

200 20 85 IV  
WIS/ISD/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 8. Februar 2021**

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Isliker

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
substituiert durch Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. Januar 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1982 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ... und zuletzt als ... bei D.\_\_\_\_\_ tätig, meldete sich im September 2013 unter Hinweis auf chronische Nacken-, Schulter- und Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in die Arme und ein bestehendes TOS-Syndrom bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2). Die IVB traf erwerbliche und medizinische Abklärungen, namentlich holte sie ein vom 24. August 2015 datierendes polydisziplinäres Gutachten ein (AB 64.1) und stellte Ergänzungsfragen an die Gutachter (vgl. AB 72, 81). Am 6. Oktober 2015 unterzog sich der Versicherte einer mikrochirurgischen Dekompressionsoperation an der Lendenwirbelsäule (LWS; vgl. AB 85/5 f.). In diesem Zusammenhang holte die IVB weitere medizinische Unterlagen ein, nahm Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 88) und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 6. Juli 2016 (AB 97) bei einem Invaliditätsgrad von 50 % mit Wirkung ab 1. März 2014 eine halbe Rente zu. Im Nachgang dazu veranlasste die IVB am 9. September 2016 berufliche Massnahmen (vgl. AB 105), welche sie mit Mitteilung vom 7. Oktober 2016 (AB 110) per 30. September 2016 abbrach; weitere berufliche Massnahmen wies sie ab (vgl. AB 111).

Im Rahmen einer von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision im Januar 2019 (vgl. AB 122) machte der Versicherte eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend (AB 124/1). Die IVB holte medizinische Unterlagen ein, veranlasste eine erneute polydisziplinäre Begutachtung (Gutachten vom 12. August 2019: AB 175.1 [Konsensbeurteilung], AB 175.2-175.6) und stellte Ergänzungsfragen an die Gutachter (vgl. AB 176 f.). Gestützt darauf und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (vgl. AB 178, 180, 187) hob die IVB mit Verfügung vom 9. Januar 2020 (AB 189) die Rente bei einem Invaliditätsgrad von 26 % per Ende Februar 2020 auf (vgl. AB 191).

**B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ und dieser wiederum substituiert durch Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 30. Januar 2020 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Weiterausrichtung der bisherigen Invalidenrente, namentlich über den 29. Februar 2020 hinaus.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. März 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

**Erwägungen:**

**1.**

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 9. Januar 2020 (AB 189). Streitig und zu prüfen ist die Aufhebung der mit Verfügung vom 6. Juli 2016 (AB 97) zugesprochenen Rente und in diesem Zusammenhang insbesondere das Vorliegen eines medizinischen Revisionsgrundes.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 GSOG).

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

## **2.**

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

**2.2** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem 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 das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener

Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**2.4** 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).

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

**2.4.3** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

**2.4.4** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

### **3.**

**3.1** Zu vergleichen (zur zeitlichen Vergleichsbasis siehe E. 2.4.3 hier- vor) ist der Sachverhalt, wie er der leistungszusprechenden Verfügung vom 6. Juli 2016 (AB 97) zugrunde lag, mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 9. Januar 2020 (AB 189) entwickelt hat.

**3.2** Mit Verfügung vom 6. Juli 2016 (AB 97) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 50 % mit Wirkung ab 1. März 2014 eine halbe Rente zu. Dabei ging sie von einer medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit aus (AB 97/6 f.). Zum damaligen Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.2.1** Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS E.\_\_\_\_\_ vom 24. August 2015 (AB 64.1) stellten die Dres. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Endokrinologie-Diabetologie, und J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 64.1/72):

Komplexes multilokuläres Schmerzsyndrom (ES 2012)

- Multifaktorielle Cephalaea
  - Spannungskopfschmerz
  - intermittierende migräniforme Begleiterscheinungen
  - V.a. Medikamenten-Übergebrauchs-Kopfschmerz (MÜKS)
  - generalisierte kraniale leichte Hyperostose (fraglicher Stellenwert)

- Nacken-Schulter-Schmerz
  - myofasiales Schmerzsyndrom
  - klinisch kein relevantes Cervicalsyndrom
  - kein cervicoradiculäres Reiz- und Ausfallsyndrom
  - V.a. Thoracic outlet-Syndrom links
- Lumbale Rückenschmerzen
  - bildmorphologisch mit:
    - relativer Spinalkanalstenose auf Höhe L4/5
    - Facettengelenkszyste L4/5 rechts mit möglicher Kompromittierung der Nervenwurzel L4 rechts
  - klinisch kein relevantes Lumbovertebralsyndrom
  - kein lumboradiculäres Reiz- und Ausfallsyndrom

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass in endokrinologischer, psychiatrischer und rheumatologischer Hinsicht keine massgebende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Auf dem neurologischen Gebiet ergebe sich demgegenüber zufolge der chronischen Kopfschmerzen seit Oktober 2013 eine partielle Leistungseinschränkung; dies im Sinne einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 60 % in der angestammten Tätigkeit als ... respektive von 50 % in einer angepassten Tätigkeit. Aufgrund des mutmasslichen Thoracic Outlet-Syndroms seien Arbeiten mit repetitiver bimanueller Belastung, insbesondere mit repetitiver Überkopfstellung der Arme zu vermeiden. Aufgrund des radiologischen Befunds der LWS sollten Arbeiten mit mittelschwerer und schwerer Trage- und Hebebelastung vermieden werden (vgl. AB 64.1/74-76).

**3.2.2** Nach einer diagnostischen Infiltration der LWS (L4 rechts) vom 3. September 2015 (vgl. dazu AB 69/2-6) unterzog sich der Beschwerdeführer am 6. Oktober 2015 einer Rückenoperation (mikrochirurgische Dekompression über eine Hemilaminektomie LWK 4 [kommend von LWK 3/4] mit Foraminotomie der L4 Wurzel rechts [AB 85/5 f.]). Postoperativ hätten sich die Schmerzen sowie die Allodynie am rechten Oberschenkel deutlich regredient gezeigt; die Hyposensibilität habe fortbestanden (AB 85/8).

Im Bericht des Spitals S. \_\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2015 (AB 85/3 f.) wurde festgehalten, subjektiv berichte der Beschwerdeführer über eine sehr gute postoperative Erholung. Die Rücken- sowie Beinschmerzen seien postoperativ komplett regredient gewesen und träten aktuell mit einem NRS von 1-2 nur sporadisch bei Belastung auf. Bei deutlicher postoperati-

ver Erholung seien weitere Kontrollen in der Poliklinik-Sprechstunde nicht mehr notwendig.

**3.2.3** In der ergänzenden Stellungnahme vom 4. Januar 2016 (AB 81) hielt der neurologische Teilgutachter Dr. med. G.\_\_\_\_\_ zusammengefasst fest, die 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei unter Berücksichtigung der gesamten Datenlage hinreichend plausibilisiert. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sei mit den neurologischen Faktoren nicht zwanglos begründbar. In der Einschätzung seien auch die partiellen Diskrepanzen berücksichtigt worden. Gestützt auf die Aktenlage und die erhobenen Befunde anlässlich der neurologischen Exploration und Untersuchung ergebe sich gleichwohl eine Datenlage, welche eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöge. Dies werde durch die noch vorhandenen Ressourcen und den im psychiatrischen Teilgutachten beschriebenen Tagesablauf nicht ausgeschlossen und stehe überdies im Einklang mit den Richtwerten der Leitlinie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft für die Begutachtung von idiopathischen und symptomatischen Kopfschmerzen. Weiter sei hinsichtlich der lumboischialgiformen Beschwerden zu erwähnen, dass bei fehlendem Korrelat einer Wurzelkompression L4 rechts, ohne Vorliegen eines relevanten Lumbovertebralsyndroms oder eines radikulären Reizsyndroms und mit Blick auf die diagnostischen Abklärungen des Spitals S.\_\_\_\_\_ zwischen August und September 2015 für eine neurochirurgische Entlastung nur eine relative Operationsindikation bestehe. Es sei ungewiss, inwieweit dadurch das beklagte komplexe Schmerzsyndrom beeinflusst werden könne.

**3.2.4** Die RAD-Ärztin med. pract. K.\_\_\_\_\_, Praktische Ärztin, hielt in der Stellungnahme vom 23. März 2016 (AB 88) unter Bezugnahme auf die stattgehabte neurochirurgische Operation vom 6. Oktober 2015 und den postoperativen Verlauf zusammenfassend fest, das im polydisziplinären Gutachten vom 24. August 2015 formulierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. AB 64.1/75 f.) sei weiterhin gültig, da bereits gemäss diesem mittelschwere und schwere Trage- und Hebeleistungen vermieden werden sollten. Zu ergänzen sei noch, dass bei Status nach Dekompressionsoperation Arbeiten mit Wechselbelastungen der Wirbelsäule verrichtet, das heisst Zwangshaltungen vermieden werden sollten.

**3.2.5** Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in der Stellungnahme vom 26. Mai 2016 (AB 94) zum Vorbescheid vom 5. April 2016 (AB 89) fest, dass es hinsichtlich der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit unbedingt eine berufliche Abklärungsmassnahme zur Validierung der möglichen Tätigkeiten brauche. Dies wäre auch im Sinne der Gutachter, welche eine Aktivierung des Beschwerdeführers zur Durchbrechung des seit Jahren bestehenden Teufelskreises der Inaktivität als unabdingbar beurteilt hätten. Ohne unterstützende Massnahmen der IV für eine berufliche Wiedereingliederung erscheine diese illusorisch.

**3.3** Zur Entwicklung des Gesundheitszustandes bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 9. Januar 2020 (AB 189) ist den Akten im Wesentlichen folgendes zu entnehmen:

**3.3.1** Im interdisziplinären Gutachten vom 12. August 2019 (AB 175.1 [Konsensbeurteilung], 175.2-175.6) stellten die Dres. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, MEDAS Q. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen (AB 175.1/10 Ziff. 4.2):

Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

1. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5/Z98.8)
  - anamnestisch kein Ansprechen auf CT-gesteuerte periradikuläre Infiltration L4 rechts am 03.09.2015 (Spital S. \_\_\_\_\_)
  - St.n. mikrochirurgischer Dekompression einer Fazettengelenkszyste LWK4/5 rechts über eine Hemilaminektomie LWK4 rechts mit Foraminotomie der Nervenwurzel L4 rechts am 06.10.2015 bei Fazettengelenkszyste mit Kompression der Nervenwurzel L4 rechts und Radikulopathie bei relativer Spinalkanalstenose (Neurochirurgie Spital S. \_\_\_\_\_)
  - anamnestisch kein Ansprechen auf CT-gesteuerte epidurale Infiltration LWK3/4 vom 08.08.2018 (Spital S. \_\_\_\_\_)
  - radiologisch mehrsegmentale Degeneration der LWS mit gegenüber dem präoperativen Zustand grössenstationärer Fazettengelenkszyste LWK4/5 (MRI 11.09.2015 und 19.06.2018, CT 08.08.2018)
  - klinisch kein höhergradiges funktionelles Defizit
  - kein Hinweis für radikuläres Defizit
2. Metabolisches Syndrom (ICD-10 E88.9)

- Diabetes mellitus mit HbA1c-Wert von aktuell 9.7 % (Norm < 6.3 %) (ICD-10 E11.91)
- Adipositas per magna mit BMI von 47.5 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.02)
- Verdacht auf arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)
- Dyslipidämie (ICD-10 E78.2)
- Leberwerterhöhung unklarer Ätiologie, DD bei Steatosis hepatis (ICD-10 R74.8)
- unklare Leukozytose und CRP-Erhöhung (ICD-10 D72.8)

Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

1. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)
  - multifaktorielles Kopfschmerzsyndrom mit Spannungskopfschmerz und Medikamentenübergebrauchskomponente (ICD-10 G44.8)
2. Chronisches zerviko- und thorakovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2/M54.6)
  - radiologisch keine höhergradige Veränderung der HWS und BWS (MRI 13.03.2015)
3. St.n. Operation bei Karpaltunnelsyndrom rechts am 16.05.2013 und links am 20.06.2013 (Dr. T. \_\_\_\_\_) (ICD-10 Z98.8)
4. Verdacht auf Meralgia paraesthetica rechts (ICD-10 G57.1)
5. Präklinische Hypothyreose (ICD-10 E03.9)
6. Verdacht auf obstruktives Schlafapnoe-Syndrom anamnestisch (ICD-10 G47.31)

In der orthopädischen Untersuchung der Wirbelsäule habe sich die Beweglichkeit in sämtlichen Abschnitten nur wenig vermindert und an den Extremitäten weitgehend frei gezeigt. Radiologisch bestünden mehrsegmentale degenerative Veränderungen der LWS mittelgradiger Ausprägung sowie eine im Verlauf gegenüber dem präoperativen Zustand grössenstationäre Fazettengelenkszyste LWK 4/5 rechts, wobei hier keine radikuläre Affektion, sehr wohl aber eine tieflumbale Spinalkanalstenose dokumentiert worden sei. Zervikal und thorakal seien keine höhergradigen Veränderungen festgehalten worden. Es seien eine Arthrose der Iliosakralgelenke und das Fehlen höhergradiger Veränderungen an den Hüft- und Kniegelenken dokumentiert. Insgesamt liessen sich die vom Beschwerdeführer sehr diffus präsentierten Beschwerden durch die klinischen, radiologischen und infiltrativen Befunde keinesfalls klar begründen. Für körperlich mittelschwere und schwere sowie überwiegend stehend und gehend zu verrichtende Tätigkeiten einschliesslich der vormaligen Tätigkeit als ... bei D. \_\_\_\_\_ bestehe eine bleibende vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich sehr leichte bis leichte Tätigkeiten mit immer wieder auch sitzenden Anteilen bestehe hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 90 %, bei einem Ganztagespensum mit

um 10 % reduzierter Leistung zufolge vermehrten Pausenbedarfs. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg bis selten 10 kg und Zwangshaltungen sollten vermieden werden (AB 175.1/11 Ziff. 4.3). Auf dem neurologischen Gebiet hätten sich keine motorischen oder sensorischen Wurzelzeichen ergeben, die auf eine erneute radikuläre Problematik hinweisen würden. Bezüglich der Kopfschmerzen bestehe einerseits eine Spannungskopfschmerz-Komponente und andererseits sei von einem erheblichen Schmerzmittelübergebrauch auszugehen. Zusammenfassend hätten sich auf dem neurologischen Gebiet keine relevanten, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Erkrankungen ergeben (AB 175.1/11 Ziff. 4.3). In der psychiatrischen Untersuchung sei aufgefallen, dass das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend hätten objektiviert werden können. Es müsse eine psychische Überlagerung im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung angenommen werden. Anderweitige psychiatrische Diagnosen hätten nicht gestellt werden können und aus psychiatrischer Sicht bestehe eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit (AB 175.1/11 Ziff. 4.3). Aufgrund der allgemeininternistischen Untersuchung werde neu die Diagnose Diabetes mellitus im Rahmen eines metabolischen Syndroms mit einer massiven Adipositas gestellt. Dieser entgleiste Diabetes führe zu einer Leistungseinschränkung von 20 %, welche zur orthopädisch begründeten 10%igen Leistungseinschränkung zu addieren sei, da sie sich auf die gesamte Arbeitszeit beziehe und nicht durch vermehrte Pausen zu beheben sei (AB 175.1/11 f. Ziff. 4.3).

Interdisziplinär seien dem Beschwerdeführer sowohl die bisherige Tätigkeit wie auch andere körperlich mittelschwer und schwer belastende, überwiegend gehend oder stehend zu verrichtende Tätigkeiten dauerhaft nicht mehr zumutbar. Von dieser vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei spätestens seit Jahren auszugehen (AB 175.1/12 Ziff. 4.6). In einer angepassten, das heisst körperlich nur leichten Tätigkeit mit immer wieder sitzenden Anteilen und unter Vermeidung von wiederholtem Heben und Tragen von Lasten über 5 kg bis selten 10 kg und der Einnahme von Zwangshaltungen, bestehe eine Arbeitsfähigkeit während acht Stunden pro Tag mit einer Leistungseinschränkung aufgrund vermehrten

Pausenbedarfs und des Diabetes mellitus von 30 %, entsprechend einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %. Diese Einschätzung gelte ab Mai 2019. Perioperative schmerzbedingte Einschränkungen, welche bei der Verfügung von 2016 relevant gewesen seien, lägen nicht mehr vor. Die aktuelle internistische Einschränkung sollte nur vorübergehend bis zur Einstellung des entgleisten Diabetes vorhanden sein; dann sei eine Arbeitsfähigkeit von 90 % anzunehmen (AB 175.1/12 f. Ziff. 4.7).

**3.3.2** In der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 23. September 2019 (AB 177) führten die Dres. med. M. \_\_\_\_\_ und P. \_\_\_\_\_ aus, das polydisziplinäre Vorgutachten von September (recte: August [AB 64.1/1]) 2015 sei relativ kurz vor der Dekompressionsoperation im Oktober 2015 erstellt worden. Mit dieser Operation sei eine präoperativ exazerbierte, gemäss dem Spital S. \_\_\_\_\_ radikuläre, Reizsymptomatik behandelt worden. In diesem Sinne sei verständlich, dass der präoperativ schlechte Zustand sich in der [Einschätzung der] Arbeitsfähigkeit der Vorgutachter niedergeschlagen habe. Postoperativ habe erreicht werden können, dass kein radikuläres Syndrom mehr vorliege; es sei postoperativ eine Besserung bis heute zu bestätigen, welche sich nach mehrmonatigen postoperativen Adaptationsprozessen auf den heutigen Zustand eingependelt habe. Mangels valider Berichte seit der letzten Verfügung von 2016 sei im Gutachten die objektivierbare Verbesserung auf den Untersuchungszeitpunkt von Mai 2019 festgelegt worden; eine weitere Rückdatierung sei nicht möglich gewesen.

### **3.4**

**3.4.1** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern

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

**3.4.2** 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 Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

**3.4.3** Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Dif-

ferenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 41 E. 4.2.2).

### **3.5**

**3.5.1** Die Beschwerdeführerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 9. Januar 2020 (AB 189) im Wesentlichen auf das interdisziplinäre Gutachten vom 12. August 2019 (AB 175.1) sowie die gutachterliche Stellungnahme vom 23. September 2019 (AB 177). Sowohl das Gutachten als auch die ergänzenden gutachterlichen Ausführungen erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen an eine versicherungsmedizinische Expertise (vgl. E. 3.4 hiervor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf haben die Gutachter die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet sowie überzeugend dargestellt. Sie setzten sich zudem vertieft mit der Frage einer revisionsrechtlich relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes im massgebenden Betrachtungszeitraum (vgl. E. 3.4.3 hiervor) auseinander (vgl. AB 175.1/13 Ziff. 4.7.5, 175.3/10 ff., 177) und begründeten deren Vorliegen nachvollziehbar und überzeugend (vgl. dazu E. 3.5.2 hiernach).

**3.5.2** Zum streitigen Vorliegen einer revisionsrechtlich relevanten Veränderung des medizinischen Sachverhaltes ist festzustellen, dass der neurologische Vorgutachter Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im Gutachten der MEDAS R. \_\_\_\_\_ vom 24. August 2015 (AB 64.1) die von ihm attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit mit einem multilokulären Schmerzsyndrom und dabei im Wesentlichen mit multifaktoriellen Kopfschmerzen begründete (vgl. AB 64.1/72 Ziff. III/1 und 73). An dieser Einschätzung hielt Dr. med.

G.\_\_\_\_\_ auf gezielte Nachfrage der Beschwerdegegnerin (vgl. AB 72) mit Stellungnahme vom 4. Januar 2016 (AB 81) – unter zusätzlicher Bezugnahme auf die weiterführenden neurochirurgischen Abklärungen des Spitals S.\_\_\_\_\_ zwischen dem 12. August und dem 15. September 2015 (vgl. AB 81/5 f.) – ausdrücklich fest. Dabei gilt es zu beachten, dass Dr. med. G.\_\_\_\_\_ lediglich den Gesundheitszustand vor der am 6. Oktober 2015 erfolgten Dekompressionsoperation an LWK 4 (AB 175.3/7; vgl. dazu AB 85/5 f.) bzw. bei noch nicht definitiv abgeschlossener Rekonvaleszenz beurteilte. Die entsprechenden Unterlagen zur Operation gingen bei der Beschwerdegegnerin erst am 22. Januar 2016 ein (vgl. AB 85/2 Eingangsstempel). Die Rückfrage der Beschwerdegegnerin (AB 72) und die ergänzende Stellungnahme von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 4. Januar 2016 (AB 81) erfolgten offensichtlich in Unkenntnis der zwischenzeitlich erfolgten Operation und des Operationsergebnisses. Diese gutachterliche Nachbeurteilung des medizinischen Sachverhaltes bzw. des Gesundheitszustandes entbehrt damit einer vollständigen Auseinandersetzung mit den zwischen der Begutachtung im August 2015 (vgl. AB 64.1/42) und der Verfügung vom 6. Juli 2016 (AB 97) eingetretenen Veränderungen.

Dazu kommt, dass die Rekonvaleszenz nach Operationen wie der vorliegenden mehrere Monate beträgt und von einem entsprechenden langen postoperativen Adaptationsprozess begleitet wird (vgl. AB 177), weshalb eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes respektive der funktionellen Leistungsfähigkeit im Januar 2016 zweifellos noch nicht möglich war bzw. das Ergebnis der Operation mitsamt der langen Adaptation beim zur Inaktivität neigenden Beschwerdeführer vorliegend erst nach der Verfügung vom 6. Juli 2016 (AB 97) rentenwirksam wurde (vgl. Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Daran ändert nichts, dass die behandelnden Ärzte im Bericht vom 8. Dezember 2015 (AB 85/3 f.) – bei einem ersten guten Behandlungsverlauf – vorderhand bei sich keine weiteren Kontrollen mehr vorsahen. Ebenso zu keinem anderen Schluss führt die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 23. März 2016 (AB 88), welche zwar in Kenntnis der Operation war, sich jedoch nur auf die medizinische Berichtslage bis zum 8. Dezember 2015 stützte und damit ebenfalls auf eine Situation mit nicht abgeschlossener postoperativer Rekonvaleszenz. Dazu

kommt, dass sich die RAD-Ärztin in ihrem äusserst kurzen Bericht nur zum Zumutbarkeitsprofil, jedoch nicht zur zeitlichen Arbeitsfähigkeit in quantitativer und qualitativer Hinsicht äusserte, obschon diese Frage nach der damals noch nicht vollständig abgeschlossenen Rekonvaleszenz später erneut zu stellen gewesen wäre.

Schliesslich ist festzustellen, dass selbst der behandelnde Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ unter Bezugnahme auf das Gutachten der MEDAS R. \_\_\_\_\_ vom 24. August 2015 (AB 64.1) und den Vorbescheid vom 5. April 2016 (AB 89) in seiner Stellungnahme vom 26. Mai 2016 (AB 94) den Beschwerdeführer als in einem Teufelskreis der Inaktivität gefangen beschrieb und eine Aufbrechung desselben durch berufliche Abklärungsmassnahmen zur Validierung der möglichen Tätigkeiten empfahl. Damit hat der Behandler letztlich das Eingliederungspotential, welches im Rahmen des Gutachtens der MEDAS Q. \_\_\_\_\_ vom 12. August 2019 (vgl. AB 175.1/12 f. Ziff. 4.7) als nunmehr manifeste Verbesserung der Leistungsfähigkeit erkannt wurde, beschrieben. Die empfohlenen beruflichen Massnahmen wurden nach der Referenzverfügung vom 6. Juli 2016 (AB 97) begonnen, mussten jedoch nach einer kurzen Abklärungsdauer von bloss 28 Stunden innerhalb von dreieinhalb Wochen abgebrochen werden, weil der Beschwerdeführer wiederholt massive somatische Beschwerden angab und sich als nicht arbeits- bzw. massnahmefähig erachtete (vgl. AB 112/1 f.). Ob die geklagten Beschwerden damals tatsächlich noch (ganz oder teilweise) innerhalb der Rekonvaleszenz somatisch begründet waren, kann und braucht hier nicht abschliessend geklärt zu werden.

Im Unterschied zur medizinischen Situation bei Erlass der Referenzverfügung vom 6. Juli 2016 (AB 97) lassen sich gemäss dem Gutachten der MEDAS Q. \_\_\_\_\_ vom 12. August 2019 (vgl. AB 175.1/13 Ziff. 4.7.5) auf jeden Fall seit Mai 2019 keine entsprechenden Einschränkungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr nachweisen; der postoperative Adaptationsprozess ist mithin zwischenzeitlich vollständig abgeschlossen. Hierzu legten der orthopädische und der internistische Experte in der ergänzenden Stellungnahme vom 23. September 2019 (AB 177) schlüssig begründet dar, dass der genaue Zeitpunkt der eingetretenen Verbesserung

mangels valider Berichte seit der Verfügung vom 6. Juli 2016 (AB 97) nicht exakt bestimmt und daher erst ab der gutachterlichen Untersuchung im Mai 2019 hinreichend objektiviert werden kann. Unter diesen Umständen hat sich der somatische Gesundheitszustand zwischen dem Erlass der Verfügung vom 6. Juli 2016 (AB 97) und der Begutachtung im Mai 2019 (vgl. 175.1/5 Ziff. 1.3) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verändert, womit ein Revisionsgrund (vgl. E. 2.4.1 hiervor) besteht. Der Rentenanspruch ist daher allseitig neu zu prüfen (vgl. E. 2.4.4 hiervor).

**3.5.3** Soweit der Beschwerdeführer sinngemäss die vom neurologischen Vorgutachten (vgl. dazu AB 64.1/72 Ziff. III/1. und 73) abweichende diagnostische Beurteilung des neurologischen Experten Dr. med. N. \_\_\_\_\_ (AB 175.4/5 f. Ziff. 7.1) kritisiert (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. IV/2), kann ihm nicht gefolgt werden. Das aktuelle neurologische Teilgutachten kann nicht bereits deshalb verworfen werden, weil es zu einer abweichenden diagnostischen Beurteilung der geklagten Beschwerden gelangt. Invalidenversicherungsrechtlich kommt es zudem regelmässig nicht auf die (genaue) Diagnose an, sondern darauf, welche Auswirkungen eine Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit hat (statt vieler: Entscheid des BGer vom 28. Mai 2019, 9C\_867/2018, E. 5.2.1). Diese sind vom Experten entsprechend zu plausibilisieren (BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297). Gemäss diesen Grundsätzen legte Dr. med. N. \_\_\_\_\_, namentlich gestützt auf die inzwischen weitgehend unauffälligen objektivierbaren neurologischen Befunde sowie in differenzierender Würdigung der Kopfschmerzenproblematik (vgl. AB 175.1/11 Ziff. 4.3; 175.4/5 f. Ziff. 7.1), überzeugend begründet und in Auseinandersetzung mit der gutachterlichen Einschätzung von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ dar, dass insgesamt auf dem neurologischen Fachgebiet keine massgebende Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit mehr objektiviert respektive plausibilisiert werden können (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2). Die motorischen, sensomotorischen und kognitiven Fähigkeiten beschrieb er nun als uneingeschränkt erhalten (AB 175.4/7 Ziff. 8). Aufgrund dessen ist die von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ auf dem neurologischen Fachgebiet attestierte, grundsätzlich in keinem relevanten Ausmass eingeschränkte Arbeitsfähigkeit (vgl. AB 175.1/11 Ziff. 4.3) gut nachvollziehbar.

**3.5.4** In internistischer Hinsicht beschrieb Dr. med. M.\_\_\_\_\_ einen dekompensierten Diabetes mellitus (HbA1c-Wert: 9.7 %; Glukosewert: 13.6mol/l) bei einer massiven Adipositas (BMI: 47.5 kg/m<sup>2</sup>) und leitete daraus eine vorübergehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % ab (AB 175.2/6 ff. Ziff. 7.2-7.4 und 8.3.1). Dazu ist zunächst anzumerken, dass Adipositas und Diabetes nach der Rechtsprechung grundsätzlich keine Invalidität zu begründen vermögen (Entscheid des BGer vom 13. August 2015, 8C\_903/2014, E. 4.3 mit Hinweisen). Der Diabetes lässt sich zudem gemäss gutachterlicher Einschätzung innerhalb von drei Monaten erfolgreich behandeln (AB 175.2/9 Ziff. 8.5/4.), sodass insgesamt fraglich ist, inwieweit die auf dem internistischen Fachgebiet attestierte vorübergehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht überhaupt zu berücksichtigen ist. Dies kann jedoch insoweit offen bleiben, als der Mitberücksichtigung dieser Einschränkungen keine anspruchsrelevante Bedeutung zukommt, wie nachfolgend aufgezeigt wird (vgl. E. 4 hiernach).

**3.5.5** Im psychiatrischen Teilgutachten wurde eine Schmerzverarbeitungsstörung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. O.\_\_\_\_\_ attestierte eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. AB 175.1/10 f. Ziff. 4.2 lit. b Ziff. 1 und Ziff. 4.3, 175.5/5 Ziff. 6.1 f., 175.5/7 Ziff. 8). Dies überzeugt. Angesichts der bereits auf medizinischer Ebene schlüssigen und überzeugenden Verneinung einer massgeblichen psychischen Störung und damit unlimitierten Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht erübrigt sich ein gerichtliches strukturiertes Beweisverfahren (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 369).

**3.6** Dem Voranstehenden zufolge bilden das interdisziplinäre Gutachten vom 12. August 2019 (AB 175.1) sowie die ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 23. September 2019 (AB 177) eine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung des anspruchsrelevanten medizinischen Sachverhalts, weshalb auf die gutachterlichen Einschätzungen abzustellen ist. Der Beschwerdeführer ist demnach spätestens seit der gutachterlichen Untersuchung im Mai 2019 in einer dem somatischen Zumutbarkeitsprofil angepassten, körperlich leichten Tätigkeit bei einer uneingeschränkten zeitlichen

Präsenz und einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von höchstens 30 % zufolge vermehrten Pausenbedarfs (vgl. dazu E. 3.5.4 hiervor), das heisst gesamthaft mindestens zu 70 %, arbeits- und leistungsfähig (AB 175.1/13 f. Ziff. 4.7, 177). Der medizinische Sachverhalt ist vor diesem Hintergrund hinreichend abgeklärt.

#### 4.

Hinsichtlich der erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitsschadens ermittelte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 9. Januar 2020 (AB 189) – ausgehend von der spätestens ab Mai 2019 objektivierbaren Verbesserung des Gesundheitszustands (vgl. AB 177) – in Anwendung der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (vgl. E. 2.3 hiervor) per August 2019 (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 26 % (AB 189/2). Dabei stützte sie sich für das Valideneinkommen auf das zuletzt als ... erzielte Erwerbseinkommen gemäss den Angaben der vormaligen Arbeitgeberin (vgl. dazu AB 48) und indexierte dieses branchenspezifisch auf das Jahr 2019 (AB 189/2). Für das Invalideneinkommen stellte sie infolge fehlender Verwertung der medizinisch-theoretisch zumutbaren Restarbeitsfähigkeit (vgl. BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3 ) von mindestens 70 % (vgl. E. 3.6 hiervor) auf den diesfalls praxismässig anwendbaren Totalwert der allgemeinen Tabelle TA1 für Männer der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE; vgl. Entscheid des BGer vom 15. Juli 2020, 8C\_111/2020, E. 7.3.1) im Kompetenzniveau 1 ab; indexiert auf das Jahr 2019 sowie angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit (vgl. dazu BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 76). Zusätzlich berücksichtigte sie beim Invalideneinkommen einen leidensbedingten Abzug (vgl. dazu BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481) von 10 % aufgrund der gesundheitsbedingten Einschränkung der möglichen Tätigkeitsbereiche (vgl. AB 189/2). Ob die Vornahme eines Abzugs vom Tabellenlohn zu Recht erfolgte, kann insoweit offengelassen werden, als selbst bei einem maximal möglichen Abzug von 25 % kein Rentenanspruch mehr resultieren würde. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist nicht zu beanstanden, gibt zu keinen Weiterungen Anlass und wird denn auch zu Recht nicht gerügt.

**5.**

Nach dem Dargelegten ist die rentenaufhebende Verfügung vom 9. Januar 2020 (AB 189) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

**6.**

**6.1** Gemäss aArt. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) 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.

**6.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteienschädigung.

**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 Parteienschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.