

200 19 528 IV
JAP/ZID/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. November 2019

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Zimmermann

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. Mai 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1957 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Februar 2004 unter Hinweis auf einen Sehnenriss an der rechten Schulter bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 12. Mai 2006 (AB 57) bzw. Einspracheentscheid vom 24. Oktober 2008 (AB 92) mit Wirkung ab 1. Februar 2004 eine Viertelsrente zu; eine dagegen erhobene Beschwerde (AB 95) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 4. Mai 2009, IV 70067 (AB 115), ab. Anlässlich einer ordentlichen Revision bestätigte die IVB den Anspruch auf eine Viertelsrente mit Verfügung vom 27. Oktober 2009 (AB 129). Am 11. April 2011 stellte der Versicherte ein Revisionsgesuch (AB 139), worauf die IVB gestützt auf ein Gutachten der D._____ (MEDAS) vom 3. Dezember 2012 (AB 156.1) mit Verfügung vom 1. August 2013 die laufende Viertelsrente ab April 2011 auf eine ganze Rente erhöhte und ab Oktober 2011 auf eine halbe Rente herabsetzte (AB 174/6 ff.). Den Anspruch auf die halbe Rente bestätigte sie anlässlich einer ordentlichen Rentenrevision mit Verfügung vom 13. Februar 2015 (AB 194). Nachdem der Versicherte im Rahmen einer weiteren, im April 2018 von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision (AB 203) eine Gesundheitsverschlechterung geltend gemacht hatte (AB 207), beschied die IVB das Erhöhungsgesuch – nach Einholung eines Verlaufsberichts (AB 210), Rücksprachen mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 212, 221 ff., 233, 239) und Aktenergänzungen (AB 227, 230 f., 237 f.) sowie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 213, 215, 218 f.) – mit Verfügung vom 27. Mai 2019 abschlägig (AB 240).

B.

Hiergegen lässt der Versicherte, vertreten durch B. _____, C. _____, mit Eingabe 28. Juni 2019 Beschwerde erheben und was folgt beantragen:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. Mai 2019 sei aufzuheben. Die Sache sei zur Abklärung des vollständigen und richtigen Sachverhalts und zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Anschliessend sei über das Leistungsbegehren – insbesondere auch über die Hilflosenentschädigung – neu zu verfügen.
2. Eventuell sei, unter Aufhebung der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. Mai 2019, über das Leistungsbegehren betreffend Rentenerhöhung zu entscheiden. Betreffend Hilflosenentschädigung sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

Mit Beschwerdeantwort vom 13. August 2019 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1

i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde – unter Vorbehalt der Ausführungen in E. 1.2 nachfolgend – einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 27. Mai 2019 (AB 240). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht keine höhere als die bisherige halbe Rente zusprach.

Soweit der Beschwerdeführer zudem eine Hilflosenentschädigung beantragt, ist darauf nicht einzutreten, da darüber in der angefochtenen Verfügung vom 27. Mai 2019 (AB 240) nicht verfügt wurde. Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind nämlich grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Es fehlt folglich an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1). Hinzuweisen bleibt noch auf die Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort, S. 2 Ziff. 3, wonach ihr seit der letzten den Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung abweisenden Verfügung vom 12. Juli 2013 (AB 173) keine Anmeldung im Sinne von Art. 29 ATSG mehr zugegangen sei, weshalb sie kein entsprechendes Verfahren eingeleitet habe.

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).

2.2 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 IV-Grad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

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 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.4.2 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).

2.4.3 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 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

3.

3.1 Betreffend die zeitliche Vergleichsbasis (vgl. dazu E. 2.4.2 hiervor) ist zu beachten, dass im Rahmen der letzten rechtskräftigen Revisionsverfügung vom 13. Februar 2015 (AB 194) keine tatsächliche materielle Überprüfung des Leistungsanspruchs stattgefunden hat. Die Beschwerdegegnerin beschränkte sich darauf, Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte einzuholen (AB 183 f.) und diese dem RAD zur bloss allgemein-internistischen Aktenbeurteilung vorzulegen (AB 188); eine vertiefte materielle Prüfung und beweisrechtliche Auseinandersetzung unterblieb jedoch. Die Sachverhaltsabklärungen erfüllen daher die Anforderungen der Rechtsprechung nicht (vgl. E. 2.4.2 hiervor). Damit ist als Referenzzeitpunkt die den diesbezüglichen Anforderungen genügende und auf dem MEDAS-Gutachten vom 3. Dezember 2012 (AB 156.1) basierende Verfügung vom 1. August 2013 (AB 174/6 ff.) heranzuziehen, wovon offenbar auch die Beschwerdegegnerin ausgeht (vgl. Beschwerdeantwort, S. 2 Ziff. 4). Zu vergleichen ist folglich der Sachverhalt, wie er der Verfügung vom 1. August 2013 (AB 174/6 ff.) zugrunde lag, mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Mai 2019 (AB 240) entwickelt hat.

3.2 Die Verfügung vom 1. August 2013 (AB 174/6 ff.) stützte sich massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 3. Dezember 2012 (AB 156.1). Diagnostiziert wurden darin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1.) ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit/bei St.n. zweimaliger Dekompression L5/S1 und Spondylodese L4-S1 (März und August 2010) sowie pseudoradikulären Restbeschwerden ohne sensomotorische Ausfälle (EM 2008), (2.) chronische Schulterschmerzen rechts mit/bei partieller glenohumeraler Bewegungseinschränkung, St.n. dreimaliger Operation einer Rotatorenmanschettenruptur, Resektion der langen Bizepssehne (2003 und 2004), Atrophie des Musculus deltoideus und supraspinatus sowie Omarthrose (seit 2003), (3.) eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) mit/bei St.n. leichter depressiver Episode (ED 2006), sowie (4.) psychische und Verhaltensfaktoren mit/bei Schmerzverarbeitungsstörung, funktioneller Sensibilitätsstörung der rechten oberen Extremität und funktioneller Gangstörung, Symptomausweitung, Selbstlimitierung, Dekonditionierung (ICD-10 F54; seit 2005), und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (5.) vorbefundlich

eine Leberzirrhose Child A, äthyltoxisch (ED Juni 2007) mit/bei Splenomegalie, Thrombopenie, Anämie, portale Hypertenison (Juni 2007), Oesophagusvarizen I-II (Oktober 2010), (6.) vorbefundlich ein Diabetes mellitus II (ED März 2005) mit/bei Insulintherapie, diabetischer Polyneuropathie (März 2008), (7.) eine arterielle Hypertonie (ED Oktober 2010), (8.) MR-tomographisch eine Rotatorenmanschettenläsion Schulter links, klinisch inapparent (ED November 2006), (9.) vorbefundlich eine Osteochondrose C6/7 ohne klinisch relevante Symptomatik (ED November 2006) sowie (10.) eigenanamnestisch eine Hörminderung links, Tinnitus (seit 2011; vgl. AB 156.1/60 f. Ziff. 4).

Der Beschwerdeführer leide an internistischen Erkrankungen, die behandlungsbedürftig seien und behandelt würden; sie hätten sich bisher nicht dauerhaft auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgewirkt: Der dokumentierte Verlauf der Leberzirrhose weise von 2011 bis 2012 eine Normalisierung der früher pathologischen Werte auf, sodass die angegebene Alkoholabstinenz wahrscheinlich zutrefte. Die Prognose sei günstig, wenn er konsequent alkoholabstinent bleibe. Bei Dekompensation des Diabetes mellitus oder der arteriellen Hypertonie infolge fehlender Therapieadhärenz könnte die körperliche Belastbarkeit eingeschränkt werden; solche Komplikationen seien aktuell nicht festzustellen (AB 156.1/72 f.).

Wesentliche Befunde lägen am Bewegungsapparat vor. Nach wiederholten rekonstruktiven Eingriffen seien eine Funktionseinschränkung und eine chronische Schmerzsymptomatik an der rechten Schulter bestehen geblieben, die teilweise mit den objektiven Befunden zu erklären sei. Insofern gelte das bereits 2005 formulierte, eingeschränkte Zumutbarkeitsprofil mit geringer Belastbarkeit der rechten oberen Extremität (max. 5 - 10 kg, keine Arbeit auf oder über Brusthöhe, Einsatz der rechten oberen Extremitäten für Hilfsfunktionen). An der LWS bestünden ebenfalls eine Funktionseinschränkung und chronische Schmerzproblematik bei St.n. kompliziert verlaufener Dekompensations- und Versteifungsoperation L5/S1 wegen einer Diskushernie in diesem Segment. Eine verminderte Belastbarkeit der LWS resp. der Funktionseinheit LWS-Beckengürtel bestehe aufgrund der degenerativen Veränderung und des St.n. Spondylodese. Das Zumutbarkeitsprofil schliesse rückenbelastende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit

langem Stehen, Gehen und häufigem Steigen aus. Unabhängig von den objektiven Befunden würden Einschränkungen und Schmerzen an der rechten Schulter und der rechten oberen Extremität sowie an der Wirbelsäule durch psychische Faktoren und dysfunktionales Krankheitsverhalten verstärkt (AB 156.1/73).

In psychischer Hinsicht liege eine chronische depressive Verstimmung vor, die sich im Längsschnitt aus einer Anpassungsstörung (2006) und im weiteren Verlauf einer leichten depressiven Episode entwickelt haben dürfte. Inkonsistenzen in der Beschwerdeschilderung und in den geltend gemachten Beeinträchtigungen sowie Diskrepanzen zwischen objektivierbaren Befunden und subjektiven Beschwerden seien als psychische und Verhaltensfaktoren bei körperlichen Erkrankungen resp. Beschwerden zu klassifizieren; die diagnostischen Merkmale einer Somatisierungsstörung oder somatoformen Schmerzstörung seien nicht ausreichend gegeben. Es bestehe eine chronische Psychopathologie in Form der Dysthymie und psychischer Co-Faktoren bei chronifizierten körperlichen Beschwerden, therapeutisch bisher wenig beeinflussbar, welche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit begründeten (AB 156.1/74 oben).

Gesamtmedizinisch resultiere aus den rheumatologisch objektivierbaren Schädigungen und Funktionsstörungen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Bauarbeiter (seit Februar 2003) und eine eingeschränkte Restarbeitsfähigkeit von 50 % (seit Juli 2011, wobei von Oktober 2009 bis Juni 2011 für jede Art von Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe) auch unter angepassten Bedingungen, weil der Beschwerdeführer selbst bei geringer körperlicher Belastung nicht beschwerdefrei sei. Die psychiatrisch begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei weniger stark ausgeprägt und sei bei einer gesamtmedizinisch definierten Restarbeitsfähigkeit von 50 % bei angepassten Bedingungen ausreichend berücksichtigt (AB 156.1/74 unten, 156.1/78 Ziff. 7).

3.3. Hinsichtlich der seither eingetretenen Entwicklung des Gesundheitszustandes lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.3.1 Im Revisionsfragebogen vom 30. Mai 2014 machte der Beschwerdeführer unter Hinweis auf Berichte des Spitals E. _____ vom 19. März 2013 (wonach sich im MRI vom 26. Februar 2013 eine Progredienz der Segmentdegeneration L1/2 mit zunehmender Stenose zentral bei ansonsten stabilem Befund ohne Instabilität gezeigt habe und ihn die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule mit persistierenden Beschwerden vor allem in der LWS zu 100 % immobilisierten; AB 181/5 f.) sowie des Hausarztes Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 30. Oktober 2013 (wonach der Beschwerdeführer wegen nicht therapierbarer Wirbelsäulenschmerzen sowie verminderter Konzentration und Merkfähigkeit [aufgrund der Medikation und des Diabetes mellitus] zu 100 % arbeitsunfähig sei; AB 181/2) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, vor allem wegen persistierenden Schmerzen der Wirbelsäule aufgrund degenerativer Veränderungen mit negativer Beeinflussung der Psyche, geltend (AB 180/2 Ziff. 1.1 f.).

3.3.2 Die Dres. med. G. _____, Facharzt für Radiologie, und H. _____, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierten in den Berichten vom 25. März (AB 183/6 f.) und 8. April 2014 (AB 183/4 f.) gestützt auf eine Myelographie mit CT vom 25. März 2014 ein Failed Back Surgery Syndrome nach den 2010 durchgeführten Wirbelsäulenoperationen. Es zeigten sich die typischen, durch die durchgeführten Operationen erklärbaren Veränderungen ohne Materialermüdung, Lockerung oder sekundäre Dislokation. In der Funktionsaufnahme fand sich eine normale segmentale Beweglichkeit ohne Hinweise auf eine Instabilität. Zudem fanden sich eine relative Stenose der Foramina L5 (aber ohne Neurokompression) sowie eine Spondylarthrose L1/2 und mittelschwere zentrale Spinalkanalstenose L1/2. Gemäss weiterem Bericht von Dr. med. H. _____ vom 5. Mai 2014 (AB 183/3) sei es nach dem Sakralblock zu keiner eindeutigen Verbesserung der Schmerzsymptomatik gekommen.

3.3.3 Der Hausarzt Dr. med. F. _____ machte im Bericht vom 7. Juni 2014 (AB 184) eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend, wobei mit der lumbalen Spinalkanalstenose (vgl. E. 3.3.2 hiavor) ein neuer medizinischer Befund aufgetreten sei. Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten eine massive thorakolumbale Degeneration, postoperative Kompl-

kationen mit Infekt und Störung der Bewegungselemente sowie ein metabolisches Syndrom. Psychisch bestehe eine reaktive Depression mit interkurrent auftretenden Aggressionsschüben.

3.3.4 Auch der behandelnde Psychiater Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, machte im Bericht vom 1. Juli 2014 (AB 185) eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend und diagnostizierte (neu) eine rezidivierende mittelgradige, phasenweise schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1) mit wechselhafter, hoffnungsloser, resignierter und gedrückter Stimmung, Verlust von Freude und Interessen, negativer Einstellung seinen Erkrankungen gegenüber, sozialem Rückzug sowie ausgeprägter Frustrationsintoleranz, sonstige andauernde Persönlichkeitsveränderungen (ICD-10 F62.8) und ein chronisches Schmerzsyndrom mit organisch-psychischen Anteilen (ICD-10 F45.4). Seit September 2010 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit.

3.3.5 In Kenntnis dieser Berichte (vgl. E. 3.3.1 ff. hiervor) verneinte der RAD-Arzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, mit Bericht vom 13. November 2014 (AB 188/4) eine objektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der MEDAS-Begutachtung (vgl. E. 3.2 hiervor). Damals hätten die vom behandelnden Psychiater schon früher gestellten Diagnosen (vgl. AB 75; vgl. auch AB 102/7 ff. und AB 119) einer Depression, einer posttraumatischen Belastungsstörung (nunmehr sonstige andauernde Persönlichkeitsveränderungen) und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (nunmehr chronisches Schmerzsyndrom mit organisch-psychischen Anteilen) nach ausführlicher Diskussion nachvollziehbar ausgeschlossen werden können (vgl. AB 156.3/10 ff.); der behandelnde Psychiater führe keine neuen objektiven Befunde an. Die bildgebend festgestellten Veränderungen (vgl. E. 3.3.2 hiervor) vermöchten unter Berücksichtigung der klinischen Untersuchungsbefunde und der erfolglosen Infiltration keine weiteren funktionellen Einschränkungen zu begründen; mit dem durchgeführten Sakralblock (vgl. E. 3.3.2 hiervor) habe insbesondere die lumbale Spinalkanalstenose als Schmerzursache ausgeschlossen werden können. Das metabolische Syndrom bzw. das Übergewicht, der Bluthochdruck und der Diabetes seien bereits im MEDAS-

Gutachten (vgl. E. 3.2 hiervor) berücksichtigt worden, wobei diesen Faktoren keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen worden sei.

3.3.6 Anlässlich einer psychosomatischen Untersuchung vom 4. Februar 2015 im Spital E._____ wurden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (seit 2002) mit enormen Katastrophisierungstendenzen und eine depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome mit chronischer Suizidalität diagnostiziert (AB 200/1). Gemäss Angaben des Spitals E._____ vom 20. Februar 2015 ist die Schmerzproblematik grundsätzlich dieselbe wie vor zwei Jahren, jedoch mit Tendenz zur Ausweitung; in psychosomatischer Hinsicht lasse der Beschwerdeführer keine Unterstützung oder Hilfe zu (AB 200/2 = AB 227/2 f.).

3.3.7 Gemäss Bericht von Dr. med. O._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 20. Oktober 2015 (AB 199) leidet der Beschwerdeführer an einer schwersten Haltungsinsuffizienz bei hochgradiger LWS-Degeneration mit komplettem Lordoseverlust (gemäss Rx von März 2013) und es bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom, wobei eine ausgedehnte multimodale Behandlung keinerlei Effekt gezeigt habe. Der Beschwerdeführer sei immobilisiert; der Leidensdruck sei hoch.

3.3.8 Gemäss Bericht des Spitals P._____ vom 4. Juni 2018 (AB 219/4) betrug der bestkorrigierte Visus in der Ferne initial 0.8 und schwankte über die Jahre je nach Ausprägung des Makulaödems zwischen bestkorrigiert Fern 0.6 bis 1.0. Es bestünden zusätzlich visusrelevante Glaskörpertrübungen sowie an beiden Augen eine Trübung der eigenen Linse, die zu einer relevanten Seheinschränkung (Blendung, Leseschwierigkeiten durch zentrale Skotome bei diabetischer Makulopathie, dunkle Flecken im Gegenlicht, Kontrastverlust durch die diabetische Retinopathie, Minderung des peripheren Gesichtsfeldes durch Laserbehandlung) führten.

Auf Nachfrage vom 12. Dezember 2018 hin beschrieb der behandelnde Augenarzt den Zustand der Augen als derzeit stabil (Visus links 80 %, rechts 100 %); aus augenärztlicher Sicht ergäben sich keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (AB 221).

3.3.9 Der Hausarzt Dr. med. F. _____ beschrieb im Bericht vom 6. Juni 2018 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch altersbedingte Degenerationen (AB 210/2 Ziff. 2) und erachtete den Beschwerdeführer als nicht arbeitsfähig (AB 210/3 Ziff. 13).

3.3.10 Gemäss Berichten des Spitals K. _____ vom 23. Oktober (Rx; AB 219/3) und 7. November 2018 (CT; AB 222/2) zeigten sich die bekannten degenerativen Veränderungen und die postoperative Situation, indessen, soweit beurteilbar, keine ossäre spinale Stenose oder foraminale Stenose, wohl aber eine höhergradige osteoligamentäre Stenose L1-L3 links und eine leichtgradige Stenose der übrigen Neuroforamina links sowie eine leichte osteodiskäre foraminale Stenose L3/L4 und L4/L5 rechts.

3.3.11 Prof. Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, konstatierte aufgrund der Myelographie mit CT vom 25. Februar 2019 eine schwer degenerierte LWS und (bei Reklination im Stehen) das Imponieren einer gewissen Akzentuierung einer Spinalstenose im Bereich L2/L3 und L1/L2. Es seien keine schweren Einengungen vorhanden, allerdings seien die Bewegungssegmente schwerst degeneriert; es habe auch ein deutliches Vakuumphänomen im Bereich L1/L2 (AB 230/5).

3.3.12 Gestützt auf ein Rx vom 27. März 2019 bestätigte Dr. med. M. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, im Sprechstundenbericht (AB 231) gleichentags eine thorakolumbale Kyphose. Es sei eine lumbosacrale Übergangsanomalie gegeben mit einer linksseitigen Hemisacralisation, welche wahrscheinlich noch eine leichte Restbeweglichkeit zeige, der ISG-Bereich sei rechts ankylotisch und links auch nicht ganz. Die cranialen Anschlusssegmente L2/L3, L1/L2 und Th12/L1 zeigten deutliche interkorporelle Vakuumphänomene mit einer dorsalen Stenosierung leicht- bis mittelgradiger Ausprägung. Gesamthaft sei eine chronifizierte Rückenschmerzproblematik gegeben mit beidseitiger Beinschmerzsymptomatik. Die Beschwerden im Rücken und in den Beinen hielten sich die Waage; die Beschwerden seien im Liegen und im Sitzen sowie unter Belastung genau gleich und folgten keiner Belastungsabhängigkeit mehr. Statisch liege eine komplett alterierte Wirbelsäule vor mit einer thorakolumbalen Kyphose und einem Verlust der

lumbalen Lordose. Die Ausprägung der cranialen Segmentdegeneration sei sicherlich vorhanden, die Stenosen daselbst seien aber nicht kritisch. Im Gesamtkontext müsse von einem operativen Eingriff eher abgeraten werden.

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. M. _____ in einem weiteren Bericht vom 30. April 2019 (AB 237) fest, der Beschwerdeführer sei im Prinzip weder in einer sitzenden noch in einer stehenden Tätigkeit arbeitsfähig; in Anbetracht des Alters und des sprachlichen Niveaus sowie der Bildung gäbe es für ihn keine entsprechende Arbeit, selbst wenn er eine solche in einem minimalen Ausmass ausführen könnte.

3.3.13 Nachdem der RAD-Arzt Dr. med. N. _____, Facharzt für Arbeitsmedizin, schon im Bericht vom 11. September 2018 (AB 212) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes verneint und wegen der eingeschränkten Beweglichkeit der Wirbelsäule infolge Spondylodese weiterhin auf das im Rahmen des MEDAS-Gutachtens vom 3. Dezember 2012 erstellte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.2 hiervor) verwiesen hatte, hielt er an dieser Einschätzung – nach Besprechung mit dem RAD-Orthopäden – im Bericht vom 22. Mai 2019 (AB 239) fest. Es liege keine radikuläre Symptomatik vor und es finde sich trotz der geklagten Beschwerden nur eine geringe Behandlungsaktivität (fachärztliche Unterstützung werde nur sporadisch in Anspruch genommen); für die indizierte multimodale stationäre Behandlung habe aktenkundig keine Motivation bestanden und selbstständige Therapiemassnahmen (Physiotherapie, Bewegungstherapie) seien ebenfalls nicht aktenkundig. Die Befundberichte widerlegten nicht, dass der Beschwerdeführer in einer ideal angepassten Tätigkeit mit seinem attestierten Pensum von 50 % arbeitsfähig wäre.

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 anzuge-

ben, 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).

3.4.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.2 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 2018 IV Nr. 13 S. 41 E. 4.2.2).

3.4.3 Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so

sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.4.4 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).

3.4.5 Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.5 Die RAD-Aktenbeurteilungen des Arbeitsmediziners Dr. med. N._____ vom 11. September 2018 und 22. Mai 2019 (AB 212, 239; vgl. E. 3.3.12 hiervor) erfüllen die beweisrechtlichen Anforderungen und erbringen vollen Beweis (vgl. E. 3.4.1 und 3.4.3 hiervor). Dieser hatte Kenntnis der vollständigen medizinischen Vorakten und nahm auch Rücksprache mit einem RAD-Orthopäden (AB 239/7 i.f.). Dass er keine klinische Untersuchung durchführte, schmälert den Beweiswert seiner Berichte nicht (vgl. E. 3.4.5 hiervor). Die Berichte der behandelnden Ärzte sind nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an den überzeugenden RAD-Schlussfolgerungen zu begründen:

3.5.1 Hinsichtlich der im Vordergrund stehenden Beschwerden am Bewegungsapparat persistierten nach den operativen Eingriffen zwar immobilisierende Beschwerden, die bildgebenden Verlaufsuntersuchungen (MRI vom 26. Februar 2013 und Rx vom 7. Februar 2013 [AB 181/6], Myelographie mit CT vom 2. März 2014 [AB 183/6 f.], Rx vom 23. Oktober 2018 [AB 219/3], CT vom 7. November 2018 [AB 222/2], Myelographie mit CT vom 25. Februar 2019 [AB 230/5] sowie Rx vom 27. März 2019 [AB 231/2]) ergaben indes im Vergleich zur Begutachtungssituation 2012 (vgl. E. 3.2 hiervor) keine wesentlichen neuen Befunde. Vielmehr zeigen sich weitgehend stabile Befunde (AB 181/6) sowie ein typischer postoperativer Aspekt bzw. typischer Status (AB 183/7), wobei schon 2012 degenerative Veränderungen festgestellt wurden (AB 156.1/73). Wohl war die Segmentdegeneration progredient und akzentuierte sich auch die Stenose (AB 181/6, 183/7, 199/1, 210/2 Ziff. 2, 219/3, 222/2, 230/5), eine Neurokompression konnte aber ausgeschlossen werden (AB 183/7, 183/4). Zudem wies der RAD-Arzt Dr. med. J._____ nachvollziehbar darauf hin, dass eine Spinalkanalstenose (vgl. AB 183/7, 183/4, 184) nicht als Schmerzursache in Frage komme (AB 188), da der vom Neurologen Dr. med. H._____ durchgeführte Sakralblock (peridurale Infiltration) zu keiner eindeutigen Verbesserung der Schmerzsymptomatik geführt habe (AB 183/3). Eine ossäre Spinalkanalstenose oder foraminale Stenose konnte gemäss CT vom 7. November 2018 ausgeschlossen werden (AB 222/2). Im Zusammenhang mit der lumbalen Stenose stellte Prof. Dr. med. L._____ basierend auf der Bildgebung vom 25. Februar 2019 fest, dass im Bereich L1/2 und L2/3 keine schweren Einengungen vorhanden seien (AB 230/5).

Gemäss Dr. med. M._____ ist die dorsale Stenosierung ebendort sowie auf Stufe Th12/L1 leicht- bis mittelgradig ausgeprägt und nicht kritisch, weshalb sie denn auch von einem operativen Vorgehen abriet (AB 231/2). Auf die seitens des Hausarztes wegen der Spinalkanalstenosierung lumbal (AB 184) bzw. altersbedingten Degenerationen (AB 210) postulierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes (mit voller Arbeitsunfähigkeit) kann somit nicht abgestellt werden. Das zudem von den Dres. med. G._____ und H._____ diagnostizierte Failed Back Surgery Syndrome (FBSS; AB 183/4 ff.) beschreibt lediglich die nach der Rückenoperation anhaltende Schmerzsituation (vgl. BÖRM/MEYER/BULLMANN/KNOP [Hrsg.], Wirbelsäule interdisziplinär, 2017, S. 122 f. Ziff. 5.11), womit auch daraus keine Gesundheitsveränderung und damit auch kein Revisionsgrund hergeleitet werden kann (vgl. E. 2.4.1 hiervor). Wenngleich im Verlauf gewisse neue muskuloskelettale Befunde – wie ISG-Arthrosen (AB 219/3) sowie eine Ankylose im Bereich der BWS (AB 231/1) – erhoben wurden, ist die damit allenfalls verbundene Beschwerdesymptomatik bzw. funktionelle Einschränkung mit dem im MEDAS-Gutachten formulierten Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.2 hiervor) durchaus vereinbar. Allein der Umstand, dass die Belegärztin Dr. med. M._____ im Bericht des Spitals K._____ vom 30. April 2019 (AB 237) auf Drängen des Hausarztes eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit – unter Mitberücksichtigung invaliditätsfremder Faktoren wie des Alters, des sprachlichen Niveaus und der Bildung – attestierte, genügt zur Annahme einer Gesundheitsverschlechterung nicht. Sie bezog sich nicht auf das revisionsrechtliche Beweisthema (vgl. E. 3.4.2 hiervor) und legte auch nicht differenziert dar, wie die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit bei wechselbelastenden Verrichtungen zu beurteilen ist, sondern erachtete bloss (rein) sitzende und stehende Tätigkeiten für unzumutbar. Nicht nachvollziehbar ist denn auch, warum der Beschwerdeführer trotz angeblich voller Arbeitsunfähigkeit und damit verbundenem Leidensdruck nur sporadisch fachärztliche Unterstützung in Anspruch nimmt, für eine indizierte multimodale stationäre Behandlung nicht zu motivieren war, Unterstützung oder Hilfe nicht wirklich zulässt und die Bewegungstherapie offensichtlich nicht regelmässig durchführt (AB 200/1 f.).

3.5.2 Auch eine psychische Gesundheitsverschlechterung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ist nicht ausgewiesen. Die aus rein allgemein-

internistischer Perspektive von Dr. med. F. _____ angenommene affektive Störung (AB 184/3) wurde diagnostisch nicht nachvollziehbar bzw. lege artis hergeleitet und wäre als reaktives Geschehen von vornherein grundsätzlich nicht invalidisierend (vgl. dazu etwa BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416). Der den Beschwerdeführer damals noch behandelnde Psychiater Dr. med. I. _____ berichtete am 1. Juli 2014 zwar ebenfalls über eine Gesundheitsverschlechterung (AB 185), die diagnostizierten rezidivierenden mittel- bis phasenweise schwergradigen depressiven Episoden vermerkte er indes bereits im Bericht vom 29. Februar 2008 (AB 75) und solche konnten schon im MEDAS-Gutachten nachvollziehbar ausgeschlossen werden (AB 156.3/10 ff.). Auch der zwischenzeitlich erfolgte Behandlungsabbruch (AB 207/6) impliziert eine minder gravierende psychische Erkrankung, andernfalls ein Behandlungsabbruch (bei geltend gemachtem aggressivem selbst- und fremdgefährdendem Verhalten; AB 185/2 Ziff. 4) schlichtweg nicht verantwortbar gewesen wäre. Zudem soll die attestierte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bereits durchgehend seit September 2010 – mithin vor dem Referenzzeitpunkt – bestanden haben (AB 185/2 Ziff. 5). Psychopathologische Befunde nannte Dr. med. I. _____ keine und setzte sich damit auch nicht mit dem revisionsrechtlichen Beweisthema auseinander (vgl. E. 3.4.2 hiervor). Auch die psychosomatische Untersuchung vom 4. Februar 2015 im Spital E. _____ ergab keine relevanten neuen Erkenntnisse (AB 200). Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert und die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit enormen Katastrophisierungstendenzen, was sich in etwa mit der im MEDAS-Gutachten festgestellten dysfunktionalen Krankheitsverarbeitung (AB 156.3/11 unten) deckt, soll bereits nach dem Unfall im Jahr 2002 begonnen haben, womit diese diagnostische Einschätzung in Bezug zum MEDAS-Gutachten (vgl. E. 3.2 hiervor) unter revisionsrechtlichem Blickwinkel höchstens eine unerhebliche unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts darstellt (vgl. E. 2.4.1 hiervor).

3.5.3 Ophthalmologisch besteht keine Gesundheitsbeeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.3.8 hiervor). Das metabolische Syndrom, der Bluthochdruck und der Diabetes sind bereits im MEDAS-Gutachten (vgl. E. 3.2 hiervor) berücksichtigt worden, wobei diesen

Faktoren keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen worden ist (AB 156.1/61 Ziff. 4.2).

3.6 Gestützt auf die beweiskräftige Beurteilung des Dr. med. N._____ ist ein Revisionsgrund nicht ausgewiesen, womit sich die Frage des leidensbedingten Abzugs vom Tabellenlohn für das Invalideneinkommen (Beschwerde, S. 6) nicht stellt. Da vorliegend auch das Valideneinkommen aufgrund statistischer Werte ermittelt worden ist (vgl. AB 174/10 unten), wäre ein solcher Abzug ohnehin nicht vorzunehmen gewesen, da die behinderungsbedingten Einschränkungen schon in der Restarbeitsfähigkeit berücksichtigt sind, während invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) bei beiden, aufgrund statistischer Zahlen bestimmten Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Der Beschwerdeführer hat nach dem Gesagten weiterhin Anspruch auf eine halbe IV-Rente. Die Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

4.

4.1 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.

4.2 Der Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____, C. _____, 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.