

200 19 688 IV und
200 19 689 IV (2)
SCI/BRM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Februar 2020

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Braune

A. _____

Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern

Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügungen vom 2. und 23. August 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1961 geborene A. _____ meldete sich unter Hinweis auf Müdigkeit und Leistungsintoleranz bei HIV-Infektion am 11. Dezember 1998 bei der IV-Stelle Bern (IVB) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Akten der IVB [act. II] 2.1 S. 102 ff.). Nach entsprechenden medizinischen und erwerblichen Abklärungen wurde dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 55% ab 1. November 1999 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zugesprochen (act. II 12). Auf der Grundlage des im Rahmen einer im Februar 2005 von Amtes wegen eingeleiteten Revision eingeholten Verlaufsberichtes des behandelnden Arztes Dr. med. B. _____, Facharzt für Innere Medizin, vom 11. August 2005 (act. II 24) ermittelte die IVB einen Invaliditätsgrad von 75% und erhöhte die laufende halbe IV-Rente mit Verfügung vom 5. Oktober 2005 ab 1. Januar 2005 auf eine ganze IV-Rente (act. II 26). Diese Rente wurde im Zuge der im Februar 2010 eingeleiteten Revision mittels Mitteilung vom 19. November 2010 (act. II 37) sowie mit Verfügung vom 4. August 2011 bestätigt (act. II 52).

B.

Anlässlich einer weiteren im Februar 2015 eingeleiteten Revision machte der Versicherte einen seit Ende 2013 verschlechterten Gesundheitszustand geltend; er habe einen Herzinfarkt erlitten, leide an durch Medikamente verursachten Durchblutungsstörungen, habe sich bei einem Unfall die Hüfte und das Sprunggelenk gebrochen und habe Arthrose in der Hüfte. Seinen Nebenverdienst habe er aufgeben müssen (act. II 59). Die IVB aktualisierte die erwerblichen (act. II 60, 71, 82) und medizinischen (act. II 61, 64, 74, 78, 80, 84) Unterlagen und beabsichtigte die Durchführung einer Arbeitsmarktlich-Medizinischen-Abklärung (AMA; vgl. act. II 87); davon wurde in der Folge abgesehen, nachdem der Versicherte seinen Beschäftigungsgrad per 1. März 2017 auf 50% gesteigert hatte (act. II 104). Die IVB holte Unterlagen über dieses Arbeitsverhältnis (act. II 106, 111-118, 121, 125, 126) sowie ergänzende medizinische Berichte (act. II 122, 135, 136) ein.

Auf RAD-ärztliche Empfehlung (act. II 131) veranlasste die IVB eine polydisziplinäre Begutachtung unter Beteiligung der Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 155), welche auf Anraten der Gutachtenstelle um die Fachgebiete Neurologie und Neuropsychologie ergänzt wurden (act. II 160). Die hiermit beauftragte MEDAS C._____ (nachfolgend MEDAS) legte die Teilgutachten samt interdisziplinärer Konsensbeurteilung am 9. Januar 2019 vor (act. II 190.1-190.8).

Gestützt auf diese Abklärungen stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 19. März 2019 bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 46% die Reduktion der laufenden ganzen Rente auf eine Viertelsrente in Aussicht (act. II 191). Zum hiergegen vom Versicherten erhobenen Einwand (act. II 192), ergänzt durch die Ausführungen von Rechtsanwältin Annemarie Gurtner vom 28. Mai 2019 (act. II 196), liess die IVB den Regionalen Ärztlichen Dienst, Dr. med. D._____, Stellung nehmen (act. II 199) und verfügte am 2. August 2019 entsprechend dem Vorbescheid (act. II 200); zu den vorgetragenen Einwänden äusserte sie sich in der Verfügung. Mit Verfügung vom 23. August 2019 wurde der ab 1. Oktober 2019 massgebende Rentenbetrag festgelegt (act. II 201).

C.

Mit Eingabe vom 10. September 2019 erhob der Versicherte Beschwerde gegen diese beiden Verfügungen mit dem Antrag, diese seien aufzuheben und es sei weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten. Zur Begründung machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, dass sich sein Gesundheitszustand seit der Rentenzusprechung im Jahre 2005 verschlechtert habe; die Schlussfolgerungen der MEDAS stellten eine andere Beurteilung eines sich verschlechternden Gesundheitszustandes dar, wobei die der Verfügung vom 5. Oktober 2005 zugrunde gelegte Beurteilung nirgends als unzutreffend erklärt worden sei. Von Bedeutung sei, dass die Behandlung der festgestellten HIV-Infektion im Verlauf der Jahre erhebliche Störungen hervorgerufen habe. Die Frakturen, die koronare Herzkrankheit mit Herzinfarkt sowie die peripher-arterielle Verschlusskrankheit, die Ein-

griffe und Therapien erfordert und Einschränkungen mit sich gebracht hätten, fielen gegenüber der vom Hausarzt im Rahmen der HIV-Infektion als mitochondriale Toxizität bezeichneten Schädigung wenig ins Gewicht. Diese mitochondriale Toxizität sei im polydisziplinären Gutachten nicht diskutiert worden und auch der RAD-Arzt Dr. med. D._____ habe sich in seiner Stellungnahme vom 11. Juni 2019 nicht vertieft damit auseinandergesetzt. Die mitochondriale Toxizität führe, wie die RAD-Ärztin Dr. med. E._____ bereits im Januar 2011 festgehalten habe, zu irreversiblen Schäden (zunehmende Müdigkeit, Leistungsintoleranz sowie progrediente Muskelschwäche).

Ferner wird um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege nachgesucht.

Mit prozessleitender Verfügung vom 12. September 2019 vereinigte der Instruktionsrichter die unter den Nummern IV/2019/688 (Verfügung vom 2. August 2019) und IV/2019/689 (Verfügung vom 23. August 2019) eröffneten Verfahren.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Oktober 2019 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Nach weiteren Abklärungen und der gebotenen Gelegenheit zur Stellungnahme, von der der Beschwerdeführer am 20. Oktober 2019 Gebrauch machte (vgl. die prozessleitenden Verfügungen vom 18. September und 14. Oktober 2019) wies der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Verfügung vom 22. Oktober 2019 ab.

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 Anfechtungsobjekte bilden die Verfügungen vom 2. und 23. August 2019, mit welchen die IVB die laufende ganze Rente per 1. Oktober 2019 auf eine Viertelsrente herabgesetzt (act. II 200) und betraglich neu festgesetzt (act. II 201) hat.

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

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

2.

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

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

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

2.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision

des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 135 V 201 E. 6.4 S. 210, 115 V 308 E. 4a bb S. 313).

Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2019 IV Nr. 68 S. 220 E. 2).

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

Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt

eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substanziell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195; SVR 2017 IV Nr. 75 S. 231 E. 4.1.1).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Die ursprüngliche Rentenzusprechung mit Verfügung vom 5. April 2000 (halbe Rente ab 1. November 1999) basierte auf der Einschätzung des behandelnden Arztes Dr. med. B._____, Facharzt für Innere Medizin, der am 25. Februar 1999 als Diagnosen eine HIV-Infektion nach intravenösem Heroinkonsum (Erstdiagnose Oktober 1985), eine Hepatitis B (immunologisch überwunden), eine chronische Hepatitis C, eine überwundene Polytoxikomanie, eine chronische Bronchitis, eine Xerostomie unklarer Aetiologie, eine Rhinitis sicca sowie eine Nagelmykose festhielt. Die für die HIV-Infektion und die chronische Hepatitis C installierte Medikation, die öfters Übelkeit und die Arbeitsfähigkeit einschränkende Müdigkeit verursacht habe, habe nicht zu einer wesentlichen Verbesserung der klinischen Verhältnisse geführt. Die übrigen Leiden hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Geistige Einschränkungen bestünden nicht, psychisch sei der Patient wegen der körperlich spürbaren Bedrohung durch die Infektionskrankheit öfters bedrückt. In einer angepassten Tätigkeit vermöchte er bei einem Pensum von 50 bis 70% wohl eine Leistung von 40 bis 50% zu erbringen. Es gebe keine Teilbereiche der Erwerbstätigkeit, die unzumutbar wären. Therapiemöglichkeiten für die Hepatitis C seien hinsichtlich des Einsatzes bei Menschen noch zu wenig erprobt (act. II 2.1 S. 4-7).

3.1.2 In seinem Bericht vom 11. August 2005 attestierte Dr. med. B._____ einen verschlechterten Gesundheitszustand. Bei unveränder-

ter Diagnose träten im Zusammenhang mit der Kombinationsbehandlung gegen HIV zunehmend Komplikationen auf. Der Beschwerdeführer sei zunehmend schwächer. Nach einem Einsatz von zwei Stunden sei er an der Grenze seiner Leistungsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit liege noch bei 25% (vgl. act. II 24). Die IVB sprach dem Versicherten daraufhin revisionsweise ab 1. Januar 2005 eine ganze Invalidenrente zu (Invaliditätsgrad 75%).

3.1.3 Am 16. November 2010 bescheinigte Dr. med. B. _____ einen stationären Gesundheitszustand. Innerhalb der letzten bald drei Jahre habe sich keine wesentliche Veränderung ergeben; bezüglich HIV bestünden nur wenig Behandlungs-Alternativen und bezüglich der chronischen Hepatitis C würden bessere therapeutische Optionen abgewartet. Die depressiven Phasen hätten zugenommen, sodass der Patient jetzt auch psychiatrisch mitbetreut werde (act. II 36).

3.1.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ empfahl in ihrem Bericht vom 27. Januar 2011 die Durchführung einer AMA. Die HIV-Erkrankung und weniger auch die chronische Hepatitis C bedinge nachvollziehbar eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit; die vom Versicherten angegebene zunehmende Müdigkeit, Leistungsintoleranz und progrediente Muskelschwäche seien mit der Diagnose und dem objektivierten Krankheitsstadium vereinbar. Weniger vereinbar damit sei allerdings die Angabe des Versicherten, dass er regelmässig Bergtouren unternehme und dabei einer ... nachgehe; angesichts dessen sei von einem besseren als dem von ihm selber angegebenen Gesundheitszustand auszugehen. Das Leistungsvermögen müsse praktisch abgeklärt werden (act. II 39 S. 3).

3.1.5 Med. pract. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrem Bericht vom 16. September 2011 als psychiatrische Diagnosen eine Angst- und Hyperventilationstendenz und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) bestehend seit 2004 fest. Durch die HIV-Medikation leide der Patient unter Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Leistungsintoleranz und fehlender Belastbarkeit. Er tendiere dazu, sämtliche körperlichen Symptome ängstlich und depressiv zu verarbeiten, daneben bestehe eine hypochondrische Tendenz. Es wurde die Weiterführung der stützenden Gesprächstherapie mit kognitiv verhaltenstherapeutischen Ansätzen empfohlen. Zum Ausmass der durch die psychische Be-

einträchtigung bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit äussert sich die Ärztin nicht (act. II 53). Im Verlaufsbericht vom 27. März 2015 gab sie an, in den Jahren 2012 und 2013 habe eine regelmässige Gesprächstherapie stattgefunden. 2014 habe sie den Patienten wegen eines Unfalls in Abständen von drei bis vier Monaten gesehen. Die psychische Problematik zeige sich insgesamt unverändert; die therapeutischen Massnahmen ihrerseits seien ausgeschöpft gewesen und die Therapie sei deshalb Ende Oktober 2014 vorläufig abgeschlossen worden (act. II 64, 80).

3.1.6 Am 20. März 2015 attestierte Dr. med. B. _____ einen verschlechterten Gesundheitszustand. Seit der letzten Diagnosestellung seien eine traumatische Hüftluxation links und eine Fraktur des Malleolus medialis rechts, eine koronare Zwei-Gefäss-Erkrankung sowie ein Relapse der chronischen Hepatitis C hinzugetreten; diese schränkten die Arbeitsfähigkeit zusätzlich ein. Die letzte Erwerbstätigkeit, das frühmorgendliche Vertragen von Zeitungen, sei insbesondere wegen der Hüftgelenksproblematik links nicht mehr machbar. Tätigkeiten in einem kleinen Teilpensum, bei denen der Versicherte das Tempo selber bestimmen könne, seien noch möglich. Die Therapiemöglichkeiten seien voll ausgeschöpft; der Versicherte wirke gut mit. Eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes dürfe nicht erwartet werden, vielmehr seien weitere Komplikationen zu befürchten (act. II 61). In seinen Verlaufsberichten vom 21. März und 24. August 2016 hielt Dr. med. B. _____ nach im November 2015 durchgeführter Hüftoperation in körperlicher Hinsicht jeweils einen stationären Gesundheitszustand fest. Die wegen Behandlung der chronischen Infektionskrankheit vermehrte Müdigkeit und raschere Ermüdbarkeit wirkten sich grundsätzlich bei allen Tätigkeiten aus. Aus rein körperlicher Sicht sei eine wechselbelastende Tätigkeit ohne das Anheben und Tragen von mittelschweren bis schweren Lasten möglich. Dr. med. B. _____ sah sich nicht in der Lage, das zumutbare Pensum zu quantifizieren. Ein grösseres Gewicht habe das psychische Leiden; wie sich dieses auf die Arbeitsfähigkeit auswirke sei durch die Psychotherapeutin zu beurteilen (act. II 78, 84). Am 2. März 2017 berichtete derselbe Arzt erneut über einen in körperlicher Hinsicht weitgehend stationären Gesundheitszustand; die psychische Situation scheine sich eher etwas verschlechtert zu haben. Der Patient habe angegeben, eine Velofahrt von zwei Stunden durchführen zu können, an-

schliessend aber eine Erholungszeit von einer Woche zu brauchen; ähnlich sei es nach einer entsprechenden zweistündigen Kletterpartie. Die neu begonnene moderne Behandlung der chronischen Hepatitis C habe – bis auf weiteres – zu einer Abheilung derselben geführt und die HIV-Kombinationsbehandlung werde lückenlos durchgeführt. In Bezug auf die körperlichen Leiden sei die Prognose recht gut, die psychischen Gegebenheiten könne er nicht beurteilen. Vorausgesetzt die psychische Situation bliebe unter fortgesetzter antidepressiver Medikation stabil, seien dem Versicherten körperlich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere, eher wechselbelastende Tätigkeiten mit einer Gewichtslimite bis 15 kg zumutbar; es könne versucht werden, dass er an fünf Tagen pro Woche während 4 Stunden arbeite und dabei eine Leistungsfähigkeit von 80 bis 100% entwickle. Gegen Arbeiten draussen sei nichts einzuwenden, da keine klimatisch günstigen Verhältnisse gefordert werden müssten. Eine Tätigkeit als ... bei einem ... sei nicht ideal, aber je nach Absprachen mit dem Arbeitgeber vertretbar (act. II 98). Am 6. Februar 2018 stellte Dr. med. B. _____ der IVB weitere umfangreiche medizinische Akten zu (act. II 135). Mit dem gleichentags datierten Verlaufsbericht bestätigt er im Wesentlichen seine Beurteilung gemäss Bericht vom 2. März 2017 (act. II 136 S. 5-7).

3.1.7 In der Konsensbeurteilung des polydisziplinären Gutachtens der MEDAS vom 9. Januar 2019 (act. II 190.1) wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Angst- und depressive Störungen (ICD-10: F41.2) sowie eine leichte kognitive Störung (ICD-10: F06.7) multifaktoriell (mit Einschränkung des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit und der Exekutivfunktionen teilweise im Rahmen einer HIV-assoziierten kognitiven Störung teilweise im Kontext der psychischen Gesundheitsstörung, Alter und psychomentele Dekonditionierung) festgehalten. Weitere Diagnosen wurden als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt.

Aus allgemein-internistischer Sicht seien dem Versicherten körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in einem Pensum von mindestens 60% zumutbar, körperlich schwere Tätigkeit und Pensum über 80% dagegen nicht. Aus orthopädischer Sicht sei er wegen reduzierter Rücken- und Hüftbelastbarkeit links nur in der Lage, leichte bis teilweise mittelschwere Tätigkeiten, mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu 15 kg in rückenschul-

gerechter Haltung, im Wechsel zwischen Gehen, Sitzen und Stehen (ohne ständige Zwangshaltungen, Vibrationen, ruckartige und plötzliche Bewegungsausschläge, gelenkstrapazierende Bewegungsmuster des linken Hüftgelenks, überwiegend Hock- und Bückstellungen sowie kniende Tätigkeiten, Arbeit auf unebenem Gelände, Besteigen von Leitern und Gerüsten sowie häufiges Treppensteigen, keine Kälte- Nässe- oder Zugluftexposition) auszuüben. Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine zusätzlich zu berücksichtigenden Einschränkungen des Fähigkeitsprofils. In psychiatrischer Hinsicht weise der Versicherte bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben, bei Entscheidungen und der Urteilsfähigkeit sowie bei der Durchhaltefähigkeit Defizite auf. Es bestünden Abhängigkeitsbedürfnisse, leicht passiv-aggressive Anteile bei deutlich narzisstischer Komponente, welche dem Ausgleich diene. Die kognitiven Störungen seien zumindest teilweise HIV-assoziiert und teilweise durch die psychischen Gesundheitsstörungen zu erklären. Als Ressourcen bestünden die stabile Partnerschaft in der aktuell dritten Ehe und der Versicherte könne selbständig ca. eine Stunde An- und Rückfahrt zusätzlich zur Arbeitszeit des 50%-Pensums bewältigen.

Zusammenfassend kommen die Gutachter zum Schluss, in der bisherigen Tätigkeit (angestammte Tätigkeit, Zeitungsvertrieb) bestehe eine aktuelle Arbeitsfähigkeit von 60%, in einer angepassten Tätigkeit eine solche von mindestens 60% (möglichweise bis 80%). Gegenüber der letzten Verfügung im Oktober 2005 sei eine Verbesserung eingetreten, dokumentiert auch durch die zwischenzeitlich begonnene Arbeitstätigkeit mit immerhin 50% in adaptierter Tätigkeit als ... zuzüglich Fahrstrecke (act. II 190.1 S. 7-12).

3.2

3.2.1 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 anzuge-

ben, 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).

3.2.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität der Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten der Gutachter, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.3

3.3.1 In medizinischer Hinsicht stützt sich die Beschwerdegegnerin für die Beurteilung der aktuellen Verhältnisse auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 9. Januar 2019 (vgl. E. 3.1.7 hiervor).

3.3.2 Das interdisziplinäre Gutachten samt Konsensbesprechung erfüllt die nach der geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung an eine Expertise gestellten Anforderungen. Jeder Gutachter hat seine Abklärungen in

einlässlicher Weise festgehalten und seine Ergebnisse diskutiert. Die entsprechenden Einschätzungen sind je für sich nachvollziehbar und überzeugend. Ebenso einleuchtend haben die Gutachter ihre Feststellungen schliesslich interdisziplinär zusammengeführt und eine in jeder Hinsicht verwertbare konsensuale Beurteilung abgegeben. Sie habe sich mit den Inkonsistenzen betreffend die Betätigungen in den Bergen und die psychische Situation auseinandergesetzt, ebenso wie mit den Fragen von Ausschlussgründen sowie den persönlichen Ressourcen und den leistungseinschränkenden Faktoren. Überzeugend haben sie schliesslich dargelegt, dass und in welcher Weise sich der Gesundheitszustand im Laufe der Zeit, insbesondere seit der letzten Beurteilung verändert hat. Das Gutachten gibt somit auch mit Blick auf die Rechtsprechung von BGE 141 V 281 keinen Anlass zu Beanstandungen. Die Gutachter orientierten sich an den Indikatoren und machten diesbezüglich schlüssige Angaben. Die Gutachter haben die Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung sowohl der Ressourcen als auch der Defizite für den hier massgeblichen Zeitraum schlüssig beurteilt. Eine weitergehende gerichtliche Auseinandersetzung mit den höchstrichterlich definierten Indikatoren kann damit unterbleiben und es ist nicht zu beanstanden, dass die IVB ohne weitere Indikatorenprüfung auf die Leistungsbeurteilung der Gutachter abgestellt hat.

3.3.3 Der von Dr. med. B. _____ in seinen Bemerkungen vom 19. April 2019 (act. I 8) am Gutachten geübten Kritik kann nicht gefolgt werden: Vorab fällt auf, dass dieser seiner Kritik ausdrücklich einzig die Konsensbeurteilung der Gutachter zugrunde legt und offenbar die detaillierten Teilgutachten, die Basis des Konsens bildeten, nicht oder jedenfalls nicht hinreichend gewürdigt hat. Wenn er vor diesem Hintergrund einzelne Einschätzungen zur Diskussion stellt, verkennt er und lässt unberücksichtigt, dass sich die Fachärzte in ihren fachspezifischen Gutachten einlässlich und überzeugend zu allen sich stellenden Fragen, insbesondere auch der früheren und aktuellen Neben- und Langzeitwirkungen der vom Beschwerdeführer seit langer Zeit benötigten Medikation geäussert haben. Die sich daraus ergebenden Einschränkungen wurden in einer – von der MEDAS zusätzlich angeregten – neuropsychologischen Untersuchung evaluiert. Die Gutachter haben denn auch eine entsprechende Einschränkung postuliert, gleichzeitig aber auch überzeugend dargelegt, dass die zufolge For-

schungserfolgen weiterentwickelten Präparate zur lebenslangen Behandlung der HIV-Infektion inzwischen deutlich geringere Nebenwirkungen aufweisen und dies mit Bezug auf den konkreten Fall in ihre Beurteilung übernommen. Entgegen der Annahme des behandelnden Arztes waren den Gutachtern sämtliche gesundheitlichen Probleme des Versicherten bekannt, was sich allein schon aus der fachübergreifenden Aktenzusammenfassung ergibt (act. II 190.8), und sie haben diese in ihre Beurteilungen mit einbezogen. So wurden etwa, nachdem der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung auf eine bevorstehende Behandlung der angiologischen Problematik in den nächsten Tagen hingewiesen hatte, entsprechende weitere Berichte eingeholt (vgl. act. II 190.4 S. 3 f.) und – wie bereits oben erwähnt – die Ausdehnung der Begutachtung auf weitere Fachgebiete angeordnet. Schliesslich kann angesichts der vorliegenden Berichte behandelnder Spezialärzte auch nicht gesagt werden, die Gutachter hätten diesen Berichten widersprechend eine Heilung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes angenommen. Vielmehr ergibt sich insbesondere in kardiologischer (act. II 135 S. 49), angiologischer (act. II 172) und orthopädischer (act. II 136 21) Hinsicht, dass die durchgeführten Eingriffe jeweils erfolgreich waren und eine massgebliche Leistungssteigerung herbeiführen konnten. Nichts anderes gilt – wie bereits ausgeführt – bezüglich den Beeinträchtigungen durch die HIV-Infektion. Die Gutachter haben – letztlich übereinstimmend mit den Angaben von Dr. med. B._____ – dargelegt, dass die Viruslast tief sei. Dass sie den Schluss des behandelnden Arztes, der von einer schwereren Einschränkung ausgeht, unter Berücksichtigung auch der neuropsychologischen und der somatisch-fachärztlichen Feststellungen nicht teilen, ändert am vollen Beweiswert des Gutachtens der MEDAS nichts. Im Zusammenhang mit der Frage nach ausserberuflichen Betätigungen und Inkonsistenzen haben die Gutachter zutreffend darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer ihnen gegenüber angegeben habe, nach dem Unfall im Jahr 2014 Berggänge bzw. das Klettern aufgegeben zu haben (anders jedoch gegenüber dem orthopädischen Gutachter, act. II 190.2 S. 5). Dies steht im Widerspruch zu den Aufzeichnungen der behandelnden Ärzte, insbesondere der Darstellung anlässlich einer langen Besprechung vom 25. Februar 2017 mit dem Hausarzt (act. II 98 S. 3), wonach der Patient nach zwei Stunden Velofahren oder zwei Stunden Klettern jeweils eine längere Erholungszeit benötige. Auch gegenüber der behan-

delnden Angiologin berichtete der Beschwerdeführer noch im Mai 2018 über Berggänge in der Freizeit (vgl. act. II 190.8 S. 6). Darauf haben die Gutachter Bezug genommen, wenn sie im Gutachten festhalten, der Beschwerdeführer streite das „...“ ab, zugleich jedoch ausführen, die Freizeitbeschäftigung als Berggänger nehme offenbar einen grösseren Stellenwert ein, als ihnen gegenüber zugestanden worden sei (act. II 190.4 S. 13). Beachtlich sind schliesslich auch die testmässig vom neuropsychologischen Gutachter erhobenen Diskrepanzen (act. II 190.6 S. 10), welche im interdisziplinären Konsens zutreffend berücksichtigt wurden (act. II 109.1 S. 9).

Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass die im Gutachten attestierte 60%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit keineswegs weit von der gelebten Realität entfernt ist. Der Beschwerdeführer übt in einer nicht (optimal) angepassten Tätigkeit bereits heute ein Pensum von 50% aus. Dass diese Tätigkeit nur saisonal ist, ändert nichts, kann er diese zweifellos nicht leichte Arbeit – die im Übrigen auch der Hausarzt als vertretbar bezeichnet hat (act. II 98) – doch immerhin während Monaten fortlaufend ausführen. Wenn die Gutachter in einer besser angepassten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60% attestieren, so überzeugt dies und es ist darauf abzustellen.

3.4 Gestützt auf das beweiskräftige Gutachten ist ein Revisionsgrund gemäss Art. 17 Abs. 2 ATSG, d.h. eine revisionsrechtlich relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen im Vergleich des Sachverhalts anlässlich der Verfügung vom 5. Oktober 2005 (act. II 26), mit welcher die vormals halbe Rente auf eine ganze Rente erhöht wurde, wie auch der weiteren Revision im Jahr 2010 (act. II 37), anlässlich welcher unveränderte, ja gar verschlechterte Verhältnisse attestiert wurden, mit demjenigen bei Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 2. August 2019 (act. II 200), erstellt.

Massgeblicher Anlass zur seinerzeitigen Erhöhung des Leistungsanspruchs von einer halben auf eine ganze Rente waren die erheblichen Nebenwirkungen der medikamentösen HIV-Therapie. Es wurde seitens des behandelnden Arztes im Arztbericht vom 11. August 2005 ein verschlechterter Gesundheitszustand und eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von noch 25% attestiert (vgl. E. 3.1.2 hiavor) Mit Verlaufsbericht vom 16. No-

vember 2010 bestätigte der Arzt einen stationären Gesundheitszustand (vgl. E. 3.1.3 hiervor). Ergänzend führte er zudem aus, es seien verstärkt depressive Phasen aufgetreten und eine psychiatrische Therapie aufgenommen worden. Diese bei med. pract. F. _____ im Jahr 2009 begonnene psychiatrische Therapie wurde im Oktober 2014 abgeschlossen und seither nicht wieder aufgenommen (act. II 53, 80). Die Gutachter attestierten nachvollziehbar und überzeugend eine inzwischen eingetretene Verbesserung, worauf abzustellen ist. Dies bestätigen auch die späteren Berichte des behandelnden Dr. med. B. _____, führte dieser doch in seinem Verlaufsbericht vom 24. August 2016 (act. II 84) aus, aus körperlicher Sicht sei eine adaptierte Tätigkeit möglich, ohne indessen das Pensum zu quantifizieren. Soweit er die psychische Problematik als massgeblich erachtete und von einer laufenden antidepressiven Medikation ausging (vgl. act. II 98 S. 4), scheint ihm offenbar nicht bekannt gewesen zu sein, dass schon seit langem keine psychiatrische Behandlung mehr erfolgte (act. II 80). Schliesslich machte der Beschwerdeführer vor der ab Ende Oktober 2016 vorgesehenen AMA geltend, er arbeite „etwas“ bei einem Kollegen (vgl. act. II 89, 91), was den Eindruck der Eingliederungsunwilligkeit erweckte und zu weiteren Abklärungen seitens der Beschwerdegegnerin führte. Gegenüber der zuständigen Versicherungsfachperson gab der Beschwerdeführer anlässlich eines Telefongesprächs vom 9. März 2017 dann an, dass er infolge Eintritts seiner Mutter ins Altersheim mehr arbeiten werde und mit seinem bisherigen Arbeitgeber vereinbart habe, ab 1. März 2017 50% zu einem Stundenlohn von Fr. 26.-- als ... zu arbeiten (vgl. act. II 97, 99). Im Begleitbrief zu den im Februar 2018 eingereichten umfangreichen medizinischen Unterlagen (act. II 135) hielt Dr. med. B. _____ schliesslich fest, erfreulicherweise habe die chronische Hepatitis C nun zur Abheilung gebracht werden können (act. II 135 S. 2). Er führte schliesslich in seinen Berichten vom 2. März 2017 und 6. Februar 2018 weiter aus, der Beschwerdeführer sehe sich als Naturmensch, der draussen tätig sein müsse und bei dem Selbsteingliederungsversuche weit mehr Erfolg versprechen würden als Massnahmen der Invalidenversicherung. In diesem Sinne unterstützte Dr. med. B. _____ die Haltung des Versicherten, nicht an der AMA teilnehmen zu müssen, ohne dies allerdings medizinisch zu begründen (act. II 98 S. 4 und 136 S. 7). Dr. med. B. _____ attestierte dem Beschwerdeführer ab März 2017 pensumsmässig exakt eine der

ausgeübten Tätigkeit entsprechende Arbeitsfähigkeit von 50% als Hierbei führte er aus, diese Tätigkeit sei zwar nicht ideal angepasst, aber je nach Absprache mit dem Arbeitgeber vertretbar (act. II 98 S. 4; vgl. auch act. II 99).

Damit liegt sowohl aus medizinischer wie aus erwerblicher Sicht ein Revisionsgrund vor und es kann entgegen der Annahme des Beschwerdeführers nicht gesagt werden, die Beschwerdegegnerin habe der hier angefochtenen Verfügung eine allein andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts zugrunde gelegt.

4.

4.1 Auf der Basis der gutachterlichen Einschätzung von Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist die Invalidität zu bemessen.

4.2 Für das Valideneinkommen hat die IVB auf die Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016 des Bundesamtes für Statistik, Tabelle TA 1, Totalwert, Kompetenzniveau 1, Männer abgestellt und diesen Betrag auf das Jahr 2018 indexiert. Dies ist angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer zwar eine Lehre als Mechaniker abgeschlossen hatte, zufolge nicht iv-relevanter Faktoren jedoch seine Fähigkeiten nie in entsprechendem Mass verwerten konnte und bereits vor Beginn des Rentenanspruchs eine berufliche Dekonditionierung eingetreten ist, nicht zu beanstanden. Lässt sich nämlich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.3 Hat die versicherte Person – wie vorliegend – nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue

Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können für die Bemessung des Invalideneinkommens nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen anhand der gleichen Tabellenwerte festgelegt hat, erscheint unter den gegebenen Umständen als korrekt. Nach der schlüssigen medizinischen Beurteilung im Gutachten der MEDAS vom 9. Januar 2019 (act. II 190.1-190.8) liegt die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei 60%; davon ist die IVB ausgegangen und sie hat einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn von 10% berücksichtigt. Dies liegt im Rahmen des ihr in diesem Bereich zustehenden Ermessens und berücksichtigt alle relevanten, nicht bereits im Zumutbarkeitsprofil enthaltenen Faktoren (Alter, beschränktes Leistungsprofil).

4.4 Der Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin ist damit nicht zu beanstanden und wurde auch zu Recht nicht bestritten. Da für beide Vergleichseinkommen vom gleichen Tabellenwert auszugehen ist, erübrigt sich eine betragsmässige Festlegung derselben. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 60% und der Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges vom Tabellenlohn im Umfang von 10% ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 46%, was den Anspruch auf eine Viertelsrente begründet. In zeitlicher Hinsicht erfolgt die sich daraus ergebende Herabsetzung der Rente gemäss Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV zutreffend auf den ersten Tag des zweiten der Verfügung folgenden Monats, vorliegend mithin per 1. Oktober 2019.

5.

5.1 Der Beschwerdeführer hatte im Zeitpunkt der vorgesehenen Rentenherabsetzung mit Geburtsdatum im Januar 1961 bereits das 55. Altersjahr zurückgelegt und der Rentenbezug hat ebenfalls bereits rund 20 Jahre gedauert. Es ist deshalb – wie die IVB dies getan hat – zu prüfen, ob der Beschwerdeführer auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden kann oder ob ihm die Rente vorderhand weiter auszurichten ist, während

noch medizinische und/oder beruflich-erwerbliche Massnahmen durchzuführen sind.

5.2

5.2.1 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).

5.2.2 Gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts ist jedoch bei Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll und die während mindestens fünfzehn Jahren eine Rente bezogen oder das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente auszurichten, bis mit Hilfe medizinisch-rehabilitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann, weil in jedem Einzelfall feststehen muss, dass die (wiedergewonnene) Erwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (erneut) verwertbar ist. Eine unmittelbare Anrechenbarkeit des auf der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit beruhenden (höheren) Invalideneinkommens ist dann zu verneinen, wenn Eingliederungsmassnahmen entweder aus medizinischer oder aus beruf-

lich-erwerblicher Sicht unabdingbare Voraussetzung für die Umsetzung des (potentiellen) funktionellen Leistungsvermögens sind. Aus *medizinischer Sicht* fällt der Schluss der (vorläufigen) Nichtanrechenbarkeit eines (höheren) 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 vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211, 141 V 5 E. 4.1 S. S. 7; SVR 2019 IV Nr. 38 S. 121 E. 5.2, 2016 IV Nr. 27 S. 81 E. 5.1, 2011 IV Nr. 30 S. 88 E. 4.2.1 und 4.2.2, Nr. 73 S. 222 E. 3.3).

5.2.3 Ausnahmen von der in diesen Fällen grundsätzlich ("vermutungsweise") anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie 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. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211). 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). Der

Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen vor Rentenaufhebung setzt Eingliederungswillen bzw. eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus; fehlt es daran, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (SVR 2019 IV Nr. 3 S. 9 E. 7). Unmittelbare Anrechenbarkeit des Invalideneinkommens (im Revisionsfall unter Berücksichtigung von Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV) ist jedoch immer dann gegeben, wenn lediglich eine Hilfeleistung in Form von Arbeitsvermittlung (Art. 18 IVG) nötig erscheint (SVR 2010 IV Nr. 9 S. 29 E. 2.3.1).

5.3 Aus medizinischer Sicht ist der Beschwerdeführer in umfassender medizinischer Betreuung, rehabilitative Behandlungen, die vor einer Arbeitsaufnahme durchgeführt werden müssten, bestehen nicht. Weder die Gutachter noch der Hausarzt haben weitere medizinische Massnahmen für nötig bezeichnet (vgl. act. II 61 S. 5, 98 S. 4 und 136). Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer tatsächlich zu 50% erwerbstätig ist.

In beruflich-erwerblicher Hinsicht ist darauf hinzuweisen, dass sich der Beschwerdeführer, nachdem die Beschwerdegegnerin beruflich-erwerbliche Eingliederungsmassnahmen in Form einer AMA angekündigt hatte, gegen eine solche gestellt hat (act. II 99) und es ihm daraufhin innert Kürze gelungen ist, – wenn auch im befreundeten Umfeld – eine Anstellung mit einem Pensum von 50% zu erhalten. In der Folge wurde die AMA dem vom Hausarzt – zwar mehr advokatorisch als medizinisch begründet – dezidiert unterstützten Wunsch des Beschwerdeführers folgend nicht durchgeführt. Der Hausarzt hat dabei ausdrücklich angeführt, der Beschwerdeführer sei auf den Weg der Selbsteingliederung zu verweisen und nicht vermittels beruflicher Eingliederungsmassnahmen zu unterstützen, denen er als Naturmensch mit krankheitsbedingten Eigenheiten nicht folgen könnte (act. II 98 S. 2-4). Auch die Gutachter haben keine Notwendigkeit beruflich-erwerblicher Massnahmen postuliert, obwohl sie nachvollziehbar eine Dekonditionierung mit in ihre Beurteilung einbezogen haben. Auszugehen ist denn auch davon, dass – wenn wie vorliegend – ein Eingliederungswille bzw. eine subjektive Eingliederungsfähigkeit in einen besser angepassten Arbeitsbereich fehlt, entsprechende Massnahmen in aller Regel von vornherein zum Scheitern verurteilt sind. Unter diesen Umständen entfällt vor-

liegend der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass vorgängig ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (SVR 2019 IV Nr. 3 S. 9 E. 7).

Der blosse Anspruch auf Arbeitsvermittlung begründet für sich allein keine Anwendbarkeit der unter E. 5.2 hiavor dargelegten Rechtsprechung (SVR 2010 IV Nr. 9 S. 29 E. 2.3.1).

6. Die angefochtene Verfügung erweist sich nach dem Gesagten als rechens, die dagegen erhobene Beschwerde ist mithin abzuweisen.

7.

7.1 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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

7.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

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):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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