

200 18 651 IV
SCJ/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 25. Januar 2019

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, c/o C. _____ AG
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. Juli 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1959 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 15. Januar 2004 aufgrund eines seit 1989 bestehenden Rückenleidens bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Die IVB nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (act. II 3 f., 6), insbesondere liess sie den Versicherten durch Dr. med. D._____, Fachärztin für Neurochirurgie, und Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, interdisziplinär begutachten (Expertisen vom 18. Juni 2004 [act. II 9] und 2. Juli 2004 [act. II 10]). Daraufhin sprach die IVB dem Versicherten mit Verfügung vom 11. August 2004 ab dem 1. Februar 2004 bei einem Invaliditätsgrad von 65 % eine Dreiviertelsrente zu (act. II 13).

B.

Am 11. August 2005 meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an bzw. stellte er ein Revisionsgesuch (act. II 15). Zur Begründung verwies er auf ein Rückenleiden, Herzbeschwerden, ein Schleudertrauma sowie psychische Beschwerden (act. II 15/6). Nach Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 19) lehnte die IVB mit Verfügung vom 4. Oktober 2005 die Erhöhung der bisherigen Dreiviertelsrente ab (act. II 20). Die dagegen erhobene Einsprache wies die IVB nach Einholung einer Stellungnahme des RAD mit Einspracheentscheid vom 15. Februar 2006 ab (act. II 21, 29 f.). Dieser Entscheid blieb unangefochten.

Am 26. Februar 2007 wurde eine Verfügung betreffend Wiederaufleben der Kinderrente infolge Ausbildung erlassen (act. II 36).

C.

Im Rahmen einer im Juni 2009 von Amtes eingeleiteten Revision gab der Versicherte am 10. Juni 2009 an, sein Gesundheitszustand habe sich seit einem Autounfall am 29. Juni 2007 verschlechtert (act. II 39). Die IVB nahm erneut erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (act. II 41, 43, 45) und liess den Versicherten wiederum neurochirurgisch-psychiatrisch durch die Dres. med. D._____ und E._____ interdisziplinär begutachten (Expertisen vom 24. und 25. März 2010 [act. II 54 f.]). Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD stellte die IVB mit Vorbescheid vom 27. April 2010 die Ablehnung der Rentenerhöhung in Aussicht (act. II 56 f.).

Nachdem sich der Versicherte am 16. Mai 2010 einer Diskushernienoperation unterzogen hatte (act. II 64, 66/2 f.), liess die IVB den Versicherten durch Dr. med. F._____, Fachärztin für Neurochirurgie, und Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, interdisziplinär begutachten (Expertisen vom 21. Mai und 12. August 2011 [act. II 78 f.] inklusive Beurteilung und Prognose aus interdisziplinärer Sicht [act. II 81]). Daraufhin stellte die IVB mit Vorbescheid vom 8. September 2011 die Herabsetzung der bisherigen Dreiviertelsrente auf eine halbe Rente mit Wirkung auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats in Aussicht (act. II 82).

Im Anschluss an eine weitere Diskushernienoperation am 2. August 2011 (act. II 88/4 f.) wurde eine interdisziplinäre neurochirurgisch-psychiatrische Folgebegutachtung durch die Dres. med. F._____ und G._____ durchgeführt (Gutachten vom 10. Dezember 2012 [act. II 113.1] und 16. April 2013 [act. II 118.1] inklusive Beurteilung und Prognose aus interdisziplinärer Sicht [act. II 119]).

Am 10. Juli 2013 wurde erneut eine Diskushernienoperation vorgenommen (act. II 120/19 f.), woraufhin die IVB eine polydisziplinäre Begutachtung durch das H._____ (MEDAS H._____) in den Fachgebieten Orthopädie/Traumatologie, Innere Medizin, Innere Medizin-Kardiologie, Neurologie und Psychiatrie veranlasste (Expertise vom 5. Februar 2015 inklusive Teilgutachten [act. II 152.1 - 152.6]).

Der Versicherte wurde sodann am 10. März 2015 und 10. Februar 2017 an der rechten Schulter operiert (Akten der IVB [act. IIa] 175/27 f., 203/9 - 11). Zwischen diesen beiden Operationen reichte der Versicherte am 2. November 2016 erneut eine Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung ein (act. IIa 186).

Mit Verfügungen vom 9. und 23. Juni 2017 wurde die Rentenleistung des Versicherten ab 1. Dezember 2016 neu festgesetzt, da auch seine Ehefrau eine Rentenleistung beanspruchen konnte (act. IIa 206, 209).

Zwecks Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten gab die IVB ein weiteres interdisziplinäres orthopädisch-psychiatrisches Gutachten beim I. _____ (MEDAS I. _____) in Auftrag. Die Expertise wurde am 12. Dezember 2017 erstattet (act. IIa 229.1); das psychiatrische Teilgutachten datiert vom 6. Oktober 2017 (act. IIa 230.1).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verfügte die IVB am 18. Juli 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 28 % die Aufhebung der bisherigen Dreiviertelsrente mit Wirkung auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats und entzog einer Beschwerde gegen diese Verfügung die aufschiebende Wirkung (act. IIa 240 f., 244).

D.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt und Notar Dr. iur. B. _____, am 11. September 2018 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die bisherige Rente weiterhin auszurichten. Eventualiter sei unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung eine polydisziplinäre Abklärung unter Berücksichtigung sämtlicher Beschwerden in Auftrag zu geben, woraufhin neu zu entscheiden sei. Für das vorliegende Verfahren sei die unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung zu gewähren, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Oktober 2018 beantragt die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde.

Der Beschwerdeführer zog mit Eingabe vom 16. November 2018 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung zurück.

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 18. Juli 2018 (act. IIa 244). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere, ob die seit Februar 2004 laufende Dreiviertelrente zu Recht mit Wirkung auf das Ende des der Verfügung folgenden Monats aufgehoben wurde.

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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (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 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).

2.5 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 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).

2.6 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).

2.7

2.7.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

2.7.2 Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2).

2.7.3 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 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

2.7.4 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).

2.7.5 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 über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [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).

2.7.6 Bei Versicherten, welche die Leistung weder unrechtmässig erwirkt noch die Meldepflicht verletzt haben, erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88^{bis} Abs. 2 IVV).

3.

3.1 Nach Auffassung der Beschwerdegegnerin ist als zeitliche Vergleichsbasis der Sachverhalt im Zeitpunkt der Verfügung vom 4. Oktober 2005 (act. II 20) mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung vom 18. Juli 2018 (act. Ila 244) zu berücksichtigen (vgl. act. Ila 179). In der Zwischenzeit wurde über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers nie rechtskräftig verfügt, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht erkannt hat.

Es kann letzten Endes offen bleiben, ob im Zusammenhang mit dem abgelehnten Gesuch um Rentenerhöhung von August 2005 (act. II 15) eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruchs tatsächlich stattgefunden hat (vgl. E. 2.7.4 hiervor), erfolgte doch der damalige Entscheid im Wesentlichen einzig gestützt auf zwei Aktenbeurteilungen des RAD-Arztes Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 1. September 2005 (act. II 19) und 9. Februar 2006 (act. II 29) sowie eines Berichtes der Rehaklinik K._____ vom 16. Januar 2006 (act. II 31). Abgesehen davon ist der massgebliche Vergleichszeitpunkt ohnehin derjenige des Einspracheentscheids vom 15. Februar 2006 (act. II 30). Auch wenn auf den Zeitpunkt des Erlasses der ursprünglichen Rentenverfügung vom 11. August 2004 (act. II 13) abgestellt würde, ergäbe sich nämlich kein anderes Ergebnis.

3.2 Somit ist zu prüfen, ob seit 15. Februar 2006 eine erhebliche Änderung des medizinischen Sachverhalts eingetreten ist mit der Folge, dass der Rentenanspruch frei geprüft werden kann (vgl. E. 2.7.3 hiervor). Diesbezüglich sind die folgenden medizinischen Akten von Relevanz:

3.3

3.3.1 Im neurochirurgischen Teilgutachten vom 18. Juni 2004 (act. II 9) führte Dr. med. D._____ die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (act. II 9/8):

- Lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit residueller Missempfindung linkes Bein
 - Status nach Microdiscectomie L3/4 links am 3. März 2003

- klinisch:
 - Fehlhaltung BWS/LWS (links konvexe Skoliose)
 - eingeschränkte Beweglichkeit LWS mit Muskelhartspann thorakolumbal links
 - Sensibilitätsstörung ganzes linkes Bein (nicht radikulär)
- radiologisch/neuroradiologisch:
 - Fehlhaltung der LWS (links konvexe Skoliose)
 - degenerative Veränderungen: leichtes Retroglissement LWK 3 ohne Makro-Instabilität, Osteochondrose L3 bis S1 und leichte Spondylarthrose, flache Discushernie L4/5 ohne Wurzelkompression.
- Psychisches Leiden.
Wird im Gutachten von Dr. med. E. _____ dargelegt.

3.3.2 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 2. Juli 2004 (act. II 10) führte Dr. med. E. _____ die folgenden Diagnosen auf (act. II 10/5):

- Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21). Beginnende Somatisierungsstörung (F45.0).
- Problematische familiäre, wirtschaftliche und ökonomische Situation (Z56/Z59/Z63).

3.3.3 In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, der Psychiater habe bei seiner Begutachtung eine Anpassungs- und Somatisierungsstörung festgestellt mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Aus neurochirurgischer Sicht müsse wegen der degenerativen Veränderungen bzw. dem Status nach Discushernienoperation L3/4 links eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % angenommen werden. Interdisziplinär liege unter Berücksichtigung beider Fachgebiete eine Restarbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit von 50 % vor, da sich die Auswirkungen der spezialärztlichen Befunde teilweise überlappen würden (act. II 9/13 und act. II 10/8).

3.4 In der Stellungnahme vom 9. Februar 2006 (act. II 29) hielt der RAD-Arzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, die vom Beschwerdeführer erklärte Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Einfluss auf die Restarbeitsfähigkeit seit dem Autounfall vom 22. April 2005 sei aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Wie im RAD-Bericht vom 1. September 2005 bereits festgehalten, habe es sich gemäss Unfallmeldung um Prellungen im Nackenbereich und Rücken gehandelt, in Klammer sei noch „evt. Schleudertrauma“ hinzugefügt worden.

Auf der Diagnosenliste der Rehaklinik K._____ figuriere dieses Leiden als chronisches Zervikalsyndrom mit begleitenden Spannungskopfschmerzen. Als Befund werde eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der HWS ohne weitere objektive Befunde erwähnt. Seit dem interdisziplinären Gutachten von Dr. med. D._____ (18. Juni 2004) und Dr. med. E._____ (2. Juli 2004) sei lediglich der Zustand nach Prellungen im Nackenbereich und Rücken respektive das chronische Zervikalsyndrom nach dem Autounfall vom 22. April 2005 neu. Aus medizinischer Sicht sei es nicht nachvollziehbar, dass die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit dadurch nochmals verschlechtert werde. Im Übrigen könne dem Austrittsbericht der Rehaklinik K._____ vom 16. Januar 2006 entnommen werden, dass der Beschwerdeführer die Beweglichkeit der HWS nach physikalischen Therapien gut habe verbessern können. Verbesserungen würden im Übrigen auch für die anderen Wirbelsäulenabschnitte geltend gemacht. Bei der depressiven Störung werde aktuell nur noch eine leichtgradige depressive Episode erwähnt. Abschliessend sei nochmals erwähnt, dass aus dem Bericht der Rehaklinik K._____ vom 16. Januar 2006 keine Verschlechterung hervorgehe, im Spitalverlauf sogar eher eine Verbesserung. Weitere Abklärungen seien nicht angezeigt.

3.5

3.5.1 Dr. med. D._____ gab im neurochirurgischen Teilgutachten vom 24. März 2010 (act. II 54) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an (act. II 54/13):

- Lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit radikulär/pseudoradikulärer Ausstrahlung Beine m./b.
 - Status nach Microdiscectomie L3/4 links 3. März 2003
 - neurologisch:
 - eingeschränkte Beweglichkeit der LWS mit Muskelhartspann links
 - kein sensomotorisches Defizit oder Nervendehnungsschmerz
 - radiologisch/neuroradiologisch:
 - degenerative Veränderungen L3 bis S1 mit Osteochondrose, Discushernie L5/S1 links ohne Wurzelkompression
- Zervikozepales Schmerzsyndrom m./b.
 - Status nach Deflexionstrauma HWS 22. April 2005 und 22. Juni 2007
 - neurologisch:
 - erheblich eingeschränkte Beweglichkeit HWS

- keine radikuläre Störung
- radiologisch/neuroradiologisch:
 - leichte Fehlhaltung
 - Discushernie C3/4 rechts mit leichter Wurzelkompression C4 rechts.
- Allfälliges psychisches Leiden.
Wird im Gutachten von Dr. med. B. E. _____ dargelegt.

3.5.2 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 25. März 2010 (act. II 55) führte Dr. med. E. _____ die folgenden Diagnosen auf (act. II 55/6):

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)
- Knapp leichtgradige depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (F33.0)
- Lange Phase von Arbeitsuntätigkeit (Z56)
- Familiäre Probleme (Z63)

3.5.3 In der interdisziplinären Beurteilung führten die Gutachter an (act. II 54/18 f. und act. II 55/10), anlässlich der psychiatrischen Begutachtung seien eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine leichtgradige depressive Episode festgestellt worden mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 bis 15 %. Aus neurochirurgischer Sicht liege wegen der degenerativen Veränderungen des zervikalen und lumbalen Wirbelsäulenabschnittes mit aktuell noch nicht kompressiv wirkenden Diskushernien eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine leichte Tätigkeit von knapp 50 % vor. Interdisziplinär habe sich die Arbeitsfähigkeit aus neurochirurgischer Sicht etwas verschlechtert, diejenige das psychische Leiden betreffend etwas verbessert, sodass interdisziplinär weiterhin von einer Restarbeitsfähigkeit für eine leichte Tätigkeit von 50 % ausgegangen werden könne, da sich die Auswirkungen der psychiatrischen und neurochirurgischen Befunde überlappen würden.

3.6

3.6.1 Im neurochirurgischen Teilgutachten vom 21. Mai 2011 (act. II 78) führte Dr. med. F. _____ die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (act. II 78/33):

Chronisches lumbales Schmerzsyndrom, lumboischialgieformes Schmerzsyndrom rechts, residuelle sensomotorische Ausfallssymptomatik S1 links mit/bei

- LWS-Fehlform/-haltung

- mehretageren degenerativen LWS-Veränderungen (mässiggradige Osteochondrose der gesamten LWS, leichtgradige Spondylarthrose)
- dorsomediane, rechtsseitig nach kaudal rezessal sequestrierte Rezidiv-DH L5/S1 mit Beeinträchtigung der Nervenwurzel S1 rechts, Kontakt zur Nervenwurzel S1 links.
- St. n. Mikrodisektomie L3/4 links 03/2003
- St. n. Mikrodisektomie L5/S1 links 05/2010

Chronisches zervikales, zervikozephales und zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts mit/bei

- HWS-Fehlhaltung
- mehretageren degenerativen HWS-Veränderungen (leichtgradige Osteochondrose, begleitende Spondylose, Unkovertebralarthrose, Spondylarthrose)
- flacher dorsomedianer rechts präforaminaler DH 03/4 mit möglicher Beeinträchtigung der Nervenwurzel C4 rechts.

3.6.2 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 12. August 2011 (act. II 79) hielt Dr. med. G. _____ zu den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest, es bestehe keine krankheitswertige psychische Störung (act. II 79/27).

3.6.3 In der interdisziplinären Beurteilung wurde festgehalten (act. II 81/3 f.), die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei auf Grund bestehender körperlicher Beeinträchtigungen qualitativ und quantitativ beeinträchtigt. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht bestünden keine geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen, die den Beschwerdeführer in der Arbeitsfähigkeit einschränken würden. Aus den Augen der aktuellen Begutachtung heraus könne in Zusammenschau der Vorgeschichte und der persönlichen Untersuchung keine eigenständige gravierende psychiatrische Erkrankung benannt werden. Eine eigenständige rezidivierende depressive Erkrankung, eine somatoforme Schmerzstörung seien nicht vorliegend. Eine eigentliche bisherige Tätigkeit könne nicht definiert werden. Der Beschwerdeführer sei seit 2003 bis anhin nicht mehr arbeitstätig gewesen. Sämtliche bisher ausgeübten Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer bleibend nicht mehr zumutbar. Ausgeschlossen seien weiter körperlich schwere und mehrheitlich körperlich mittelschwere Tätigkeiten, die HWS und LWS statisch belastende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der HWS und LWS, Tätigkeiten in Zwangshaltungen der HWS und LWS, insbesondere repetitive Überkopfarbeiten, vornüberge-

neigte Tätigkeiten, Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der HWS und LWS, Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10kg limitiert. Zumutbar seien Tätigkeiten ohne körperliche Belastung, körperlich leichte bis selten körperlich mittelschwere und konsequent wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 6 Stunden pro Tag bei dabei bestehender 10 % bis 20 % verminderter Leistungsfähigkeit. Dabei ergäben sich aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Anforderungen hinsichtlich eines besonderen Tätigkeits- und Arbeitsplatzprofils.

3.7

3.7.1 Im Rahmen der Folgebegutachtung führte Dr. med. F. _____ im neurochirurgischen Teilgutachten vom 10. Dezember 2012 (act. II 113.1) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (act. II 113.1/39):

Chronisches lumbales und lumboischialgieformes Schmerzsyndrom beidseits, aktuell rechtsbetont, residuelle sensomotorische Ausfallssymptomatik L5/S1 rechts, residuelle sensomotorische Ausfallssymptomatik L5/S1 links mit/bei

- LWS-Fehlform/-haltung
- degenerativen LWS-Veränderungen (z.T. erosive Osteochondrose der drei unteren lumbalen Etagen, leichtgradige Spondylarthrose, dorsomedianes Disc bulging L3/4 und L4/5)
- kleiner rechts mediolateraler nach kaudal rezessal luxierter Rest-/Rezidiv-DH L5/S1 mit leichtgradiger Kompression der Nervenwurzel S1 rechts
- St. n. Mikrodiskektomie L3/4 links 03/2003
- St. n. Mikrodiskektomie L5/S1 links 05/2010
- St. n. Mikrodiskektomie L5/S1 rechts 08/2011

Chronisches zervikales, zervikozephales und gelegentlich zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts mit/bei

- HWS- Fehlform/-haltung
- degenerativen HWS-Veränderungen (leichtgradige Osteochondrose, begleitende Spondylose, Unkovertebralarthrose, Spondylarthrose, flache dorsomediane DH C5/6 ohne Neurokompression, rechts mediolaterale DH C6/7 ohne Neurokompression)
- rechts mediolateraler bis präforaminal reichender DH C3/4 mit möglicher Beeinträchtigung der Nervenwurzel C4 rechts bei stenosiertem Foramen

3.7.2 Dr. med. G._____ hielt im Rahmen der Folgebegutachtung im psychiatrischen Teilgutachten vom 16. April 2013 (act. II 118.1) zu den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest, aktuell bestehe keine krankheitswertige psychische Störung (act. II 118.1/13).

3.7.3 In der interdisziplinären Beurteilung führten die Gutachter aus (act. II 119/3 f.), die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei auf Grund bestehender körperlicher Beeinträchtigungen qualitativ und quantitativ beeinträchtigt. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht bestünden keine geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen, die den Beschwerdeführer in der Arbeitsfähigkeit einschränken würden. An der Einschätzung des psychiatrischen Gutachtens von vor etwa anderthalb Jahren ergebe sich keine Veränderung, da keine nachvollziehbaren Hinweise auf das zwischenzeitige Auftreten einer klaren depressiven Störung oder einer anderweitigen primär psychiatrischen Erkrankung vorlägen und die aktuelle Untersuchung eindeutig kein derartiges depressives Syndrom nachgewiesen habe. Wiederum sei festzuhalten, dass eine eigentliche bisherige Tätigkeit nicht definiert werden könne. Sämtliche bisher ausgeübten Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer bleibend nicht mehr zumutbar. Ausgeschlossen seien weiter körperlich schwere und ständig sowie häufig/überwiegend körperlich mittelschwere Tätigkeiten, die LWS und HWS statisch belastende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der LWS und HWS, Tätigkeiten in Zwangshaltungen der LWS und HWS, insbesondere vornübergeneigte Tätigkeiten, repetitive Tätigkeiten über Kopf und über Schulterhöhe, Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS und HWS, Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10kg, repetitiv mit 5kg limitiert. Der Verschlechterung des Gesundheitszustandes Rechnung tragend, seien nunmehr nur noch Tätigkeiten ohne körperliche Belastung und körperlich leichte konsequent wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 4.5 Stunden pro Tag bei dabei 10 % bis maximal 20 % verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar. Dabei ergäben sich aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Anforderungen an ein besonderes Tätigkeits- oder Arbeitsplatzprofil.

3.8 Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS H. _____ vom 5. Februar 2015 mit Untersuchungen in den Fachgebieten Orthopädie/Traumatologie, Innere Medizin, Innere Medizin-Kardiologie, Neurologie und Psychiatrie (act. II 152.1 - 152.6) führten die Gutachter die folgenden Diagnosen (aus allen untersuchten Fachgebieten) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

1. Lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei
 - Anamnestisch Status nach vier operativen Diskus-Revisionen: 2003 mikrochirurgische Revision einer DH C3/4. 2010 mikrochirurgische Revision einer DH L5/S1. 2011 Rezidiv-OP L5/S1. Sodann am 10. Juli 2013 erneute praesakrale Rezidiv-OP und interkorporelle Fusion L5/S1.
 - Geringe Minderung der Ober- und Unterschenkelmuskulatur recht gegenüber links als residueller Befund einer früheren radikulär bedingten motorischen Beinschwäche rechts.
2. PHS der rechten Schulter mit/bei
 - MRT-gesicherter kompletter Ruptur der Supraspinatussehne und subtotalear Ruptur der Sehne des M. subscapularis
 - Operative Revision der rechten Schulter am 4. März 2015 in ... vorgesehen (Frau Dr. L. _____)

Die Gutachter gaben in der polydisziplinären Beurteilung an (act. II 152.1/47 - 49), die bisherige Tätigkeit als ... sei dauerhaft seit 2003 nicht mehr ausführbar. Die verbleibenden Funktionen und die körperliche Belastbarkeit seien vorwiegend orthopädisch beeinträchtigt. Ein Belastungsprofil stelle sich wie folgt dar: Diesem 56-jährigen Versicherten – zuletzt bis 2003 als ... berufstätig – seien nur noch körperlich leichte, wechselbelastende rückenadaptierte Tätigkeiten zumutbar. Die aktuell beschriebene Supraspinatussehnentendinopathie der rechten Schulter bedürfe einer operativen Revision (4. März 2015). Bis dahin seien nicht nur rückenbelastende, sondern auch die rechte Schulter belastende Arbeiten nicht zumutbar. Geeignet seien vorerst nur körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne Einsatz des dominanten rechten Armes. In derart körperlich schonenden Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit bei vollem Pensum (8.5 Stunden arbeitstäglich an fünf Arbeitstagen pro Woche) mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 %. Auch in optimal angepassten Tätigkeiten seien Rückenbeschwerden und Beschwerden der rechten Schulter nicht gänzlich vermeidbar. Diese minderten das Arbeitstempo und somit die Produktivität. Nach einer hypothetisch erfolgreichen Schulterrevision rechts

(OP 4. März 2015) und nach Abschluss der sich postoperativ anschliessenden Reha-Massnahmen sei ein weitestgehend uneingeschränkter Einsatz der rechten Schulter zirka acht bis zwölf Wochen postoperativ möglich. Neurologisch sowie internistisch, internistisch-kardiologisch und psychiatrisch seien gutachterlich keine zusätzlichen Beeinträchtigungen der körperlich-psychischen Belastbarkeit beschrieben worden.

3.9 Im orthopädisch-psychiatrischen Gutachten der MEDAS I. _____ vom 12. Dezember 2017 (act. IIa 229.1; inklusive psychiatrischem Teilgutachten vom 6. Dezember 2017; act. IIa 230.1) wurden im polydisziplinären Konsens die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. II 229.1/60):

- Cervicovertebralsyndrom bei Uncarthrose C3/4 mit möglicher Kompromittierung der Nervenwurzel C4 rechts
- Pseudolumboischialgie rechts bei Discusbulging L3/4 und L4/5 mit Spondylarthrose L4/5 ohne neurale Kompression, Status nach Spondylodese L5/S1 mit Käfigimplantation 07/2013, Mikrodiskektomie L5/S1 rechts 08/2011, erweiterter interlaminärer Fenestration und Sequestrektomie L5/S1 links 05/2010 sowie Mikrodiskektomie L3/4 links 03/2003
- Reruptur der Supraspinatussehne, partiell desinserierte Infraspinatus- und Subscapularissehne mit beginnender Muskelatrophie und Status nach arthroskopischer subacromialer Dekompression, Bicepssehnenentomie mit transossärer Naht der Supraspinatussehne 03/2015 und arthroskopischer Revision mit erneuter Rekonstruktion der Supraspinatussehne, Entfernung des alten Fadenmaterials mit Teilsynovektomie 02/2017 und Acromioclaviculargelenksarthrose rechts
- Chronische depressive Verstimmung (Dysthymie), ICD-Nr.: F34.1

Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit hielten die Gutachter fest (act. IIa 229.1/60 f.), aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, mit leichter Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Motivation, der Interessen und der Dauerbelastbarkeit betrage die Arbeitsfähigkeit seit 01/2017 bei voller Stundenpräsenz als ... 80 % (Arbeitsunfähigkeit 20 %). Ab 02/2017 bis 06/2017 habe im Rahmen der postoperativen Rehabilitation eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (Arbeitsunfähigkeit 100 %) gesamthaft bei voller Stundenpräsenz bestanden. Die Arbeitsfähigkeit als ... in einer ...firma, körperlich leicht und in temperierten Räumen, sitzend, ste-

hend und gehend, mit nicht selten inklinierten Körperhaltungen, betrage aufgrund der vorstehend unter Lemma eins bis drei aufgeführten Diagnosen seit 07/2017 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 50 % (Arbeitsunfähigkeit 50 %). Der vorangehende Zeitraum könne retrospektiv nicht beurteilt werden, da nicht klar sei, seit wann die Unkarthrose C3/4 mit möglicher Kompromittierung der Nervenwurzel C4 rechts sowie die ausgedehnte Reruptur der Supraspinatussehne rechts effektiv bestehe. Zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit hielten die Gutachter fest (act. II 229.1/61), Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung könnten seit dem psychiatrischen Gutachten 01/2015 zu 100 % (Arbeitsunfähigkeit 0 %) bei voller Stundenpräsenz zugemutet werden. Ab 02/2017 habe im Rahmen der postoperativen Rehabilitation auch für adaptierte Tätigkeiten eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit 0 %) gesamthaft bei voller Stundenpräsenz bestanden. Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, ohne Arbeiten über der Horizontalen, ohne repetitive Bewegungen der rechten Schulter, könnten seit 07/2017 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 90 % (Arbeitsunfähigkeit 10 %) zugemutet werden.

Auf die Frage, ob aus objektiv-medizinischer Sicht eine wesentliche Verschlechterung des psychischen und/oder somatischen Gesundheitszustandes seit dem 4. Oktober 2005 (letzte materielle Verfügung) ausgewiesen sei, hielten die Gutachter fest (act. IIa 229.1/62 f.), es liege kein ausführlicher somatischer Befund 10/2005 vor. Im Vergleich zum Gutachten 06/2004 bestehe insofern eine Änderung des Gesundheitszustandes, als dass mittlerweile drei weitere Lendenwirbelsäulenoperationen auf Höhe L5/S1 mit Spondylodese L5/S1 vorgenommen worden seien. Zudem liege eine Unkarthrose C3/4 mit möglicher Kompromittierung der Nervenwurzel C4 rechts vor und bei Status nach zweimaliger arthroskopischer Rotatorenmannschettenrekonstruktion bestehe eine Reruptur mit Retraktion der Supraspinatussehne sowie eine partiell desinserierte Infraspinatus- und Subscapularissehne mit beginnender Muskelatrophie rechts. Aus psychiatrischer Sicht sei seit dem 4. Oktober 2005 keine wesentliche Verschlechterung

rung des psychischen Gesundheitszustandes ausgewiesen. Es sei in einem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 2. Juli 2004 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion sowie beginnende Somatisierungsstörung diagnostiziert und eine 20 %-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen worden. Bei Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion handle es sich definitionsgemäss um eine leichte depressive Störung. Im Verlauf lasse sich beim Beschwerdeführer seit 2005 eine rezidivierende depressive Störung mit überwiegend leichten depressiven Episoden erheben, sodass keine wesentliche Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes eingetreten sei und damit sei weiterhin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine 80 %-ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum (Arbeitsunfähigkeit 20 %) anzunehmen, während bei angepasster Tätigkeit eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit vorliege.

4.

4.1 Die Zusprache einer Dreiviertelsrente vom 11. August 2004 (act. II 13) sowie deren Bestätigung mit Einspracheentscheid vom 15. Februar 2006 (act. II 30) beruhte in erster Linie auf dem bidisziplinären Gutachten der Dres. med. D. _____ vom 18. Juni 2004 (act. II 9) sowie E. _____ vom 2. Juli 2004 (act. II 10). Dr. med. D. _____ nahm aus neurochirurgischer Sicht wegen der degenerativen Veränderungen im Rücken bzw. dem Status nach Diskushernienoperation L3/4 vom 3. März 2003 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % an. Dr. med. E. _____ stellte seinerseits bei der psychiatrischen Begutachtung eine Anpassungs- und Somatisierungsstörung fest mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Interdisziplinär lag unter Berücksichtigung beider Fachgebiete für eine angepasste Tätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % vor (act. II 9/13 und act. II 10/8).

Die Beurteilung des RAD-Arzt Dr. med. J. _____ vom 9. Februar 2006 (act. II 29) überzeugt, dass im Vergleich zum Gutachten der Dres. med. D. _____ und E. _____ aus dem Jahr 2004 einzig ein Zustand nach Prellung im Nacken respektive ein chronisches Zervikalsyndrom nach Au-

tounfall vom 22. April 2005 vorliege und nicht ersichtlich sei, inwiefern sich die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit dadurch verschlechtert habe.

4.2 Die angefochtene Revisionsverfügung vom 18. Juli 2018 (act. IIa 244) beruht in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem orthopädisch-psychiatrischen Gutachten der MEDAS I. _____ vom 12. Dezember 2017 (act. IIa 229.1). Gemäss dem orthopädischen Gutachter konnte das Ausmass der subjektiven Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers mit den pathologischen Befunden nicht komplett plausibilisiert werden (act. IIa 229.1/13). Eine angepasste Tätigkeit könne ab Juli 2017 bei voller Stundenpräsenz zu 90 % ausgeübt werden (act. IIa 229.1/15). Im Vergleich zum Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 18. Juni 2004 bestehe insofern eine Änderung des Gesundheitszustandes, als dass mittlerweile drei Diskushernienoperationen sowie zwei Schulteroperationen durchgeführt worden seien (act. IIa 229.1/15 f.). Die von Dr. med. D. _____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 60 % sei nicht nachvollziehbar (act. IIa 229.1/13 f.). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte der psychiatrische Gutachter lediglich eine chronische depressive Verstimmung (Dysthymie) fest (act. IIa 229.1/41). Dagegen konnte er trotz multiplen körperlichen Beschwerden keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mehr diagnostizieren (act. IIa 229.1/43 und 45 f.). Je nach Intensität der Schmerzsymptomatik hätten in der Vergangenheit auch vorübergehend mittelgradige depressive Episoden vorgelegen (act. IIa 229.1/44). Aus psychiatrischer Sicht bestehe in einer leidensangepassten Tätigkeit mindestens seit der letzten gutachterlichen Untersuchung vom Januar 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (act. IIa 229.1/50).

4.3 Es ist fraglich, ob der somatische Gesundheitszustand im massgebenden Zeitraum (vgl. E. 3.1 hiavor) eine Verbesserung erfahren hat oder ob lediglich eine revisionsrechtlich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts vorliegt:

Fest steht, dass es im Bereich des Rückens ab 2010 offensichtlich zu einer Verschlechterung gekommen ist und in der Folge drei Diskushernienoperationen L5/S1 vom 16. Mai 2010 (act. II 66/2), 2. August 2011 (act. II 88/4) sowie 10. Juli 2013 (act. II 120/19) durchgeführt werden mussten. Hielt die

Gutachterin Dr. med. F. _____ am 21. Mai 2011 (act. II 78) noch fest, eine angepasste Tätigkeit sei während sechs Stunden pro Tag mit um 10 % bis 20 % verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar (act. II 78/41), kam die gleiche Gutachterin am 10. Dezember 2012 (act. II 113.1) zum Schluss der Gesundheitszustand habe sich gegenüber der Voruntersuchung im Mai 2011 verschlechtert und eine angepasste Tätigkeit sei nur noch während 4.5 Stunden pro Tag mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 10 % bis maximal 20 % zumutbar (act. II 113.1/45 und 49). Erst im Zusammenhang mit der Stabilisationsoperation vom 10. Juli 2013 kam es offenbar zu einer anhaltenden Besserung der lumbalen Belastbarkeit, weshalb im Gutachten der MEDAS H. _____ vom 5. Februar 2015 (act. II 152.1) in einer angepassten Tätigkeit ein volles Pensum mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % als zumutbar erachtet wurde (act. II 152.1/49). Allerdings war damals wegen der bevorstehenden operativen Schulterrevision vom 10. März 2015 (act. IIa 175/27 f.) noch keine definitive Beurteilung der Leistungsfähigkeit aus somatischer Sicht möglich. Diese Operation sowie eine weitere Schulteroperation vom Februar 2017 (act. IIa 192, 203/9 - 11) fanden mittlerweile statt und haben gemäss dem orthopädischen Teilgutachter der MEDAS I. _____ zwar zu einer zusätzlichen qualitativen, nicht aber zeitlichen Einschränkung des Zumutbarkeitsprofils geführt (act. IIa 229.1/15). Gemäss Gutachten der MEDAS H. _____ vom 5. Februar 2015 haben damals internistisch, kardiologisch und neurologisch keine Beeinträchtigungen vorgelegen (act. II 152.1/49). Es bestehen keine Hinweise dafür, dass sich diesbezüglich bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2018 (act. IIa 244) Änderungen ergeben haben.

Es muss nicht abschliessend geklärt werden, ob insbesondere seitens der Rückenprobleme im Bereich L5/S1 nach den wiederholten Operationen wiederum der Zustand eingetreten ist, wie er zur Zeit des Einspracheentscheids vom 15. Februar 2006 (act. II 30) bestanden hat, oder ob es aufgrund der letzten Operation vom 10. Juli 2013 möglicherweise zu einer Verbesserung gekommen ist, worauf die nunmehr bestätigte vollständige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten schliessen lassen könnte. Eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes kann dagegen klarerweise ausgeschlossen werden.

Ausschlaggebend ist, dass die von Dr. med. E. _____ im Juli 2004 (act. II 10) und auch noch am 25. März 2010 (act. II 55) bestätigte chronische Schmerzkrankheit mit damals erfüllten Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (act. II 55/7) und entsprechenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der Folge remittierte und bereits gemäss dem Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 12. August 2011 (act. II 79) keine krankheitswertige psychische Störung mehr vorgelegen hat, was anschliessend gutachterlich mehrmals bestätigt worden ist – zuletzt im Gutachten der MEDAS I. _____ vom 12. Dezember 2017 (act. IIa 229.1). Somit liegt aus psychiatrischer Sicht eine Veränderung vor, indem die von Dr. med. E. _____ nachvollziehbar festgestellte Anpassungsstörung und beginnende Somatisierungsstörung im weiteren Verlauf nicht mehr zu diagnostizieren war. Dies wird bestätigt durch die Angaben des Beschwerdeführers gegenüber dem Gutachter der MEDAS I. _____ Dr. med. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, wonach er sich in relativ guter psychischer Verfassung befinde und nur ab und zu bei Schmerzen unruhig werde und manchmal reizbar sei (act. IIa 229.1/33). Dagegen wies Dr. med. E. _____ noch darauf hin, die Diskushernie von März 2003 respektive die Chronifizierung der Schmerzen hätten zu einer Zermürbung der Persönlichkeit geführt. Trotz intensiver Behandlung habe eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik nicht erreicht werden können. Die Schmerzen würden das Familienleben belasten (act. II 10/6).

4.4 Somit liegt hinsichtlich des psychischen Zustandes nicht bloss eine unterschiedliche Einschätzung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhaltes vor (vgl. E. 2.7.2 hiavor), sondern der Gesundheitsschaden hat sich nachhaltig verbessert, wie sich dies aus den verschiedenen gutachterlichen Beurteilungen zweifelsfrei ergibt. Die unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beruht deshalb auf einem geänderten Zustand und ist revisionsrechtlich relevant.

5.

5.1 Nach dem Dargelegten ist der Rentenanspruch im Zeitpunkt der angeordneten Rentenaufhebung frei zu prüfen (vgl. E. 2.7.3 hiavor). Dies-

bezüglich ist auf das bidisziplinäre Gutachten der MEDAS I. _____ vom 12. Dezember 2017 (act. IIa 229.1, 230.1) abzustellen. Dieses erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.6 hiervor). Es ist voll beweiskräftig, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet. Die in der Beschwerde, S. 3, unter Hinweis auf den Bericht des Spitals M. _____ vom 9. Januar 2018 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3) geltend gemachten zusätzlichen Diagnosen fallen nicht ins Gewicht, weshalb keine polydisziplinäre Begutachtung erforderlich ist. Damit ist davon auszugehen, dass eine körperlich leichte Tätigkeit zumindest seit Juli 2017 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 90 % zugemutet werden kann (act. IIa 229.1/61). Eine Indikatorenprüfung (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1 - 4.4 S. 296) ist trotz der diagnostizierten Dysthymie bereits deshalb entbehrlich, weil die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einzig somatisch begründet ist (vgl. act. IIa 229.1/50).

5.2 Es ist der Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleich zu bestimmen.

5.2.1 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).

5.2.2 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 ange-

passten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

5.2.3 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 herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

5.2.4 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 pflichtgemäsem 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 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

5.3 Der Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt der allfälligen Rentenrevision hin vorzunehmen (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute Bundesgericht {BGer}] vom 3. Juli 2006, I 86/06, E. 4), hier für das Jahr 2018. Da die statistischen Zahlen für das Jahr 2018 noch nicht vorliegen, ist der Einkommensvergleich für das Jahr 2017 vorzunehmen.

5.3.1 Für das Valideneinkommen ist vom zuletzt bei der O._____ AG im Jahr 2004 erzielten Einkommen von jährlich Fr. 65'260.-- (13 x

Fr. 5'020.--) auszugehen (act. II 3/2). Indexiert auf das Jahr 2017 resultiert ein Betrag von Fr. 74'299.15 (Tabelle T1.1.93 Nominallohnindex, Männer, 2001 - 2005, Abschnitt D, Verarbeitendes Gewerbe; Industrie, Jahr 2004: 112.6 Punkte, Jahr 2015: 114.0 Punkte; Tabelle T1.1.05, Nominallohnindex, Männer, 2006 - 2010, Abschnitt D, Verarbeitendes Gewerbe; Industrie, Index Jahr 2005: 100 Punkte, Index Jahr 2010: 107.2 Punkte; Tabelle T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011 - 2017, Wirtschaftszweig C, Ziff. 10 - 33, Verarbeitendes Gewerbe / Herstellung von Waren, Jahr 2010: 100 Punkte, Jahr 2017: 104.9 Punkte).

5.3.2 Da der Beschwerdeführer trotz des Gesundheitsschadens keine ihm zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen anhand statistischer Zahlen zu bestimmen (vgl. E. 5.2.3 hiervor). Wird auf Tabellenlöhne abgestellt, sind grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden, die im Zeitpunkt des angefochtenen Verwaltungsakts vorlagen (BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297 und E. 4.1.3 S. 300; Entscheid des BGer vom 6. Juli 2016, 9C_699/2015, E. 5.2). Die am 26. Oktober 2018 veröffentlichte Tabelle TA1_tirage_skill_level (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) der LSE 2016 (vgl. www.bfs.admin.ch) war im Verfügungszeitpunkt am 18. Juli 2018 (act. IIa 244) noch nicht zugänglich, weshalb auf die entsprechende Tabelle der LSE 2014, Total, Männer, Kompetenzniveau 1, im Betrag von monatlich Fr. 5'312.--, jährlich Fr. 63'744.--, abzustellen ist. Indexiert auf das Jahr 2017 resultiert ein Betrag von Fr. 64'576.70 (Tabelle T39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1939 - 2017, Männer, Jahr 2014: 2'220 Punkte; Jahr 2017: 2249 Punkte); die Anpassung an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2017 im Abschnitt Total von 41.7 Stunden ergibt einen Betrag von Fr. 67'321.20 (Fr. 64'576.70 : 40 h x 41.7 h). Unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von 90 % (vgl. E. 5.1 hiervor) und eines nicht zu beanstandenden Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. E. 5.2.4 hiervor) von 10 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 54'530.15 ([Fr. 67'321.20 x 0.9] x 0.9).

5.3.3 Die Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Vergleichseinkommen ergibt im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2018 (act. IIa 244) einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von gerundet 27 % ($100 / \text{Fr. } 74'299.15 \times [\text{Fr. } 74'299.15 - \text{Fr. } 54'530.15] = 26.61 \%$; zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123).

6.

6.1 Es stellt sich weiter die Frage, ob die seit Februar 2004 laufende Dreiviertelrente im Anschluss an das Gesuch um Rentenerhöhung vom 15. Juni 2009 (act. II 39), worüber bis anhin nicht befunden worden ist, zumindest für befristete Zeit zu erhöhen ist. Indessen ist aufgrund der Akten davon auszugehen, dass die im Zusammenhang mit den verschiedenen operativen Eingriffen – mit Ausnahme desjenigen vom 10. Februar 2017 (act. IIa 203/9 - 11) – jeweils vorübergehend attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten nicht genügend lange andauert hat, um eine revisionsrechtlich relevante Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu begründen (Art. 88a Abs. 2 IVV; vgl. E. 2.7.5 hiervor). Gegenteiliges wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht.

6.2 Im Zusammenhang mit der Schulteroperation rechts vom 10. Februar 2017 (act. IIa 203/9 - 11) attestierten die Gutachter der MEDAS I. _____ im Rahmen der postoperativen Rehabilitation für adaptierte Tätigkeiten von Februar bis Juni 2017 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit (act. IIa 229.1/61). Da diese somit länger als drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV; vgl. E. 2.7.5 hiervor), hat der Beschwerdeführer ab dem 1. Mai 2017 Anspruch auf eine ganze Rente. Ab Juli 2017 war der Beschwerdeführer gemäss den Gutachtern der MEDAS I. _____ in einer leidensangepassten Tätigkeit bei voller Stundenpräsenz zu 90 % arbeitsfähig, was an sich wie bereits dargelegt (vgl. E. 5.3.1 - 5.3.3 hiervor) keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet. Da die Rente nur in bestimmten hier nicht gegebenen Konstellationen rückwirkend aufgehoben oder herabgesetzt werden kann (vgl. E. Art. 88^{bis} Abs. 2 IVV; vgl. E. 2.7.6 hiervor), reduziert sich die seit Mai 2017 laufende ganze Rente nach Ablauf der

Dreimonatsfrist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV (vgl. E. 2.7.5 hiervor) per 1. Oktober 2017 auf das zuvor bestehend Niveau einer Dreiviertelsrente.

7.

7.1 Auch wenn der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung auf unter 40 % gefallen ist, bedeutet dies noch nicht ohne weiteres, dass die Rente aufgehoben werden kann. Abzuklären ist zusätzlich, ob die anspruchswesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes auf dem Wege der Selbsteingliederung verwertbar ist, was angesichts des im verfügten Zeitpunkt der Rentenaufhebung per Ende August 2018 (act. IIa 244) zurückgelegten 55. Altersjahres (vgl. BGE 141 V 5 E. 4.2.1 S. 7; vgl. auch E. 7.1.2 hiernach) im Falle des Beschwerdeführers rechtsprechungsgemäss besonders zu prüfen ist:

7.1.1 Die Beurteilung einer Erwerbsunfähigkeit richtet sich gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen, was auch im Revisionsfall (Art. 17 Abs. 1 ATSG) gilt. Nicht gesundheitlich bedingte Eingliederungshindernisse haben daher bei der Invaliditätsbemessung auch im Revisionszusammenhang ausser Acht zu bleiben. Daher geht die ständige Rechtsprechung vom Regelfall aus, der darin besteht, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist; praktisch bedeutet dies, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden kann, und zwar auch bei langjährigem Rentenbezug. Diese Rechtsprechung entspricht dem Grundsatz "Eingliederung statt Rente", wonach grundsätzlich keine Invalidenrente zugesprochen oder weiterhin ausgerichtet werden darf, solange und sobald eine Eingliederung einen rentenan-spruchserheblichen Erfolg verspricht (SVR 2016 IV Nr. 27 S. 82 E. 5.1, 2011 IV Nr. 30 S. 88 E. 4.2.2).

7.1.2 Dennoch hat die Rechtsprechung in ganz besonderen Ausnahmefällen nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausge-

wiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, 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 (Art. 7 Abs. 1 i.V.m. Art. 16 ATSG). Eine unmittelbare Anrechenbarkeit des Invalideneinkommens ist dann zu verneinen, wenn Eingliederungsmassnahmen entweder aus medizinischer oder aus beruflich-erwerblicher Sicht unabdingbare Voraussetzung für eine Umsetzung eines (potentiellen) funktionellen Leistungsvermögens sind. Aus medizinischer Sicht fällt der Schluss der (vorläufigen) Nichtanrechenbarkeit eines auf der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit beruhenden Invalideneinkommens in Betracht, wenn das grundsätzlich attestierte Leistungsvermögen in der ärztlichen Beurteilung unter den ausdrücklichen Vorbehalt der Durchführung befähigender Massnahmen gestellt wird. Aus beruflich-erwerblicher Sicht können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (SVR 2016 IV Nr. 27 S. 82 E. 5.1, 2011 IV Nr. 30 S. 88 E. 4.2.2; Entscheid des BGer vom 10. September 2010, 9C_768/2009, E. 4.1).

7.1.3 Von der Zumutbarkeit der Selbsteingliederung ist auszugehen, wenn die langjährige Abstinenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/ oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren (SVR 2018 IV Nr. 11 S. 36 E. 4.2).

7.1.4 Ist einer versicherten Person die Verwertung einer Restarbeitsfähigkeit seit Jahren zumutbar und die berufliche Selbstintegration seither allein aus invaliditätsfremden Gründen unterblieben, ist die arbeitsmarktliche Desintegration nicht invaliditätsbedingt. In einem solchen Fall besteht vor der Rentenaufhebung kein Anspruch auf Abklärung bzw. Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen (SVR 2018 IV Nr. 11 S. 36 E. 4.3).

7.1.5 Der Ausnahmetatbestand, wonach die Verwaltung die Notwendigkeit (vorgängiger) befähigender beruflicher Massnahmen trotz wiedergewonnener Arbeitsfähigkeit abzuklären hat, ist grundsätzlich auf Sachverhalte zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (BGE 141 V 5 E. 4.1 S. S. 7; SVR 2011 IV Nr. 73 S. 222 E. 3.3).

7.2 Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Prüfung der beruflichen Eingliederungsmassnahmen gänzlich verzichtet und die laufende Dreiviertelrente nach Eingang des Gutachtens der MEDAS I. _____ vom 12. Dezember 2017 (act. IIa 229.1) ohne weiteres aufgehoben. Möglicherweise wurde dabei übersehen, dass der Beschwerdeführer im Verlaufe des durch eine Revision von Amtes wegen im Juni 2009 (act. II 39) ausgelösten jahrelangen Verfahrens mittlerweile das 55. Altersjahr zurückgelegt hatte.

Die Beschwerdegegnerin hat sich zum Verzicht auf Eingliederungsmassnahmen offenbar berechtigt gefühlt, weil sie den Eingliederungswillen respektive die subjektive Eingliederungsbereitschaft des Beschwerdeführers als nicht gegeben beurteilt hat. Diese Folgerung ist aufgrund der Akten nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt:

Im Gutachten der MEDAS I. _____ vom 12. Dezember 2017 (act. IIa 229.1) wird erwähnt, es würden keine medizinischen Hinderungsgründe für eine sofortige berufliche Eingliederung bestehen. Allerdings seien berufliche Eingliederungsmassnahmen bei anzunehmender mangelnder Motivation des Beschwerdeführers eher wenig aussichtsreich (act. IIa 229.1/61). Gegenüber dem psychiatrischen Teilgutachter hat der Beschwerdeführer zudem ausgeführt, er glaube, aufgrund der körperlichen Beschwerden nicht

arbeiten zu können (act. IIa 229.1/36). Auf der anderen Seite findet sich im Gutachten unter der Darstellung der Ressourcen der Hinweis, dass der Beschwerdeführer relativ gut kommunikationsfähig und kontaktfähig wirke und gewisse Motivation und Interessen zeige (act. IIa 229.1/48). Aufgrund dieser zumindest widersprüchlichen Hinweise durfte die Beschwerdegegnerin nicht ohne ausdrückliche Nachfrage beim Beschwerdeführer auf fehlenden Eingliederungswillen schliessen. Dies umso mehr als der Beschwerdeführer bis zum Erlass des Vorbescheids vom 5. Juni 2018 (act. IIa 240) im Unklaren darüber war, dass die Beschwerdegegnerin eine Rentenaufhebung beabsichtigte und sich deshalb für ihn die Frage einer allfälligen Eingliederung in den Erwerbsprozess stellen würde. Vor diesem Zeitpunkt gemachte Aussagen hinsichtlich einer Motivation zur Arbeitsaufnahme können deshalb nur bedingt berücksichtigt werden.

Zwar hat der Beschwerdeführer seit Jahren eine Restarbeitsfähigkeit aufgewiesen, deren Verwertung ihm grundsätzlich – auch unter Berücksichtigung des fortgeschrittenen Alters – zumutbar gewesen wäre. Indessen ist zu berücksichtigen, dass sich die gemäss Gutachten der Dres. med. D._____ und E._____ anfänglich 50 % betragende Arbeitsunfähigkeit (act. II 9/13 und act. II 10/8) insbesondere im Anschluss an die Diskushernienoperation vom 2. August 2011 weiter verschlechtert hat, wie dies die Gutachterin Dr. med. F._____ am 10. Dezember 2012 festgestellt hat (act. II 113.1/45). Zudem ist es auch im Zusammenhang mit den insgesamt fünf Operationen jeweils für befristete Zeit zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit gekommen. Es kann deshalb nicht ohne weiteres auf eine nichtinvaliditätsbedingte arbeitsmarktliche Desintegration, aus welcher kein Anspruch auf Abklärung bzw. Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen abgeleitet werden kann (vgl. E. 7.1.4 hiervor), geschlossen werden. Der Beschwerdeführer kann zudem nicht als besonders gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert betrachtet werden und er verfügt auch über keine breite berufliche Ausbildung (act. IIa 229.1/ 7 f. und 35 f.), was Voraussetzung für die Annahme wäre, dass er sich ohne Hilfestellung wiederum in das Erwerbsleben integrieren könnte (vgl. E. 7.1.3 hiervor).

Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die Verwertbarkeit der wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit zu prüfen und die nach den konkreten Umständen ge-

botenen Eingliederungsmassnahmen an die Hand zu nehmen, sofern und soweit deren Voraussetzungen erfüllt sind. Anschliessend ist über die revisionsweise Aufhebung des Rentenanspruchs neu zu verfügen.

7.3 Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 18. Juli 2018 (act. IIa 244) aufzuheben und die Sache zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Der Beschwerdeführer hat zudem für die Zeit vom 1. Mai bis 30. September 2017 Anspruch auf eine ganze Rente.

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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

8.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Mit Kostennote vom 27. November 2018 macht Rechtsanwalt B. _____ ein Honorar von Fr. 2'481.60 (11.28 h à Fr. 220.--) zuzüglich 4 % Auslagen in der Höhe von Fr. 99.25 und Mehrwertsteuer von Fr. 198.70 (7.7 % von Fr. 2'580.85), total Fr. 2'779.55, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Die Parteientschädigung wird folglich auf Fr. 2'779.55 festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

8.3 Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt ist infolge Rückzugs vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 18. Juli 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Für die Zeit vom 1. Mai bis 30. September 2017 hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Rente.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
4. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'779.55 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
5. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
6. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

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.