

200 20 10 IV
SCP/BRM/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. April 2020

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. November 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1965 geborenen A._____, von ... her kommend seit Mai 1986 in der Schweiz wohnhaft, meldete sich am 3. August 2000 bei der IV-Stelle Bern (IVB) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 1). Die IVB holte die üblichen medizinischen und erwerblichen Unterlagen ein, ordnete ein bidisziplinäres (neurochirurgisch/psychiatrisches) Gutachten an (act. II 15, 16) und liess einen Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende erstellen (act. II 21). Daraufhin stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 13. Mai 2002 bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 43% die Ausrichtung einer Viertelsrente der Invalidenversicherung, allenfalls einer halben IV-Rente im Härtefall, ab 1. Januar 2001 in Aussicht (act. II 22) und verfügte am 6. August 2002 die Ausrichtung einer halben Härtefallrente samt Zusatzrenten (act. II 26). Infolge Wegfalls der Härtefallrenten im Rahmen der 4. IV-Revision gewährte die IVB dem Versicherten mit Verfügung vom 8. Januar 2004 ab 1. Januar 2004 eine Viertelsrente samt Zusatzrenten (vgl. act. II 123 S. 2). Mit Verfügung vom 2. April 2004 wurde ihm Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche gewährt (act. II 41), wobei eine berufliche Eingliederung derzeit nicht möglich war, da der Versicherte seine Erwerbsselbständigkeit nicht aufgeben wollte; konkrete berufliche Massnahmen könnten erst im Zusammenhang mit einer bevorstehenden Festanstellung geprüft werden (vgl. act. II 47, 48).

Die laufende Viertelsrente wurde mit den Verfügungen vom 6. Juni 2005 (act. II 65), vom 2. Oktober 2007 (act. II 108) sowie vom 9. September 2011 (act. II 146) revisionsweise betätigt.

B.

Aufgrund eines im Juni 2013 geltend gemachten verschlechterten Gesundheitszustandes (act. II 148) unterzog die IVB die laufende Rente einer Revision und holte entsprechende Unterlagen ein. Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. C._____, Fachärztin für

Allgemeine Medizin (act. II 184), liess die IVB den Versicherten unter Beteiligung der Fachdisziplinen Allgemein Innere Medizin, Kardiologie, Psychiatrie sowie Orthopädie polydisziplinär begutachten (act. II 185). Die hiermit beauftragte D. _____ AG, Polydisziplinäre Begutachtungsstelle, MEDAS, stellte die Teilgutachten samt der Konsensbeurteilung im Juni 2015 der IVB zu (act. 189.1-189.5). Aufgrund eines im Juli 2015 erlittenen Arbeitsunfalls (vgl. act. II 190) wurden weitere Arztberichte (act. II 201 f., 212, 213) eingeholt und dem RAD zur Stellungnahme vorgelegt, wobei Dr. med. C. _____ das gutachterliche Zumutbarkeitsprofil auch im Lichte der nachmaligen Arztberichte bestätigte (act. II 228). Der Unfallversicherer hatte den Versicherten orthopädisch begutachten lassen (Gutachten vom 4. November 2016; act. II 258 S. 8-25). Ein Bericht des behandelnden Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ging am 31. März 2017 bei der IVB ein (act. II 251). Am 5. Juli 2017 bescheinigte die Hausärztin des Versicherten, Dr. med. F. _____ Portmann, einen stationären Gesundheitszustand mit einer Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 40% (act. II 283), während Dr. med. G. _____, Facharzt für Anästhesiologie, am 17. Juli 2017 einen verschlechterten Gesundheitszustand mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100% von Dezember 2015 bis 30. November 2016 sowie von 70% vom 6. Juli bis zum 8. August 2017 in der bisherigen Tätigkeit attestierte; eine leichte Tätigkeiten mit der Möglichkeit zum regelmässigen Wechsel der Position sei zumutbar, wobei Details in einer Arbeitsabklärung evaluiert werden sollten (act. II 284).

Der mit den Berichten konfrontierte RAD, Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, bot den Versicherten zu einer psychiatrischen Untersuchung im RAD auf, da das aktuelle psychische Befinden aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht eingeschätzt werden könne (act. II 290). Am 1. November 2017 berichtete Dr. med. H. _____ über die Ergebnisse der Untersuchung vom 18. Oktober 2017 (act. II 295). Am 10. November 2017 nahm Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zur somatischen Situation Stellung (act. II 299).

Im Januar 2018 hatte sich der Versicherte einer Knieoperation rechts unterzogen (act. II 306). Im Rahmen der weiteren Beurteilung durch den RAD wurde das im Gutachten aus dem Jahre 2015 definierte Zumutbarkeitsprofil

bestätigt (vgl. die Berichte von Dr. med. I. _____ vom 28. März 2018 [act. II 318] sowie von Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädie, aufgrund einer persönlichen Untersuchung [act. II 319]). Eine Ergänzungsfrage zu seiner Beurteilung vom 1. November 2017 im Vergleich zum Gutachten 2015 beantwortete Dr. med. H. _____ am 30. April 2018 (act. II 324 S. 4).

Sodann liess die IVB einen Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 4. Juli 2018 erstellen (act. II 332).

Mit Vorbescheid vom 16. August 2018 stellte die IVB dem Versicherten die Aufhebung der laufenden Rente in Aussicht (act. II 338); nachdem dieser eine Fristverlängerung beantragt und weitere medizinische Berichte eingereicht sowie Einwand erhoben hatte, zu denen der RAD (act. II 397, 399, 400) Stellung genommen und aufgrund welcher der Abklärungsdienst seinen Abklärungsbericht aktualisiert hatte (act. II 407), annullierte und ersetzte die IVB diesen Vorbescheid durch denjenigen vom 9. September 2019, mit welchem wiederum die Aufhebung der Rente angekündigt wurde (act. II 409).

Zu dem hiergegen vom Versicherten, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 31. Oktober 2019 erhobenen Einwand liess die IVB den Bereich Abklärungen Stellung nehmen (act. II 415) und verfügte am 18. November 2019 entsprechend dem Vorbescheid; zu den erhobenen Einwänden äusserte sie sich in der Verfügung (act. II 416).

C.

Mit Eingabe vom 6. Januar 2020 erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 18. Oktober 2019 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei weiterhin eine Viertelsrente zu entrichten; eventualiter seien die Akten an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung wird geltend gemacht, dass es sich bei der dem Entscheid zu Grunde gelegten medizinischen Einschätzung bloss um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts handle und es damit an einem Revisionsgrund fehle;

auch seien die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung nicht erfüllt. Jedenfalls sei entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin keine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten, vielmehr seien in somatischer Hinsicht gewisse zusätzliche Beschwerden objektivierbar. Die laufende Rente dürfte höchstens nach den Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision aufgehoben werden, was aber voraussetzen würde, dass zunächst das entsprechende Verfahren durchgeführt würde. Sollte das Vorliegen eines Revisionsgrundes wider erwarten angenommen werden, wären weitere medizinische Abklärungen notwendig; angesichts der komplexen medizinischen Situation hätte die IVB die Frage, ob ein im Wesentlichen unveränderter Gesundheitszustand vorliegt, und ob die RAD-ärztlich festgestellte angebliche Verbesserung (in psychiatrischer Hinsicht) bzw. Verschlechterung (in somatischer Hinsicht) mittels einer Verlaufsbeurteilung verifizieren müssen.

Geltend gemacht wird ferner, dass auch die definitive Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit im Jahre 2017 keinen Revisionsgrund darstelle, da bereits bei der Verfügung vom 15. August 2002 (recte: 6. August 2002) für die Bemessung des Invalideneinkommens auf eine Hilfsarbeitertätigkeit abgestellt worden sei. Beim Valideneinkommen ändere sowieso nichts, da die selbständige Erwerbstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen habe aufgegeben werden müssen. Der Einkommensvergleich vermöge auch sonst nicht zu überzeugen: Nicht nachvollziehbar sei, weshalb von einem tieferen Valideneinkommen als im Jahre 2011 ausgegangen werde, und warum die IVB angesichts der schwierigen gesundheitlichen Situation, des fortgeschrittenen Alters, der schlechten Deutschkenntnisse, des Ausländerstatus' des Beschwerdeführers sowie der Tatsache, dass er über keine Ausbildung verfüge und nur Teilzeit arbeiten könne, beim Invalideneinkommen nicht der maximale Behindertenabzug berücksichtigt werde. Anders als vom Abklärungsdienst angenommen, wären schliesslich auch die Voraussetzungen für eine Einkommensparallelisierung erfüllt.

Sodann wird um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege nachgesucht.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 24. Januar 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin unter Verzicht auf eine umfassende Stellungnahme die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 18. November 2019, mit welcher die IVB die laufende Viertelsrente aufgehoben hat (act. II 416).

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).

1.5 Das Prinzip der Rechtsanwendung von Amtes wegen verpflichtet das Gericht, auf den festgestellten Sachverhalt jenen Rechtssatz anzuwenden, den es als den zutreffenden ansieht, und ihm auch die Auslegung zu geben, von der es überzeugt ist (BGE 122 V 34 E. 2b S. 36; ARV 2005 S. 223 E. 2.1).

Das Gericht hat sich nicht darauf zu beschränken, den Streitgegenstand bloss im Hinblick auf die von den Parteien aufgeworfenen Rechtsfragen zu überprüfen. Es kann eine Beschwerde gutheissen oder abweisen aus anderen Gründen, als von der beschwerdeführenden Person vorgetragen oder von der Vorinstanz erwogen. Dabei ist das Gericht gehalten, die aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör abgeleiteten Verfahrensrechte der Parteien zu beachten (BGE 124 V 338 E. 1b S. 340; SVR 2001 IV Nr. 18 S.

In der Rechtsanwendung von Amtes wegen ist die Substitution der Motive inbegriffen, gestützt auf die das Gericht eine im Ergebnis richtige, aber falsch begründete Verfügung mit anderen rechtlichen Überlegungen bestätigt (BGE 122 V 34 E. 2b S. 36). Das Gericht hält dabei im Rahmen der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege fest, eine im Ergebnis richtige, aber falsch begründete Verfügung sei aus anderen rechtlichen Überlegungen haltbar. Es schützt die angefochtene Verfügung mit der zutreffenden Begründung. Dabei handelt es sich nicht um eine unzulässige Vermischung der Aufgaben der Verwaltung und des Gerichts, weil das Gericht keine Verfügung in Wiedererwägung zieht (BGE 125 V 368 E. 3b S. 370).

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 Er-

werbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.1.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

2.1.2 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

2.1.3 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).

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. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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).

2.4 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). 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). 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). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 135 V 201 E. 6.4 S. 210, 115 V 308 E. 4a bb S. 313).

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 2019 IV Nr. 68 S. 220 E. 2).

2.5 Gemäss lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket [SchlBest. IV 6/1]; in Kraft seit 1. Januar 2012) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind (Abs. 1). Davon nicht erfasst sind Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen (Abs. 4). Als relevanter Anknüpfungspunkt für den über 15-jährigen Rentenbezug gilt der Beginn des Rentenanspruchs und nicht das Datum der (rechtskräftig erlassenen) Rentenverfügung (BGE 139 V 442 E. 4.3 S. 450).

2.6 Um den IV-Grad 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).

Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher

Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195; SVR 2017 IV Nr. 75 S. 231 E. 4.1.1).

3.

3.1 Für die Prüfung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in relevanter Weise verändert hat, d.h. ob in medizinischer Hinsicht ein Revisionsgrund vorliegt, ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenverfügung vom 6. August 2002 (act. II 26) mit demjenigen zu vergleichen, wie er sich im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung präsentiert (vgl. E. 2.4 zweiter Absatz hiavor). Mit den Verfügungen vom 6. Juni 2006 (act. II 65), vom 2. Oktober 2007 (act. II 108) sowie vom 9. September 2011 (act. II 146) wurde der bisherige Rentenanspruch jeweils bloss bestätigt, sodass diesen revisionsrechtlich keine entscheidende Bedeutung zukommt.

3.2 Grundlage für die seinerzeitige Rentenzusprechung war das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Oktober 2001 (act. II 16) und L._____, Fachärztin für Neurochirurgie, vom 22. September 2001 (act. II 15) wonach aus psychiatrischer Sicht von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40% (act. II 16 S. 7) und aus neurochirurgischer Sicht

von einer solchen von 10% ausgegangen wurde; interdisziplinär attestierten die Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 50% für eine angepasste Tätigkeit. Ausschlaggebend dabei waren die damals vom behandelnden Psychiater, Dr. med. M._____, beschriebenen Ängste (act. II 8), welche der Gutachter diagnostisch im Rahmen einer Somatisierungsstörung einordnete (act. II 16 S. 5 f.), in der interdisziplinären Beurteilung dann allerdings ohne weitere Begründung als eigenständige, von der Somatisierungsstörung los-gelöste Angststörung qualifizierte (act. II 16 S. 7). Über eine chronifiziert unberechenbare Angstneurose und Panikattacken wurde auch in der Folge nicht berichtet (vgl. act. II, 59 S. 6, act. II 49, act. II 59 S. 11, act. II 61 S. 3). Dr. med. K._____ präziserte diese Beurteilung im Verlaufsgutachten vom 28. Juni 2007 dahingehend, dass es sich bei den hypochondrischen Ängsten nicht um generalisierte Panikattacken handle, sondern diese Ängste im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu interpretieren seien (act. II 102 S. 6 f.; vgl. dazu auch act. II 142 S. 4); die Situation sei insgesamt unverändert.

Auch in somatischer Hinsicht ist insoweit nicht von einer für den Rentenanspruch wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes auszugehen, als im Rahmen der ursprünglichen Rentenverfügung aufgrund der degenerativen Befunde an der HWS, BWS und LWS bzw. der daraus ableitbaren Kopf-, Nacken-, Schulter-, Arm-, Thorax- und Rückenschmerzen von einem medizinisch-theoretischen Zumutbarkeitsprofil ausgegangen wurde, welches zufolge notwendiger stündlicher Positionswechsel und unter Ausschluss von Tätigkeiten in Reklinationsstellung von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90% ausging (act. II 15 S. 13 und act. II 21 S. 1 und 6). Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten selbständigen Erwerbstätigkeit galt nach dem Zumutbarkeitsprofil gemäss interdisziplinärer Beurteilung bereits im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung als nicht mehr verwertbar (act. II 21 S. 5 f.). Das im Rahmen der späteren orthopädischen Beurteilungen (act. II 189.4 S. 18 ff. und act. II 319 S. 17) umschriebene Leistungsprofil weicht davon nur unwesentlich ab, womit wohl ein Revisionsgrund nicht erstellt sein dürfte, zumal die während des Revisionsverfahrens erfolgten Operationen – wie der Beschwerdeführer in

seiner Beschwerde (Art. 2, S. 7 Ziff. 10 ff.) ausdrücklich anerkennt – bei objektiver Betrachtung offenbar nicht zu einer jeweils mehr als drei Monate dauernden Arbeitsunfähigkeit geführt haben.

Anlässlich der im Zusammenhang mit der im Jahre 2013 eingeleiteten Rentenrevision veranlassten Verlaufsbeurteilung vom 2. Juni 2015 beschrieb der psychiatrische Gutachter Dr. med. N._____ den Beschwerdeführer als ratlos, deprimiert, hoffnungslos, ängstlich, innerlich unruhig, affektstarr sowie an Insuffizienzgefühlen leidend und grübelnd (act. II 189.5 S. 13). Die psychopathologischen Befunde würdigte er dahingehend, dass sich nach dem im Jahre 1997 erlittenen Verkehrsunfall eine rezidivierende depressive Störung (im Zeitpunkt der Beurteilung leichter bis mittelgradiger Ausprägung) sowie eine somatoforme Störung mit rezidivierenden Panikattacken, hypochondrischen Befürchtungen, Phobien und kognitiven Defiziten entwickelt habe. Diese Symptomatik werde durch iv-fremde Faktoren wie Ausbleiben von Versicherungsleistungen, beruflichen Misserfolgen und einer finanziell prekären Situation unterhalten (act. II 189.5 S. 14). Aufgrund der Verlaufsuntersuchung vom 17. Oktober 2017 ging der Psychiater des RAD, Dr. med. H._____, im Vergleich zur Beurteilung durch Dr. med. N._____ nicht von einer wesentlichen Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes aus (act. II 295 S. 9), was ebenfalls gegen das Vorliegen eines Revisionsgrundes spricht.

Mit Bezug auf die hypochondrischen Ängste, aufgrund derer Dr. med. K._____ den Beschwerdeführer auf der psychisch-geistigen Ebene für behindert bzw. um 40% in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt hielt (act. II 16 S. 6 f.), ist mit Blick auf die stetig wechselnde Beschwerdesymptomatik und deren Ausprägung im Verlauf gestützt auf die medizinischen Akten (vgl. dazu insb. die Selbsteinweisungen auf den verschiedenen Notfallstationen; act. II 181 S. 7 [Montag, 1. Juli 2013], act. II 238 S. 9 [Samstag, 3. September 2016, 03.10 Uhr!] und act. II 366 S. 1 [Samstag, 29. Dezember 2018]) von einer seit der ursprünglichen Rentenverfügung im Wesentlichen unverändert gebliebenen Symptomatik auszugehen, womit auch diesbezüglich ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG nicht ausgewiesen ist. Daran ändern die unterschiedlichen diagnostischen

Zuordnungen ebenso wenig etwas wie der Umstand, dass sich die depressiven Störungen im Verlauf verbessert haben, berichtete doch bereits Dr. med. K. _____ im Rahmen der Erstbegutachtung von einer phasenweise ausgeglichenen subdepressiven Stimmungslage (act. II 16 S. 4), welche er jedoch nicht als eigenständige, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende depressive Störung, sondern als Folge- und/oder Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung qualifizierte.

3.3 Festzuhalten ist schliesslich, dass die IVB – entgegen der Darstellung in der angefochtenen Verfügung – in der ursprünglichen Rentenverfügung aus erwerblichen Gründen davon ausging, dass die Restarbeitsfähigkeit mit der Ausübung der selbständigen Erwerbstätigkeit nicht mehr hinreichen verwertbar sei (vgl. act. II 21 S. 5 f.), was die IVB dazu veranlasste, bei der Bemessung des Invalideneinkommens auf die Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik abzustellen. Darauf ist sie nach wie vor zu behaften, sodass die Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit – wie auf S. 10 der Beschwerde zutreffend ausgeführt – keinen erwerblichen Revisionsgrund zu begründen vermag.

3.4 Ob vorliegend letztlich ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG gegeben ist oder nicht, muss indessen angesichts der nachfolgenden Erwägungen nicht abschliessend beurteilt werden.

4.

4.1 Die von der Beschwerdegegnerin angeordnete Rentenaufhebung ist vom Gericht unter Berücksichtigung aller möglichen rechtlichen Grundlagen (*iura novit curia*) zu beurteilen. Zu prüfen bleibt, ob die angefochtene Verfügung mit der substituierten Begründung der Rentenrevision nach lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; in Kraft seit 1. Januar 2012) zu schützen ist (vgl. E. 1.5 hiervor).

In Art. 2, S. 8 Ziff. 12 ff. seiner Beschwerde räumt der Beschwerdeführer ausdrücklich ein, dass der bisherige Rentenanspruch gestützt auf die Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision einer voraussetzungslosen freien

Prüfung unterzogen werden kann. Bei Einleitung der Revision im Juni 2013 (vgl. act. II 149) waren denn auch die Voraussetzungen gemäss Bst. a Abs. 1 der genannten Schlussbestimmungen (vgl. E. 2.5 hiervor) ohne weiteres erfüllt.

Da eine solche voraussetzungslose Prüfung des bisherigen Rentenanspruchs bereits im Vorbescheidverfahren und vom Beschwerdeführer zudem auch beschwerdewiese thematisiert worden ist, kann das Gericht ohne weitere Anhörung der Parteien auf den besonderen Revisionsgrund nach den Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision abstellen (BGE 131 V 9 E. 5.4.1 S. 26; SVR 2009 AHV Nr. 8 S. 27 E. 3.2).

4.2 In diesem Zusammenhang ist vorab der Frage nachzugehen, ob der medizinische Sachverhalt mit Bezug auf den Verfügungszeitpunkt umfassend abgeklärt ist, was der Beschwerdeführer bestreitet (vgl. Beschwerde Art. 2 S. 8 Ziff.13 f.). Dabei gilt es zu klären, ob und gegebenenfalls in welcher Hinsicht sich der medizinische Sachverhalt seit der MEDAS-Begutachtung im Juni 2015 dauerhaft verändert hat.

4.2.1 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom Juni 2015 wurden als fachübergreifende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Schultergelenksmyopathie mit beidseitiger endgradiger Bewegungseinschränkung bei am ehesten subakromialer Enge und Tendopathie an der Supraspinatussehne sowie eine rezidivierende depressive Störung, derzeit leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1/0) festgehalten; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden chronische zervikobrachiale und myofasziale Schmerzen (Schulter-Nackenregion und Kopfschmerzen), chronisch lumbal betonte Rückenschmerzen ohne radikuläre Ausfälle, ein Verlust der Grosszehe im Grundglied, eine AV-Knotenreentry-Tachykardie (Katheter-Ablation des Slow Pathway am 16. Oktober 2013) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.40). Aus allgemeinmedizinischer, somatisch orientierter und kardiologischer Sicht ergebe sich keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit, aus orthopädischer Sicht gemäss den Akten und aufgrund der aktuellen degenerativen Befunde im Schulterbereich eine solche in der Arbeitsfähigkeit als In psychiatrischer Hinsicht sei auch bei der Begutachtung diagnostisch eine somatoforme Störung im Vordergrund gestanden; es habe sich ein sekun-

därer Krankheitsgewinn entwickelt. Der Versicherte verfüge, wie seine aktuellen Aktivitäten zeigten, über genügend innerpsychische Ressourcen, seine Schmerzen zu überwinden. Die therapeutischen Optionen seien nicht ausgeschöpft – dafür bestehe ein Ärztetourismus; ein gravierender sozialer Rückzug liege nicht vor, die Förster-Kriterien seien nicht erfüllt. Im Mai 2014 sei die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1), DD rezidivierende depressive Störung, gestellt worden, in den Akten gebe es jedoch keine Hinweise für eine durchgemachte mittelschwere oder schwere depressive Episode. Mit unregelmässig antidepressiver Behandlung habe sich der Zustand gebessert. Somit sei die Diagnose ICD-10: F33 überwiegend wahrscheinlich, aber ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Das Scheitern als selbständiger ... infolge persönlicher Überforderung sei Auslöser einer langjährigen psychoreaktiven Fehlverarbeitung in Form einer Somatisierung gewesen. Aufgrund psychoreaktiv wiederkehrender kognitiver Einschränkungen sei er zur Buchführung und anderen erforderlichen Formalien einer selbständigen Berufstätigkeit nicht in der Lage. Darin und in komplexeren Tätigkeiten sei er nicht arbeitsfähig. Dagegen sei er flexibel und umstellungsfähig und insofern seien ihm verschiedene einfache Tätigkeiten mit zusätzlichen „medizinischen Pausen“ möglich. Als selbständiger ... sei er ab Mai 2014 100% arbeitsunfähig, zuvor sei im Konsens seit 2006 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe ab Mai 2014 psychiatrischerseits aufgrund kognitiver Einschränkungen und solcher im Sozialverhalten sowie reduzierter psychischer Belastbarkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80% in einem vollen Pensum (infolge der Notwendigkeit von kurzen Arbeitsunterbrüchen). Dabei sei auf das orthopädisch positive und negative Leistungsprofil zu achten; auch aus der Sicht dieses Fachgebietes stehe eine chronifizierte Schmerzsymptomatik und weniger eine primäre Funktionsminderung im Vordergrund. Unter konsequenter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sei eine Besserung der psychiatrischen Symptomatik und der Leistungsfähigkeit zu erwarten (act. II 189.1 S. 62 ff.).

4.2.2 Im Rahmen einer nach einem Unfall im Juli 2015 (Sturz von einem Gerüst) durchgeführten MRI-Untersuchung wurden hinsichtlich der vorgeschädigten linken Schulter (der Beschwerdeführer klagt seit vielen Jahren über Schulterbeschwerden [vgl. act. II 189.1 48]) ein Status nach AC-

Resektion (2013) festgestellt und ein nur geringes subacromiales Impingement durch Ansatzverdickung des Ligamentum für möglich gehalten; eine Gelenksfehlstellung und ossäre Destruktionen wurden verneint (act. II 193 S. 3, act. II 258 S. 80). Der Vertrauensarzt des Unfallversicherers (Generali), Dr. med. O. _____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt am 16. März 2016 fest, der Status quo sine hinsichtlich der – bekannt degenerativ vorgeschädigten – linken Schulter sei spätestens seit dem 9. September 2015 wieder erreicht gewesen (act. II 258 S. 63 f. und S. 3). Anlässlich einer vom Unfallversicherer bei der MEDAS R. _____ (MEDAS) in Auftrag gegebenen orthopädischen Begutachtung wurden die aktenkundigen linksseitigen Schulterbeschwerden nicht mehr geklagt (Gutachten vom 4. November 2016; act. II 258 S. 21). Nach einem neuerlichen Sturz auf die linke Seite auch mit Distorsion des Schultergelenks rechts im Herbst 2017 wurden bildgebend regelrechte Verhältnisse ohne Fraktur oder ossärem Ausriss und ohne freie Gelenkkörper mit regelrechter Stellung des AC-Gelenkes sowie keine subakromialen Verkalkungen festgestellt (act. II 297 S. 3 ff., act. II 302 S. 2, act. II 308 S. 16 f.).

4.2.3 In Bezug auf die bekannten HWS-Beschwerden (Zervikalsyndrom und Kopfschmerzen) zeigte ein MRI der HWS vom Dezember 2016 eine beginnende Osteochondrose HWK 5/6, weniger in den Anschlusssegmenten mit Unkarthrose, Spondylose und Retrospondylose sowie diskreter unkarthrotischer foraminaler Stenose C 5/6 beidseits, ohne anderweitige Neurokompression, ohne relevante Spondylarthrose und ohne Myelopathie (act. II 283 S. 7). Im Rahmen einer konsiliarischen Untersuchung im Neurozentrum der Klinik V. _____ vom Januar 2017 wurden die geklagten Kopfschmerzen am ehesten als Spannungskopfschmerzen bei psychosozialer Überlastungssituation qualifiziert, wobei eine Komponente von Medikamentenüberkonsum und eine Neuralgie des Nervus occipitalis major bds. nicht vollständig ausgeschlossen werden konnte. Es wurde die Einführung einer schmerzmodulierenden Medikation zusätzlich zur aktuellen antidepressiven Medikation empfohlen (act. II 251 S. 7 ff.). Anlässlich einer Abklärung im Spital P. _____ am 15. Juli 2019 konnte eine radikuläre Symptomatik ausgeschlossen werden (act. II 406 S. 4).

4.2.4 Die nach einem Treppensturz im Juli 2017 bei einer ambulanten Konsultation im Spital P. _____ am 10. Dezember 2018 diagnostizierten chronischen thorako-dorsalen Schmerzen rechts liessen im MRI vom 19. September 2018 kein strukturelles Korrelat für die Beschwerden erkennen (act. II 362, act. II 385 S. 12). Das genannte MRI zeigte weder Diskopathien noch Frakturen (act. II 393 S. 2). Auch in diesem Zusammenhang ist auf die Beurteilung des Spitals P. _____ im Bericht vom 15. Juli 2019 hinzuweisen, wonach die geklagten Beschwerden nicht einer klaren radikulären Problematik zugeordnet werden konnten (act. II 406 S. 4).

4.2.5 Bezüglich der geklagten Rückenschmerzen wurde im Bericht der Neuropraxis Q. _____ eine exazerbierte belastungsabhängige Lumboischialgie links bei Status nach Anpralltrauma im Juli 2015 bei langstreckiger LWS-Degeneration mit Osteochondrosen L2/3, L3/4 und L4/5 festgestellt, mit teils entzündlicher Komponente jedoch ohne relevante Neurokompression (act. II 258 S. 73 f.). Die klinische Untersuchung im Rahmen der Begutachtung in der MEDAS wies keine radikuläre Defizitsymptomatik auf und zeigte ein allenfalls leichtgradiges Vertebralesyndrom mit paravertebraler Tonunserhöhung und eingeschränkter Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule; die spontane Mobilität war nicht beeinträchtigt (act. II 258 S. 20). Neuronale Kompressionen wurden auch bei einer Untersuchung durch das Spital P. _____ ausgeschlossen; es bestehe kein auffälliger Befund in der Bildgebung und die Beschwerden seien eher diffus und liessen sich nicht eindeutig auf eine spinale Pathologie projizieren (act. II 357 S. 8). Das MRI der LWS vom 10. Dezember 2018 ergab eine mediolateral betonte diffuse Diskusprotrusion LWK 4/5 mit foraminale Enge beideseits, rechts mehr als links mit möglicher Wurzelaffektion sowie eine mässiggradige tieflumbale Facettengelenksarthrose mit Gelenkerguss und möglichen Romanus Läsionen LWK 3-5. Die wegen fraglich positiver ISG-Testung veranlasste MRI-Untersuchung vom Juni 2019 ergab keine ISG-Arthritis (act. II 406 S. 2).

4.2.6 Aufgrund chronischer Knieschmerzen wurden – bei einem Status nach Menishektomie rechts wahrscheinlich 1988 – anlässlich einer Untersuchung im Spital S. _____ im Juni 2016 degenerative Veränderungen des medialen und lateralen Meniskus festgestellt (act. II 227 S. 2 f.). Die Knieschmerzen führte der Versicherte auf den Sturz vom Gerüst im Juli

2015 (vgl. E. 4.2.2 hiavor) zurück; er habe diesbezüglich mehrfach konservative Therapieversuche (ambulante Physiotherapie) sabotiert und eine für den 20. September 2016 vorgesehene Arthroskopie wurde deshalb vom Operateur, Dr. med. T. _____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, kurzfristig abgesagt (act. II 238 S. 4). Radiologisch hatten sich keinerlei degenerative Veränderungen feststellen lassen, im MRI vom 17. Juni 2016 habe sich aber die Darstellung einer klaren Meniskusläsion mit Fragmentierung im Hinterhornbereich gezeigt (act. II 238 S. 7). Am 23. September 2016 berichtete Dr. med. T. _____ über spontan rückläufige Schmerzen im rechten Kniegelenk (act. II 238 S. 2). Im Gutachten der R. _____ vom 4. November 2016 wurden aufgrund des dortigen klinischen Befundes eine minime Einschränkung der endgradigen Beugung sowie ein Druckschmerz im Bereich des medialen Gelenkspalts, jedoch keine Meniskuszeichen beschrieben. Die mit dem vermeintlichen Ereignis vom 3. Juli 2015 assoziierte Verletzung im Bereich des Kniegelenks sei nicht belegt worden und sei somit nicht wahrscheinlich (act. II 258 S. 21).

Nach einem Treppensturz am 3. Juli 2017 wurde im Spital S. _____ eine Kniekontusion links mit unauffälligem radiologischem Befund festgestellt (act. II 284 S. 4 f., vgl. auch act. II 311 S. 9). Im November 2017 wurde der Patient erneut wegen unklarer Knieschmerzen rechts untersucht (act. II 308 S. 10) und bei der Diagnose „Komplexe mediale Meniskusläsion rechts, Knorpelschaden Grad IV anteromedialer Kondylus rechts und Knorpelschaden Grad III retropatellär rechts“ am 12. Januar 2018 eine Kniearthroskopie (Teilmeniskektomie medial rechts, Flakedebridement medialer Kondylus und retropatellär rechts) durchgeführt (act. II 306 S. 3). Wegen erneut aufgetretenen und persistierenden Schmerzen im rechten Knie (act. II 385 S. 14-18) wurde am 31. Januar 2019 nochmals eine Kniearthroskopie vorgenommen (act. II 380 S. 2).

4.2.7 Der RAD-Arzt Dr. med. H. _____ hielt nach einer persönlichen Untersuchung des Versicherten am 18. Oktober 2017 in seinem Bericht vom 1. November 2017 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht (ICD-10: F33.0) sowie eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Im Krankheitsverlauf

könne seit der Begutachtung im Juni 2015 keine wesentliche Veränderung hinsichtlich der depressiven Symptomatik festgestellt werden. Auch im Zusammenhang mit der bereits bekannten anhaltenden Schmerzstörung (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) seien bei der aktuellen Untersuchung keine relevanten Veränderungen aufgefallen. Aus psychiatrischer Sicht liege aktuell keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychische Gesundheitsstörung vor; die fachärztliche Einschätzung des MEDAS-Gutachters aus dem Jahre 2015 treffe nach wie vor zu (act. II 295 S. 9).

Auf entsprechende Rückfrage konkretisierte Dr. med. H._____ seine Beurteilung vom 1. November 2017 insofern, als die anlässlich der MEDAS-Begutachtung leichte bis mittelgradig depressive Symptomatik zum Zeitpunkt der Untersuchung beim RAD am 18. Oktober 2017 nicht mehr vorlag, sondern nur noch eine leichte depressive Symptomatik und damit nicht mehr von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% auszugehen sei (Bericht vom 30. April 2018; act. II 324 S. 4).

Diese Einschätzung bestätigte Dr. med. H._____ nochmals in seiner Stellungnahme vom 10. Mai 2019 im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (act. II 397 S. 4 f.).

4.2.8 Aufgrund einer persönlichen Untersuchung vom 28. März 2018 hielt der RAD-Orthopäde Dr. med. J._____ in seinem gleichentags verfassten Bericht fest, von einer dauerhaften, leistungseinschränkende Verschlechterung des Gesundheitszustandes bezüglich Schultern und Wirbelsäule im Vergleich zum Gutachten vom Juni 2015 könne keine Rede sein; das rechte Kniegelenk sei gemäss operativem Befund und RAD-ärztlicher klinischer Untersuchung nach der arthroskopischen Gelenkstoilette im Verlauf erfreulich. Bereits anlässlich des Gutachtens in der MEDAS seien kniende und in der Hocke durchzuführende Arbeiten als nicht möglich erachtet worden. Das im MEDAS-Gutachten erstellte Zumutbarkeitsprofil sei dem derzeitigen Gesundheitszustand aus orthopädischer Sicht ohne weitere Leistungseinschränkung angemessen (act. II 319 S. 17).

4.2.9 In seiner orthopädischen Beurteilung vom 15. Mai 2019 ging der RAD-Arzt Dr. med. U._____ von einer Minderbelastbarkeit des Versicherten betreffend die Schultergelenke, die Wirbelsäule und das rechte

Knie aus. Gegenüber der RAD-Stellungnahme vom März 2018 sei die Gonarthrose rechts fortgeschritten; abhängig vom Leidensdruck werde ein endoprothetischer Gelenkersatz sinnvoll werden, was eine mehrmonatige Arbeitsunfähigkeit auch in leidensangepassten Tätigkeiten nach sich ziehen würde. Das Zumutbarkeitsprofil gemäss MEDAS-Gutachten von 2015 bedürfe insofern einer geringen Anpassung, als das Besteigen von Hockern, Leitern, Treppen und Trittstufen, das Arbeiten auf Gerüsten, Leitern, Dächern, Bühnen und Stegen sowie das Arbeiten im Freien mit der Einwirkung von Nässe, Kälte und Zugluft dem Versicherten nicht mehr zumutbar seien. Hingewiesen wurde zudem auf eine erheblich belastende psychosoziale Situation und darauf, dass der Versicherte nicht über ausreichende Strategien im Umgang mit den bestehenden Schmerzen verfüge. In medizinischer Hinsicht sei die Fortführung konservativer Behandlung, insbesondere Physiotherapie vorrangig; ein endoprothetischer Gelenkersatz wäre sinnvoll, aufgrund der Grösse des Eingriffs aber nicht zumutbar. Nach einer solchen Operation würde das rechte Bein indessen medizinisch-theoretisch minderbelastbar bleiben, sodass sich daraus auch keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ergäbe (act. II 400 S. 4 f.).

4.3

4.3.1 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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Be-

weiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität der Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten der Gutachter, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweismwürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

4.3.2 Mit Bezug auf den Untersuchungszeitpunkt (Juni 2015) erfüllt das MEDAS-Gutachten (act. II 189.1) die vorgenannten Anforderungen an eine voll beweiskräftige Expertise. Die seither eingetretenen somatischen Veränderungen werden in den beiden orthopädischen Beurteilungen des RAD vom 28. Mai 2018 und vom 15. Mai 2019 (act. II 319 und 400) vollumfänglich berücksichtigt und die Beurteilung vom 28. März 2018 (vgl. E. 4.2.8 hiavor) beruht überdies auf einer persönlichen Untersuchung durch den RAD-Orthopäden Dr. med. J._____. Übereinstimmend mit den behandelnden Ärzten haben die RAD-Ärzte mangels objektiver Befunde, namentlich betreffend die HWS (vgl. act. II 283 S. 7 und act. II 251 S. 7 f.) sowie die BWS (vgl. act. II 362 S. 1 und act. II 406 S. 4 [Ausschluss einer radikulären Symptomatik durch das Spital P._____ am 15. Juli 2019]) bzw. mangels Interventionsbedürftigkeit betreffend die Rückenbeschwerden (vgl. act. II 357 S. 8 und act. II 406 S. 4) sowie die Schultern (vgl. act. II 302 S. 2) mit nachvollziehbarer Begründung dargelegt, dass und warum – mit Ausnahme der Kniebeschwerden – im Vergleich zu den Ergebnissen der MEDAS-Begutachtung vom Juni 2015 im Wesentlichen von unverändert gebliebenen funktionellen Beeinträchtigungen auszugehen ist. Mit Bezug auf die fortgeschrittene Gonarthrose wurde das Zumutbarkeitsprofil – wie in E. 4.2.9 hiavor wiedergegeben – mit zusätzlichen Einschränkungen angepasst. Die dort genannten – zu vermeidenden – Betätigungen dürften jedoch mit Aktivitäten einhergehen, welche bereits durch das vom orthopädischen Gutachter der MEDAS umschriebene negative Leistungsprofil (vgl. act. II 189.4 S.19) unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verwertbarkeit ausgeschlossen, damals jedoch aus medizinischer Sicht bei einer angepassten Tätigkeit zum Teil noch möglich waren (act. II 189.4 S. 22). Ins-

gesamt kann damit aber in somatischer Hinsicht von einem im Wesentlichen unverändert gebliebenen funktionellen Leistungsvermögen ausgegangen und bei der Invaliditätsbemessung auf das vom Orthopäden des RAD umschriebene Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden.

4.3.3 Im MEDAS-Gutachten vom Juni 2015 wurde in psychiatrischer Hinsicht aufgrund der festgestellten leichten bis mittelgradigen depressiven Störung eine wegen erhöhten Pausenbedarfs bedingte Leistungseinschränkung von maximal 20% in einer individuell leidensangepassten selbständigen oder unselbständigen Tätigkeit bescheinigt (vgl. act. II 189.5 S. 18). Diese Einschätzung des psychiatrischen Gutachters genügt – ebenso wie die Beurteilung der Somatiker der MEDAS – den höchstrichterlichen Anforderungen an ein Gutachten. Der Beschwerdeführer hält dieser Beurteilung denn auch nichts Substantiiertes entgegen; dass es sich dabei um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen medizinischen Sachverhaltes handelt, verfängt im Kontext der vorliegenden (freien) Prüfung des Leistungsanspruchs nach lit. a der Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision von vornherein nicht.

Der RAD-Psychiater Dr. med. H. _____ stellte bei seiner Untersuchung lediglich noch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode sowie eine anhaltende Schmerzstörung fest, die er den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuordnete; deshalb ist er nicht mehr von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% ausgegangen (vgl. E. 4.2.7 hiervor). Ob diese Leistungseinschränkung – wie in der angefochtenen Verfügung entsprechend dem Abklärungsbericht Selbständigerwerbende angenommen wurde – aufgrund der vom RAD-Arzt festgestellten Verbesserung des depressiven Geschehens – welche bei konsequenter Behandlung auch bereits im MEDAS-Gutachten für möglich gehalten wurde (act. II 189.1 S. 37) – oder in Anbetracht der sich aus den medizinischen Akten ergebenden Hinweise auf das Vorliegen von Ausschlussgründen (BGE 131 V 49, BGE 127 V 294 E. 5a S. 299), namentlich Aggravation (act. II 189.4 S. 19 f.; act. II 258 S. 21) sowie Renten neurose (act. II 181) sozialversicherungsrechtlich überhaupt relevant sind, kann letztlich offen bleiben. Ebenso wenig muss dieser Frage im Rahmen einer Indikatorenprüfung (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296), insbeson-

dere im Lichte der vom Orthopäden Dr. med. T. _____ monierten Malcompliance (act. II 238 S. 4), der im MEDAS-Gutachten angesprochenen unzureichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Betreuung mit Ärztetourismus und sekundärem Krankheitsgewinn (act. II 189.1 S. 37 und 63) sowie der als willentlich überwindbar eingeschätzten Funktionsstörungen (act. II 189.5 S. 15) bzw. der erwähnten Diskrepanz zwischen den geschilderten Aktivitäten (Schneckensuche im regennassen, steilen Gelände), des demonstrierten Schmerzgebarens, des klinischen Gesamteindrucks und den Untersuchungsbefunden (act. II 189.2 S. 12 unten f. und act. II 295 S. 7; vgl. im Übrigen auch act. II 189.5 S. 14 f.) nachgegangen werden. Aufgrund der nachfolgenden Ausführungen zur Invaliditätsbemessung resultiert nämlich selbst unter Berücksichtigung einer Leistungseinschränkung von 20% aus psychiatrischen Gründen kein rentenerhaltender Invaliditätsgrad von mindestens 40% mehr.

5.

5.1 Für die Invaliditätsbemessung ergibt sich Folgendes:

5.2 Die Ermittlung des Valideneinkommens nahm die Beschwerdegegnerin anhand der Werte der Statistik des Schweizerischen Gewerbeverbandes 2013/2014 bzw. indexiert auf das massgebende Jahr, Rubrik 430, vor. Dies ist nicht zu beanstanden; in diesem Zusammenhang führt der Bereich Abklärungen in seiner Stellungnahme vom 5. November 2019 (act. II 415 S. 2) zutreffend aus, dass der im Jahre 2006 als Valideneinkommen herangezogene Wert (effektives Einkommen als ...) – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde Art. 3 Ziff. S. 10) – nicht ohne weiteres auf das vorliegend massgebende Jahr hochindexiert werden kann, da damit die wirtschaftliche Entwicklung der Branche nicht korrekt abgebildet würde. Ebenso wenig zu beanstanden ist der Umstand, dass ein hypothetisch korrekt ermitteltes Einkommen – entgegen den Vorbringen im Vorbescheidverfahren (vgl. act. II 413 S. 2 unten) und in der Beschwerde (Art. 3 Ziff. 4 S. 10 unten) – nicht Anlass zu einer Parallelisierung geben kann (act. II 415 S. 3).

5.3 Das Invalideneinkommen hat die IVB auf der Grundlage der Lohnstrukturhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik, Tabelle TA1, Totalwert 1, Männer, Kompetenzniveau 1 ermittelt, was vom Beschwerdeführer denn auch zu Recht nicht in Frage gestellt wird. Das berufliche Profil des Beschwerdeführers entspricht nach dessen persönlichen Umständen tatsächlich demjenigen eines Hilfsarbeiters. Soweit der Beschwerdeführer hinsichtlich der Bemessung des Invalideneinkommens einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn im Umfang von 25% verlangt, ist ihm entgegenzuhalten, dass die von ihm in diesem Zusammenhang geltend gemachten Gründe bereits bei der Definition des Zumutbarkeitsprofils bzw. bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden sind und deshalb nicht nochmals einfließen können. Der Beschwerdeführer war zudem gemäss eigenen Angaben während der ganzen Rentenbezugsdauer in den Arbeitsmarkt integriert, woran auch der Umstand nichts ändert, dass dies – grösstenteils – im Rahmen einer selbständigen Erwerbstätigkeit erfolgte.

5.4 Da die beiden Knieoperationen jeweils nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Monaten geführt haben und auch keine Meldepflichtverletzung vorliegt, kann der Einkommensvergleich ohne weiteres per Verfügungsdatum erfolgen.

Wird – wie in E. 4.3.3 hiavor ausgeführt – nicht nur für das Jahr 2014 (vgl. act. II 407 S. 6), sondern durchgehend eine 20%ige Leistungseinschränkung berücksichtigt, ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 1.12% ($\text{Fr. } 54'825.-- - [\text{Fr. } 67'766.-- \times 0.8] = \text{Fr. } 54'212$; $\text{Fr. } 54'825.-- - \text{Fr. } 54'212 : \text{Fr. } 54'825.-- \times 100$). Selbst wenn man von dem in der Beschwerde geltend gemachten Valideneinkommen ausginge und sogar noch einen – klar nicht gerechtfertigten – leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 15% zuliesse, ergäbe sich immer noch ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 31.43% ($\text{Fr. } 67'210.-- - [\text{Fr. } 67'766.-- \times 0.8 \times 0.85] = \text{Fr. } 46'080.88$; $\text{Fr. } 67'210.-- - \text{Fr. } 46'080.88 : \text{Fr. } 67'210.-- \times 100$).

5.5 Nach dem Gesagten sind die Voraussetzungen der Rentenaufhebung im vorliegenden Fall in tatsächlicher wie in rechtlicher Hinsicht erfüllt.

6.

6.1 Gesetzlich ist vorgesehen, dass im Fall einer Rentenaufhebung oder -herabsetzung gestützt auf lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG besteht und dass die Rente bei Durchführung von Wiedereingliederungsmassnahmen bis zu deren Abschluss bzw. während längstens zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung der Rente weiter ausgerichtet wird (lit. a Abs. 2 und 3 der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision).

Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch des Beschwerdeführers auf Wiedereingliederungsmassnahmen nach Art. 8a IVG mit Weiterausrichtung der Rente nicht geprüft, weil sie zur Begründung der Rentenaufhebung die unzutreffende Rechtsgrundlage des Art. 17 ATSG herangezogen hat. Der Beschwerdeführer kam damit zufolge der nicht zutreffenden Begründung der Rentenaufhebung seitens der Beschwerdegegnerin (noch) nicht in den Genuss der gesetzlich vorgesehenen Wiedereingliederungsmassnahmen mit gegebenenfalls Ausrichtung von Leistungen entsprechend der früheren Rente während maximal zweier Jahre ab Rentenaufhebung. Dies steht jedoch der substituierten Begründung der Rentenaufhebung gestützt auf die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision nicht entgegen, denn der Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen gemäss lit. a Abs. 2 und 3 der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision ist eine Folge der Rentenaufhebung und keine Voraussetzung für eine solche. Die angefochtene Verfügung ist unter Substitution der Begründung gestützt auf lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision zu schützen (Beschluss vom 27. August 2013 der erweiterten Abteilungskonferenz der sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte; BVR 2014 S. 429 ff. E. 5.3). Die Beschwerdegegnerin hat die Rente im Ergebnis zu Recht in Anwendung von Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufgehoben.

6.2 Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) hat unter anderem zur Klärung der Schnittstelle zwischen Rentenaufhebung bzw. -herabsetzung und der daraufhin der betroffenen Person zu gewährenden

Wiedereingliederung nach Artikel 8a IVG das Kreisschreiben über die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (KSSB; gültig ab 1. Januar 2012) erlassen. Diesem Kreisschreiben entsprechend hätte die Beschwerdegegnerin – bei korrekter Beurteilung von Sach- und Rechtslage – vorgängig zum Erlass von Vorbescheid und Verfügung betreffend die Rentenaufhebung mit der betroffenen Person das Gespräch gesucht und ihr die Möglichkeiten allfälliger Wiedereingliederungsmassnahmen aufgezeigt und solche gegebenenfalls geplant (Rz. 1004 KSSB; vgl. auch Rz. 1010 KSSB).

Abgesehen davon, dass Kreisschreiben der Verwaltung für die Gerichte grundsätzlich nicht verbindlich sind (BGE 137 V 1 E. 5.2.3 S. 8, 132 V 121 E. 4.4 S. 125), ist das vorstehend erwähnte Kreisschreiben rein mit Blick auf die Verschiedenartigkeit der Aufgaben von Gericht und Verwaltung in Fällen wie dem vorliegenden auch nicht einschlägig. Ist nämlich - wie im vorliegenden Fall - eine Rentenaufhebung der Beschwerdegegnerin vom Gericht mittels substituierter Begründung gestützt auf lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision zu bestätigen, so ist das im Kreisschreiben vorgesehene koordinierte Vorgehen von vornherein nicht (mehr) möglich. Die Verhaltensanweisung an die IV-Stellen im Kreisschreiben steht der substituierten Begründung nicht entgegen. Aus dem Kreisschreiben selbst kann demnach aber auch nichts abgeleitet werden, was die Folgen des ursprünglich fehlerhaften Vorgehens der Behörde betrifft. Die Klärung der Folgen richtet sich nach den allgemeinen Grundsätzen des Vertrauensschutzes. Jede Form behördlichen Fehlverhaltens kann den öffentlichrechtlichen Vertrauensschutz auslösen, wenn und soweit es bei den betroffenen Personen eine entsprechende Vertrauenssituation schafft (BGE 111 Ib 116 E. 4 S. 124). Dazu gehört auch der Umstand, dass die Behörde eine unrichtige Verfügung erlassen hat (BGE 113 V 66 E. 2 S. 70; SVR 1998 AHV Nr. 30 S. 94 E. 8a). Denn mit dem Erlass einer konkreten Verfügung wird in der Regel eine noch viel eindeutigeren Vertrauensbasis geschaffen als mit einer blossen Auskunft (ARV 1999 S. 237 E. 3a).

6.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich zur Begründung der Rentenaufhebung auf eine unzutreffende Rechtsgrundlage gestützt und somit eine in der Begründung unrichtige Verfügung erlassen. Für den Beschwerdeführer

hatte dies zur Folge, dass seine bisherige Invalidenrente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufgehoben wurde, dies ohne vorgängige Prüfung von Wiedereingliederungsmassnahmen im Sinne von Art. 8a IVG mit gleichzeitiger Weiterausrichtung der bisherigen Rente während maximal zwei Jahren (lit. a Abs. 2 und 3 der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision). Der Umstand, dass die Rentenrevision nach lit. a der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision erst im Beschwerdeverfahren geprüft und bejaht worden ist, führt dazu, dass der zweijährige Fristenlauf gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erst ab dem Zeitpunkt der Urteilseröffnung beginnen kann. Dadurch wird sichergestellt, dass der Beschwerdeführer in den vollen Genuss der gesetzlich vorgesehenen Wiedereingliederungsmassnahmen nach Art. 8a IVG unter paralleler Nachgewähr der Rentenzahlung kommt (Beschluss vom 27. August 2013 der erweiterten Abteilungskonferenz der sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte; BVR 2014 S. 429 ff. E. 5.3.4).

6.4 Für die infolge fehlerhaften Vorgehens der Verwaltung unterlassene Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen nach lit. a Abs. 2 und 3 der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision hat der Beschwerdeführer nicht einzustehen. Mit anderen Worten darf er vorliegend hinsichtlich der entsprechenden Leistungen nicht schlechter gestellt werden, als wenn die Rentenaufhebung von Beginn weg unter dem richtigen Titel vorbereitet und unter Anbieten der Eingliederungsmassnahmen übergangslos vollzogen worden wäre. In Anwendung der Grundsätze des Vertrauensschutzes hat der Beschwerdeführer deshalb für die Zeit zwischen der im Ergebnis korrekt verfügten Rentenaufhebung und der Eröffnung des vorliegenden Urteils Anspruch auf Weiterausrichtung der bisherigen Invalidenrente. Die Beschwerdegegnerin wird deshalb – nebst unverzüglicher Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen gemäss lit. a Abs. 2 und 3 der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision – die Rentenleistungen für die genannte Zeit rückwirkend auszurichten haben (Beschluss vom 27. August 2013 der erweiterten Abteilungskonferenz der sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte; BVR 2014 S. 429 ff. E. 6.4).

6.5 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Rentenaufhebung mit substituierter Begründung zu schützen. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. Die Akten sind an die Beschwerdegegnerin zu überweisen zum Vorgehen im Sinne der Erwägung 6.4 hiavor.

7.

7.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ist aufgrund der Akten und angesichts der sozialhilferechtlichen Unterstützung ausgewiesen (vgl. Beschwerdebeilage [act. I] 3). Das Verfahren war nicht als von vornherein aussichtslos zu bezeichnen und eine anwaltliche Verbeiständung war geboten, so dass dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren ist unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt.

7.2 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.

Vorliegend bildet die Rentenaufhebung den Streitgegenstand des Verfahrens, sodass der Beschwerdeführer – wenn auch mit substituierter Begründung, die dann zur Abweisung der Beschwerde geführt hat – an sich in der Sache unterliegt. Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer bereits im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eine Rentenrevision nach den Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision thematisiert und letzt-

lich auch sinngemäss beantragt hat. Mit dem hier angefochtenen Entscheid ist die IVB mindestens implizit auf diese Begehren nicht eingetreten. Da eine entsprechende Prüfung im vorliegenden Entscheid vorgenommen wurde, ist insoweit von einem teilweisen Obsiegen auszugehen, weshalb es als recht und billig erscheint, die Kosten des Verfahrens je hälftig zu liquidieren.

Angesichts dessen haben die Parteien von den Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, je Fr. 400.-- zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 7.1 hiervor) wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht seines Anteils befreit.

7.3 Aufgrund des oben dargelegten Kostenverteilers sind dem Beschwerdeführer die Hälfte der geltend gemachten Parteikosten durch die Beschwerdegegnerin zu ersetzen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Der verbleibende Betrag ist über die unentgeltliche Rechtspflege zu liquidieren.

Die Beschwerdegegnerin hat von Gesetzes wegen keinen Anspruch Parteikostenersatz (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

7.3.1 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

7.3.2 Die Kostennote von Rechtsanwalt B._____ vom 13. Februar 2020, in welcher er einen Arbeitsaufwand von 8.5 Stunden à Fr. 258.85 (total Fr. 2'200.--) sowie Auslagen von Fr. 59.90 und Mehrwertsteuer von Fr. 174.--, total mithin Fr. 2'433.90, geltend macht, ist nicht zu beanstanden.

Von diesem Betrag hat die IVB dem Beschwerdeführer Fr. 1'100.-- zuzüglich die Auslagen von Fr. 59.90 sowie die Mehrwertsteuer auf der Summe dieser beiden Beträge in Höhe von Fr. 89.30, insgesamt also Fr. 1'249.20 zu ersetzen.

Der tarifmässige Parteikostenersatz für den verbleibenden Betrag ist auf Fr. 1'184.70 (inkl. Mehrwertsteuer von Fr. 84.70) festzulegen. Entsprechend beträgt das amtliche Honorar Fr. 915.45 (Fr. 850.-- [4.25 Stunden à Fr. 200.--] zuzüglich Mehrwertsteuer von Fr. 65.45 [7.7% von Fr. 850.--]) und ist Rechtsanwalt B._____ in dieser Höhe aus der Gerichtskasse zu vergüten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO (Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Sache wird an die Vorinstanz überwiesen zum Vorgehen im Sinne der Erwägungen.
3. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt wird insoweit gutgeheissen, als der Beschwerdeführer darauf angewiesen ist.
4. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden je zur Hälfte den Parteien zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nach-

zahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

5. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer Parteikosten in Höhe von Fr. 1'249.20 (inkl. Auslagen und MWSt) zu ersetzen.
6. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 1'184.70 (inkl. MWSt.) festgesetzt. Davon werden Rechtsanwalt B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils Fr. 915.45 (inkl. MWSt.) aus der Gerichtskasse vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
7. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B._____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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 Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.