

200 18 617 IV
FUR/ISD/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. November 2019

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Isliker

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 31. Juli 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1965 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist gelernter ... und bezog aufgrund der Folgen eines Skiselbstunfalls vom 31. März 1994 mit HWS-Distorsion, persistierendem cervicovertebralem Schmerzsyndrom und medianer, fokaler Diskushernie C3/4 mit leichter Kompression des Duralsackes (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 52.1/218) ab dem 1. April 1995 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Rente der Invalidenversicherung (IV; AB 52.1/50). Der unveränderte Rentenspruch wurde revisionsweise mehrfach bestätigt (AB 18, 34, 51.1/1 ff.), zuletzt mit Mitteilung vom 18. April 2011 (AB 57).

Im Rahmen einer im Januar 2013 von Amtes wegen eingeleiteten Revision liess die IVB den Versicherten polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 18. Dezember 2015 [AB 103.1]) und stellte mit Verfügung vom 18. Mai 2016 (AB 109) – nach Aufforderung zur Mitwirkung und vorgängig durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 106 f.) – infolge Verletzung der Mitwirkungspflicht die Rente mit sofortiger Wirkung ein. Nachdem der Versicherte am 13. Januar 2017 (Posteingang [AB 115.1/1]) seiner Mitwirkungspflicht nachgekommen war, traf die IVB weitere Abklärungen und richtete die bisherige halbe Rente mit Verfügung vom 30. März 2017 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 wieder aus (AB 127). Zwischenzeitlich hatte sich der Versicherte am 2. Februar 2017 einer operativen Revision der Spinalstenose C3/4 (vgl. AB 121/5 ff., 123/10 f.) unterzogen. Die IVB holte in der Folge weitere medizinische Unterlagen, eine diesbezügliche Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 6. April 2018 (AB 154) sowie einen Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende vom 6. April 2018 (AB 155/2 ff.) ein. Gestützt darauf erhöhte sie – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (vgl. AB 158, 165, 168, 170 f.) – mit Verfügung vom 31. Juli 2018 (AB 172) die Rente vorübergehend vom 1. März bis 30. September 2017 auf eine ganze Rente und hob die anschliessend ab dem 1. Oktober 2017 wieder ausgerichtete halbe Rente per 31. August 2018 auf.

B.

Die hiergegen vom Versicherten am 30. August 2018 (Postaufgabe) bei der IVB erhobene Einsprache wurde von letzterer mit Schreiben vom 6. September 2018 an das Verwaltungsgericht des Kantons Bern weitergeleitet.

Mit Schreiben vom 6. September 2018 forderte die Instruktionsrichterin den Versicherten auf, klarzustellen, ob er mit dem Schreiben vom 30. August 2018 die Anhebung eines gerichtlichen Beschwerdeverfahrens anstrebe.

Dies bejahte der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 17. September 2018 (Postaufgabe) und ersuchte gleichzeitig sowie – nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt B. _____ – erneut mit Eingabe vom 26. September 2018 um Ansetzung einer Nachfrist zur Beschwerdeergänzung. Eine entsprechende Fristerstreckung wurde von der Instruktionsrichterin am 28. September 2018 bzw. letztmals am 11. Oktober 2018 bewilligt.

Mit ergänzter Beschwerde vom 19. Oktober 2018 beantragte der Beschwerdeführer die kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. November 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 21. Januar 2019 reichte der Beschwerdeführer Schlussbemerkungen ein, wozu wiederum die Beschwerdegegnerin am 25. Februar 2019 Stellung nahm.

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 Angefochten ist die Verfügung vom 31. Juli 2018 (AB 172), mit welcher dem Beschwerdeführer zur bisherigen halben Rente für die Zeit vom 1. März bis 30. September 2017 eine ganze Rente und anschliessend vom 1. Oktober 2017 bis 31. August 2018 wiederum eine halbe Rente zugesprochen sowie für die Zeit danach ein Rentenanspruch verneint wurde. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch, wobei in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht hinsichtlich der abgestuften und befristeten Rentenzusprache ein Rechtsverhältnis vorliegt (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a), sodass der Rentenanspruch insgesamt, das heisst unter Miteinbezug der vom 1. März bis 30. September 2017 zugesprochenen befristeten ganzen Rente, zu prüfen ist.

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

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

2.

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

2.2 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.

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).

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu

schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2017 IV Nr. 70 S. 217 E. 2.2).

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

2.3 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).

2.3.1 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).

2.3.2 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343

E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

2.3.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.3.4 Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV). Dabei ist im Unterschied zu dem in Art. 88a Abs. 1 IVV geregelten Tatbestand der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit nicht verlangt, dass die Änderung, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat, voraussichtlich weiterhin andauern muss. Das gesetzliche Erfordernis einer auf Dauer gerichteten Änderung ist mit Ablauf der dreimonatigen Wartezeit grundsätzlich erfüllt (SVR 2017 IV Nr. 71 S. 220 E. 2.3.1).

2.3.5 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

3.

3.1 In revisionsrechtlicher Hinsicht fällt auf, dass im Rahmen der wiederholten Überprüfung des Rentenanspruchs von Amtes wegen – zuletzt mit Mitteilung vom 18. April 2011 (AB 57) – jeweils lediglich rudimentäre medizinische Abklärungen vorgenommen wurden. Ob diese den Anforderungen der Rechtsprechung an eine tatsächliche materielle Überprüfung des Leistungsanspruches (vgl. E. 2.3.2 hiervor) genügen, erscheint zwar fraglich (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. September 2018, 8C_395/2018, E. 5.2). Eine exakte Bestimmung des massgebenden Vergleichszeitpunktes zum der angefochtenen Verfügung vom 31. Juli 2018 (AB 172) seit Einleitung des Revisionsverfahrens im Januar 2013 zugrunde liegenden medizinischen Sachverhalt kann jedoch offen gelassen werden. Denn der Beschwerdeführer musste sich am 2. Februar 2017 (vgl. AB 123/10) einem chirurgischen Eingriff betreffend eine hochgradige Spinalkanalstenose C3/4 unterziehen. In diesem Zusammenhang bestand ab dem 12. Dezember 2016 (vgl. AB 149/13, 154/14 ff.) respektive nach stattgehabter Operation während einer längeren Rekonvaleszenz- und Rehabilitationsphase eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten (vgl. etwa AB 121/3, 123/3 Ziff. 1.3, 134/2 ff., 140). Die Beschwerdegegnerin erhöhte aus diesem Grund auch zwischen März und September 2017 den Rentenanspruch auf eine ganze IV-Rente (AB 172/5). Eine (zumindest vorübergehende) Veränderung des Gesundheitszustandes im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG im hier zu beurteilenden Zeitraum ist daher offenkundig erstellt, weshalb der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig neu zu prüfen ist (vgl. E. 2.3.3 hiervor).

In diesem Zusammenhang kommt der Kritik des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 2) an der Arbeitsfähigkeitsschätzung im MEDAS-Gutachten vom 18. Dezember 2015 (AB 103.1/73) zum zeitlichen Verlauf insoweit keine entscheidungswesentliche Bedeutung zu, als eine Anpassung des Ren-

tenanspruchs erst per März 2017 (vorübergehende Erhöhung) respektive mit Einstellung der IV-Rente per 31. August 2018 und damit – infolge fehlender Verletzung der Meldepflicht – lediglich pro futuro erfolgt (vgl. AB 172/2 und 5; Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV), weshalb eine frühere allfällig unterschiedliche Würdigung eines zu diesem Zeitpunkt noch unveränderten medizinischen Sachverhaltes (vgl. dazu 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) ohne Folgen bleibt. Insoweit ist nachfolgend auch nicht weiter zu prüfen, ob angesichts der gutachterlichen Befunde und Einschätzung ein Revisionsgrund aufgrund einer zwischenzeitlichen Anpassung bzw. Angewöhnung an die Behinderung anzunehmen ist (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f.; statt vieler: Entscheidung des BGer vom 18. September 2019, 8C_289/2019, E. 3.1).

3.2 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 31. Juli 2018 (AB 172) auf die Aktenbeurteilung von RAD-Arzt Dr. med. C._____, Facharzt für Arbeitsmedizin, vom 4. April 2018 (AB 154). Dieser fasste die medizinische Vorgeschichte seit dem Skiunfall vom 31. März 1994 einschliesslich des MEDAS-Gutachtens vom 18. Dezember 2015 (vgl. zu AB 103.1) sowie der im Nachgang dazu eingegangenen medizinischen Akten im Zusammenhang mit der operativen Versorgung vom 2. Februar 2017 (vgl. 123/10) zusammen (AB 154/5-16). Gestützt darauf diagnostizierte er mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom mit zervikaler Betonung und eine beginnende Coxarthrose beidseits bei Coxa valga (AB 154/17-20). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er eine chronische Periathropathie der linken Schulter, Polyarthralgien (Finger-, Hand-, Schulter-, Hüft- und Kniegelenke), ein Carpal-tunnelsyndrom beidseits, einen Diabetes mellitus Typ 1, Hypertonus, Hyperlipidämie, einen langjähriger Nikotinmissbrauch (40 py), eine Dysthymia, eine chronisch venöse Insuffizienz sowie eine Reflux-Ösophagitis bei Hiatushernie fest (AB 154/20-22).

Zur Arbeitsfähigkeit führte der RAD-Arzt Dr. med. C._____ aus, die behandelnde Hausärztin habe im Verlaufsbericht vom 6. Oktober 2017 (AB 141/1-5) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes attestiert und als neue Diagnose ein ‚opiatpflichtiges komplexes Schmerzsyndrom‘

sowie eine ‚depressive Episode bei multifaktorieller psychosozialer Belastungssituation‘ angegeben. Hierzu sei festzuhalten, dass eine seit circa Januar 2013 bestehende Stenose des Spinalkanals am 2. Februar 2017 operativ saniert worden sei. Die postoperativen bildgebenden und klinischen Untersuchungen hätten im März 2017 stabile Verhältnisse und tendenziell rückläufige Befunde gezeigt. Bei weiteren Untersuchungen im Juni 2017 seien keine neuen sensomotorischen Defizite beschrieben worden; die Symptomatik sei sehr diffus, mehr subjektiv vom Beschwerdeführer wahrgenommen. Erneute bildgebende Abklärungen hätten affirmativ sicher einen weiten Spinalkanal gezeigt. Gemäss dem hinzugezogenen Neurologen erinnere die vom Beschwerdeführer geschilderte generalisierte Schmerzsymptomatik mehr an eine muskulo-skelettale Symptomatik als eine neurologische. Die behandelnde Diabetologin beschreibe im Bericht vom 18. August 2017 (vgl. AB 141/9 f.) eine Abnahme des chronischen Schmerzzustandes. Gemäss der Einschätzung des behandelnden Rheumatologen könnten gemäss dessen Bericht vom 25. September 2017 (vgl. AB 141/6-8) die Schmerzen am Bewegungsapparat zwar einen mechanisch-degenerativen Ursprung haben, seien jedoch funktionell überlagert. Hinweise für ein entzündlich-rheumatisches Geschehen habe er gemäss dem Bericht vom 25. September 2017 nicht gefunden. Er äussere zudem den Verdacht auf eine chronische Schmerzkrankheit mit physischen und psychischen Anteilen. Weiter hielt der RAD-Arzt fest, eine depressive Episode bei multifaktorieller psychosozialer Belastungssituation sei keine länger andauernde bzw. dauerhafte funktionelle Einschränkung (AB 154/23 f.).

Nach dem MEDAS-Gutachten vom 18. Dezember 2015, welches keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes ausweise, sei der Beschwerdeführer am 2. Februar 2017 an der HWS operiert worden. Für den Zeitraum der Rekonvaleszenz von Februar bis Juni 2017 bestehe deshalb eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Ab Juli 2017 seien in keinem Befund neurologische Defizite beschrieben worden, die als funktionelle Einschränkungen gelten könnten. Als Folge der Operation bestehe durch die Fusion der Segmente C3/4 eine Einschränkung der Beweglichkeit der HWS, die im Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt werde. Gemäss dem MEDAS-Gutachten bestehe in einer wechselbelastenden, körperlich leichten Tätigkeit mit der Möglichkeit zur Einnahme von regelmässigen und auch

nach Bedarf längeren Pausen, wie ... Tätigkeiten oder ... etc. (entsprechend 20 % des Tätigkeitsbereichs als ...) bzw. einer sonstigen, dem körperlichen Leiden optimal angepassten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Aus aktueller RAD-ärztlicher Sicht sei wegen des Diabetes zusätzlich eine Leistungsminderung von 20 % des Pensums anzurechnen. Im MEDAS-Gutachten seien in den Bereichen Psychiatrie und Neuropsychologie keine signifikanten psychischen, geistigen oder objektive funktionelle Gesundheitsschäden dokumentiert. Insbesondere sei keine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden. Die vormals im MEDAS-Gutachten angenommene Restarbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... sei aufgrund der operativen Fixierung des HWS-Segments C3/4 im Februar 2017 nicht mehr zumutbar (S. 25 f.).

Seit dem MEDAS-Gutachten bestünden keine Hinweise für eine dokumentierte neue psychische oder geistige Problematik. Es werde keine formale psychiatrische Diagnose gestellt und der Beschwerdeführer sei nicht in einer spezialisierten psychiatrischen Behandlung. Rheumatologisch werde formal keine spezifische Schmerzkrankheitsdiagnose gestellt. Ebenso seien in den medizinischen Akten keine Kriterien für ein Fibromyalgie-Syndrom zu erkennen. Der behandelnde Rheumatologe habe weder anamnestisch, noch labormässig bzw. radiologisch die Diagnose einer entzündlichen Krankheit bestätigt. Mit den aktuell vorliegenden Befunden sei seit dem MEDAS-Gutachten bis auf die HWS-Operation vom 2. Februar 2017 und die vom behandelnden Rheumatologen diagnostizierte Coxarthrose keine Verschlechterung ausgewiesen. Seit Juli 2017 sei dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste, leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne ausschliessliche Steh- und Gehbelastung ganztätig mit einer Leistungsminderung von 20 % wegen des Diabetes und der Hüftgelenksarthrose zumutbar. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen, Rotation im Sitzen/Stehen und Gewichtbelastung, körperfernes Heben von Lasten, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten, das Besteigen von Leitern, repetitives Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung sowie repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der HWS und LWS. In Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise könnten Gewichte bis 10 kg gehoben und getragen werden. Vermieden werden sollten das Gehen auf unebenem Gelände, Besteigen von Leitern und

Gerüsten, häufiges Treppensteigen und Arbeiten bei Kälte, Nässe oder Zugluft. Dieses Zumutbarkeitsprofil gelte bis zur fachärztlich-neurologischen Operationsempfehlung vom 12. Dezember 2016 betreffend die Entlastungsoperation vom 2. Februar 2017 und nach der Kontrolluntersuchung der Klinik Sonnenhof vom 14. Juni 2017 wieder seit Juli 2017 (AB 154/26 f.).

An dieser Einschätzung hielt der RAD-Arzt Dr. med. C. _____ in seiner zusätzlichen Aktennotiz vom 10. Juli 2018 (AB 171) im Zusammenhang mit vom Beschwerdeführer beigebrachten kardiologischen Arztberichten unverändert fest.

3.3 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 medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverläss-

sigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.4

3.4.1 Die Aktenbeurteilung von RAD-Arzt Dr. med. C._____ vom 4. April 2018 (AB 154) sowie die ergänzende Stellungnahme vom 10. Juli 2018 (AB 171) erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer versicherungsinternen Aktenbeurteilung gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Aktenbeurteilung erfolgte in Kenntnis sowie einlässlicher Würdigung der fachärztlichen Vorakten (Anamnese). Dabei legte der RAD-Arzt Dr. med. C._____ die Entwicklung der gesundheitlichen Situation respektive deren Auswirkung auf das funktionelle Leistungsvermögen im zeitlichen Verlauf dar und gelangte zur nachvollziehbar begründeten Schlussfolgerung, dass im Nachgang zum umfassenden MEDAS-Gutachten vom 18. Dezember 2015 (AB 103.1) es im Zusammenhang mit der operativen Versorgung der HWS am 2. Februar 2017 zwischen der Operationsempfehlung vom 12. Dezember 2016 und dem Abschluss der Rekonvaleszenz per Ende Juni 2017 zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit einer gleichzeitigen vollständigen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten gekommen sei. Im Anschluss an die Rekonvaleszenz formulierte der RAD-Arzt Dr. med. C._____ – wiederum in einlässlicher Würdigung der echtzeitli-

chen, fachärztlichen Befunde – ein differenziertes und schlüssig begründetes Belastungsprofil in einer angepassten Tätigkeit (vgl. AB 154/25 ff.).

Dabei berücksichtigte er – entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung (vgl. Beschwerde S. 1 f.) – die im Nachgang zum MEDAS-Gutachten vom 18. Dezember 2015 (AB 103.1) erfolgte Verschlechterung des Gesundheitszustandes angemessen, indem er gestützt auf die einschlägigen fachärztlichen Befunde und Abklärungen nach der HWS-Operation vom 2. Februar 2017 eine vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit beschrieb. Ebenso wurden die nach der besagten Operation bestehenden funktionellen Einschränkungen von RAD-Arzt Dr. med. C. _____ im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils in einer angepassten Tätigkeit miteinbezogen. Demgegenüber sind die vorgebrachten subjektiven Schmerzen (Beschwerde S. 2) nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit der RAD-ärztlichen Beurteilung zu wecken. Denn anlässlich wiederholter eingehender postoperativer Verlaufsuntersuchungen wurde jeweils ein guter bzw. verbesserter Zustand beschrieben (AB 121/6, 134/2, 137/6) und insbesondere im Rahmen der Untersuchung vom 14. Juni 2017 (AB 140/3) konnten keine sensomotorischen Defizite oder Radiculopathien festgestellt werden. Vielmehr wurde die Symptomatik als sehr diffus und mehr subjektiv vom Beschwerdeführer wahrgenommen beschrieben. Gestützt auf aktuelle bildgebende Abklärungen wurden stabile Verhältnisse ohne Hinweise einer cervicalen Myelopathie bei gut dekomprimiertem Spinalkanal festgehalten (vgl. AB 141/14, 140/1 und 3). Eine entsprechende Objektivierung der subjektiv fortbestehenden Schmerzen durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde besteht vor diesem Hintergrund nicht (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281), weshalb die qualitative Berücksichtigung der Folgen der HWS-Operation im Zumutbarkeitsprofil auch in dieser Hinsicht nicht zu beanstanden ist.

3.4.2 Die anders lautenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit bzw. des Zumutbarkeitsprofils der behandelnden Hausärztin Dr. med. D. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, zuletzt mit Bericht vom 6. Oktober 2017 (AB 141/2-5), sind sodann nicht geeignet, von der RAD-ärztlichen Aktenbeurteilung abzuweichen. Denn sie beruhen im Wesentlichen auf den

subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, ohne dass hierzu eine sorgfältige Plausibilisierung (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296) der geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes erfolgt wäre. Unbesehen des Umstandes, dass die von Dr. med. D. _____ neu angeführte Diagnose eines opiatpflichtigen komplexen Schmerzsyndroms diagnostisch nicht anhand eines anerkannten Klassifikationssystems hergeleitet wurde (vgl. Entscheid des BGer vom 4. September 2017, 9C_289/2017, E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285; vgl. auch MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Art. 28a N. 226), lässt sich aus der blossen Verschreibung respektive Einnahme von (opiathaltigen) Analgetika keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ableiten. Sodann orientierte sich Dr. med. D. _____ mit Blick auf die fachfremd (vgl. zur Bedeutung der fachärztlichen Kompetenz: Entscheid des BGer vom 26. Januar 2010, 9C_736/2009, E. 2.1 mit Hinweisen) diagnostizierte depressive Episode bei multifaktorieller psychosoziale Belastungssituation augenscheinlich an einem rechtlich im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit nach Art. 6 ATSG nicht massgebenden sog. „biopsychosozialen“ Krankheitsmodell (BGE 143 V 418 E. 6 S. 426 f., 127 V 294 E. 5a S. 299; Entscheid des BGer vom 13. Februar 2019, 9C_813/2018, E. 4.3.1). Ebenso erfolgte keine nachvollziehbare Abgrenzung der festgehaltenen multifaktoriellen psychosozialen Belastungsfaktoren, weshalb die abweichende Einschätzung der behandelnden Hausärztin auch in dieser Hinsicht nicht geeignet ist, auch nur geringe Zweifel an der Aktenbeurteilung des RAD zu wecken. Überdies ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte u.a. in der Funktion als Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5. S. 470; 125 V 351 E. 3a/cc S. 353; vgl. statt vieler auch: Entscheid des BGer vom 20. April 2017, 8C_80/2017, E. 3.2) im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Nachdem in psychiatrischer Hinsicht weder eine fachärztlich hergeleitete Diagnose besteht noch eine entsprechende Therapie dokumentiert ist (vgl. AB 154/23 f.), ist der Verzicht der Beschwerdegegnerin auf diesbezüglich weiterführende Abklärungen sodann nicht zu beanstanden.

3.4.3 Der in der Beschwerde ferner erhobene Einwand, die fachärztlichen Qualifikationen von RAD-Arzt Dr. med. C. _____ seien unklar, weshalb seine Beurteilung generell zweifelhaft sei (Beschwerde S. 2), ist nicht geeignet, seiner Arbeitsfähigkeitseinschätzung die Beweiskraft abzuspochen. Ausweislich des eidgenössischen Medizinalberuferegisters erwarb Dr. med. C. _____ im Jahr 2011 den Facharztstitel „Arbeitsmedizin“, welcher in der Schweiz am 28. Oktober 2015 anerkannt wurde (abrufbar unter www.medregom.admin.ch). Bei den RAD-Ärzten gilt – wie auch bei den Gutachtern –, dass sie nicht zwingend eine FMH-Ausbildung absolviert haben müssen; eine entsprechende ausländische Fachausbildung genügt (Entscheid des BGer vom 18. April 2018, 9C_669/2018, E. 4.2.1 mit Hinweisen). Hinzu kommt, dass der RAD-Arzt, welcher keinen Untersuchungsbericht im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV erstellt, nicht über eine fachärztliche Ausbildung im in Frage stehenden Spezialgebiet verfügen muss (Urteile des BGer vom 6. September 2017, 8C_406/2017, E. 4.1, und vom 18. Januar 2017, 9C_643/2016, E. 4.3). Dr. med. C. _____ verfügt mit dem anerkannten in Deutschland erworbenen Facharztstitel in Arbeitsmedizin folglich ohne weiteres über die nötigen fachlichen Qualifikationen, um gestützt auf die dokumentierten fachärztlichen Abklärungen eine zusammenfassende arbeitsmedizinische Beurteilung abzugeben, wie er dies in der Aktenbeurteilung vom 4. April 2018 sowie der ergänzenden Stellungnahme vom 10. Juli 2018 (AB 171) getan hat. Von einer unklaren oder mangelnden fachlichen Qualifikation kann demnach keine Rede sein.

3.4.4 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, sein Gesundheitszustand habe sich in kardiologischer Hinsicht verschlechtert und verweist diesbezüglich auf zwei kardiologische Arztberichte vom 13. April bzw. 8. Juni 2018 (AB 170/3 ff.).

Gemäss dem Arztbericht vom 13. April 2018 (AB 170/3 f.) sei im Rahmen einer elektiven Koronarangiographie vom gleichen Tag eine hochgradige Stenose des Marginalastes des Beschwerdeführers erfolgreich erweitert und mittels Stent versorgt worden. Eine weitere knapp signifikante Stenose des mittleren RIVA solle in den nächsten neun Monaten behandelt werden. Der Beschwerdeführer wurde am Folgetag nach Hause entlassen; eine Arbeitsunfähigkeit oder eine Einschränkung des Zumutbarkeitsprofils wur-

den nicht attestiert. Im zweiten kardiologischen Arztbericht vom 8. Juni 2018 (AB 170/8) wurden keine Auffälligkeiten bei der Echokardiographie bei normal grossen Herzhöhlen, normaler LVEF und RVEF und ohne Klappenventrien beschrieben. Die Fahrrad-Ergometrie habe immerhin bis 140 Watt durchgeführt werden können und sei anschliessend aufgrund von Claudicatio-Beschwerden der Beine abgebrochen worden. Bis zu diesem Zeitpunkt seien keine (zunehmenden) pektanginösen Beschwerden und keine Ischämie-spezifischen Beschwerden aufgetreten, weshalb klar von muskulo-skeletalen thorakalen Beschwerden auszugehen sei. Eine Arbeitsunfähigkeit bzw. eine Limitation des Zumutbarkeitsprofils wurde wiederum nicht beschrieben. Aufgrund dieser Befunde ist eine (weitergehende) Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit respektive des ohnehin auf leichte, wechselbelastende Tätigkeiten und ohne ausschliessliche Steh- und Gehbelastung bezogenen Zumutbarkeitsprofils (vgl. AB 154/26) nicht ersichtlich (vgl. dazu auch die zutreffende Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. med. C. _____ vom 10. Juli 2018 [AB 171]).

Schliesslich datieren die weiter vom Beschwerdeführer beigebrachten medizinischen Unterlagen, namentlich zur am 8. August 2018 stattgehabten Operation (Beschwerdebeilage [BB] 4 f.) sowie zur ambulanten psychosomatischen Untersuchung vom 8. November 2018 (BB 6), nach dem durch die angefochtene Verfügung vom 31. Juli 2018 (AB 172) markierten verfahrensmässigen Endzeitpunkt (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140), weshalb sie vorliegend grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind. Immerhin ist darauf hinzuweisen, dass gemäss telefonischen Abklärungen von RAD-Arzt Dr. med. C. _____ vom 30. Oktober 2018 (ergänzte RAD-Beurteilung vom 1. November 2018 [Beilage zur Beschwerdeantwort; in den Gerichtsakten], S. 26 f.) gemäss dem behandelnden Kardiologen infolge der Operation eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von acht bis zehn Wochen mit anschliessend wieder vollständiger Arbeitsfähigkeit als ... und ... resultierte, was gemäss der plausiblen Einschätzung des RAD-Arztes zu keiner Anpassung des Zumutbarkeitsprofils führt. Soweit im Bericht des Spitals E. _____ vom 10. Dezember 2018 (BB 6) eine allfällige Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes im Nachgang zum negativen Rentenentscheid beschrieben wurde, ist das überdies als reaktive Störung zu werten, in welcher jedoch rechtsprechungsgemäss

keine invalidisierende psychische Beeinträchtigung erblickt werden könnte, ansonsten der gesetzliche Invaliditätsbegriff seine Konturen verlöre (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2013, 9C_799/2012, E. 2.5 mit Hinweis auf BGE 127 V 294). Zudem hat die Beschwerdegegnerin zutreffend darauf hingewiesen (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. C/3), dass die vorgebrachte Verschlechterung mit Blick auf Art. 88a Abs. 2 IVV ohnehin nicht in diesem Revisionsverfahren berücksichtigt werden könne.

3.5 Zusammenfassend stützten sich die RAD-Aktenbeurteilung vom 4. April 2018 (AB 154) bzw. die ergänzende Stellungnahme vom 10. Juli 2018 (AB 171) auf einen lückenlosen fachärztlichen Untersuchungsbefund, welcher ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und den aktuellen Zustand erlaubte, sodass der RAD-Arzt Dr. med. C._____ sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild der medizinischen Situation des Beschwerdeführers machen konnte (vgl. Entscheid des BGer vom 14. Oktober 2019, 9C_415/2019, E. 4.2.1). Unter diesen Umständen bestehen somit keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Vollständigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Abklärungen, weshalb auf die entsprechenden Schlussfolgerungen abgestellt werden kann. Der Beschwerdeführer war demnach zwischen dem 12. Dezember 2016 und dem 14. Juni 2017 (AB 154/26 f.) für jegliche Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig und anschliessend in einer angepassten Tätigkeit vollschichtig mit einer Leistungsminderung von 20 % arbeitsfähig (vgl. AB 154/26 f.). Der medizinische Sachverhalt ist vor diesem Hintergrund hinreichend abgeklärt, weshalb die Beschwerdegegnerin in zulässiger antizipierter Beweiswürdigung (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2) auf weitere Beweisvorkehrungen verzichten durfte.

4.

4.1 Hinsichtlich der erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitsschadens erklärte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 31. Juli 2018 (AB 172/5) den Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende vom 6. April 2018 (AB 155) zum integrierenden Bestandteil der

Verfügung. In diesem gelangte die Beschwerdegegnerin zum Schluss, aufgrund der vollständigen Arbeitsunfähigkeit zwischen dem 12. Dezember 2016 und dem 14. Juni 2017 bestehe vorübergehend ein Invaliditätsgrad von 100 %, was unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 2 IVV per 1. März 2017 einen Anspruch auf eine ganze Rente begründe (vgl. AB 155/5). Infolge der ausgewiesenen Verbesserung des Gesundheitszustandes nach der Rekonvaleszenz ermittelte sie sodann per 14. Juni 2017 einen fortan rentenausschliessenden (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG) Invaliditätsgrad von 31 %, weshalb sie die befristet erhöhte Invalidenrente per Ende September 2017 (Art. 88a Abs. 1 IVV) wieder auf die bereits zuvor ausgerichtete halbe Rente reduzierte. Die Aufhebung dieser halben Invalidenrente erfolgte sodann gestützt auf Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV pro futuro per 31. August 2018 (vgl. AB 172/2 und 5). Der Abklärungsbericht erfüllt die höchstrichterlichen Beweisanforderungen, zumal klar feststellbare Fehleinschätzungen der Abklärungsperson nicht vorliegen und ein gerichtlicher Ermessenseingriff deshalb von vornherein ausser Betracht fällt (vgl. BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63). Ebenso sind die Invaliditätsbemessung anhand der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (vgl. E. 2.2 hiervor) unter Berücksichtigung der vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die daraus resultierende befristete Rentenerhöhung, die im Rahmen des Einkommensvergleichs herangezogenen Vergleichseinkommen sowie der vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn beim Invalideneinkommen von 10 % (vgl. AB 155/5 f.) nicht zu beanstanden und geben zu keinen Weiterungen Anlass.

4.2 Zu ergänzen ist, dass die medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit vorliegend ohne weiteres auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist. Zwar bezog der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Rentenaufhebung per 31. August 2018 während mehr als 15 Jahren eine Rente, weshalb diese grundsätzlich nicht ohne vorgängige Prüfung von Eingliederungsmassnahmen einzustellen wäre (Entscheid des BGer vom 18. Juni 2019, 9C_105/2019, E. 2.2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 141 V 5 E. 4.2.1 S. 7). Das heisst, dass grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen sind, sofern nicht Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Selbsteingliederung objektiv dennoch möglich ist (Entscheid des BGer vom 29. August 2019, 8C_84/2019, E. 7.2.2; SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220,

9C_228/2010 E. 3.1.1 und 3.3). Der Beschwerdeführer ist seit Jahren als selbstständiger ... und ... in einem reduzierten Teilpensum tätig und hat diese Tätigkeit seinen Einschränkungen laufend angepasst (vgl. AB 155/4). Angesichts des offenen Zumutbarkeitsprofils (vgl. AB 154/26 f.) ist dem Beschwerdeführer eine (angepasste) Mitarbeit im eigenen Betrieb weiterhin möglich. Zudem hat nach dem Eintritt des Gesundheitsschadens offenkundig keine arbeitsmarktliche Desintegration stattgefunden, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht implizit auf die vorgängige Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen verzichtete. Dies wird vom Beschwerdeführer folglich zu Recht nicht beanstandet.

5.

Nach dem Dargelegten ist die im Rahmen der angefochtenen Verfügung vom 31. Juli 2018 (AB 172) vorgenommene vorübergehende Erhöhung sowie die später erfolgte Aufhebung der Invalidenrente nicht zu beanstanden. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

6.

6.1 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.

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 Parteientschädigung.

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):
 - Rechtsanwalt B. _____ 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.