgl. AB 29), weshalb sich entgegen der angefochtenen Verfügung eine Aufrechnung auf die betriebsübliche Arbeitszeit erübrigt.

4.5 Der Beschwerdeführer übt keine angepasste Tätigkeit aus, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf die LSE abstellte (vgl. E. 4.3 hiervoor). Mit Blick darauf, dass dem Beschwerdeführer trotz seiner Einschränkungen noch immer verschiedenartige leichte und zeitweise mittelschwere Hilfsarbeiten zumutbar sind und es sich dabei oftmals ohnehin um wechselbelastende Tätigkeiten handelt, ist auf die LSE 2014, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Männer, Total, im Betrag von Fr. 5'312.-- abzustellen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche, indexiert auf das Jahr 2015 (T1.1.10 [Nominallohnindex Männer 2011-2015] Total, 2014: 103.9, 2015: 105.4) und aufgerechnet auf ein Jahr ergibt sich ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 67'412.50 bei 100%. Unter Berücksichtigung der von den Gutachtern attestierten um 20% verminder-

ten Leistungsfähigkeit sowie eines leidensbedingten Abzugs von 10% (vgl. E. 4.3 zweiter Abschnitt hiervor) resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 47'188.75. Den behinderungsbedingten Einschränkungen sowie dem fortgeschrittenen Alter (vgl. dazu Entscheid des BGer vom 5. Januar 2012, 8C_684/2011, E. 5.3) und der Nationalität/Aufenthaltskategorie des Beschwerdeführers werden mit der Annahme einer um 20% verminderten Leistungsfähigkeit sowie eines Abzuges von 10% genügend Rechnung getragen. Die weiteren sich gemäss der Rechtsprechung potenziell lohnmindernd auswirkenden Kriterien (vgl. E. 4.3 zweiter Abschnitt hiervor) rechtfertigen bei der gegebenen Sachlage keinen Abzug. Insbesondere fehlende Dienstjahre an einer neuen (leidensangepassten) Arbeitsstelle führen nicht zu einem Abzug, weil diesem Kriterium im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) bzw. Kompetenzniveau 1 im privaten Sektor keine grosse Bedeutung zukommt (BGE 126 V 75 E. 5a/cc S. 79).

4.6 Beim Vergleich des Valideneinkommens von Fr. Fr. 65'997.20 und des Invalideneinkommens von Fr. 47'188.75 resultiert eine Einbusse von Fr. 18'808.45 und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 28%. Der Zeitpunkt der Renteneinstellung (AB 80/3) ist nicht zu beanstanden (Art. 88^{bis} Abs. 2 IVV).

4.7 Zu prüfen bleibt, ob vorgängig der Rentenaufhebung Eingliederungsmassnahmen zu prüfen bzw. durchzuführen gewesen wären.

4.7.1 Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Betrifft die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Rente eine versicherte Person, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat, so hat die Verwaltung die Notwendigkeit (vorgängiger) befähigender beruflicher Massnahmen trotz wiedergewonnener Arbeitsfähigkeit abzuklären (BGE 141 V 5 E. 4.1 S. 7; SVR 2011 IV Nr. 73 S. 222 E. 3.3; zum Ganzen vgl. SVR 2011 IV Nr. 30 S. 88 E. 4.2.2; Entscheid des BGer vom 10. September 2010, 9C_768/2009, E. 4.1).

Vorliegend hat der Beschwerdeführer die Rente während mehr als 15 Jahren bezogen. Damit liegt eine Konstellation vor, bei welcher berufliche Massnahmen jedenfalls zu prüfen waren.

4.7.2 Für Eingliederungsmassnahmen wird grundsätzlich die subjektive Eingliederungsfähigkeit bzw. die Eingliederungsbereitschaft der versicherten Person vorausgesetzt (Entscheid des BGer vom 20. Februar 2014, 9C_474/2013, E. 6.3). Nach der Rechtsprechung ist nur dann von fehlendem Eingliederungswillen bzw. fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit auszugehen, wenn er mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor kantonalem Versicherungsgericht gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Entscheid des BGer vom 7. September 2015, 9C_231/2015, E. 4.2).

Der Beschwerdeführer hat bisher keine subjektive Eingliederungsbereitschaft gezeigt (so AB 41/2 f. und AB 62.2/11 oben). Die Durchführung beruflicher Massnahmen erschien daher mit Blick auf den fehlenden Eingliederungswillen zufolge einer stark ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung als zum Vornherein aussichtslos. Es fehlte an der subjektiven Bereitschaft zur beruflichen Wiedereingliederung. Folglich bestanden in der Vergangenheit keine Gründe für eine ausnahmsweise (bzw. vorläufige) Nichtanrechenbarkeit der Restarbeitsfähigkeit. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin vor Aufhebung der Rente keine Wiedereingliederungsmassnahmen gewährt hat.

4.7.3 Da der Beschwerdeführer nunmehr in der Beschwerde, S. 4 Ziff. 2, ausdrücklich ein Arbeitstraining verlangt, rechtfertigt es sich, die Akten zur Prüfung beruflicher Massnahmen an die Beschwerdegegnerin weiterzuleiten, zumal bis zum Eintritt des ordentlichen AHV-Rentenalters noch eine achtjährige Aktivitätsdauer besteht. Dabei ist zu wiederholen, dass nur im Falle subjektiver Eingliederungsbereitschaft ein allfälliger Anspruch auf Arbeitsvermittlung bzw. Arbeitstraining überhaupt zur Diskussion steht. Ausserdem gilt es zu berücksichtigen, dass die dem Beschwerdeführer zumutbaren Hilfsarbeiten keinen besonderen Qualifikationen unterliegen,

womit unter diesem Gesichtspunkt befähigende Massnahmen nur in beschränktem Umfang überhaupt zur Diskussion stehen.

4.8 Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 7. Oktober 2015 (AB 80) als korrekt und die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

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

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. Die Akten werden an die IV-Stelle Bern weitergeleitet zur Prüfung beruflicher Massnahmen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin lic. iur. 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.