

200 18 514 IV  
ACT/ZID/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 6. Februar 2019**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Zimmermann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Juni 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1967 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bezog ab September 2005 eine ganze bzw. seit Mai 2008 eine Dreiviertelrente der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV; Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 63 ff.), nachdem er bei der Arbeit von einem Arbeitsgerüst in eine Baugrube gestürzt war (AB 4/16 Ziff. 6). Im Rahmen einer im Jahr 2015 von Amtes wegen eingeleiteten Revision (vgl. AB 63, 79) stellte die IVB nach Einholung einer bidisziplinären Begutachtung (Expertisen vom 2. April 2016; AB 93.1, 94.1, 94.2) mit Vorbescheid vom 19. Juli 2016 (AB 96) bei einem Invaliditätsgrad von 16 % die Rentenaufhebung in Aussicht. Gestützt auf die auf Einwand hin (AB 104 f., 108) ergangenen Stellungnahmen des psychiatrischen Gutachters (AB 112) und des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 114) wurde der Versicherte zusätzlich polydisziplinär begutachtet (Expertise vom 31. Oktober 2017; AB 135.1), worauf die IVB mit weiterem Vorbescheid vom 19. Dezember 2017 (AB 136) wiederum auf einen Invaliditätsgrad von 16 % und damit eine Rentenaufhebung schloss. Auf Einwand (AB 143) und Stellungnahmen des RAD (AB 146) sowie der Gutachter (AB 148) hin verfügte die IVB am 7. Juni 2018 – wie vorbescheidweise angekündigt – die Rentenaufhebung per Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats (AB 149).

### **B.**

Hiergegen lässt der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, am 9. Juli 2018 Beschwerde erheben und beantragen, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm weiterhin eine Invalidenrente in gesetzlicher Höhe, mindestens aber im bisherigen Umfang, zuzusprechen, eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten einzuholen und gestützt darauf eine Neu beurteilung des Leistungsanspruchs vorzunehmen, subeventualiter sei die Sache zwecks Ergänzung der Abklärung an die Be-

schwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. September 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 Verwaltungspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 7. Juni 2018 (AB 149). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die laufende Dreiviertelrente zulässigerweise per Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats, mithin per 31. Juli 2018, aufgehoben hat.

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

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

## **2.**

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

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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). Es ist 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 (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**2.2.1** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 428, BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418, E. 7.2 S. 429).

**2.2.2** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien «funktionaler Schweregrad» (E. 4.3 S. 298) und «Konsistenz» einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten ge-

sundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**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** 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).

**2.4.1** 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. 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). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2).

**2.4.2** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes 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 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

**2.4.3** 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).

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

### **3.**

**3.1** Zu vergleichen ist der Sachverhalt zur Zeit der leistungszusprechenden Verfügungen von Mai resp. Juni 2010 (AB 64 - 66) mit demjenigen, der sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses der leistungseinstellenden Verfügung vom 7. Juni 2018 (AB 149) entwickelt hat. Die Mitteilung vom 6. Juni 2012 (AB 77) ist in revisionsrechtlicher Hinsicht unbeachtlich, da sie ausschliesslich Hilfsmittel betraf.

**3.2** Die unangefochten gebliebenen Verfügungen von Mai resp. Juni 2010 (AB 64 - 66) stützten sich faktisch auf die Einschätzung der C.\_\_\_\_\_ (AB 64/4 resp. 56/2):

**3.2.1** Anlässlich der Untersuchungen vom 27. Februar (AB 23/2 ff.) und 31. Oktober 2008 (AB 33/18 ff.) durch den Kreisarzt der C.\_\_\_\_\_ Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, wurden ein Status nach Commo-

tio spinalis mit initial inkompletter sensomotorischer Paraplegie unterhalb Th9 rechtsseitig mit sacraler Aussparung, Discushernien L4/5 sowie L5/S1 mit Kompression der linken Wurzel S1 und ein persistierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit radiculärem Reizsyndrom L5/S1 rechts diagnostiziert (AB 23/4 Mitte, 33/20 Mitte). Aufgrund des bisherigen Verlaufs und des Untersuchungsbefundes sei die angestammte Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar. Zumutbar wären leichte wechselbelastende Tätigkeiten ganztags ohne Arbeiten in Zwangshaltung, vor allem ohne Arbeiten in vorübergeneigter Position. Wichtig sei, dass der Beschwerdeführer seine jeweilige Arbeitsposition selbstständig wählen könne. Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten oder anderen absturzgefährdeten Positionen seien nicht mehr zumutbar. Es bestehe ein Traglimit von 10 kg (AB 23/4 f., 33/21).

**3.2.2** Gemäss Untersuchungsbericht des Versicherungsmediziners der C.\_\_\_\_\_, Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. Mai 2009 (AB 52/21 ff.) habe der Beschwerdeführer ein Zustandsbild gezeigt, das nosologisch am ehesten als leicht bis mittelgradige depressive Episode zu erfassen sei. Zu Beginn der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung im September 2008 sei vom behandelnden Psychiater eine mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) diagnostiziert worden. Die unterschiedliche Beurteilung dürfte mit einem unterdessen erfolgten Therapieeffekt zusammenhängen (AB 52/28). Die psychische Symptomatik mit vor allem depressiven Symptomen sei stark beeinflusst von der jeweiligen Schmerz-situation. Die Schilderung von Schmerzintensität, -charakter, -frequenz und -verlauf sei differenziert und mit pathophysiologischen Zusammenhängen, soweit beurteilbar, kompatibel (AB 52/27 unten).

Ergänzend führte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ im weiteren Bericht vom 25. August 2009 (AB 52/8 f.) aus, dass die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf bereits aus somatischen Gründen nicht mehr gegeben sei und die somatisch definierte Zumutbarkeit durch die vorliegende psychische Störung weiter eingeschränkt werde, wobei sich das Ausmass dieser weiteren Einschränkung nicht ganz einfach festlegen lasse. Die beiden stattgehabten beruflichen Abklärungen (in der Rehaklinik F.\_\_\_\_\_ im September/Oktober 2006, wo die vierstündige Arbeitszeit vormittags nur knapp [mit

zusätzlichen Pausen] habe eingehalten werden können [AB 14/2 oben], sowie im Spital G.\_\_\_\_\_ im Februar/März 2009, wo die anfänglich ganztägige Tätigkeit infolge deutlicher Schmerzzunahme auf eine halbtägige Präsenz habe reduziert werden müssen [AB 43/5 unten]) zeigten, wie weit sich beim vorliegenden Zustandsbild somatisch und psychiatrisch bedingte Einschränkungen gegenseitig verstärkten. Unter Zugrundelegung der somatischen Einschätzung des Spitals G.\_\_\_\_\_ (AB 43/7) könne davon ausgegangen werden, dass bei z.B. 2 x 2-stündiger Arbeitsleistung pro Tag in einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit die psychischen Einschränkungen nicht mehr wesentlich ins Gewicht fallen würden, sondern für die deutlich geringere Tagesarbeitszeit kaum eine Rolle spielten. Würde hingegen das somatische Zumutbarkeitsprofil des Kreisarztes der C.\_\_\_\_\_ (AB 23/5, 33/21; vgl. E. 3.2.1 hiavor) herangezogen, seien die Einschränkungen aus psychischen Gründen deutlich höher zu gewichten und wäre von einer zeitlichen und leistungsmässigen Einschränkung von insgesamt mindestens 50 % auszugehen.

**3.3** Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. Juni 2018 (AB 149) ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

**3.3.1** Dres. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, und J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstatteten am 2. April 2016 ihre bidisziplinäre Begutachtung (AB 93.1, 94.1, 94.2). Der rheumatologische Gutachter diagnostizierte auf seinem Fachgebiet mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Schmerzsyndrom des Rückens, ein rezidivierendes zervikospodylogenes Syndrom, eine diffuse idiopathische skeletale Hyperostose, radiologisch eine leichtgradige laterale Coxarthrose rechts, Senk- und Spreizfüsse, obstruktive Miktionsbeschwerden und anamnestisch ein Reizmagen-Syndrom (AB 93.1/9). Die Folgen der Contusio spinalis resp. der inkompletten sensomotorischen Paraplegie (vgl. E. 3.2.1 hier vor) hätten sich, klinisch beurteilt, aufgrund der Ergebnisse der aktuellen Begutachtung, bereits vor der Rentenzusprache im Mai/Juni 2010 (AB 63 - 66) vollständig zurückgebildet (AB 93.1/11). Insgesamt seien die geschil-

dernten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar (AB 93.1/15). Die Arbeitsfähigkeit sei rein somatisch-neurologisch bezüglich der bis zum Unfall vom 7. September 2004 ausgeübten beruflichen Tätigkeiten ausschliesslich für derartige Tätigkeiten eingeschränkt, die mehr als mittelgradig körperlich belastend seien. Somit könne seit Jahren, möglicherweise bereits seit 2007 und spätestens seit dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung für eine angepasste Verweistätigkeit keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr begründet werden. Seit dem Unfall seien mehr als körperlich mittelgradig belastende Arbeiten nicht mehr zumutbar. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne rein somatisch-rheumatologisch für keinen Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (AB 93.1/17).

Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine längere depressive Reaktion (2008 bis Herbst 2010; ICD-10 F43.21) und eine depressive Episode seit Herbst 2010, gelegentlich mittelgradig, in der Regel leichtgradig (ICD-10 F32.1), sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine lange Phase von Arbeitsunfähigkeit (ICD-10 Z56; AB 94.1/9). Denkbar sei, dass der Beschwerdeführer wegen der chronischen Schmerzen eine psychosomatische Überlagerung entwickelt habe, doch zeigten sich die dafür typischen Symptome nicht. Es spreche gegen einen subjektiv hohen Leidensdruck, dass er die ambulante psychologische bzw. psychiatrische Behandlung in der Frequenz deutlich reduziert habe; die medikamentöse Compliance sei partiell ungenügend. Der Verlauf sei als gebessert zu beurteilen; die vorgefundene Symptomatik und die geschilderte Lebensweise liessen auf eine höchstens leichtgradige depressive Episode schliessen. Es sei anzunehmen, dass ungünstige krankheitsfremde Faktoren (lange Phase von Arbeitsuntätigkeit, sekundärer Krankheitsgewinn, fehlende Motivation zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit, Aggravation) die Beschwerdesymptomatik überlagern. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe von Herbst 2008 bis Herbst 2010 20 % betragen und belaufe sich seither auf weniger als 20 % (AB 94.1/10 f.). Es finde sich eine subjektiv hohe Schmerzsymptomatik, welche psychosomatisch nicht erklärt werden könne; die angeführte starke Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne psychiatrisch nicht erklärt werden (AB 94.1/12).

In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit stellten die Gutachter für mehr als mittelgradig körperlich belastende Arbeiten vollumfänglich auf die Einschätzung aus somatisch-rheumatologischer Sicht und für eine angepasste Verweistätigkeit vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht ab (AB 94.2/2).

**3.3.2** In der Folge wurde der Beschwerdeführer zusätzlich durch die MEDAS K.\_\_\_\_\_ polydisziplinär begutachtet. Im Gutachten vom 31. Oktober 2017 wurde was folgt diagnostiziert (AB 135.1/35):

**Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont
2. Chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom
3. Zustand nach Arbeitsunfall 09/2004 mit anamnestischer Contusio spinalis durch Hyperextensionstrauma mit transients inkompletter Paraparese Th9 rechts
4. Neurogene Harnblasen- und Darmfunktionsstörung

**Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Leichte depressive Episode
2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
3. Senk-Spreizfuss mit beginnendem Hallux valgus beidseits
4. Verdacht auf Polyneuropathie
5. Übergewicht

Aus psychiatrischer Sicht bestehe in allen den Fähigkeiten entsprechenden und aus somatischer Sicht angepassten Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit seit mindestens der aktuellen Untersuchung; für den Verlauf davor könne auf das Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ (AB 94.1; vgl. E. 3.3.1 hiavor) abgestellt werden (AB 135.1/22 oben). Rheumatologisch seien aufgrund der Wirbelsäulenfehlstatik und der degenerativen Veränderungen im Lumbalbereich schwere Tätigkeiten nicht zumutbar; für leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne länger dauernde Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (AB 135.1/28 Mitte). Aus neurologischer Sicht sei aufgrund der Initialbefunde wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer beim Sturz im September 2004 eine leichte Contusio spinalis erlitten habe, die Symptomatik sich aber sehr gut zurückgebildet habe und lediglich Schmerzen persistierten. Es sei nicht plausibel, warum es in den späteren Jahren ohne den Nachweis irgendwelcher struktureller Veränderungen oder anderer objektiver Zeichen zu einer weiteren Verschlechterung hätte kommen sol-

len. Bei der leichten Gangunsicherheit seien Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen nicht möglich; für alle übrigen körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeiten, bevorzugt in sitzender Stellung wie auch in Wechselbelastung, bestehe neurologischerseits eine volle Arbeitsfähigkeit (AB 135.1/32). Aus urologischer Sicht bestehe aufgrund der kombinierten neurogenen Harnblasen-Entleerungsstörung mit Stuhl-Regulationsproblemen (seit ca. zwei bis drei Jahren) eine Arbeitsunfähigkeit für leichte und schwere Tätigkeiten von 10 % (AB 135.1/34). Zusammenfassend bestehe somit aus interdisziplinärer Sicht für die angestammte Tätigkeit als ... wie auch für andere körperlich anhaltend mittelschwere und schwere Tätigkeiten seit dem Sturz im September 2004 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Dagegen bestehe in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, adaptierten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 %, vollschichtig realisierbar mit gering erhöhtem Pausenbedarf (AB 135.1/36 f.).

Mit Nachtrag vom 17. April 2018 verneinten die MEDAS-Gutachter in somatischer Hinsicht eine wesentliche Veränderung gegenüber dem Zustand von 2010. Hingegen habe sich in psychiatrischer Hinsicht eine Verbesserung eingestellt, da die damals festgestellte mittelgradige depressive Episode mit mittelgradig eingeschränkter Arbeitsfähigkeit weitgehend remittiert sei (AB 148).

**3.3.3** In Kenntnis des polydisziplinären Gutachtens (vgl. E. 3.3.2 hiervor) verneinte die behandelnde Ärztin der Rehaklinik H. \_\_\_\_\_ eine Verbesserung des Gesundheitszustandes; insbesondere beständen chronische neuropathische und nozizeptive Schmerzen sowie eine neurogene Blasen-, Darm und Sexualfunktionsstörung neben der bekannten psychiatrisch behandelten Depression (Bericht vom 16. Januar 2018 [AB 143/15]; vgl. auch Bericht vom 3. August 2016 [AB 104]). Sie befürwortete eine erneute polydisziplinäre Begutachtung im Zentrum L. \_\_\_\_\_ (Bericht vom 26. Juni 2018 [Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage {BB} 4]).

**3.3.4** Gemäss Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 13. Februar 2018 (AB 146) halte das polydisziplinäre Gutachten (vgl. E. 3.3.2 hiervor) den neuen Richtlinien für ein strukturiertes Beweisverfahren und eine Prüfung der

massgeblichen Standardindikatoren (vgl. E. 2.2.2 hiervor) nicht stand. Es sei sodann darauf hinzuweisen, dass der Beizug eines Paraplegiologen und eines Neurourologen über die MED@P-Plattform nicht möglich gewesen sei.

**3.4** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

### **3.5**

**3.5.1** Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 31. Oktober 2017 (AB 135.1) mitsamt Ergänzung vom 17. April 2018 (AB 148) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4 hiervor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben sich in ihrer Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Ge-

sundheitszustand nachvollziehbar begründet. Anders als in der Beschwerde, S. 7 f., angenommen, ist mit der polydisziplinären Einschätzung auch eine paraplegiologische Bewertung des Gesundheitszustandes erfolgt (vgl. AB 148); es ist in keiner Art und Weise ersichtlich, weshalb die Experten dafür nicht hätten befähigt gewesen sein sollen. Es liegt denn auch im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist oder nicht (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. Januar 2015, 8C\_277/2014, E. 5.2). Aus den Berichten der Rehaklinik H.\_\_\_\_\_ vom 16. Januar (AB 143/15) und 26. Juni 2018 (BB 4; vgl. E. 3.3.3 hiervor) ergibt sich nichts, das gegen die Befähigung der Experten spräche, während der Bericht des RAD vom 13. Februar 2018, welcher das Fehlen eines Facharztes für Paraplegiologie bemängelt (AB 146/3 gegen unten; vgl. E. 3.3.4 hiervor), nicht überzeugt, da ein derartiger Facharztstitel nicht existiert (vgl. AB 148) und die Gutachter – wie gesagt – zur Beurteilung der Situation genügend befähigt waren. Deren Einschätzungen decken sich denn auch in psychiatrischer und rheumatologischer Hinsicht mit denjenigen der Vorgutachter (AB 135.1/22 Ziff. 4.1.7 und 135/28 Ziff. 4.2.7 bzw. AB 94.1/11 und 93.1/17 f.). Entgegen der Auffassung im Einwand (AB 143/4 f. Ziff. 5.2) verliert das polydisziplinäre Gutachten durch diesen Verweis nicht etwa an Beweiskraft, denn auf die bidisziplinäre Einschätzung konnte deshalb nicht abschliessend abgestellt werden, weil sie die Teilgebiete der Neurologie (vgl. AB 114/5) und der Urologie (vgl. AB 119/1) nicht enthielt und damit nicht umfassend war; die Vorwürfe gegen den damaligen psychiatrischen Gutachter dagegen sind erstens nicht erstellt (vgl. dazu AB 112) und wären zweitens – selbst wenn sie zuträfen – auch nicht geeignet, die im Einwand erwähnte Befangenheit (AB 105/5 f.) zu begründen.

**3.5.2** Die äusserst kurz abgefassten Berichte der Rehaklinik H.\_\_\_\_\_ vom 16. Januar (AB 143/15) und 26. Juni 2018 (BB 4; vgl. E. 3.3.3 hiervor) sprechen mangels Begründung nicht gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung der Gutachter, zumal Letzteren die darin geltend gemachten Einschränkungen hinlänglich bekannt waren. In einem solchen Fall lässt es nämlich die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, dass ein

medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage gestellt wird, um dies zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen; dies wäre nur dann der Fall, wenn 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 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Wie der RAD-Arzt im Bericht vom 13. Februar 2018 (AB 146/3 f.; vgl. E. 3.3.4 hiavor) zutreffend ausführt, werden zwar im polydisziplinären Gutachten der MEDAS die Indikatoren nicht explizit besprochen (vgl. AB 135.1/22 ff.), jedoch lassen sie sich – anders als in der Beschwerde, S. 6 f., angenommen – zwanglos aus den Angaben im Gutachten beurteilen. Würde – im Gegensatz zum Gutachten (vgl. AB 135.1/22 Ziff. 4.15) – eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht angenommen, würde die Indikatorenprüfung (vgl. E. 2.2.2 hiavor) offensichtlich zu einer Überwindbarkeit dieser Einschränkungen führen. Wie der RAD-Arzt zwar zu Recht ausführt (AB 146/4 oben; dies entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin [AB 149/1 Mitte]) lässt sich eine psychiatrische Verbesserung aus dem Gutachten nicht ableiten (vgl. E. 3.6 nachfolgend), was jedoch irrelevant ist, da eine somatische Veränderung und damit ein Revisionsgrund besteht (vgl. E. 3.7 nachfolgend).

**3.5.3** Damit erübrigen sich – entgegen den Eventual- und Subeventualanträgen in der Beschwerde – weitere Sachverhaltserhebungen (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

**3.6** In Anlehnung an die C. \_\_\_\_\_ und damit unter expliziter Berücksichtigung der psychischen Beeinträchtigungen (AB 56/2 Mitte, 52/9 oben) wurde in den rentenzusprechenden Verfügungen eine angepasste Tätigkeit von 2 x 2 Stunden als zumutbar erachtet (AB 64/4). Der Arzt der C. \_\_\_\_\_ Dr. med. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 25. Mai 2009 eine leicht- bis mittelgradige Depression (AB 52/28; vgl. E. 3.2.2 hiavor), während der psychiatrische Teilgutachter der MEDAS von einer leichten Depression ausging (AB 135.1/21 unten; vgl. E. 3.3.2 hiavor). Entsprechend bescheinigten die MEDAS-Gutachter eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes (AB 148), weshalb die Beschwerdegegner-

rin von einem Revisionsgrund ausging (AB 149/1). Die Annahme eines entsprechenden Revisionsgrundgrundes überzeugt aber nicht, da sich die Befunde von 2009 (AB 52/27) und 2017 (AB 135.1/20 f. Ziff. 4.1.2) nicht wesentlich unterschieden. Vielmehr liegt eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleichen Sachverhalts vor, die revisionsrechtlich unbeachtlich ist (vgl. E. 2.4.1 hiervor). Weder der psychiatrische Experte der MEDAS, der auf den Vorgutachter Dr. med. J.\_\_\_\_\_ verweist (AB 135.1/22 Ziff. 4.1.5), noch Dr. med. J.\_\_\_\_\_ konnten wesentliche Sachverhaltsänderungen aufführen; Letzterer verweist im Übrigen auf eine zeitweilige Verschlechterung mit anschliessender Besserung ab Herbst 2010 (AB 94.1/10 f.), was jedoch keine dauernde Veränderung seit Verfügungserlass (AB 64 - 66) belegt. Die damalige Einschätzung des Arztes der C.\_\_\_\_\_ war geprägt von der anamnestisch geschilderten Schmerzsituation, die sich seiner Meinung nach "soweit beurteilbar" mit den pathophysiologischen Zusammenhängen als kompatibel erwiesen habe (AB 52/27 unten), und den eher unbefriedigend verlaufenen beruflichen Abklärungen (AB 52/8); ersteres konnte in den aktuellen Begutachtungen indessen nicht bestätigt werden, fand sich doch eine subjektiv hohe Schmerzproblematik, welche psychosomatisch nicht erklärt werden konnte (AB 94.1/12 Ziff. 1), bzw. konnte die Selbsteinschätzung, nur noch in sehr geringem Umfang arbeiten zu können, mit objektivierbaren psychiatrischen Befunden nicht begründet werden (AB 135.1/22). Damit vermag die damalige Einschätzung des Arztes der C.\_\_\_\_\_ zwar nicht vollends zu überzeugen, jedoch kann nicht von einer zweifellosen Unrichtigkeit der damaligen Verfügungen ausgegangen werden. Eine Veränderung in psychiatrischer Hinsicht und ein entsprechender Revisionsgrund sind damit aber nicht erstellt.

**3.7** Somatisch sind angepasste Tätigkeiten vollschichtig realisierbar bei einer Leistungsfähigkeit von 90 % (AB 135.1/37 oben), während 2010 aus somatischer Sicht eine gleichermassen angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar gewesen ist (AB 33/21). Die neue Einschränkung in der Leistungsfähigkeit hat urologische Gründe (AB 135.1/36) und stellt einen Revisionsgrund dar, da sie sich auf den Rentenanspruch auswirken kann (vgl. E. 2.4.1 hiervor). Daran ändert nichts, dass 2010 keine urologische Beurteilung vorgelegen hat; deren Fehlen belegt im Gegenteil, dass sich der

Sachverhalt verändert hat, hielt doch der Beschwerdeführer gegenüber dem urologischen Gutachter fest, die Miktionsproblematik hätte während langer Zeit nicht im Vordergrund gestanden und sich erst in den letzten zwei bis drei Jahren verschlechtert (AB 135.1/33). Damit liegt ein Revisionsgrund vor, was eine freie und umfassende (d.h. auch hinsichtlich der psychischen Aspekte) Prüfung des Rentenanspruchs zur Folge hat (vgl. E. 2.4.2 hiervor).

**3.8** Nach dem Dargelegten ist der Rentenanspruch frei zu prüfen (vgl. E. 2.4.2 hiervor). Diesbezüglich ist auf das beweiskräftige (vgl. E. 3.5.1 hiervor) polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 31. Oktober 2017 (AB 135.1) mitsamt Ergänzung vom 17. April 2018 (AB 148) abzustellen. Entsprechend ist eine Restarbeitsfähigkeit von 90 % in einer leidensangepassten (körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren) Tätigkeit erstellt (AB 135.1/37 oben). Diese ist auf dem massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt offensichtlich verwertbar, insbesondere spricht das Alter des Beschwerdeführers nicht gegen eine Verwertbarkeit.

#### **4.**

Unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit gemäss E. 3.8 hiervor ist ein Einkommensvergleich durchzuführen.

**4.1** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger 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).

**4.1.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung ange-

passten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

**4.1.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). 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 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

**4.2** Der Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt der allfälligen Rentenrevision hin vorzunehmen (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: BGer] vom 3. Juli 2006, I 86/06, E. 4), hier für das Jahr 2018. Da die statistischen Zahlen für das Jahr 2018 noch nicht vorliegen, ist der Einkommensvergleich für das Jahr 2017 vorzunehmen.

**4.2.1** Das Valideneinkommen ist gestützt auf die Tätigkeit im angestammten Bereich zu bestimmen, da der Beschwerdeführer seine Stelle invaliditätsbedingt verloren hat (AB 31/2), er aber ohne Gesundheitsschaden immer noch dort arbeiten würde. Damit ist der Monatslohn von Fr. 5'650.--,

den er gemäss Angaben der früheren Arbeitgeberin im Jahr 2009 verdient hätte (AB 88.1/62), bzw. der Jahreslohn von Fr. 73'450.-- (13 x Fr. 5'650.--; vgl. AB 3/2 Ziff. 20) auf das Jahr 2017 zu indexieren, womit ein Betrag von Fr. 76'404.90 resultiert (BFS, Tabelle T1.93, Nominallohnindex 1993-2010 bzw. 2011-2017, Zeile F45 [Baugewerbe], Jahr 2009: 121.8 Punkte; Jahr 2017: 126.7 Punkte).

**4.2.2** Da der Beschwerdeführer keine ihm zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen anhand statistischer Zahlen zu bestimmen (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Abzustellen ist auf die Tabelle TA1 der LSE 2014, Total, Männer, Kompetenzniveau 1, im Betrag von monatlich Fr. 5'312.-- bzw. jährlich Fr. 63'744.--, zumal dem Beschwerdeführer eine breite Palette an Tätigkeiten zugänglich ist. Indexiert auf das Jahr 2017 resultiert ein Betrag von Fr. 64'608.75 (BFS, Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2017, Total, Jahr 2014: 103.2 Punkte; Jahr 2017: 104.6 Punkte); die Anpassung an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2017 im Abschnitt Total von 41.7 Stunden ergibt einen Betrag von Fr. 67'354.60 (Fr. 64'608.75 : 40 h x 41.7 h). Unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von 90 % (vgl. E. 3.8 hiervor) resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 60'619.15 (Fr. 67'354.60 x 0.9). Selbst unter zusätzlicher Berücksichtigung eines Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.1.2 hiervor) von 10 % würde noch immer ein (rentenausschliessendes) Invalideneinkommen von Fr. 54'557.20 (Fr. 60'619.15 x 0.9) resultieren (vgl. E. 4.2.3 nachfolgend). Ein weitergehender Abzug vom Tabellenlohn – wie in der Beschwerde, S. 12, gefordert – wäre vorliegend unangemessen, da einzig der sog. Schwerarbeiterabzug zu berücksichtigen ist; in der Beschwerde, S. 12, wird zudem verkannt, dass Art. 16 ATSG für die Invaliditätsbemessung den hypothetischen ausgeglichenen und nicht den effektiven Arbeitsmarkt als massgebend vorschreibt. Damit beträgt das Invalideneinkommen mindestens Fr. 54'557.20.

**4.2.3** Die Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Vergleichseinkommen ergibt einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 29 % ( $100 / \text{Fr. } 76'404.90 \times [76'404.90 - \text{Fr. } 54'557.20]$ ); zu den Run-

dungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Es besteht folglich kein Anspruch (mehr) auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.3 hiavor).

**4.3** In Anwendung von Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) ist die bisherige Dreiviertelsrente per Ende Juli 2018 aufzuheben. Dementsprechend ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **5.**

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

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

**5.2** Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

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

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin 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.