

200 20 405 IV
FUR/SVE/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 1. Oktober 2020

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch **B.** _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. Mai 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1959 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ..., zuletzt als ... tätig, meldete sich erstmals im September 1999 unter Hinweis auf Rheuma und eine psychosomatische Erkrankung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). In der Folge tätigte die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen und veranlasste insbesondere eine Begutachtung bei der MEDAS C._____ (Expertise vom 19. April 2000; act. II 14). Mit Verfügung vom 4. Oktober 2000 (act. II 30 S. 2) sprach die IVB dem Versicherten rückwirkend ab 1. Mai 1999 eine halbe Rente zu. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im Rahmen der im Jahr 2001 (act. II 33), 2005 (act. II 41) und 2009 (act. II 49) durchgeführten Revisionen von Amtes wegen bestätigte die IVB jeweils einen unveränderten Rentenanspruch (Verfügungen vom 6. September 2001 [act. II 37], 2. Dezember 2005 [act. II 44] und 26. Januar 2010 [act. II 53 S. 1]).

B.

Anlässlich der 2014 von Amtes wegen durchgeführten Revision (act. II 58) gab der Versicherte an, sein Gesundheitszustand habe sich aufgrund eines Unfalls vom 28. Februar 2014 verschlechtert (act. II 60 S. 2 Ziff. 1.1). Die IVB holte in der Folge erwerbliche und medizinische Unterlagen ein. Sie gewährte berufliche Massnahmen in Form einer Grundabklärung (Akten der IVB [act. IIA] 122; vgl. Bericht der Stiftung D._____ vom 14. Januar 2019 [act. IIA 141]) und schloss mit Verfügung vom 11. Februar 2019 (act. IIA 146) die beruflichen Massnahmen ab. Weiter veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung beim E._____ AG (Expertise vom 27. September 2019 [Akten der IVB {act. IIB} 176.1]). Mit Vorbescheid vom 24. Januar 2020 (act. IIB 188) stellte die IVB in Aussicht, die Rente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufzuheben, da

sich aus aktueller Sicht keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit begründen lasse. Der Versicherte erhob, vertreten durch die B._____, diese vertreten durch Carole F._____, am 26. Februar 2020 dagegen Einwand (act. IIB 191). Am 1. Mai 2020 verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend und hob die Rente per 30. Juni 2020 auf (act. IIB 194).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch die B._____, diese vertreten durch F._____, mit Eingabe vom 29. Mai 2020 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der Verfügung vom 1. Mai 2020 sei ihm ab dem 1. Juli 2020 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Eventualiter sei ihm ab dem 1. Juli 2020 eine halbe Rente auszurichten. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 3. Juli 2020 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 Anträ-

gen 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 1. Mai 2020 (act. IIB 194). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die bisherige halbe Invalidenrente zu Recht per 30. Juni 2020 aufgehoben hat.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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

Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

2.4.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der

Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 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).

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 2019 IV Nr. 68 S. 220 E. 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, E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüg-

lich 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).

3.

Der Beschwerdeführer bringt unter Hinweis auf die IV-Revision 6a (vgl. E. 2.4.4 hiervor) zunächst vor (Beschwerde S. 5 f. Ziff. 2.6), er habe weiterhin mindestens Anspruch auf eine halbe Rente, weil ihm diese aufgrund einer sog. «PÄUSBONOG-Diagnose» zugesprochen worden sei. Dabei verkennt er, dass die Beschwerdegegnerin die Rente nicht in Anwendung der Schlussbestimmungen zur IV-Revision 6a aufhob, sondern im Rahmen einer ordentlichen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG. Eine solche ist - auch bei Rentenzusprache aufgrund eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage - selbst nach langjährigem Rentenbezug möglich, mithin gibt es keinen «Bestandesschutz» (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. September 2020, 9C_425/2020, E. 4.2; vgl. auch MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 449 N. 100).

4.

4.1 Der Beschwerdeführer wurde von der G._____ AG gestützt auf eine kreisärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung der Suva (vgl. act. IIA 109.2) per 1. März 2019 frühpensioniert. Sie sprach ihm eine Berufsinvaliditätsrente der beruflichen Vorsorge ab dem 1. März 2019, befristet bis zum Vorliegen eines Entscheides der Invalidenversicherung, zu und löste das Arbeitsverhältnis per 28. Februar 2019 auf (act. IIA 129). Diese per 1. März 2019 erfolgte, medizinisch begründete Frühpensionierung (act. IIA 129) stellt einen erwerblichen Revisionsgrund dar (vgl. E. 2.4.1 hiervor). Überdies liegt auch in medizinischer Hinsicht offenkundig ein Revisionsgrund

vor, erfolgte die Rentenzusprechung mit Verfügung vom 4. Oktober 2000 (act. II 30 S. 2) doch im Wesentlichen aufgrund der psychischen Beschwerden (act. II 14 S.16 Ziff. 10), wohingegen nunmehr einzig somatische Beschwerden massgebend sind (act. IIB 176.1 S. 7 Ziff. 4.2; E. 4.3.1 nachfolgend).

Mithin liegen zwei im Revisionskontext relevante Änderungen vor, weshalb eine allseitige Prüfung des Leistungsanspruchs zu erfolgen hat (vgl. E. 2.4.3 hiervor).

4.2 Bis zum Erlass der - zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden - angefochtenen Verfügung vom 1. Mai 2020 (act. IIB 194; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

4.2.1 Im Gutachten der MEDAS E. _____ - vom 27. September 2019 (act. IIB 176.1) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit aufgeführt (S. 7 Ziff. 4.2):

1. Arthrose des rechten Kniegelenks mit zu objektivierender Funktionseinschränkung des rechten Beines;
 - persistierende neuropathische Schmerzen peripatellär und lateraler Unterschenkel;
 - klinische Neuropathie entsprechend Nervus infrapatellaris rechts bzw. Ramus infrapatellaris des Nervus saphenus rechts;
 - residuelle, minime Fussheber- und Grosszehenextensionsschwäche, DD funktionell bedingt bei Schmerzen.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit wurden folgende Diagnosen festgehalten (S. 8 Ziff. 4.2):

1. anamnestisch Gonarthrose links, ohne zu verifizierende Funktionseinschränkung, freie Beweglichkeit, keine Instabilität;
2. mässige degenerative Veränderung der HWS im Sinne von Osteochondrosen Halswirbelkörper (HWK) 5 bis 7, ohne Funktionseinschränkung, ohne neurologische Auffälligkeiten;
3. Funktionseinschränkung der linken Hand nach
 - Operation eines Karpaltunnelsyndroms 1997 und eines Rezidivs 1998;
 - bei unauffälliger Zwischenhandmuskulatur und unauffälliger Beschwellung und Gebrauchszeichen der linken Hand;
 - mögliche CTS-Rezidiv links;
4. Funktionseinschränkung des linken Daumens und des III. und IV. Fingers links
 - nach Operation des Ringbandes A1/D1 am 30. November 2015
 - und Kortisoninfiltration bei Tendovaginitis stenosans D3 und D4, jeweils Ringband A1;

5. Veränderungen der LWS, im Sinne eines Diskusprolaps L4/5, mit degenerativen Bandscheibenschäden
 - ohne Bewegungseinschränkungen,
 - ohne neurologische Auffälligkeiten,
 - ohne Auffälligkeiten der paravertebralen Muskulatur;
6. Dyslipidämie;
7. linksanteriorer Hemiblock im EKG;
8. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41);
9. subsyndromale, dysphorisch geprägte affektive Störung, Depression (ICD-10 F34.8);
10. chronische Kopfschmerzen, am ehesten vom Spannungstyp, mit/bei Status nach möglicher Commotio cerebri durch Unfall (Februar 2014), DD HWS-Kontusionstrauma;
11. Übergewicht (BMI 29.05 kg/m²).

Im orthopädischen Teilgutachten (act. IIB 176.3) hielt Dr. med. H._____, Facharzt für Chirurgie und Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, im Vordergrund stünden die nachvollziehbaren Schmerzen und Funktionseinschränkungen des rechten Beines aufgrund einer fortgeschrittenen Gonarthrose rechts. Es bestehe keine Bewegungseinschränkung und keine nachvollziehbare Funktionsstörung des linken Knies (S. 13 Ziff. 7.2). Die demonstrierte Funktionseinschränkung der linken Hand nach Karpaltunneloperation 1997 und 1998 lasse sich klinisch nicht vollständig objektivieren. Während die aktive Beweglichkeit der linken Hand eingeschränkt demonstriert worden sei, sei diese passiv frei gewesen. Diesbezüglich habe sich auch für den linken Daumen nach Ringbandspaltung A1 am 30. November 2015 keine zu objektivierende Auffälligkeit gefunden. Die durch Kortisoninfiltration behandelte Tendovaginitis stenosans des III. und IV. Fingers der linken Hand seien nicht nachvollziehbar. Eine entsprechende Symptomatik im Sinne eines Digitus saltans bestehe weder für den III. noch für den IV. Finger (S. 9 Ziff. 6).

Prof. Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im internistischen Teilgutachten (act. IIB 176.5) aus, in der Vorgeschichte seien keine relevanten internistischen Erkrankungen aufgetreten und auch jetzt liege keine internistische Erkrankung vor, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben könnte (S. 8 Ziff. 7.1).

Im psychiatrischen Teilgutachten (act. IIB 176.6) hielt Dr. med. J._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und

Psychotherapie, fest, der Beschwerdeführer schildere einzelne Merkmale einer Depression, jedoch überwiegend eine dysphorische, latent aggressiv getönte Grundstimmung. Die Merkmale einer depressiven Episode seien entsprechend den Kriterien des ICD-10 nicht vollumfänglich erfüllt. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne trotz Angabe gelegentlicher Nachhallerinnerungen und Albträumen nicht bestätigt werden, da die diagnostischen Kriterien entsprechend ICD-10 bzw. DSM-5 nicht hinlänglich erfüllt seien. Es mangle sowohl am Vermeidungskriterium als auch am Vorliegen von Affektstürmen bzw. katastrophisierenden Vegetativreaktionen in Zusammenhang mit dem Unfallereignis und daraus bezogenen Erinnerungen (S. 10 f. Ziff. 6). Der Beschwerdeführer weise keine Merkmale einer Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert auf. Es komme zu einer vermehrt nach innen gerichteten Selbstwahrnehmung mit dysfunktionaler Schmerzverarbeitung, sekundärer Symptomausweitung sowie Selbstlimitierung und es entwickle sich das Bild einer Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; S. 11 Ziff. 7.1) resp. mit organischem Grundkern, jedoch in Hinblick auf Intensität, Dauer und Ausgestaltung durch psychische Faktoren massgeblich mitbeeinflusst (S. 11 Ziff. 6). Ferner zeige sich eine anhaltende affektive Störung mit Verbitterung, Dysphorie und einzelnen agoraphobischen Ängsten (S. 11 Ziff. 7.1). Trotz der angegebenen Beschwerden führe der Beschwerdeführer ein intensives Sozialleben mit erhaltenen sozialen Kontakten. Er sei in der Lage, Freude zu empfinden und habe Interessen. Vor diesem Hintergrund könnte die als invalidisierend geschilderte Beschwerdesymptomatik nur zu einem geringen Teil nachvollzogen werden. Die chronische Schmerzstörung sei weiterhin leichtgradig ausgeprägt und führe zu keiner wesentlichen Einschränkung der Ressourcenlage. Aufgrund der Dysphorie und der vermehrten Reizbarkeit werde eine anhaltende, nicht näher bezeichnete affektive Störung (ICD-10 F34.8) mit überwiegender Dysphorie diagnostiziert (S. 12 f. Ziff. 7.3).

Dr. med. K._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, führte im rheumatologischen Teilgutachten (act. IIB 176.7) aus, dass bereits vor der Jahrtausendwende durch einen Rheumatologen myofasziale Probleme am linken Arm notiert und offensichtlich 1998 auch

eine Tenosynovektomie im Handgelenksbereich links bei Klinik eines Karpaltunnelsyndroms vorgenommen worden sei. Zu jener Zeit hätten auch linksseitige Knieprobleme durch eine Meniskopathie bestanden. Beschwerden des heute aktuellen rechten Knies seien erst im Anschluss an den Verkehrsunfall im Februar 2014 mit diversen Kontusionen aktenkundig gewesen (S. 7 Ziff. 6). Die Aussagen des Beschwerdeführers wirkten grundsätzlich recht konsistent, jedoch zeige sein motorisches Verhalten bei der Beobachtung des Treppensteigens, wo er beim Aufwärtssteigen das rechte Problemknie mehr belaste und sich damit ergonomisch falsch verhalte, sich bei diesem Versuch auch sehr unsicher zeige, eine etwas auffällige Komponente. Dies könnte ein Hinweis auf ein nicht derart starkes Schmerzausmass wie geklagt geben. Im Weiteren sei eine Rückführung aller Beschwerden auf das Kontusionsereignis 2014 nicht ohne weiteres plausibel. Der sehr niedrige Spiegel von Ibuprofen im Blut belege zudem, dass das analgetisch-antiphlogistische Medikament Irfen nicht in der angegebenen Frequenz von zwei bis drei Mal 600 mg täglich eingenommen werde (S. 9 Ziff. 7.3).

Im neurologischen Teilgutachten (act. IIB 176.8) führte Dr. med. L._____, Fachärztin für Neurologie, aus, der Beschwerdeführer leide nach wie vor an vom Nacken her sich ausbreitenden Kopfschmerzen, die täglich vorhanden seien. Aus den Serumwerten gehe hervor, dass der Beschwerdeführer jedoch nicht solch hohe Dosen Paracetamol einnehme, wie angegeben. Ausserdem klage er weiterhin über diffuse Schwindelbeschwerden. Aufgrund der eingehenden Akteneinsicht lasse sich zusammenfassend festhalten, dass der Beschwerdeführer wahrscheinlich doch im Rahmen eines Polytraumas eine primär verkannte Mild Brain Injury im Sinne einer Commotio cerebri erlitten habe und möglicherweise auch eine Kontusion der HWS mit immer noch bestehenden Schmerzen im HWS-Bereich mit sich von dort ausbreitenden Kopfschmerzen. Ausserdem sei er durch chronisch neuropathische Schmerzen im Bereich des rechten Knies mit Ausbreitung in den lateralen Unterschenkel beeinträchtigt. Klinisch-neurologisch ergebe sich der Verdacht auf ein Rezidiv des zweimal operierten Karpaltunnelsyndroms links (vor allem sensible Störungen). Der etwas verminderte Faustschluss

dürfte wegen der Tendovaginitis und Weichteilveränderungen im Bereich der Palma manu links verursacht sein (S. 7. Ziff. 6).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (act. IIB 176.1 S. 5 ff. Ziff. 4) hielten die Gutachter fest, aufgrund der festgestellten Gesundheitsschäden sei der Beschwerdeführer in der Lage, körperlich nur leichte Tätigkeiten auszuüben, wobei diese überwiegend im Sitzen stattfinden müssten, mit der Möglichkeit der eigen gewählten Positionswechsel. Es dürfe keine Zwangshaltung für die LWS und für die unteren Extremitäten bestehen. Der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als ... somit nicht mehr arbeitsfähig. In einer optimal angepassten Tätigkeit sei er in einem Pensum von 100 % arbeitsfähig (S. 9 Ziff. 4.3) ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit (S. 9 Ziff. 4.5). Die Einschätzung im MEDAS-Gutachten vom 19. April 2000 (act. II 14) sei nicht nachzuvollziehen. Eine entsprechende Überprüfung habe offensichtlich nicht stattgefunden, so dass es retrospektiv ausserordentlich schwierig sei, den Sachverhalt versicherungsmedizinisch aufzuarbeiten. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe hauptsächlich aufgrund der Veränderungen des rechten Kniegelenks. Hier seien im Jahr 2014 und 2015 zunehmende Beschwerden beschrieben worden. Ab dem 1. Januar 2015 sei davon auszugehen, dass eine ähnliche Schmerzhaftigkeit und Funktionsbeeinträchtigung des rechten Kniegelenks und somit des rechten Beines vorgelegen habe, so dass ab diesem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestanden habe (S. 10 Ziff. 4.7). Aus aktueller Sicht und vor dem Hintergrund der sehr umfangreichen Aktenunterlagen lasse sich eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit nicht begründen. Dies betreffe selbstverständlich nicht die entsprechenden Rekonvaleszenz-Zeiten nach den mannigfaltigen Operationen von jeweils drei bis sechs Wochen (S. 11 Ziff. 4.8). Die im MEDAS-Gutachten vom 19. April 2000 (act. II 14) gestellten Diagnosen auf rheumatologischem Fachgebiet seien grösstenteils nicht mehr relevant und nachvollziehbar. Insbesondere die Beschwerden des linken Schultergelenkes seien nicht mehr vorhanden, die Beschwerden der linken Hand nicht in Gänze zu objektivieren und nachvollziehbar. Die seinerzeit radiologisch beginnenden degenerativen Veränderungen des rechten Kniegelenks stünden mittlerweile im Vordergrund. Schon seinerzeit sei mehrfach auf eine deutliche Symptomausweitung und Somatisierungsten-

denz hingewiesen worden, eine weitere Würdigung dieser Feststellungen sei im weiteren Verlauf nicht erfolgt. Insofern bestehe nun eine vollständig unterschiedliche Situation. Eine psychosoziale Problemkonstellation scheine ebenfalls nicht mehr zu bestehen und sei damals unter den Diagnosen eingeordnet worden sowie auch eine depressive Störung von Krankheitswert nicht mehr bestätigt werden könne. Es bestehe allerdings eine derzeit leichtgradig ausgeprägte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (S. 12 Ziff. 1).

4.2.2 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. M. _____, führte im Bericht vom 4. Februar 2020 (act. IIB 191 S. 14) zu Handen der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aus, die Neigung des Beschwerdeführers zu dissimulieren sei ihm zum Verhängnis geworden. Er habe es immer wieder vorgezogen, psychische und körperliche Schmerzen eher zu bagatellisieren. Nach dem Unfall 2014 sei er wieder in eine heftige Krise gefallen, weil er die Abklärungen der beteiligten Versicherungen und ihre Bewertung des ihm zugeführten Leids nicht habe akzeptieren können. Die Tatsache, dass er sein rechtes Knie nach dem Unfall nicht mehr wie vorher habe benutzen können, habe sich für ihn mit der Plausibilitätstheorie nicht widerlegen lassen. Der Krankheits- bzw. Resilienz-Verlauf sei chronisch, so dass man von Rezidiven sprechen müsse (S. 14 f.). Die Diagnose nach ICD-10 F45.4 halte ausdrücklich fest, dass die emotionalen Konflikte und die psychosozialen Probleme die Schmerzintensität beeinflussten. Diese seien chronifiziert und seit 2014 eskaliert. Aktuell seien die ICD-10 Kriterien für eine mittelfristige depressive Episode (ICD-10 F32.1) erfüllt. Die Einschätzung aus der Gutachterpraxis weise den Beschwerdeführer eindeutig als Simulanten aus. Der unverschuldete Verkehrsunfall habe sein labiles Gleichgewicht weiter verschlechtert, latente Ängste verstärkt und posttraumatische Flashbacks reaktiviert. Die Kritik an der gutachterlichen Diagnostik beziehe sich weniger auf die Diagnosen selbst als auf die Einschätzung ihrer Relevanz (S. 16 f.).

4.2.3 Die Hausärztin Dr. med. N. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 26. Februar 2020 (act. IIB 193 S. 2) zu Handen der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers fest, dieser sei früher in psychiatrischer Behandlung gewesen, was der Hauptgrund seiner

begrenzten Arbeitsfähigkeit gewesen sei. In der aktuellen komplexen Schmerzsituation vom rechten Bein und beiden Händen scheine es einen engen Zusammenhang mit der psychischen Situation zu geben. Die aktuelle Schmerzsymptomatik sei vor allem durch muskuläre Verspannungen verursacht und neuropathischer Genese. Der Beschwerdeführer scheine auch einen sehr schlechten Schlaf zu haben mit pavor nocturnus. Es bestehe eine schwere psychisch traumatische Störung, die zum Teil schon vor dem Unfall bestanden habe und wahrscheinlich der Hauptgrund für seine 50%ige IV-Rente gewesen sei. Aktuell habe sich diese Situation auf keinen Fall gebessert. Die schwere familiäre Situation mit vier Kindern und einer krebserkrankten Frau sei zwar nicht mehr aktuell. Dafür bestehe eine Situation nach einem Unfall und Verlust der Arbeitsfähigkeit und noch ungerechterweise des nicht mehr Anerkennen der vorigen Rente. Diese Tatsachen hätten die psychische Situation mit beschränkten reflexiven Möglichkeiten deutlich verschlechtert. Somatisch äussere sich diese Situation mit muskulärer Verkrampfung aktuell von der HWS ausgehend auf beide Arme mit Störung der Feinmotorik, wiederkehrender Verkrampfung in den Fingern sowie der Beinmuskulatur rechts mit verlangsamter Gehfähigkeit von zwei Kilometern in einer Stunde. Diese Einschränkungen seien objektivierbar und falls sie von der IV nicht anerkannt würden, müssten sie auf längere Beobachtungszeit objektiviert werden.

4.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizi-

nischen 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).

Externen Beurteilungen, die nach Art. 44 ATSG im Verwaltungsverfahren eingeholt wurden, ist bei überzeugendem Beweisergebnis volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5).

4.4

4.4.1 Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS E. _____ vom 27. September 2019 (act. IIB 176.1) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 4.4 hiervor) und erbringt vollen Beweis. Es ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung sowie hinsichtlich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in allen Teilen nachvollziehbar, die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet und es lassen sich gestützt darauf sämtliche vorliegend relevanten Tat- und Rechtsfragen zuverlässig beantworten. Die Gutachter gelangten zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aufgrund der festgestellten Gesundheitsschäden in der Lage ist, körperlich nur leichte Tätigkeiten aus-

zuüben, wobei diese überwiegend im Sitzen stattfinden müssen mit der Möglichkeit der eigenen gewählten Positionswechsel. Es darf keine Zwangshaltung für die LWS und für die unteren Extremitäten bestehen. In der angestammten Tätigkeit als ... ist der Beschwerdeführer nicht mehr, jedoch in einer optimal angepassten Tätigkeit in einem Pensum von 100 % arbeitsfähig. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab dem 1. Januar 2015 besteht hauptsächlich aufgrund der Veränderungen des rechten Kniegelenks (vgl. E. 4.3.1 hiervoor).

4.4.2 Am gutachterlich festgelegten Zumutbarkeitsprofil vermag auch das Ergebnis der im Zeitraum vom 29. Oktober bis 21. Dezember 2018 durchgeführten Grundabklärung in der Stiftung D._____ nichts zu ändern. Im Abschlussbericht (act. IIA 141) wurde zwar lediglich eine durchschnittliche Leistungsfähigkeit von 70 % bei guter psychischer Stabilität und für angepasste Arbeiten, für welche der Beschwerdeführer habe Motivation aufbringen können, festgehalten. Allerdings wurde auch ausgeführt, dass der Beschwerdeführer die gebotenen Arbeiten kritisch betrachtet und deren Sinnhaftigkeit hinterfragt habe. Die Leistungsfähigkeit sei stark von der Motivation und der psychischen Verfassung abhängig gewesen (S. 3). Nachdem er sich anfänglich, gestützt auf ein ärztliches Attest geweigert habe, mehr als zwei Stunden zu arbeiten (vgl. S. 8), habe schliesslich ein Pensum von 50 % vereinbart werden können. Der Beschwerdeführer habe es allerdings subjektiv als nicht möglich erachtet, mehr als 50 % zu arbeiten (S. 3). Folglich ist davon auszugehen, dass die Leistungsfähigkeit nicht objektiv eruiert werden konnte, sondern stark durch die subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers beeinflusst war. Damit ist die im Abklärungsbericht festgehaltene Einschätzung der durchschnittlichen Leistungsfähigkeit von 70 % nicht geeignet, die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Frage zu stellen.

4.4.3 Der Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. M._____ (vgl. act. IIB 191 S. 14) ist ebenfalls nicht geeignet, Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung zu wecken (vgl. Beschwerde S. 12 Ziff. 2.7). So führt er nicht aus, inwiefern der Beschwerdeführer dissimuliert haben soll resp. inwiefern die Gutachter die Symptome als Simulation abgetan haben sollen (vgl. Beschwerde S. 12 Ziff. 2.7), wie er auch nicht darlegt,

weshalb die psychosozialen Probleme die Schmerzintensität beeinflussen und die ICD-10 Kriterien für eine mittelfristig depressive Episode erfüllt sein sollen. Schliesslich hält Dr. med. M. _____ fest, die Kritik an der gutachterlichen Diagnostik beziehe sich weniger auf die Diagnosen selbst als auf die Einschätzung ihrer Relevanz, ohne dabei seine diesbezügliche abweichende Ansicht mitzuteilen resp. sich mit den Feststellungen der Gutachter auseinander zu setzen oder seine eigene Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit darzulegen (vgl. Beschwerde S. 12 Ziff. 2.7). Ebenso zeigt er, wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausführt (Beschwerdeantwort S. 6 Ziff. 18), keine neuen psychiatrischen Befunde auf.

Auf die Angaben der Hausärztin Dr. med. N. _____ (vgl. act. IIB 193 S. 2) kann beweisrechtlich nicht abgestellt werden, weil sie spätestens mit der advokatorischen Ausführung, wonach die vorige Rente „ungerechterweise“ nicht mehr anerkannt werde, für den Beschwerdeführer Partei ergriff und damit einen eigentlichen Rollenwechsel weg von der ärztlichen Tätigkeit zum Parteivertreter vollzog (vgl. Entscheide des BGer vom 26. November 2019, 8C_588/2019, E. 4.3, und vom 6. Juni 2018, 8C_79/2018, E. 4.2). Im Übrigen wurden die von ihr erwähnten Schlafprobleme im Rahmen der Begutachtung berücksichtigt (vgl. act. IIB 176.5 S. 4). Ebenso fand eine neurologische Untersuchung statt (vgl. act. IIB 176.8).

Folglich liegen gestützt auf die medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte keine konkreten Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprächen (vgl. E. 4.4 hiervor; Entscheid des BGer vom 27. Mai 2019, 8C_137/2019, E. 6.1). Vielmehr ist der medizinische Sachverhalt hinreichend erstellt und in antizipierter Beweiswürdigung ist auf weitere Abklärungen zu verzichten (vgl. BGE 122 V 185 E. 1d S. 162).

4.4.4 Zusammenfassend ist gestützt auf das beweiskräftige Gutachten der MEDAS E. _____ vom 27. September 2019 (act. IIB 176.1) in der angestammten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und in einer angepassten Tätigkeit eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % erstellt (vgl. Gutachten der MEDAS E. _____ vom 27. September 2019 [act. IIB 176.1]).

5.

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

5.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

5.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BfS) herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

5.1.3 Wird auf Tabellenlöhne abgestellt, sind grundsätzlich immer die im Zeitpunkt des angefochtenen Verwaltungsaktes aktuellsten statistischen Daten zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297; Entscheid des BGer vom 27. November 2019, 8C_64/2019, E. 6.2.1).

5.1.4 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

5.2 Aufgrund der ab 1. Januar 2015 bestehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (vgl. act. IIB 176.1 S. 10 Ziff. 4.7) wäre ein erster Einkommensvergleich grundsätzlich per 1. April 2015 (vgl. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) vorzunehmen. Gestützt auf Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV ist eine Rentenaufhebung indes erst per 1. Mai 2020 zulässig. Folglich genügt ein Einkommensvergleich per 1. Juni 2019 (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV) aufgrund der per 1. März 2019 erfolgten Frühpensionierung (erwerblicher Revisionsgrund; vgl. E. 4 hiavor).

5.3

5.3.1 Die Beschwerdegegnerin stellte zur Bestimmung des Valideneinkommens auf das bei der G. _____ AG erzielte Einkommen ab. Dies ist nicht zu beanstanden, arbeitete der Beschwerdeführer bereits seit 1983 bei der G. _____ AG (vgl. act. II 51 S. 3 Ziff. 2.1) und ist davon auszugehen, dass er bei guter Gesundheit weiterhin dort tätig wäre (vgl. E. 5.1.1 hiervor). Der Beschwerdeführer erzielte dort im Jahr 2013 (vor dem Unfallereignis im Februar 2014) mit einem 50 %-Pensum (vgl. act. II 51 S. 3 Ziff. 2.8, 62 S. 2 Ziff. 2.9) ein Einkommen von Fr. 39'950.-- (vgl. IK-Auszug vom 25. Oktober 2018 [act. IIB 120]). Aufgerechnet auf ein 100 %-Pensum und indexiert pro 2019 (gemäss Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2019, lit. h [Verkehr und Lagerei], 2013: 101.9, 2019: 104.0) beträgt das Valideneinkommen ab 1. Juni 2019 Fr. 81'546.60.

5.3.2 Da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertete, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf statistische Werte abzustellen (vgl. E. 5.1.2 hiervor). Auszugehen ist dabei von der LSE 2018, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1. Daraus resultiert angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit (vgl. Tabelle „Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS, Total), indexiert auf das Jahr 2019 (gemäss Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2019, Total; 2018: 105.1, 2019: 106.0) ein Betrag von Fr. 68'346.95 (Fr. 5'417.-- x 12 / 40 x 41.7 / 105.1 x 106.0).

Vorliegend besteht kein Grund, um in das Ermessen der Beschwerdegegnerin einzugreifen, welche einen Abzug von 10 % gewährte (vgl. E. 5.1.2 hiervor), werden doch die möglichen Tätigkeitsbereiche in einer angepassten Tätigkeit durch die gesundheitlichen Einschränkungen und die damit verbundenen Auswirkungen auf das Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 4.5.1 hiervor) reduziert. Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 61'512.25.

Die Beschwerdegegnerin weist zu Recht darauf hin (Beschwerdeantwort S. 6 Ziff. 19; vgl. Beschwerde S. 13 Ziff. 2.9), dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt ein theoretischer und abstrakter Begriff ist. Er berücksichtigt die konkrete Arbeitsmarktlage nicht und umfasst auch tatsächlich nicht vorhandene Stellenangebote. Damit ist nicht massgebend, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann,

sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn auf dem für sie nach ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten in Betracht fallenden Teil des Arbeitsmarktes die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprächen. Zudem umfasst der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch Nischenarbeitsplätze, bei welchen gesundheitlich beeinträchtigte Personen mit einem sozialen Entgegenkommen des Arbeitgebers rechnen können (Entscheid des BGer vom 19. September 2013, 8C_348/2013, E. 5.2). Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist damit nur anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vorneherein als ausgeschlossen erscheint (Entscheid des BGer vom 30. Oktober 2017, 9C_183/2017, E. 4). Unter Berücksichtigung der langjährigen Berufserfahrung sowie seiner Tätigkeit als ... (Beschwerde S. 13 Ziff. 2.9), wäre es dem Beschwerdeführer jedoch ohne weiteres möglich gewesen, seine Restarbeitsfähigkeit zu verwerten.

5.3.3 Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 81'546.60 und einem Invalideneinkommen von Fr. 61'512.25 resultiert ab 1. Juni 2019 ein Invaliditätsgrad von gerundet 25 % ($[(\text{Fr. } 81'546.60 - \text{Fr. } 61'512.25)] \times 100 / \text{Fr. } 81'546.60$), womit der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

6.

6.1 Gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts ist bei Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll und die während mindestens fünfzehn Jahren eine Rente bezogen oder das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente auszurichten, bis mit Hilfe medizinisch-rehabilitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann, weil in jedem Einzelfall feststehen muss, dass

die (wiedergewonnene) Erwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (erneut) verwertbar ist (BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211).

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen vor Rentenaufhebung setzt Eingliederungswillen bzw. eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus; fehlt es daran, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (SVR 2019 IV Nr. 3 S. 9 E. 7).

6.2 Der 1959 geborene Beschwerdeführer bezog vor der mit Verfügung vom 1. Mai 2020 (act. IIB 194) per 30. Juni 2020 erfolgten Rentenaufhebung über mehr als 15 Jahre eine Invalidenrente (vgl. act. II 20 S. 3) und war bereits über 55 Jahre alt (vgl. act. II 1), womit der vorliegende Sachverhalt grundsätzlich unter die in E. 6.1 hiervor dargelegte Rechtsprechung zu subsumieren ist.

Die Beschwerdegegnerin gewährte denn auch berufliche Massnahmen in Form einer Grundabklärung vom 29. Oktober bis 21. Dezember 2018 (act. IIA 122). Mit unangefochten in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 11. Februar 2019 (act. IIA 146) wies sie den Anspruch auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen ab. Es ist jedoch fraglich, ob überhaupt eine Massnahme beruflicher Art (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art [KSBE], gültig ab 1. Januar 2014) bzw. eine spezifische Integrationsmassnahme zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung nach Art. 8 Abs. 2 lit. a und Art. 14a Abs. 2 IVG (vgl. BSV, Kreisschreiben über die Integrationsmassnahmen [KSIM], gültig ab 1. Januar 2012) gewährt wurde, deutet doch der Bericht der Stiftung D._____ vom 14. Januar 2019 (act. IIA 141) daraufhin, dass es sich bei der knapp zweimonatigen Grundabklärung bloss um eine reine Abklärungsmassnahme i.S.v. Art. 43 ATSG i.V.m. Art. 69 IVV handelte, war das Hauptziel die Eruierung von Verweistätigkeiten (S. 3). Wie es sich damit verhält, kann hier aber letztlich offenbleiben, denn ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen entfällt, soweit es am Eingliederungswillen bzw. an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit fehlt (vgl. E. 6.1 hiervor).

Dem Bericht der Stiftung D. _____ vom 14. Januar 2019 (act. IIA 141) ist zu entnehmen, dass sich bereits während des Vorstellungsgesprächs die Kommunikation betreffend das Arbeitspensum schwierig gestaltet habe. Der Beschwerdeführer habe geltend gemacht, maximal zwei Stunden täglich arbeiten zu können und sich dabei auf ein Arzzeugnis gestützt. Schliesslich sei es gelungen, eine Vereinbarung zu treffen, mit welcher das Pensum von 100 % auf 50 % reduziert worden sei. Dieses habe er bedingt, mit Verspätungen, bis Ende der beruflichen Massnahmen einhalten können, wobei eine durchschnittliche Leistungsfähigkeit von 70 % habe festgestellt werden können. Diese sei allerdings stark von Motivation und psychischer Verfassung abhängig gewesen. Der Beschwerdeführer habe vorgebracht, dabei an seine psychischen und physischen Grenzen zu kommen, seine Leistungsfähigkeit tiefer eingeschätzt (S. 3) und Motivationsprobleme durch Infragestellung der Sinnhaftigkeit der beruflichen Massnahmen gehabt. Anlässlich der Schlussbilanz habe er kommuniziert, sich gesundheitlich für eine 50%ige Erwerbstätigkeit nicht stabil genug zu fühlen (S. 4). Im Rahmen der Begutachtung 2019 (vgl. act. IIB 176.1) schätzte sich der Beschwerdeführer weiterhin als überwiegend arbeitsunfähig ein (act. IIB 176.3 S. 15 Ziff. 7.4), so gab er an, er versuche eventuell zurzeit eine Arbeit in einem Pensum von 20 % zu finden, was jedoch aufgrund der aktuellen ungeklärten Situation nicht möglich sei (S. 4 Ziff. 3.2; act. IIB 176.8 S. 4 Ziff. 3.2). Zudem sei es schwierig, in seinem Alter eine 20 %-Stelle zu finden (S. 5 Ziff. 3.2). Mit der bisherigen Einschätzung seines Leistungsvermögens sei er nicht einverstanden (act. IIB 176.6 S. 5 Ziff. 3.2). Somit ist erstellt, dass der Beschwerdeführer sich weder in der Lage sieht, einer Erwerbstätigkeit in einem Pensum von über 20 % nachzugehen, noch über den Willen oder die Motivation hinsichtlich der Aufnahme einer solchen verfügt. Ausdruck der fehlenden, über ein 20 %-Pensum hinausgehenden Eingliederungsbereitschaft ist schliesslich, dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich lediglich einer Tätigkeit in einem von ihm subjektiv maximal möglich erachteten 20 %-Pensum nachgeht (vgl. Beschwerde S. 13 Ziff. 2.9). Er hat denn auch während des gesamten Verwaltungsverfahrens nie Eingliederungsmassnahmen oder eine Umschulung beantragt und die verfügte Ablehnung weiterer beruflicher Massnahmen (act. IIA 146) unangefochten in Rechtskraft erwachsen lassen (vgl. Entscheid des eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom

21. November 2001, I 270/00, E. 3). Es gelingt ihm auch nicht, wenigstens glaubhaft zu machen, dass er im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 1. Mai 2020 (act. IIB 194) bereit gewesen wäre und sich in der Lage gefühlt hätte, eine Arbeit in einem Pensum von über 20 % aufzunehmen. Unter diesen Umständen ist die fehlende subjektive Eingliederungsfähigkeit nach dem Regelbeweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) erstellt, womit die Voraussetzungen für Eingliederungsmassnahmen nicht gegeben sind (vgl. E. 6.1 hiervor). Folglich war die Verwaltung trotz des Alters und des über 15-jährigen Rentenbezugs befugt, die Invalidenrente ohne Gewährung weiterer Eingliederungsmassnahmen aufzuheben (vgl. SVR 2019 IV Nr. 3 S. 9 E. 7).

7.

In Anwendung von Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV ist die bisherige halbe Rente per Ende Juni 2020 aufzuheben. Dementsprechend ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

8.

8.1 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.

8.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

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.