

# SO\_GERICHTE VSBES.2019.90 vom 21. Dezember 2020

SO Obergericht, 2020-12-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.90\\_d20201221](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.90_d20201221)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.90 du 21 décembre 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.90 del 21 dicembre 2020

## Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Am 9. März 2001 meldete sich A.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1959, erstmals zum Bezug von Leistungen bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) an (IV-Nr. [Akten der IV-Stelle] 3). In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin ein polydisziplinäres Gutachten bei der B.\_\_\_\_. Die Gutachter kamen im Gutachtensbericht vom 4. September 2002 (IV-Nr. 28.1) zum Schluss, beim Beschwerdeführer bestehe mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein lumboradikuläres Reizsyndrom L5 rechts, eine Coxarthrose beidseits, eine iliosakrale Schmerzsymptomatik sowie eine depressive Störung, gegenwärtig leichten Grades (ICD-10 F32.0) mit ängstlicher Färbung. In der zuletzt ausgeübten, körperlich schwer belastenden Tätigkeit in der Gerüstmontage mit regelmässigem Einsatz als Chauffeur bestehe keine zumutbare Arbeitsfähigkeit. Dies sei durch die verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans und der Hüftgelenke rechtsbetont bedingt. Aus rein somatischer Sicht sei dem Exploranden eine körperlich leicht bis mittelschwer belastende Tätigkeit in Wechselposition (ohne lang andauerndes Sitzen oder Stehen, Verharren in vornübergeneigter Körperhaltung oder in rein sitzender Position) 60 - 70 % zumutbar. Aufgrund der gleichzeitig bestehenden depressiven Störung könne aber nur eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine derartige, den Beschwerden angepasste Tätigkeit als zumutbar erachtet werden. Gestützt auf das B.\_\_\_\_-Gutachten sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 21. Februar 2003 per 1. Juni 2001 eine halbe Rente zu (IV-Nr. 36). Diese wurde in der Folge mit Mitteilungen vom 11. Oktober 2004 und 13. Oktober 2011 bestätigt (IV-Nrn. 41 und 49).

1.2 Mit Bericht vom 1. Dezember 2015 (IV-Nr. 50) meldete der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. C.\_\_\_\_, der Beschwerdegegnerin, beim Beschwerdeführer sei eine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten. Der Beschwerdeführer leide nun zusätzlich unter einem Zustand nach mikrochirurgischer Dekompression und Sequestrektomie L4/5 und Diskektomie L4/5 am 7. November 2015 bei grosser, sequestrierter Diskushernie L4/5 links mit Spinalkanalstenose L4/5 links und beginnendem Cauda equina-Syndrom. Es persistiere eine Grosszehenheberparese bds, eine Fussheberparese M3 links, M4 rechts, Abduktionsschwäche M3-4 links und M4 re, und eine Hypästhesie laterale Wade und lateraler Fussrand rechts. Aktuell sei er zu 100 % arbeitsunfähig. In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin bei der D.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten. Im Gutachtensbericht vom 29. August 2016 (IV-Nr. 60.1) hielten die Gutachter fest, für körperlich schwer belastende Tätigkeiten, wie die bis ins Jahr 2000 ausgeführte Gerüstmontage kombiniert mit Chauffeur-Tätigkeit bestehe seit dem

Jahre 2001 und dauerhaft eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. In einer dem Leiden angepassten körperlich leichten bis mittelschwer belastenden Tätigkeit bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Im Vergleich zum Gutachten der B.\_\_\_\_ bestünden folgende Unterschiede: Eine depressive Störung könne gegenwärtig nicht mehr nachgewiesen werden. Eine iliosakrale Schmerzsymptomatik sei momentan nicht vorhanden. Die mediolaterale Diskushernie L4/5 sei im November 2015 operiert worden und eine Neurokompression bestehe nicht mehr. Es sei im Weiteren anzunehmen, dass sich die Coxarthrosen in den letzten Jahren verschlechtert hätten, insbesondere sei im Gegensatz zur röntgenologischen Beurteilung 2002 die Coxarthrose nun rechtsbetont. Gestützt auf das Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 29. August 2016 stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 19. Januar 2017 (IV-Nr. 64) in Aussicht, ihm vom 1. Februar 2016 bis 30. November 2016 eine befristete ganze Rente zuzusprechen, die Rente aber per 1. Dezember 2016 gestützt auf einen errechneten Invaliditätsgrad von 39 % aufzuheben. In der Folge liess der Beschwerdeführer dagegen Einwand erheben (IV-Nr. 66) und weitere Arztberichte einreichen. Aufgrund dessen veranlasste die Beschwerdegegnerin ein Verlaufsgutachten bei der D.\_\_\_\_. Der Gutachtensbericht vom 16. Juli 2018 (IV-Nr. 88.2) ergab eine im Vergleich zum Gutachten vom 29. August 2016 unveränderte Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer angepassten Tätigkeit. Gestützt darauf bestätigte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 22. Februar 2019 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) ihren mit Vorbescheid vom 19. Januar 2017 in Aussicht gestellten Entscheid.

2. Dagegen lässt der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 27. März 2019 (A.S. 8 ff.) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

3. Mit Eingabe vom 31. Mai 2019 (A.S. 39 f.) reicht der Beschwerdeführer weitere Arztberichte zu den Akten.

4. Mit Beschwerdeantwort vom 26. Juni 2019 (A.S. 44 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und reicht zwei Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein.

5. Mit Replik vom 11. Oktober 2019 (A.S. 57 ff.) lässt sich der Beschwerdeführer abschliessend vernehmen und reicht weitere Unterlagen zu den Akten.

6. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen.

## II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt.

### **E. 2**

2.1 Der revisionsrechtlich massgebende Sachverhalt betrifft die Erhöhung der Invalidenrente per 1. Februar 2016 sowie deren nachfolgende Aufhebung per 1. Dezember 2016, weshalb die ab 1. Januar 2012 geltende Rechtslage zu berücksichtigen ist.

2.2 Seit der ab 1. Januar 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und

die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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.

### **E. 3**

3.1 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).

3.2 Das Institut der Revision von Invalidenrenten gilt für alle Sozialversicherungen, welche Invalidenrenten ausrichten, und wurde vom Gesetzgeber in Weiterführung der entsprechenden bisherigen Regelungen übernommen. Da somit keine davon abweichende Ordnung beabsichtigt war, ist auch die dazu entwickelte Rechtsprechung grundsätzlich anwendbar (BGE 130 V 350 E. 3.5.2 und 352 E. 3.5.4).

3.3 Anlass zur Rentenrevision gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 369 E. 2). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder Auswirkungen in Bezug auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 349 E. 3.5, 117 V 199 E. 3b; AHI 1997 S. 288 E. 2b).

3.4 Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 372 E. 2b m. H.; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 104 E. 3a). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 115 V 313 E. 4a bb).

3.5 Gemäss Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; 831.201) ist die anspruchsbeeinflussende Änderung bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit 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 ■ worunter nach Art. 29terIVV eine Zeitspanne von 30 Tagen zu verstehen ist ■ drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Abs. 1). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Abs. 2).

### **E. 4**

4.1 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 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

5. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers hätte die Beschwerdegegnerin zwingend nochmals einen Vorbescheid erlassen müssen, da sich diese auf das neu eingeholte Gutachten und damit auf eine neue Grundlage stütze. Darin sei eine schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs zu erblicken, die einer Heilung gerade nicht zugänglich sei. Dass die Gutachter im neuerlichen Gutachten von einem gleichgebliebenen Zustand ausgingen, wie dies die Beschwerdegegnerin dartue, tue vorliegend nichts zur Sache. Somit sei die Verfügung vom 22. Februar 2019 schon aus formellrechtlichen Gründen aufzuheben. Sodann leide das Gutachten der D. \_\_\_ vom 29. August 2016 an inhaltlichen Mängeln. So habe der Neurologe keine eigene Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung vorgenommen. Unter Punkt 4 und Punkt 5 des Gutachtens würden die Diagnosen aufgelistet. Jedoch werde keine Unterscheidung getroffen, welche Diagnosen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten und welche nicht. Sodann werde die Rückenproblematik weder vom Neurologen noch vom Rheumatologen in ihrer gesamten Schwere adäquat erfasst. Diesbezüglich gelte es denn auch festzuhalten, dass ein Rheumatologe überhaupt nicht die richtige Fachrichtung abdecke, um das Rückenleiden genügend abzuklären. Es wäre vielmehr neben dem Neurologen ein Facharzt in orthopädischer Chirurgie beizuziehen gewesen, umso mehr auch, als selbst der Rheumatologe mindestens im Zusammenhang mit dem Hüftleiden weitere orthopädische Abklärungen als notwendig erachte. Diametral der Aktenlage widersprechend sei zudem, dass keine sensiblen und motorischen Ausfälle mehr vorliegen sollten. So sei den nach dem

Gutachten erstellten Arztberichten zu entnehmen, dass noch immer solche Ausfälle bestünden (vgl. u.a. Bericht E. \_\_\_ vom 18. November 2016, wo Hyp- und Parästhesien im Bereich L4 links erhoben würden oder Bericht des F. \_\_\_spitals vom 22. August 2017, wo ein leichtes L5-Syndrom mit Trendelenburg-Hinken, Schwäche der Fussextension und -inversion links mit zumindest partiell vereinbarer sensibler Ausfallsymptomatik erhoben würden). Der neurologische Gutachter hätte sodann klarerweise eine apparative Testung der Nervenleitgeschwindigkeit vornehmen müssen, um überhaupt eine vollständige Beurteilung vornehmen zu können. Des Weiteren bestünden Widersprüche. So habe der Rheumatologe im ersten Gutachten ein chronisch erlebtes Lumbovertebralsyndrom überwiegend mit einer funktionalen Prägung mit zum Teil auch unspezifischen Aspekten diagnostiziert. In der Begründung halte der Gutachter fest, er treffe ein «unspezifisches Gebaren» an und man könne höchstens noch einen Anteil eines leichten verbliebenen Reizsyndroms diskutieren. Demgegenüber diagnostiziere der neurologische Gutachter eine chronische tägliche Lumboischialgie rechts sowie links und halte die Schmerzproblematik für vollumfänglich objektivierbar und aufgrund des Nervenschadens nachvollziehbar. Auch in der Befunderhebung hätten sich Widersprüche ergeben. So habe etwa der neurologische Gutachter einen positiven Lasègue erhoben. Demgegenüber habe der rheumatologische Gutachter keinen Lasègue zu erheben vermocht. Fakt sei, dass solche Tests im Rahmen der Erhebung des Neurostatus in den Fachbereich des Neurologen fielen, weshalb dessen Beurteilung der Vorzug zu geben sei. Schliesslich widerspreche auch die psychiatrische Beurteilung diametral der Aktenlage. Das Vorliegen von psychischen Beschwerden werde gänzlich verneint, obwohl sämtliche Arztberichte vor und nach der Begutachtung eine depressive Störung festhielten. Sodann könne auch auf das Gutachten der D. \_\_\_ vom 18. Juli 2018 nicht abgestellt werden. Es sei zunächst wiederum zu kritisieren, dass keine orthopädisch-chirurgische Untersuchung stattgefunden habe, obwohl bereits im ersten Gutachten der Rheumatologe zumindest in Bezug auf das Hüftleiden solche Abklärungen als indiziert gesehen habe. Im neuerlichen Gutachten halte der Rheumatologe fest, dass sich die Beschwerden betreffend die Hüfte sogar akzentuiert hätten. Umso mehr hätten diesbezügliche Untersuchungen und Abklärungen vorgenommen werden müssen. Auch wäre nach Massgabe des MRI nach dem Unfall mit Bewusstlosigkeit vom 12. August 2016 mit der Diagnose einer vaskulären Encephalopathie mit multiplen Mikroblutungen und multiplen Marklagerläsionen eine neuropsychologische Teilbegutachtung angezeigt gewesen. Im Weiteren sei das Gutachten in sich widersprüchlich. Auffallendste Diskrepanz sei, dass der neurologische Gutachter im Gegensatz zum Rheumatologen abermals zu Recht die Lumboischialgien rechts und links als vollständig somatisch abstützbar und nachvollziehbar qualifiziere. Abermals würden indessen vom neurologischen Gutachter sensomotorische Ausfälle verneint. Sodann enthalte sich der neurologische Gutachter wiederum einer vollständigen Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit. Gleiches gelte auch für die Frage nach dem Verlauf der gesundheitlichen Störung, welche von ihm ebenfalls nicht beantwortet werde. Der Gutachter stelle auch fachspezifische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er bestätige also, dass die von ihm erhobenen Befunde und Diagnosen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Besagte Widersprüche würden auch durch das Hauptgutachten nicht aufgelöst. So werde bei der Arbeitsfähigkeit wiederum abermals die Einschätzung des Rheumatologen unkritisch übernommen, obwohl dieser das vorhandene Gebrechen im Vergleich zum neurologischen Gutachten zu Unrecht verharmlose. Unzureichend und beweisuntauglich sei das Gutachten der D. \_\_\_ auch, da zwischenzeitlich zusätzlich eine Gonarthrose im linken Knie zu beklagen sei. Es werde auf

den Bericht des E.\_\_\_\_ vom 21. Juli 2018 verwiesen. Die Knieproblematik sei von den Gutachtern vollständig ausgeblendet worden. Das rheumatologische Gutachten sei auch in sich selbst widersprüchlich. So werde zum einen angezweifelt, dass die Beschwerden in vollem Umfang somatisch nachvollziehbar seien, zum anderen werde dann aber gemutmasst, dass die Beschwerden durch die Hüftproblematik verursacht werden könnten. Gänzlich geklärt werde der Einfluss der Hüftproblematik gutachterlich dann aber wiederum nicht. Schliesslich sei auch die psychiatrische Beurteilung schlicht unzureichend. Zunächst gelte es zu kritisieren, dass die Diagnose einer mindestens mittelgradigen Depression nicht lege artis abgehandelt werde. Gemäss dem Rapport des Psychiaters wären genügende Elemente zur Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung zu bejahen. Der Gutachter setze sich dabei auch unzureichend mit den Vorakten auseinander. So ignoriere er etwa, dass nicht nur die behandelnde Psychiaterin eine mittlere bis schwere Depression diagnostiziert habe, sondern auch das Institut für Rechtsmedizin mit Gutachten vom 10. Mai 2017. Gestützt hierauf sei sogar der Fahrausweis entzogen worden. Im Weiteren sei nicht nachvollziehbar und schlüssig, wieso die gestellte Diagnose der Anpassungsstörung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben solle. Der Gutachter halte selbst fest, dass die Störung nicht vollständig remittiert sei. Bereits daraus ergebe sich klarerweise eine Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit. Des Weiteren gehe der Rheumatologe, Dr. med. G.\_\_\_\_, in seinen Berichten vom 30. April 2019 sowie vom 29. Mai 2019 in Diskrepanz namentlich zum rheumatologischen Teilgutachten der D.\_\_\_\_ sowie zum Hauptgutachten davon aus, dass die Beschwerden vollständig somatisch abstützbar seien. Auch gehe er nach wie vor von einer radikulären Problematik aus mit entsprechenden neuropathischen Schmerzen aus. Hieraus divergiere dessen Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung erheblich von jener der D.\_\_\_\_. Sodann umschreibe die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme die Lumboischialgie als simple Schmerzen im unteren Rückenbereich in die Beine ausstrahlend, aber neurologisch unspezifisch. Mit seiner Beurteilung habe der neurologische Gutachter der D.\_\_\_\_ entgegen der RAD-Ärztin gerade eine radikuläre Symptomatik erhoben. Es gebe radikuläre Schmerzproblematiken und radikuläre (motorische und sensible) Ausfallproblematiken. Ersteres habe der Gutachter bejaht, zweiteres verneint. Zudem sei auf das verkehrsmedizinische Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin Zürich vom 13. September 2019 zu verweisen. Die Testung durch das Institut für Rechtsmedizin habe gravierende kognitive Defizite und auch eine erhebliche Depressivität ergeben. Die neuropsychologischen Tests hätten sodann eine Fehlerquote ergeben, welche nach dem Gutachten für eine deutlich verminderte kognitive Leistungsreserve gesprochen habe, welche in Anbetracht des jungen Alters des Exploranden nicht mit dem Führen von Personenwagen vereinbar sei. Hieraus ergebe sich zum einen, dass entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin eine erhebliche psychische Problematik imponiere und zum anderen, dass kognitive Defizite bestünden, welche bislang nicht weiter fachärztlich abgeklärt worden seien. Die RAD-Ärztin behaupte sodann, die Elektroneuromyographie-Untersuchung durch den neurologischen Teilgutachter der D.\_\_\_\_ habe normale Nervenleitgeschwindigkeiten und ein unauffälliges Nervensummenpotenzial ergeben, weshalb eine Nervenschädigung habe ausgeschlossen werden können. Diese Feststellung sei klar aktenwidrig. Der neurologische Gutachter halte in seinem Teilgutachten auf Seite 3 vielmehr fest, das klinische Bild der Lumboischialgie L4 und L5 werde auch mit dem ENMG bestätigt mit diskreten Zeichen einer Irritation von L5 links. Sofern das angerufene Gericht wider Erwarten nicht auf das Dargelegte abstelle, d.h. den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Invalidenrente über den 1.

Dezember 2016 hinaus nicht bejahen, oder soweit die Angelegenheit nicht zu weiteren Abklärungen in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werde, sei seitens des Gerichts eine nochmalige polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers unter Einbezug der Disziplinen Innere Medizin, orthopädische Chirurgie, Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie zu initiieren. Im Übrigen könnte gestützt auf das Gutachten der D.\_\_\_\_ keine revisionsbegründende Verbesserung abgeleitet werden. Im D.\_\_\_\_-Gutachten vom 18. Juli 2018 werde explizit festgehalten, dass es seit der ursprünglichen Rentenzusprache zu keiner dauernden veränderten gesundheitlichen Situation gekommen sei. Es werde lediglich eine andere Einschätzung des an sich immer gleichgebliebenen Zustandes vorgenommen. Dies zeige sich an der Antwort auf Frage 5. Dort werde das frühere Gutachten der B.\_\_\_\_ im damaligen Schluss einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ■ zu Unrecht ■ kritisiert, um sogleich festzuhalten, dass damals wie heute ein Lumbovertebralsyndrom mit identischer Arbeitsunfähigkeit zu diagnostizieren sei. Auch im psychiatrischen Bereich werde indirekt von einem gleichgebliebenen Zustand ausgegangen. Sodann zeige sich die Verneinung eines Revisionsgrundes durch die Gutachter eindrücklich daran, dass die Gutachter die Frage 6 (falls es zu einer Veränderung gekommen sei), mit «entfällt» beantworteten. Es sei also zu keiner Veränderung gekommen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin wäre damit, würde man auf das Gutachten abstellen, ein Revisionsstatbestand nicht erfüllt und es hätte bei der ursprünglichen Rentenzusprache zu bleiben und dem Beschwerdeführer wäre die bisherige Rente unverändert weiterauszurichten. Sodann werde die Richtigkeit des Valideneinkommens bestritten. Dieses erweise sich als zu tief. Zudem könne eine allfällige Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers angesichts seines fortgeschrittenen Alters nicht mehr verwertet werden. Der Beschwerdeführer sei auf eine wechselbelastende Tätigkeit angewiesen, leide gemäss dem psychiatrischen Gutachten an diversen Einschränkungen, sei 60 Jahre alt, verfüge über keine Berufsausbildung und spreche schlecht Deutsch. Selbst wenn man davon ausgehe, dass der Beschwerdeführer in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit ganztägig mit einer Leistungseinschränkung von 30 % einsetzbar sei, ergebe die Gesamtwürdigung der für die Zumutbarkeitsfrage im vorliegenden Fall massgebenden, objektiven und subjektiven Umstände, dass die dem Beschwerdeführer verbliebene Einsatzfähigkeit mit Einschränkungen auch bei leichten Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit Blick auf sein fortgeschrittenes Alter realistischlicherweise nicht mehr nachgefragt werde und ihm deren Verwertung nicht mehr zugemutet werden könne (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_954/2012 vom 10. Mai 2013). Zudem wäre zwingend ein leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen in der Höhe von 25 % vorzunehmen. Die Beschwerdegegnerin habe lediglich einen Abzug von 10 % gewährt. Dieser Abzug werde den tatsächlichen Verhältnissen jedoch in keiner Weise gerecht. Dies zeige sich schon daran, dass bei erstmaliger Rentenzusprache noch ein Abzug von 15 % gewährt worden sei. Selbst nach dem bestrittenen Tätigkeitsprofil gemäss dem D.\_\_\_\_-Gutachten sei der Beschwerdeführer auf eine wechselbelastende Tätigkeit angewiesen, was rechtsprechungsgemäss allein schon ein Abzug von 10 % rechtfertige. Im Weiteren habe auch aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs und des verlangsamten Arbeitstempos ein Abzug zu erfolgen. Schliesslich hätte der Beschwerdeführer ■ da er sowohl das 55. Altersjahr vollendet als auch eine Rentenbezugsdauer von mindestens 15 Jahren aufweise ■ Anspruch auf berufliche Massnahmen. Die Beschwerdegegnerin erbringe vorliegend den Beweis, dass dem Beschwerdeführer die Selbsteingliederung entgegen der Regel zumutbar sei, nicht. Die Beschwerdegegnerin hätte zumindest

diesbezügliche Abklärungen vorzunehmen gehabt. Der Beschwerdeführer habe stets versucht, seine Restarbeitsfähigkeit zu verwerten. Dies sei ihm aber leider nicht gelungen. So habe er zunächst in einem 40%-Pensum als Lagerist gearbeitet. Diese Stelle sei ihm dann per 31. Dezember 2002 gekündigt worden. Danach habe er bis zur Aussteuerung Arbeitslosentaggelder bezogen. In diesem Rahmen habe er auch intensiv Stellen gesucht. Leider habe der Beschwerdeführer aber weder in dieser Zeit noch in der Zeit danach einen Arbeitgeber gefunden, der ihn angestellt hätte (vgl. hierzu auch die Anamnese im D.\_\_\_\_-Gutachten vom 29. Juni 2016, S. 13).

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwar vor-übergehend verschlechtert, insgesamt aber seit der Rentenzusprache verbessert habe. Aus psychiatrischer Sicht habe kein Gesundheitsschaden festgestellt werden können. Eine depressive Störung habe nicht mehr nachgewiesen werden können. Ab dem 3. November 2015 bis spätestens am 29. August 2016 sei er zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Am 7. November 2015 habe er sich einer Rückenoperation unterzogen. Durch die chirurgische Therapie mit Bandscheiben-Revision und Dekompression habe sich in den folgenden Monaten sein Gesundheitszustand und somit die Arbeitsfähigkeit sukzessive verbessert. Die angestammte Tätigkeit als Gerüstbauer mit Chauffeur ■ Tätigkeit sei ihm nicht mehr zumutbar. Sicher ab dem 29. August 2016 sei ihm jedoch wieder eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit in einem 100%-Pensum mit einer 30 % Leistungseinschränkung durch den vermehrten Pausenbedarf zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit von 70 % gelte ab dem Zeitpunkt der Begutachtung. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens habe man dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung Rechnung getragen und einen Abzug von 10 % berechnet. Sodann sei das Gutachten der D.\_\_\_\_ dem Regionalen Ärztlichen Dienst zur Stellungnahme vorgelegt worden. Dieser erkläre das Gutachten als voll beweiswertig. Sowohl im neurologischen wie auch rheumatologischen Gutachten werde nachvollziehbar dargestellt, weshalb keine eindeutige segmentale Zuordnung der beklagten Beschwerden möglich sei (Sensibilitätsstörungen entsprächen keinem Dermatome, der ausgefallene Achillessehnenreflex entspreche S1, wo jedoch in der Bildgebung kein Defekt nachweisbar sei). Eine Diskrepanz der Gutachten bestehe nicht. Dass keine sensomotorischen Ausfälle gemäss Neurologen bestünden, widerspreche ebenfalls nicht der Tatsache, dass der Gutachter eine Schmerz- bzw. eine mögliche Reizsymptomatik beschreibe. Ein empfundener Schmerz entspreche nicht einem sensomotorischen Ausfall. Ein sensomotorischer Ausfall erfordere eine Gefühlsstörung sowie eine Störung der Motorik (Muskelfunktion) im betreffenden (passenden) Dermatome. Der neurologische Gutachter enthalte sich zudem nicht der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, sondern halte vielmehr fest (S. 4 des Teilgutachtens), dass sich aus neurologischer Sicht keine Anhaltspunkte für eine Arbeitsunfähigkeit ergäben. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer die Möglichkeit gehabt, sich im Verwaltungsverfahren umfassend zum vorgesehenen Entscheid zu äussern. Angesichts der Umstände habe die IV-Stelle vom Erlass eines neuen Vorbescheides absehen dürfen. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liege nicht vor. Zudem hätten die Gutachter im Verlaufsgutachten vom 16. Juli 2018 abschliessend festgestellt, dass bezüglich der Arbeitsfähigkeit auch nach der aktuellen Untersuchung die Beurteilung im Vorgutachten vom 29. August 2016 weiterhin Gültigkeit habe. Der Beschwerdeführer habe somit davon ausgehen können, dass die IV-Stelle am angekündigten Entscheid festhalte. Zum Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach keine revisionsbegründende Verbesserung eingetreten sei, sei sodann Folgendes festzuhalten: Die

Rückensituation des Beschwerdeführers habe sich im November 2015 akzentuiert: Bei einer Cauda equina Symptomatik und einer Exazerbation von Rückenschmerzen sei eine Operation am 7. November 2015 indiziert gewesen. Zuvor habe kein Grund für ein chirurgisches Vorgehen bestanden (keine neurologische Symptomatik) (s. Gutachten D.\_\_\_\_ vom 29. August 2016, S. 19). Gemäss Akten hätten nach der Operation weiterhin neurologische Störungen bestanden (s. RAD-Stellungnahme vom 19. Februar 2016). Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die postoperative Rehabilitation mehr als drei Monate gedauert habe. Der RAD-Arzt erachte es nach Würdigung der Akten als wahrscheinlich, dass 6 Monate postoperativ wieder eine Teilarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestanden habe (RAD-Stellungnahme vom 30. November 2016). Damit sei es im Vergleich zum Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenverfügung vom 21. Februar 2003 in Bezug auf die Rückenproblematik zu einer vorübergehenden anspruchrelevanten Verschlechterung gekommen, welche einen Revisionsgrund darstelle und zu einer freien Ermittlung des Invaliditätsgrades führe (vgl. Urteil 9C\_891/2015 vom 4. Februar 2016 E. 2). Insofern der Beschwerdeführer einen Abzug auf dem Invalideneinkommen in der Höhe von 25 % verlange, lasse er unberücksichtigt, dass ein Abzug etwa dann nicht gerechtfertigt sei, wenn als Verweistätigkeit Hilfsarbeiten im gesamten privaten Sektor ins Auge gefasst würden, zumal Hilfsarbeiten auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt würden und sich das Alter im Bereich der einfachen und repetitiven Tätigkeiten im Kompetenzniveau 1 bei männlichen Arbeitnehmern nicht lohnsenkend auswirke. Bezüglich der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt gelte es zu berücksichtigen, dass, wenn während der Dauer einer Arbeitskarenz eine Restarbeitsfähigkeit (z.B. 50 %) bestanden habe und eine versicherte Person aus nicht invaliditätsbedingten Gründen keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen sei, und weil bei Beschäftigungen im Kompetenzniveau 1 weder eine lange Einarbeitungszeit noch Berufspraxis erforderlich seien, kein Anspruch auf einen leidensbedingten Abzug bestehe. Mangelhafte Sprachkenntnisse würden bereits durch die Verwendung der Tabellenlöhne des Niveaus 1 abgegolten. Die Nationalität könne vernachlässigt werden, angesichts der Tatsache, dass die statistischen Löhne auf Grund der Einkommen der schweizerischen und der ausländischen Wohnbevölkerung erfasst würden. Auch die mangelnde berufliche Ausbildung sei nicht beim Abzug vom Tabellenlohn, sondern bei der Bestimmung des Kompetenzniveaus des herangezogenen Tabellenlohnes zu berücksichtigen. Der Abzug auf dem Invalideneinkommen in der Höhe von 10 % erscheine unter Berücksichtigung aller Umstände eher als grosszügig. Des Weiteren sei nach ständiger Rechtsprechung im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Bei Versicherten, die bei der revisions- oder wiedererwägungsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente das 55. Altersjahrs vollendet hätten oder die eine Rentenbezugsdauer von mindestens 15 Jahren aufwiesen, sei, von Ausnahmen abgesehen ■ eine Selbsteingliederung indes nicht mehr zumutbar. Der Beschwerdeführer erfülle grundsätzlich die vom Bundesgericht festgelegten Grenzwerte. Hingegen bestehe beim Beschwerdeführer seit Jahren eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit. Die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung sei bei einer stets vorhandenen, aber nicht verwerteten Restarbeitsfähigkeit zu bejahen, weshalb kein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe (vgl. Urteil 9C\_754/2014 vom 11. Juni 2015 E. 5.3).

6. Vorab ist auf die Frage einzugehen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt hat. Der

Beschwerdeführer rügt in diesem Zusammenhang, die Beschwerdegegnerin hätte zwingend nochmals einen Vorbescheid erlassen müssen, da sich diese auf das neu eingeholte Gutachten und damit auf eine neue Grundlage stütze. Darin sei eine schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs zu erblicken, die einer Heilung gerade nicht zugänglich sei. Dass die Gutachter im neuerlichen Gutachten von einem gleichgebliebenen Zustand ausgingen, wie dies die Beschwerdegegnerin dargelegt, tue vorliegend nichts zur Sache. Somit sei die Verfügung vom 22. Februar 2019 schon aus formellrechtlichen Gründen aufzuheben.

6.1 Der Anspruch auf rechtliches Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt er ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines in seine Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen.

6.2 Der Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens besteht darin, die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten zu verbessern (BGE 134 V 97 E. 2.7 S. 106). Die IV-Stelle darf sich daher nicht darauf beschränken, die von der versicherten Person vorgebrachten Einwände tatsächlich zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen. Sie hat ihre Überlegungen dem oder der Betroffenen gegenüber auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den (entscheidswesentlichen) Einwänden auseinanderzusetzen, oder aber zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann (BGE 124 V 181 E. 2b S. 183). Das Vorbescheidverfahren geht über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) hinaus, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Entscheid zu äussern (BGE 134 V 97 E. 2.8.2 S. 107 mit Hinweisen). Dies heisst nicht, dass eine IV-Stelle, die von dem im Vorbescheid in Aussicht gestellten Entscheid abweichend verfügen will, vorgängig nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hätte (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_96/2012 vom 9. Mai 2012 E. 3.2 und 9C\_115/2007 vom 22. Januar 2008 E. 4 u. 5, in: SVR 2008 IV Nr. 43 S. 145). Ob die Verwaltung, wenn sie auf Einwand der versicherten Person gegen den Vorbescheid hin weitere Abklärungen vornimmt, nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hat, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab, u.a. von der inhaltlichen Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_312/2014 vom 19. September 2014 E. 2.2.1). Einem Vorbescheid kommt nicht die verfahrensmässige Wirkung einer Verfügung zu, weshalb er ohne die Voraussetzungen einer prozessualen Revision oder Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 1 - 2 ATSG) abgeändert werden kann.

Im vorliegenden Fall wurde von der Beschwerdegegnerin nach Erlass des Vorbescheides ein polydisziplinäres Verlaufsgutachten eingeholt. Nach derart umfassenden neuen medizinischen Abklärungen hätte die Beschwerdegegnerin grundsätzlich einen neuen Vorbescheid erlassen müssen. Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beschwerdeführer aber insofern das rechtliche Gehör, als ihm nach Vorliegen der Gutachten Gelegenheit gegeben wurde, sich dazu zu äussern (vgl. IV-Nr. 89 und 90). Insofern wurde der Anspruch auf das rechtliche Gehör gewahrt, wobei das Vorbescheidverfahren wie erwähnt über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV)

hinausgeht, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Entscheid zu äussern. Hiernach erliess die Beschwerdegegnerin die Verfügung vom 22. Februar 2019, worin sie nicht vom Vorbescheid vom 19. Januar 2017 abwich. Selbst wenn in der Verfügung zu Ungunsten der Versicherten von dem abgewichen worden wäre, was vorbescheidweise in Aussicht gestellt wurde, verletzt dies grundsätzlich auch Treu und Glauben nicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.2; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, N. 3 zu Art. 57a IVG mit Hinweis auf Urteil 9C\_115/2007 vom 22. Januar 2008 E. 4-5, in: SVR 2008 IV Nr. 43 S. 145). Zudem war es nach Vorliegen des Gutachtens der D.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2018 und aufgrund des Umstandes, dass dieses bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit dem Vorgutachten der D.\_\_\_\_ vom 29. August 2016 übereinstimmte, für den Beschwerdeführer absehbar, dass die Beschwerdegegnerin an ihrem Vorbescheid und damit an der Rentenaufhebung festhalten würde. Somit konnte die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall auf den Erlass eines neuen Vorbescheides verzichten, womit eine Verletzung des rechtlichen Gehörs zu verneinen ist. Im Übrigen wäre von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, könnte eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend ohne weiteres als geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen), zumal sich der Beschwerdeführer, wie vorgehend erwähnt, vor Erlass der angefochtenen Verfügung zum Verlaufsgutachten der D.\_\_\_\_ hat äussern können.

7. Zu prüfen ist sodann, ob die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente des Beschwerdeführers per 1. Februar 2016 zu Recht von einer halben auf eine ganze Rente erhöht und sodann per 1. Dezember 2016 aufgehoben hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich bei einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Rentenverfügung ■ vorliegend am 21. Februar 2002 ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 22. Februar 2019 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte ihre in Rechtskraft erwachsene ursprünglichen Rentenverfügung vom 21. Februar 2002 im Wesentlichen auf das Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 4. September 2002 (IV-Nr. 28.1). Darin wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

Weitere Diagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

Weiter führten die Gutachter aus, seit gut zwei Jahren beständen beim Beschwerdeführer chronifizierte Rückenbeschwerden. Für diese sei mit Sicherheit ein objektivierbarer somatischer Kern vorhanden, hingegen bestehe eine Diskrepanz zwischen den subjektiv geltend gemachten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Zusätzlich beständen weitere Beschwerden von Seiten des Bewegungsapparates mit einer deutlich vorhandenen

Bewegungseinschränkung des Hüftgelenkes. Die aktuell vorhandene depressive Störung gegenwärtig leichten Grades sei wohl ursächlich sowohl auf die von Seiten des Bewegungsapparates herrührende Schmerzsymptomatik als auch auf die traumatische Belastung des Bosnienkrieges mit Verlust des dort aufgebauten Hauses zurückzuführen. Ein Versuch der beruflichen Eingliederung im Herbst 2001 sei aufgrund persistierender Rückenbeschwerden gescheitert, und es sei damals beschlossen worden, dass der Versicherte behinderungsbedingt in der freien Wirtschaft nicht rentenausschliessend vermittelbar gewesen sei. In der zuletzt ausgeübten, körperlich schwer belastenden Tätigkeit in der Gerüstmontage mit regelmässigem Einsatz als Chauffeur bestehe keine zumutbare Arbeitsfähigkeit. Dies sei durch die verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans und der Hüftgelenke rechtsbetont bedingt. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Explorand aufgrund der depressiven Störung mit deutlich reduzierter Belastbarkeit und Ausdauer gegenwärtig für eine den somatischen Beschwerden angepasste Tätigkeit um rund 20 - 30 % eingeschränkt. Aus rein somatischer Sicht sei dem Exploranden eine körperlich leicht bis mittelschwer belastende Tätigkeit in Wechselposition (ohne lang andauerndes Sitzen oder Stehen, Verharren in vornübergeneigter Körperhaltung oder in rein sitzender Position) 60 - 70 % zumutbar. Aufgrund der gleichzeitig bestehenden depressiven Störung könne aber nur eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine derartige, den Beschwerden angepasste Tätigkeit als zumutbar erachtet werden. Zusammenfassend bestehe für eine körperlich leichte bis maximal mittelschwere Belastung mit Möglichkeit zu Wechselpositionen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, welche nach Abschluss der medizinischen Massnahmen realisiert werden könnte.

7.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 22. Februar 2019 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

7.2.1 Im Austrittsbericht des I.\_\_\_\_ vom 17. November 2017 (IV-Nr. 50, S. 3) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Hauptdiagnose

Nebendiagnosen

Beim Beschwerdeführer sei am 4. November 2015 (recte: 7. November 2015) eine mikrochirurgische Dekompression und Sequestrektomie L4/5 sowie Diskektomie L4/5 durchgeführt worden. Status bei Austritt: Verbessertes Allgemeinzustand, reizfreie Wundverhältnisse, Grosszehenheberparese M1 beidseits, Eversionsschwäche M2-3 beidseits; Fussheberparese M3 li., M4 re.; Abduktionsschwäche M3-4 li, M4 re., Hypästhesie laterale Wade und lateraler Fussrand rechts.

7.2.2 Mit Bericht vom 1. Dezember 2015 (IV-Nr. 50) meldete der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. C.\_\_\_\_, der Beschwerdegegnerin, beim Beschwerdeführer sei eine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten. Der Beschwerdeführer leide nun zusätzlich unter einem Zustand nach mikrochirurgischer Dekompression und Sequesterektomie L4/5 und Diskektomie L4/5 am 7. November 2015 bei grosser, sequestrierter Diskushernie L4/5 links mit Spinalkanalstenose L4/5 links und beginnendem Cauda equina-Syndrom. Es persistiere eine Grosszehenheberparese bds, eine Fussheberparese M3 links, M4 rechts, Abduktionsschwäche M3-4 links und M4 re, und eine Hypästhesie laterale Wade und lateraler Fussrand rechts. Aktuell sei er zu 100 % arbeitsunfähig.

### 7.2.3 Im Austrittsbericht des E.\_\_\_\_ vom

#### **E. 5**

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers hätte die Beschwerdegegnerin zwingend nochmals einen Vorbescheid erlassen müssen, da sich diese auf das neu eingeholte Gutachten und damit auf eine neue Grundlage stütze. Darin sei eine schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs zu erblicken, die einer Heilung gerade nicht zugänglich sei. Dass die Gutachter im neuerlichen Gutachten von einem gleichgebliebenen Zustand ausgingen, wie dies die Beschwerdegegnerin dartue, tue vorliegend nichts zur Sache. Somit sei die Verfügung vom 22. Februar 2019 schon aus formellrechtlichen Gründen aufzuheben. Sodann leide das Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 29. August 2016 an inhaltlichen Mängeln. So habe der Neurologe keine eigene Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung vorgenommen. Unter Punkt 4 und Punkt 5 des Gutachtens würden die Diagnosen aufgelistet. Jedoch werde keine Unterscheidung getroffen, welche Diagnosen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten und welche nicht. Sodann werde die Rückenproblematik weder vom Neurologen noch vom Rheumatologen in ihrer gesamten Schwere adäquat erfasst. Diesbezüglich gelte es denn auch festzuhalten, dass ein Rheumatologe überhaupt nicht die richtige Fachrichtung abdecke, um das Rückenleiden genügend abzuklären. Es wäre vielmehr neben dem Neurologen ein Facharzt in orthopädischer Chirurgie beizuziehen gewesen, umso mehr auch, als selbst der Rheumatologe mindestens im Zusammenhang mit dem Hüftleiden weitere orthopädische Abklärungen als notwendig erachte. Diametral der Aktenlage widersprechend sei zudem, dass keine sensiblen und motorischen Ausfälle mehr vorliegen sollten. So sei den nach dem Gutachten erstellten Arztberichten zu entnehmen, dass noch immer solche Ausfälle bestünden (vgl. u.a. Bericht E.\_\_\_\_ vom 18. November 2016, wo Hyp- und Parästhesien im Bereich L4 links erhoben würden oder Bericht des F.\_\_\_\_spitals vom 22. August 2017, wo ein leichtes L5-Syndrom mit Trendelenburg-Hinken, Schwäche der Fussextension und -inversion links mit zumindest partiell vereinbarer sensibler Ausfallsymptomatik erhoben würden). Der neurologische Gutachter hätte sodann klarerweise eine apparative Testung der Nervenleitgeschwindigkeit vornehmen müssen, um überhaupt eine vollständige Beurteilung vornehmen zu können. Des Weiteren bestünden Widersprüche. So habe der Rheumatologe im ersten Gutachten ein chronisch erlebtes Lumbovertebralsyndrom überwiegend mit einer funktionalen Prägung mit zum Teil auch unspezifischen Aspekten diagnostiziert. In der Begründung halte der Gutachter fest, er treffe ein «unspezifisches Gebaren» an und man könne höchstens noch einen Anteil eines leichten verbliebenen Reizsyndroms diskutieren. Demgegenüber diagnostiziere der neurologische Gutachter eine chronische tägliche Lumboischialgie rechts sowie links und halte die Schmerzproblematik für vollumfänglich objektivierbar und aufgrund des Nervenschadens nachvollziehbar. Auch in der Befunderhebung hätten sich Widersprüche ergeben. So habe etwa der neurologische Gutachter einen positiven Lasègue erhoben. Demgegenüber habe der rheumatologische Gutachter keinen Lasègue zu erheben vermocht. Fakt sei, dass solche Tests im Rahmen der Erhebung des Neurostatus in den Fachbereich des Neurologen fielen, weshalb dessen Beurteilung der Vorzug zu geben sei. Schliesslich widerspreche auch die psychiatrische Beurteilung diametral der Aktenlage. Das Vorliegen von psychischen Beschwerden werde gänzlich verneint, obwohl sämtliche Arztberichte vor und nach der Begutachtung eine depressive Störung festhielten. Sodann könne auch auf das Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2018 nicht abgestellt werden. Es sei zunächst wiederum zu kritisieren, dass keine orthopädisch-chirurgische Untersuchung stattgefunden habe, obwohl bereits im ersten

Gutachten der Rheumatologe zumindest in Bezug auf das Hüftleiden solche Abklärungen als indiziert gesehen habe. Im neuerlichen Gutachten halte der Rheumatologe fest, dass sich die Beschwerden betreffend die Hüfte sogar akzentuiert hätten. Umso mehr hätten diesbezügliche Untersuchungen und Abklärungen vorgenommen werden müssen. Auch wäre nach Massgabe des MRI nach dem Unfall mit Bewusstlosigkeit vom 12. August 2016 mit der Diagnose einer vaskulären Encephalopathie mit multiplen Mikroblutungen und multiplen Marklagerläsionen eine neuropsychologische Teilbegutachtung angezeigt gewesen. Im Weiteren sei das Gutachten in sich widersprüchlich. Auffallendste Diskrepanz sei, dass der neurologische Gutachter im Gegensatz zum Rheumatologen abermals zu Recht die Lumboischialgien rechts und links als vollständig somatisch abstützbar und nachvollziehbar qualifiziere. Abermals würden indessen vom neurologischen Gutachter sensomotorische Ausfälle verneint. Sodann enthalte sich der neurologische Gutachter wiederum einer vollständigen Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit. Gleiches gelte auch für die Frage nach dem Verlauf der gesundheitlichen Störung, welche von ihm ebenfalls nicht beantwortet werde. Der Gutachter stelle auch fachspezifische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er bestätige also, dass die von ihm erhobenen Befunde und Diagnosen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Besagte Widersprüche würden auch durch das Hauptgutachten nicht aufgelöst. So werde bei der Arbeitsfähigkeit wiederum abermals die Einschätzung des Rheumatologen unkritisch übernommen, obwohl dieser das vorhandene Gebrechen im Vergleich zum neurologischen Gutachten zu Unrecht verharmlose. Unzureichend und beweisuntauglich sei das Gutachten der D.\_\_\_\_ auch, da zwischenzeitlich zusätzlich eine Gonarthrose im linken Knie zu beklagen sei. Es werde auf den Bericht des E.\_\_\_\_ vom 21. Juli 2018 verwiesen. Die Knieproblematik sei von den Gutachtern vollständig ausgeblendet worden. Das rheumatologische Gutachten sei auch in sich selbst widersprüchlich. So werde zum einen angezweifelt, dass die Beschwerden in vollem Umfang somatisch nachvollziehbar seien, zum anderen werde dann aber gemutmasst, dass die Beschwerden durch die Hüftproblematik verursacht werden könnten. Gänzlich geklärt werde der Einfluss der Hüftproblematik gutachterlich dann aber wiederum nicht. Schliesslich sei auch die psychiatrische Beurteilung schlicht unzureichend. Zunächst gelte es zu kritisieren, dass die Diagnose einer mindestens mittelgradigen Depression nicht lege artis abgehandelt werde. Gemäss dem Rapport des Psychiaters wären genügende Elemente zur Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung zu bejahen. Der Gutachter setze sich dabei auch unzureichend mit den Vorakten auseinander. So ignoriere er etwa, dass nicht nur die behandelnde Psychiaterin eine mittlere bis schwere Depression diagnostiziert habe, sondern auch das Institut für Rechtsmedizin mit Gutachten vom 10. Mai 2017. Gestützt hierauf sei sogar der Fahrausweis entzogen worden. Im Weiteren sei nicht nachvollziehbar und schlüssig, wieso die gestellte Diagnose der Anpassungsstörung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben solle. Der Gutachter halte selbst fest, dass die Störung nicht vollständig remittiert sei. Bereits daraus ergebe sich klarerweise eine Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit. Des Weiteren gehe der Rheumatologe, Dr. med. G.\_\_\_\_, in seinen Berichten vom 30. April 2019 sowie vom 29. Mai 2019 in Diskrepanz namentlich zum rheumatologischen Teilgutachten der D.\_\_\_\_ sowie zum Hauptgutachten davon aus, dass die Beschwerden vollständig somatisch abstützbar seien. Auch gehe er nach wie vor von einer radikulären Problematik aus mit entsprechenden neuropathischen Schmerzen aus. Hieraus divergiere dessen Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung erheblich von jener der D.\_\_\_\_. Sodann umschreibe die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme die Lumboischialgie als simple Schmerzen im unteren Rückenbereich in die Beine

ausstrahlend, aber neurologisch unspezifisch. Mit seiner Beurteilung habe der neurologische Gutachter der D.\_\_\_\_ entgegen der RAD-Ärztin gerade eine radikuläre Symptomatik erhoben. Es gebe radikuläre Schmerzproblematiken und radikuläre (motorische und sensible) Ausfallproblematiken. Ersteres habe der Gutachter bejaht, zweiteres verneint. Zudem sei auf das verkehrsmedizinische Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin Zürich vom 13. September 2019 zu verweisen. Die Testung durch das Institut für Rechtsmedizin habe gravierende kognitive Defizite und auch eine erhebliche Depressivität ergeben. Die neuropsychologischen Tests hätten sodann eine Fehlerquote ergeben, welche nach dem Gutachten für eine deutlich verminderte kognitive Leistungsreserve gesprochen habe, welche in Anbetracht des jungen Alters des Exploranden nicht mit dem Führen von Personenwagen vereinbar sei. Hieraus ergebe sich zum einen, dass entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin eine erhebliche psychische Problematik imponiere und zum anderen, dass kognitive Defizite bestünden, welche bislang nicht weiter fachärztlich abgeklärt worden seien. Die RAD-Ärztin behaupte sodann, die Elektroneuromyographie-Untersuchung durch den neurologischen Teilgutachter der D.\_\_\_\_ habe normale Nervenleitgeschwindigkeiten und ein unauffälliges Nervensummenpotenzial ergeben, weshalb eine Nervenschädigung habe ausgeschlossen werden können. Diese Feststellung sei klar aktenwidrig. Der neurologische Gutachter halte in seinem Teilgutachten auf Seite 3 vielmehr fest, das klinische Bild der Lumboischialgie L4 und L5 werde auch mit dem ENMG bestätigt mit diskreten Zeichen einer Irritation von L5 links. Sofern das angerufene Gericht wider Erwarten nicht auf das Dargelegte abstelle, d.h. den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Invalidenrente über den 1. Dezember 2016 hinaus nicht bejahen, oder soweit die Angelegenheit nicht zu weiteren Abklärungen in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werde, sei seitens des Gerichts eine nochmalige polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers unter Einbezug der Disziplinen Innere Medizin, orthopädische Chirurgie, Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie zu initiieren. Im Übrigen könnte gestützt auf das Gutachten der D.\_\_\_\_ keine revisionsbegründende Verbesserung abgeleitet werden. Im D.\_\_\_\_-Gutachten vom 18. Juli 2018 werde explizit festgehalten, dass es seit der ursprünglichen Rentenzusprache zu keiner dauernden veränderten gesundheitlichen Situation gekommen sei. Es werde lediglich eine andere Einschätzung des an sich immer gleichgebliebenen Zustandes vorgenommen. Dies zeige sich an der Antwort auf Frage 5. Dort werde das frühere Gutachten der B.\_\_\_\_ im damaligen Schluss einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit – zu Unrecht – kritisiert, um sogleich festzuhalten, dass damals wie heute ein Lumbovertebralsyndrom mit identischer Arbeitsunfähigkeit zu diagnostizieren sei. Auch im psychiatrischen Bereich werde indirekt von einem gleichgebliebenen Zustand ausgegangen. Sodann zeige sich die Verneinung eines Revisionsgrundes durch die Gutachter eindrücklich daran, dass die Gutachter die Frage 6 (falls es zu einer Veränderung gekommen sei), mit «entfällt» beantworteten. Es sei also zu keiner Veränderung gekommen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin wäre damit, würde man auf das Gutachten abstellen, ein Revisionsstatbestand nicht erfüllt und es hätte bei der ursprünglichen Rentenzusprache zu bleiben und dem Beschwerdeführer wäre die bisherige Rente unverändert weiterauszurichten. Sodann werde die Richtigkeit des Valideneinkommens bestritten. Dieses erweise sich als zu tief. Zudem könne eine allfällige Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers angesichts seines fortgeschrittenen Alters nicht mehr verwertet werden. Der Beschwerdeführer sei auf eine wechselbelastende Tätigkeit angewiesen, leide gemäss dem psychiatrischen Gutachten an diversen Einschränkungen, sei

60 Jahre alt, verfüge über keine Berufsausbildung und spreche schlecht Deutsch. Selbst wenn man davon ausgehe, dass der Beschwerdeführer in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit ganztägig mit einer Leistungseinschränkung von 30 % einsetzbar sei, ergebe die Gesamtwürdigung der für die Zumutbarkeitsfrage im vorliegenden Fall massgebenden, objektiven und subjektiven Umstände, dass die dem Beschwerdeführer verbliebene Einsatzfähigkeit mit Einschränkungen auch bei leichten Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit Blick auf sein fortgeschrittenes Alter realistischlicherweise nicht mehr nachgefragt werde und ihm deren Verwertung nicht mehr zugemutet werden könne (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_954/2012 vom 10. Mai 2013). Zudem wäre zwingend ein leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen in der Höhe von 25 % vorzunehmen. Die Beschwerdegegnerin habe lediglich einen Abzug von 10 % gewährt. Dieser Abzug werde den tatsächlichen Verhältnissen jedoch in keiner Weise gerecht. Dies zeige sich schon daran, dass bei erstmaliger Rentenzusprache noch ein Abzug von 15 % gewährt worden sei. Selbst nach dem bestrittenen Tätigkeitsprofil gemäss dem D.\_\_\_\_-Gutachten sei der Beschwerdeführer auf eine wechselbelastende Tätigkeit angewiesen, was rechtsprechungsgemäss allein schon ein Abzug von 10 % rechtfertige. Im Weiteren habe auch aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs und des verlangsamten Arbeitstempos ein Abzug zu erfolgen. Schliesslich hätte der Beschwerdeführer – da er sowohl das 55. Altersjahr vollendet als auch eine Rentenbezugsdauer von mindestens 15 Jahren aufweise – Anspruch auf berufliche Massnahmen. Die Beschwerdegegnerin erbringe vorliegend den Beweis, dass dem Beschwerdeführer die Selbsteingliederung entgegen der Regel zumutbar sei, nicht. Die Beschwerdegegnerin hätte zumindest diesbezügliche Abklärungen vorzunehmen gehabt. Der Beschwerdeführer habe stets versucht, seine Restarbeitsfähigkeit zu verwerten. Dies sei ihm aber leider nicht gelungen. So habe er zunächst in einem 40%-Pensum als Lagerist gearbeitet. Diese Stelle sei ihm dann per 31. Dezember 2002 gekündigt worden. Danach habe er bis zur Aussteuerung Arbeitslosentaggelder bezogen. In diesem Rahmen habe er auch intensiv Stellen gesucht. Leider habe der Beschwerdeführer aber weder in dieser Zeit noch in der Zeit danach einen Arbeitgeber gefunden, der ihn angestellt hätte (vgl. hierzu auch die Anamnese im D.\_\_\_\_-Gutachten vom 29. Juni 2016, S. 13). Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwar vor-übergehend verschlechtert, insgesamt aber seit der Rentenzusprache verbessert habe. Aus psychiatrischer Sicht habe kein Gesundheitsschaden festgestellt werden können. Eine depressive Störung habe nicht mehr nachgewiesen werden können. Ab dem 3. November 2015 bis spätestens am 29. August 2016 sei er zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Am 7. November 2015 habe er sich einer Rückenoperation unterzogen. Durch die chirurgische Therapie mit Bandscheiben-Revision und Dekompression habe sich in den folgenden Monaten sein Gesundheitszustand und somit die Arbeitsfähigkeit sukzessive verbessert. Die angestammte Tätigkeit als Gerüstbauer mit Chauffeur – Tätigkeit sei ihm nicht mehr zumutbar. Sicher ab dem 29. August 2016 sei ihm jedoch wieder eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit in einem 100%-Pensum mit einer 30 % Leistungseinschränkung durch den vermehrten Pausenbedarf zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit von 70 % gelte ab dem Zeitpunkt der Begutachtung. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens habe man dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung Rechnung getragen und einen Abzug von 10 % berechnet. Sodann sei das Gutachten der D.\_\_\_\_ dem Regionalen Ärztlichen Dienst zur Stellungnahme vorgelegt worden. Dieser erkläre das Gutachten als voll beweiswertig. Sowohl im

neurologischen wie auch rheumatologischen Gutachten werde nachvollziehbar dargestellt, weshalb keine eindeutige segmentale Zuordnung der beklagten Beschwerden möglich sei (Sensibilitätsstörungen entsprächen keinem Dermatome, der ausgefallene Achillessehnenreflex entspräche S1, wo jedoch in der Bildgebung kein Defekt nachweisbar sei). Eine Diskrepanz der Gutachten bestehe nicht. Dass keine sensomotorischen Ausfälle gemäss Neurologen bestünden, widerspreche ebenfalls nicht der Tatsache, dass der Gutachter eine Schmerz- bzw. eine mögliche Reizsymptomatik beschreibe. Ein empfundener Schmerz entspreche nicht einem sensomotorischen Ausfall. Ein sensomotorischer Ausfall erfordere eine Gefühlsstörung sowie eine Störung der Motorik (Muskel funktion) im betreffenden (passenden) Dermatome. Der neurologische Gutachter enthalte sich zudem nicht der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, sondern halte vielmehr fest (S. 4 des Teilgutachtens), dass sich aus neurologischer Sicht keine Anhaltspunkte für eine Arbeitsunfähigkeit ergäben. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer die Möglichkeit gehabt, sich im Verwaltungsverfahren umfassend zum vorgesehenen Entscheid zu äussern. Angesichts der Umstände habe die IV-Stelle vom Erlass eines neuen Vorbescheides absehen dürfen. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liege nicht vor. Zudem hätten die Gutachter im Verlaufsgutachten vom 16. Juli 2018 abschliessend festgestellt, dass bezüglich der Arbeitsfähigkeit auch nach der aktuellen Untersuchung die Beurteilung im Vorgutachten vom 29. August 2016 weiterhin Gültigkeit habe. Der Beschwerdeführer habe somit davon ausgehen können, dass die IV-Stelle am angekündigten Entscheid festhalte. Zum Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach keine revisionsbegründende Verbesserung eingetreten sei, sei sodann Folgendes festzuhalten: Die Rückensituation des Beschwerdeführers habe sich im November 2015 akzentuiert: Bei einer Cauda equina Symptomatik und einer Exazerbation von Rückenschmerzen sei eine Operation am 7. November 2015 indiziert gewesen. Zuvor habe kein Grund für ein chirurgisches Vorgehen bestanden (keine neurologische Symptomatik) (s. Gutachten D.\_\_\_\_ vom 29. August 2016, S. 19). Gemäss Akten hätten nach der Operation weiterhin neurologische Störungen bestanden (s. RAD-Stellungnahme vom 19. Februar 2016). Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die postoperative Rehabilitation mehr als drei Monate gedauert habe. Der RAD-Arzt erachte es nach Würdigung der Akten als wahrscheinlich, dass 6 Monate postoperativ wieder eine Teilarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestanden habe (RAD-Stellungnahme vom 30. November 2016). Damit sei es im Vergleich zum Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenverfügung vom 21. Februar 2003 in Bezug auf die Rückenproblematik zu einer vorübergehenden anspruchrelevanten Verschlechterung gekommen, welche einen Revisionsgrund darstelle und zu einer freien Ermittlung des Invaliditätsgrades führe (vgl. Urteil 9C\_891/2015 vom 4. Februar 2016 E. 2). Insofern der Beschwerdeführer einen Abzug auf dem Invalideneinkommen in der Höhe von 25 % verlange, lasse er unberücksichtigt, dass ein Abzug etwa dann nicht gerechtfertigt sei, wenn als Verweistätigkeit Hilfsarbeiten im gesamten privaten Sektor ins Auge gefasst würden, zumal Hilfsarbeiten auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt würden und sich das Alter im Bereich der einfachen und repetitiven Tätigkeiten im Kompetenzniveau 1 bei männlichen Arbeitnehmern nicht lohnsenkend auswirke. Bezüglich der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt gelte es zu berücksichtigen, dass, wenn während der Dauer einer Arbeitskarenz eine Restarbeitsfähigkeit (z.B. 50 %) bestanden habe und eine versicherte Person aus nicht invaliditätsbedingten Gründen keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen sei, und weil bei Beschäftigungen im Kompetenzniveau 1 weder eine lange Einarbeitungszeit

noch Berufspraxis erforderlich seien, kein Anspruch auf einen leidensbedingten Abzug bestehe. Mangelhafte Sprachkenntnisse würden bereits durch die Verwendung der Tabellenlöhne des Niveaus 1 abgegolten. Die Nationalität könne vernachlässigt werden, angesichts der Tatsache, dass die statistischen Löhne auf Grund der Einkommen der schweizerischen und der ausländischen Wohnbevölkerung erfasst würden. Auch die mangelnde berufliche Ausbildung sei nicht beim Abzug vom Tabellenlohn, sondern bei der Bestimmung des Kompetenzniveaus des herangezogenen Tabellenlohnes zu berücksichtigen. Der Abzug auf dem Invalideneinkommen in der Höhe von 10 % erscheine unter Berücksichtigung aller Umstände eher als grosszügig. Des Weiteren sei nach ständiger Rechtsprechung im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Bei Versicherten, die bei der revisions- oder wiedererwägungsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente das 55. Altersjahrs vollendet hätten oder die eine Rentenbezugsdauer von mindestens 15 Jahren aufwiesen, sei, von Ausnahmen abgesehen – eine Selbsteingliederung indes nicht mehr zumutbar. Der Beschwerdeführer erfülle grundsätzlich die vom Bundesgericht festgelegten Grenzwerte. Hingegen bestehe beim Beschwerdeführer seit Jahren eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit. Die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung sei bei einer stets vorhandenen, aber nicht verwerteten Restarbeitsfähigkeit zu bejahen, weshalb kein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe (vgl. Urteil 9C\_754/2014 vom 11. Juni 2015 E. 5.3).

6. Vorab ist auf die Frage einzugehen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt hat. Der Beschwerdeführer rügt in diesem Zusammenhang, die Beschwerdegegnerin hätte zwingend nochmals einen Vorbescheid erlassen müssen, da sich diese auf das neu eingeholte Gutachten und damit auf eine neue Grundlage stütze. Darin sei eine schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs zu erblicken, die einer Heilung gerade nicht zugänglich sei. Dass die Gutachter im neuerlichen Gutachten von einem gleichgebliebenen Zustand ausgingen, wie dies die Beschwerdegegnerin dartue, tue vorliegend nichts zur Sache. Somit sei die Verfügung vom 22. Februar 2019 schon aus formellrechtlichen Gründen aufzuheben.

6.1 Der Anspruch auf rechtliches Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt er ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines in seine Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen.

6.2 Der Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens besteht darin, die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten zu verbessern (BGE 134 V 97 E. 2.7 S. 106). Die IV-Stelle darf sich daher nicht darauf beschränken, die von der versicherten Person vorgebrachten Einwände tatsächlich zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen. Sie hat ihre Überlegungen dem oder der Betroffenen gegenüber auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den (entscheidwesentlichen) Einwänden auseinanderzusetzen, oder aber zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann (BGE 124 V 181 E. 2b S. 183). Das Vorbescheidverfahren geht über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) hinaus, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Entscheid zu äussern (BGE 134 V 97 E. 2.8.2 S. 107 mit Hinweisen). Dies

heisst nicht, dass eine IV-Stelle, die von dem im Vorbescheid in Aussicht gestellten Entscheid abweichend verfügen will, vorgängig nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hätte (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_96/2012 vom 9. Mai 2012 E. 3.2 und 9C\_115/2007 vom 22. Januar 2008 E. 4 u. 5, in: SVR 2008 IV Nr. 43 S. 145). Ob die Verwaltung, wenn sie auf Einwand der versicherten Person gegen den Vorbescheid hin weitere Abklärungen vornimmt, nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hat, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab, u.a. von der inhaltlichen Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_312/2014 vom 19. September 2014 E. 2.2.1). Einem Vorbescheid kommt nicht die verfahrensmässige Wirkung einer Verfügung zu, weshalb er ohne die Voraussetzungen einer prozessualen Revision oder Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 1 - 2 ATSG) abgeändert werden kann. Im vorliegenden Fall wurde von der Beschwerdegegnerin nach Erlass des Vorbescheides ein polydisziplinäres Verlaufsgutachten eingeholt. Nach derart umfassenden neuen medizinischen Abklärungen hätte die Beschwerdegegnerin grundsätzlich einen neuen Vorbescheid erlassen müssen. Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beschwerdeführer aber insofern das rechtliche Gehör, als ihm nach Vorliegen der Gutachten Gelegenheit gegeben wurde, sich dazu zu äussern (vgl. IV-Nr. 89 und 90). Insofern wurde der Anspruch auf das rechtliche Gehör gewährt, wobei das Vorbescheidverfahren wie erwähnt über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) hinausgeht, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Entscheid zu äussern. Hiernach erliess die Beschwerdegegnerin die Verfügung vom 22. Februar 2019, worin sie nicht vom Vorbescheid vom 19. Januar 2017 abwich. Selbst wenn in der Verfügung zu Ungunsten der Versicherten von dem abgewichen worden wäre, was vorbescheidweise in Aussicht gestellt wurde, verletzt dies grundsätzlich auch Treu und Glauben nicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.2; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, N. 3 zu Art. 57a IVG mit Hinweis auf Urteil 9C\_115/2007 vom 22. Januar 2008 E. 4-5, in: SVR 2008 IV Nr. 43 S. 145). Zudem war es nach Vorliegen des Gutachtens der D.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2018 und aufgrund des Umstandes, dass dieses bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit dem Vorgutachten der D.\_\_\_\_ vom 29. August 2016 übereinstimmte, für den Beschwerdeführer absehbar, dass die Beschwerdegegnerin an ihrem Vorbescheid und damit an der Rentenaufhebung festhalten würde. Somit konnte die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall auf den Erlass eines neuen Vorbescheides verzichten, womit eine Verletzung des rechtlichen Gehörs zu verneinen ist. Im Übrigen wäre von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, könnte eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend ohne weiteres als geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen), zumal sich der Beschwerdeführer, wie vorgehend erwähnt, vor Erlass der angefochtenen Verfügung zum Verlaufsgutachten der D.\_\_\_\_ hat äussern können. 7. Zu prüfen ist sodann, ob die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente des Beschwerdeführers per 1. Februar 2016 zu Recht von einer halben auf eine ganze Rente erhöht und sodann per

1. Dezember 2016 aufgehoben hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich bei einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Rentenverfügung – vorliegend am 21. Februar 2002 – bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 22. Februar 2019 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2). 7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte ihre in Rechtskraft erwachsene ursprünglichen Rentenverfügung vom 21. Februar 2002 im Wesentlichen auf das Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 4. September 2002 (IV-Nr. 28.1). Darin wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) 1. Lumboradikuläres Reizsyndrom L5 rechts (ICD-10 M51.1) bei/mit - mediolateraler Diskushernie L4/5 rechts - keine neurologischen Ausfallssymptome 2. Coxarthrose beidseits (ICD-10 M16.2) bei - Verdacht auf kongenitale Hüftdysplasie rechts mehr als links - Lumboradikuläres Reizsyndrom L5 rechts (ICD-10 M51.1) bei/mit - mediolateraler Diskushernie L4/5 rechts 3. Iliosakrale Schmerzsymptomatik rechts - DD: bei Dg. 1 / coxogen - muskuläre Dysbalancen, vorwiegend bedingt durch ausgeprägte Verkürzung der Hüftbeuger - Verdacht auf Symptomausweitung und Selbstlimitierungstendenz bei unklarer Zukunftsperspektive und emotionaler Belastungssituation im Rahmen der Bürgerkriegsfolgen 4. Depressive Störung, gegenwärtig leichten Grades (ICD-10 F32.0) mit ängstlicher Färbung Weitere Diagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) - Hepatopathie unklarer Aetiologie (DD: virale Hepatitis, aethyltoxisch, andere) - Dyslipidämie Weiter führten die Gutachter aus, seit gut zwei Jahren beständen beim Beschwerdeführer chronifizierte Rückenbeschwerden. Für diese sei mit Sicherheit ein objektivierbarer somatischer Kern vorhanden, hingegen bestehe eine Diskrepanz zwischen den subjektiv geltend gemachten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Zusätzlich beständen weitere Beschwerden von Seiten des Bewegungsapparates mit einer deutlich vorhandenen Bewegungseinschränkung des Hüftgelenkes. Die aktuell vorhandene depressive Störung gegenwärtig leichten Grades sei wohl ursächlich sowohl auf die von Seiten des Bewegungsapparates herrührende Schmerzsymptomatik als auch auf die traumatische Belastung des Bosnienkrieges mit Verlust des dort aufgebauten Hauses zurückzuführen. Ein Versuch der beruflichen Eingliederung im Herbst 2001 sei aufgrund persistierender Rückenbeschwerden gescheitert, und es sei damals beschlossen worden, dass der Versicherte behinderungsbedingt in der freien Wirtschaft nicht rentenausschliessend vermittelbar gewesen sei. In der zuletzt ausgeübten, körperlich schwer belastenden Tätigkeit in der Gerüstmontage mit regelmässigem Einsatz als Chauffeur bestehe keine zumutbare Arbeitsfähigkeit. Dies sei durch die verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans und der Hüftgelenke rechtsbetont bedingt. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Explorand aufgrund der depressiven Störung mit deutlich reduzierter Belastbarkeit und Ausdauer gegenwärtig für eine den somatischen Beschwerden angepasste Tätigkeit um rund 20 - 30 % eingeschränkt. Aus rein somatischer Sicht sei dem Exploranden eine körperlich leicht bis mittelschwer belastende Tätigkeit in Wechselposition (ohne lang andauerndes Sitzen oder Stehen, Verharren in vornübergeneigter Körperhaltung oder in rein sitzender Position) 60 - 70 % zumutbar. Aufgrund der gleichzeitig bestehenden depressiven Störung könne aber nur eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine derartige, den Beschwerden angepasste Tätigkeit als zumutbar erachtet werden. Zusammenfassend bestehe für eine körperlich leichte bis maximal mittelschwere Belastung mit Möglichkeit zu Wechselpositionen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, welche nach Abschluss der medizinischen Massnahmen realisiert werden

könnte. 7.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 22. Februar 2019 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: 7.2.1 Im Austrittsbericht des I.\_\_\_\_ vom 17. November 2017 (IV-Nr. 50, S. 3) wurden folgende Diagnosen gestellt: Hauptdiagnose - Beginnendes Cauda-equina-Syndrom bei - Grosser sequestrierter Diskushernie L4/5 links bei Spinalkanalstenose L4/5 Nebendiagnosen - Milde Hypokaliämie, oral substituiert - Diabetes mellitus Typ 2 - 4. November 15: HbA1c 7.2% - Microalbuminurie - Arterielle Hypertonie Beim Beschwerdeführer sei am 4. November 2015 (recte: 7. November 2015) eine mikrochirurgische Dekompression und Sequestrektomie L4/5 sowie Diskektomie L4/5 durchgeführt worden. Status bei Austritt: Verbessertes Allgemeinzustand, reizfreie Wundverhältnisse, Grosszehenheberparese M1 beidseits, Eversionsschwäche M2-3 beidseits; Fussheberparese M3 li., M4 re.; Abduktionsschwäche M3-4 li, M4 re., Hypästhesie laterale Wade und lateraler Fussrand rechts. 7.2.2 Mit Bericht vom 1. Dezember 2015 (IV-Nr. 50) meldete der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. C.\_\_\_\_, der Beschwerdegegnerin, beim Beschwerdeführer sei eine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten. Der Beschwerdeführer leide nun zusätzlich unter einem Zustand nach mikrochirurgischer Dekompression und Sequesterektomie L4/5 und Diskektomie L4/5 am 7. November 2015 bei grosser, sequestrierter Diskushernie L4/5 links mit Spinalkanalstenose L4/5 links und beginnendem Cauda equina-Syndrom. Es persistiere eine Grosszehenheberparese bds, eine Fussheberparese M3 links, M4 rechts, Abduktionsschwäche M3-4 links und M4 re, und eine Hypästhesie laterale Wade und lateraler Fussrand rechts. Aktuell sei er zu 100 % arbeitsunfähig. 7.2.3 Im Austrittsbericht des E.\_\_\_\_ vom

## **E. 8**

Dezember 2015 (IV-Nr. 51, S. 12) wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen gestellt:

Im Verlauf des zweiwöchigen stationären Rehabilitationsaufenthaltes habe der Beschwerdeführer gute Fortschritte erzielen können. So sei er bis zum Austritt sowohl im Innen- als auch im Aussenbereich inkl. Treppensteigen an zwei Unterarmgehstöcken für Strecken bis max. 10 min ohne Pause eigenständig mobil gewesen. Trotz Schuherhöhung sei dabei aber eine starke Seitneigung nach links aufgefallen. Aufgrund der stark reduzierten Kraft der Hüftstabilisatoren sei ihm das Gehen ohne Hilfsmittel noch nicht gelungen. Eine seit längerer Zeit eingeschränkte Dorsalextension beider Füsse habe ihn vor allem hinsichtlich des Treppensteigens gehindert. Ergonomische Bewegungen beim Sitzen und Stehen habe er zielgerecht anwenden können. Die Ausdauer und Sicherheit für stehende Aktivitäten habe verbessert werden können. Während der Hospitalisation sei beim Beschwerdeführer ein akuter Gichtschub des linken Grosszehenendgelenkes aufgetreten. Unter einer initialen Steroidstosstherapie seien die Beschwerden aber deutlich regredient gewesen.

7.2.4 Im Bericht betreffend MRI Gehirnschädel vom 18. August 2016 (IV-Nr. 69, S. 26) wurde zur Beurteilung festgehalten: Status nach kurzdauernder Bewusstlosigkeit am Steuer am 12. August 2016. Links occipital stelle sich dd in erster Linie ein eingeblutetes, homogen enhancendes Kavernom dar. Keine weitere kontrastmittellaffine Raumforderung intraaxial, keine frische Ischämie, keine grössere Blutung. Dass es sich um einen eingebluteten Tumor handle, sei nicht wahrscheinlich. Multiple stattgehabte Mikroblutungen supratentoriell wie auch multiple Marklagerläsionen im Zentrum zernivale beidseits ohne KM-Enhancement, whs im Rahmen einer Amyloidangiopathie und einer vaskulären Encephalopathie. Hirnversorgende Arterien seien regelrecht

signalgebend, keine relevante Stenose, keine Aneurysmata.

7.2.5 Im polydisziplinären Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 29. August 2016 (IV-Nr. 60.1; Fachrichtungen: Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Rheumatologie) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Zur Beurteilung hielten die Gutachter fest, für körperlich schwer belastende Tätigkeiten, wie die bis ins Jahr 2000 ausgeführte Gerüstmontage kombiniert mit Chauffeur-Tätigkeit bestehe seit dem Jahre 2001 und dauerhaft eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. In einer dem Leiden angepassten körperlich leichten bis mittelschwer belastenden Tätigkeit bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitszeit könne 8 Stunden an 5 Tagen pro Woche betragen. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit sei bedingt durch einen vermehrten Pausenbedarf und ein verlangsamtes Arbeitstempo. Ersteres wäre zu Sicherstellung der Lockerungs-, Dehnungs- und Gymnastikübungen im Rahmen von Kurzpausen sinnvoll, letzteres könnte resultieren aufgrund der Einhaltung der ergonomischen Empfehlungen. Diese Arbeitsfähigkeit bestehe seit dem Gutachtenszeitpunkt. Im Vergleich zum Gutachten der B.\_\_\_\_ bestünden folgende Unterschiede: Eine depressive Störung könne gegenwärtig nicht mehr nachgewiesen werden. Eine iliosakrale Schmerzsymptomatik sei momentan nicht vorhanden. Die mediolaterale Diskushernie L4/5 sei im November 2015 operiert worden und eine Neurokompression bestehe nicht mehr. Es sei im Weiteren anzunehmen, dass sich die Coxarthrosen in den letzten Jahren verschlechtert hätten, insbesondere sei im Gegensatz zur röntgenologischen Beurteilung 2002 die Coxarthrose nun rechtsbetont. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit entspreche die jetzige Beurteilung der Beurteilung aus dem Jahre 2002 mit einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Damals sei die Arbeitsfähigkeit wegen der depressiven Störung zusätzlich um 20 % reduziert worden.

7.2.6 Im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 18. November 2016 (IV-Nr. 69, S. 13) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei mit dem Operationsergebnis soweit zufrieden. Die Schmerzen im rechten Bein sowie die Symptomatik des Cauda equina-Syndroms seien soweit zurückgegangen. Mit intensiver Physio- und Ergotherapie habe er wieder volle Kraft in den Extremitäten erreicht und könne problemlos gehen. Allerdings gebe er an, seit ca. einem Dreivierteljahr progrediente linksseitige einstrahlende Schmerzen zu verspüren mit Heiss-Kalt-Parästhesien. Diese seien beginnend lumbal ziehend dann über den Oberschenkel bis in die Grosszehe links, teils elektrisierend.

7.2.7 Im Bericht des E.\_\_\_\_, Kardiologie, vom 26. Januar 2017 (IV-Nr. 69, S. 15) wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen gestellt:

Der Beschwerdeführer habe berichtet, am

## **E. 12**

August 2016 während einer Autofahrt das Bewusstsein verloren zu haben, wobei er sich glücklicherweise bei nur langsamer Fahrtgeschwindigkeit keine schweren Verletzungen zugezogen habe. In der klinischen Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer in einem guten Allgemeinzustand präsentiert, klinisch kardial kompensiert und kardial beschwerdefrei. Im Ruhe-EKG sei ein normokarder Sinusrhythmus mit lediglich dezenter unspezifischer ST-Streckensenkung in V3-V6 dokumentiert worden. Im 24-Stunden-Holter-EKG habe durchgehend der Sinusrhythmus als Grundrhythmus, mit

allerdings eingeschränktem Frequenzspektrum vorgelegen. Es seien während der Aufzeichnungszeit keine höhergradigen Blockierungen oder Pausen und nur selten isolierte polymorphe ventrikuläre Extrasystolen aufgetreten. In der transthorakalen Echokardiographie sei der Befund eines normal dimensionierten, nicht hypertrophen linken Ventrikels, mit niedrig normaler systolischer Funktion (LVEF 55 - 60 %), ohne das Vorliegen von regionalen Wandbewegungsstörungen oder relevanten Klappenvitien erhoben worden. Die diastolische Funktion sei relaxationsgestört und der rechte Ventrikel normal dimensioniert gewesen mit normaler Funktion.

7.2.8 Im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 13. März 2017 (IV-Nr. 84) wurde ausgeführt, die Kontroll-MRT-Untersuchung habe im Dezember des vergangenen Jahres eine Rezidivhernie bzw. eine verbliebene Kompression auf der rechten Seite gezeigt, das Problem sei nur, dass der Beschwerdeführer auf der rechten Seite kaum Beschwerden habe. Die Hauptbeschwerden seien für ihn eindeutig auf der linken Seite, hier zeigten sich allerdings keine relevanten Kompromittierungen und insgesamt gesehen keine möglichen Erklärungen für diese linksseitigen Beschwerden. Auch eine probatorische Infiltration im epiduralen Bereich L4/5 auf der linken Seite habe ihm zuletzt keine relevante Besserung der Beschwerden erbracht, aus diesem Grunde sei davon auszugehen, dass hier auch keine relevante Pathologie vorliege.

7.2.9 Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte in ihrem Schreiben vom 31. März 2017 (IV-Nr. 70) aus, die Vitalgefühle des Beschwerdeführers seien insgesamt erheblich reduziert. Der Antrieb sei stark reduziert und die Psychomotorik mittelgradig reduziert, bei anhaltender nervöser und innerer Unruhe. Die Grundstimmung sei mittelgradig depressiv, traurig, ratlos und hoffnungslos. Der affektive Ausdruck sei monoton, spärlich moduliert. Die Mitschwingungsfähigkeit sei erheblich reduziert. Die Mimik regungslos und die Gestik schwunglos. Die Sprache monoton, leise und verlangsamt. Das Denken formal verlangsamt, inhaltlich viele Äusserungen von Schmerzsymptomatik, die in den letzten zwei Jahren zugenommen haben sollen. Der Beschwerdeführer sei pessimistisch und ratlos, weil er nicht wisse, ob er wieder operiert werden müsse, er habe keine Freude, Interesse, Motivation und er sei nicht fähig, irgendetwas zu unternehmen, da er wegen den Schmerzen rasch müde und erschöpft sei. Störungen der Wahrnehmungen, Wahnideen, Depersonalisation, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, Aggravation, Simulation, sowie Phobien und Zwänge hätten nicht beobachtet werden können. Keine Anzeichen für Suizidalität. Es bestehe eine rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig von schwerer bis mittelschwerer Ausprägung. Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig.

7.2.10 Im verkehrsmedizinischen Gutachten des K.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2017 (IV-Nr. 88.7, S. 13) wurde festgehalten, zusammenfassend bleibe die Bewusstseinsstörung bezüglich des Unfalles vom 12. August 2016 weiterhin unklar. Zu diskutieren bleibe, ob es sich dabei um eine Hirnblutung bzw. eine kurzzeitige Hirndurchblutungsstörung gehandelt habe oder eine epileptische Erkrankung vorliege. Der Beschwerdeführer verneine zwar ein neuerliches Auftreten einer Bewusstseinsstörung, aber aus Sicht des Neurologen werde eine Verlaufskontrolle zum definitiven Ausschluss einer epileptischen Erkrankung nach Abschluss der kardiologischen Abklärung gewünscht, welche bis anhin nicht stattgefunden habe. Ob somit eine behandlungsbedürftige Epilepsie vorliege, könne nicht sicher ausgeschlossen werden, so dass ohne abschliessende Beurteilung das Risiko für eine

neuerliche Bewusstseinsstörung als erhöht angesehen werden müsse. Eine diabetische Stoffwechsellentgleisung oder ein Einschlafen erscheine eher unwahrscheinlich. Hinzu komme, dass der Beschwerdeführer gegenwärtig unter einer depressiven Störung leide, mit mittelschwerer bis schwerer Ausprägung, wobei er sich in therapeutischer Behandlung befinde. Gemäss Handbuch der Verkehrsmedizinischen Begutachtung der Arbeitsgruppe Verkehrsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin müsse bei der Beurteilung bei rezidivierend depressiven Störungen, wie sie beim Beschwerdeführer vorliege, eine sorgfältige Beurteilung des Verlaufs erfolgen. In ausgeprägten depressiven Phasen könne es zu erheblichen Beeinträchtigungen wesentlicher emotionaler Funktionen, die für die Verhaltenssteuerung verantwortlich seien, kommen. Die Leistungsfähigkeit könne dadurch derart eingeschränkt sein, dass das sichere Führen eines Fahrzeuges nicht mehr möglich sei. Dies scheine aufgrund der Aussagen der behandelnden Psychiaterin zu bestehen. Somit komme man nicht umhin, die Fahreignung des Beschwerdeführers zum gegenwärtigen Zeitpunkt aus verkehrsmedizinischer Sicht zu verneinen. Vor einer erneuten verkehrsmedizinischen Begutachtung sei zwingend eine mindestens sechsmonatige psychische Stabilität mit weitestgehender Symptomfreiheit zu fordern. Dies unter fachärztlicher psychiatrisch psychotherapeutischer Behandlung.

7.2.11 Im Bericht des F.\_\_\_\_spitals, Neurozentrum, vom 22. August 2017 (IV-Nr. 88.7, S. 22) wurde ausgeführt, die klinische Untersuchung ergebe ein leichtes L5-Syndrom mit Trendelenburg-Hinken, Schwäche der Fussextension und -inversion links, wobei die sensible Ausfallsymptomatik nur partiell damit vereinbar sei. Bei in der Nadel-myographie fehlenden Zeichen für eine akute Denervation, jedoch leichten Zeichen für einen chronischen neurogenen Schaden sei von einem residuellen Befund nach Diskushernie mit Affektion L5 links 2015 auszugehen. Man habe die Bildgebung der lumbalen Wirbelsäule durch die Kollegen der Neuroradiologie beurteilen lassen, wobei eine Kompression der Nervenwurzel L5 links bei neuroforaminaler Enge durchaus möglich wäre. Man gehe daher von einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom mit zusätzlich möglicher radikulärer Reizsymptomatik L5 links aus. Bei bis anhin nicht adäquater Analgesie und Notwendigkeit einer gezielten Physiotherapie werde die Zuweisung an ein Schmerzzentrum empfohlen. Hier könnte auch eine probatorische Infiltration der Nervenwurzel L5 links durchgeführt werden. Sollte sich darunter eine deutliche Besserung der Beschwerden einstellen, wäre eine operative Sanierung ggf. erneut zu diskutieren.

7.2.12 Im Verlaufsgutachten der D.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2018 (IV-Nr. 88.2) wurden im Vergleich zum Vorgutachten vom 29. August 2016 die gleichen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Bei den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde neu zusätzlich eine Anpassungsstörung (F43.2) gestellt. Zur Beurteilung führten die Gutachter aus, die Verfügung vom 21. Februar 2003 basiere auf dem B.\_\_\_\_-Gutachten vom 4. September 2002. In diesem Gutachten sei dem Versicherten aus somatischer Sicht eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit für eine leichte bis mittelschwer belastende Tätigkeit in Wechselpositionen zugemutet worden. Aufgrund der gleichzeitig bestehenden depressiven Störung sei ihm aber eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht für eine angepasste Tätigkeit attestiert worden. Allerdings sei aus psychiatrischer Sicht eine depressive Störung, gegenwärtig leichten Grades mit ängstlicher Färbung (F32.0), diagnostiziert worden. Wieso daraus eine anhaltende 50%ige Arbeitsunfähigkeit habe attestiert werden können, sei nicht nachvollziehbar. Die Veränderung seit 2003 bestehe in der Operation von 2015, bei der die medio-laterale

Diskushernie L4/5 rechts habe entfernt werden können. Da man jedoch 2016 und bei der gegenwärtigen Begutachtung weiterhin ein Lumbovertebralsyndrom diagnostiziere, bleibe die Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht unverändert bei 30 %. Die Coxarthrosen seien auch schon 2002 diagnostiziert worden, aber bis anhin weder abgeklärt noch behandelt worden. Aus psychiatrischer Sicht diagnostiziere man aktuell eine Anpassungsstörung. Aus dieser Diagnose könne keine dauerhafte oder lang anhaltende Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden. Dies würde eigentlich auch für die 2002 diagnostizierte depressive Störung leichten Grades gelten.

7.2.13 Im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 21. Juli 2018 (Beschwerdebeilage 3) wurden im Wesentlichen eine beginnende Gonarthrose links, eine mässige Coxarthrose rechts > links sowie eine depressive Störung diagnostiziert. Beim Beschwerdeführer bestünden seit ca. 3 Monaten belastungsabhängige sowie Gehschmerzen im Knie links ohne ein erinnerliches Trauma. Klinisch sowie radiologisch zeige sich eine beginnende Gonarthrose links. Man habe eine Knie-Infiltration mittels Rapidocain sowie Kenacort 40 mg durchgeführt. Zusätzlich empfehle man Physiotherapie zur Dehnung der massiv verkürzten Oberschenkelmuskulatur.

7.2.14 In ihrer Stellungnahme vom 15. November 2018 (IV-Nr. 95) führte Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, RAD, aus, sowohl im neurologischen wie auch rheumatologischen Gutachten der D.\_\_\_\_ werde nachvollziehbar dargestellt, weshalb keine eindeutige segmentale Zuordnung der beklagten Beschwerden möglich sei (Sensibilitätsstörungen entsprächen keinem Dermatome, der ausgefallene Achillessehnenreflex entspräche S1, wo jedoch in der Bildgebung kein Defekt nachweisbar sei). Eine Diskrepanz der Gutachten bestehe nicht. Dass keine sensomotorischen Ausfälle gemäss Neurologen bestünden, widerspreche ebenfalls nicht der Tatsache, dass der Gutachter eine Schmerz- / mögliche Reizsymptomatik beschreibe. Empfundener Schmerz entspreche nicht einem sensomotorischen Ausfall. Ein sensomotorischer Ausfall erfordere eine Gefühlsstörung sowie eine Störung der Motorik (Muskelfunktion) im betreffenden (passenden!) Dermatome. Der neurologische Gutachter enthalte sich nicht der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, sondern halte vielmehr fest (S. 4 des Teilgutachtens), dass sich aus neurologischer Sicht keine Anhaltspunkte für eine Arbeitsunfähigkeit ergäben. Zur Kritik am psychiatrischen Teilgutachten: Die Diagnose werde vom Gutachter nachvollziehbar hergeleitet und begründet und in den zeitlichen Gesamtkontext auch unter Berücksichtigung der vorhandenen Berichte gestellt.

7.2.15 Mit Bericht vom 30. April 2019 (Beschwerdebeilage 4) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, als Status fest: «Unauffällige Herz- Lungenauskultation. Freie HWS-Beweglichkeit. LWS-Beweglichkeit schmerzbedingt reduziert in jede Richtung um 2/3. Klinische Haltungsinsuffizienz. Im Liegen mässiger paravertebraler lumbaler Hartspann. Keine eigentliche fazettäre Irritation aber Druckdolenzen im Bereich L4/L5 beidseits. Mennell negativ. Keine radikulären Reizzeichen. Vibrationssinn im Bereich des linken Fusses reduziert. Symmetrische Muskeleigenreflexe. Klinisch keine sichere Polyneuropathie. Klinisch Coxarthrose beidseits mit stark eingeschränkter Innenrotation rechts. Genua vara, aber im Übrigen unauffällige Untersuchung der Kniegelenke. Keine Synovitiden, Tendovaginitiden oder Enthesitiden. Mennell negativ.» Beim Röntgen Becken a.-p. und Hüften beidseits axial vom 28. Februar 2018 fänden sich beidseits eine Coxarthrose, vor allem mit radiologisch Impingementproblematik. Der rechte Femurkopf wirke auch leichtgradig entrundet. Möglicherweise bestehe ein Status nach

Femurkopfnekrose. Beurteilung: Die Schmerzen des Beschwerdeführers imponierten neuropathisch. Möglicherweise bestehe auch eine Gichtkomponente bezüglich Lumbospondylogener Schmerzen. Aus diesem Grund werde versuchsweise während 7 Tagen Spiricort 20 mg eingenommen.

7.2.16 Mit Stellungnahmen vom 28. Mai 2019 (A.S. 48) führte Dr. med. L.\_\_\_\_, RAD, aus, auch wenn in vorhergehenden Arztberichten sensible und motorische Ausfälle beschrieben würden, so könne nicht unterstellt werden, die Gutachter hätten die Schwere des Rückenleidens nicht adäquat erfasst, da sie in der Begutachtungssituation keine sensiblen und motorischen Ausfälle vorgefunden hätten, die schlichtweg zu diesem Zeitpunkt nicht vorgelegen hätten. Grundsätzlich liege es in der Entscheidungskompetenz des Gutachters, ob zusätzliche apparative Diagnostik notwendig sei. Es sei nicht zwingend in jedem Fall die apparative Testung der Nervenleitgeschwindigkeit notwendig, insofern auch da keine radikuläre Symptomatik vorgelegen habe. Im Einwand werde gerügt, dass im rheumatologischen Teilgutachten eine unspezifische Symptomatik beschrieben werde, im neurologischen Teilgutachten jedoch eine Lumboischialgie rechts sowie links. Dies widerspreche sich nicht: Im neurologischen Teilgutachten werde ausführlich darauf eingegangen, dass die gefundene Hypoästhesie neuroanatomisch und neurophysiologisch nicht erklärbar sei. Somit seien die empfundenen Schmerzen (Lumboischialgie = Schmerzen im unteren Rückenbereich in die Beine ausstrahlend) auch im neurologischen Teilgutachten unspezifisch, das heiße nicht konkret einem Segment zuordenbar. Zum Kritikpunkt Lasegue Testung: Wie bereits in der RAD-Stellungnahme vom 15. November 2018 erläutert, sei die Formulierung im neurologischen Gutachten «Lasegue positiv» kritikwürdig. Der Versicherte habe während der Untersuchung das Bein rechts bis 80° und links 90° anheben können. Ein auftretender Schmerz bei diesen Winkelgraden könne definitiv nicht mehr eindeutig auf eine Reizsymptomatik der Nervenwurzel zurückgeführt werden, sondern könne auch ein (Dehnungs-) Schmerz von Seiten der Rückenmuskulatur sein. Dabei sei darauf hinzuweisen, dass der Versicherte deutliche Verspannungen im Bereich der LWS-Muskulatur aufgewiesen habe. Entsprechend nachvollziehbar werde der Lasègue-Test im rheumatologischen Gutachten als klar negativ bewertet. Zur Kritik am psychiatrischen Teilgutachten: Wie bereits in der RAD-Stellungnahme vom 15. November 2018 festgehalten, werde auf den Seiten 10 und 11 des Gutachtens das aktuelle Vorliegen der depressiven Störung nachvollziehbar ausgeschlossen, dahingegen eine Anpassungsstörung nachvollziehbar hergeleitet und eine dauerhafte Einschränkung der Leistungsfähigkeit dadurch nicht begründet. Weiter könne auf die Kritik am psychiatrischen Gutachten nicht eingegangen werden, da es sich hierbei um die nicht ärztliche Meinung des Rechtsvertreters handle. Zur Kritik, dass der Neurologe in seinem Teilgutachten vom 12. Juli 2016 keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit nehme: Die Konsensbeurteilung des Gutachtens sei interdisziplinär unter Einschluss des Neurologen erfolgt, somit könne nicht die Rede davon sein, dass die neurologische Beurteilung nicht in den Gesamtkonsens einbezogen worden sei. Auf Seite 4 des neurologischen Teilgutachtens vom 11. April 2018 werde bei faktisch unverändertem neurologischem Untersuchungsbefund gegenüber der Vorbegutachtung festgehalten, es gebe aus rein neurologischer Sicht keine Anhaltspunkte für eine Arbeitsunfähigkeit. Zum Einwand, der Rheumatologe habe in seinem Gutachten 2016 weitere hüftchirurgische Abklärungen empfohlen: Auf Seite 9 des Gutachtens werde eine hüftgelenkorientierte funktionale Bewegungstherapie empfohlen, weitergehende wirbelsäulenchirurgische Evaluationen seien nicht erforderlich. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei unter Berücksichtigung der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Befunde

einschliesslich Hüfte und Wirbelsäule erfolgt, sodass durch die ausgesprochenen Empfehlungen allenfalls eine Verbesserungsmöglichkeit für die Zukunft abgeleitet werden könnte, weitergehende Untersuchungen aber nicht für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zwingend notwendig gewesen wären. Zum Einwand «Nichtberücksichtigung der diagnostizierten Gonarthrose»: Hierzu sei auf den unauffälligen klinischen Befund der Kniegelenke verwiesen (Seite 5 Rheumatologisches Teilgutachten). Eine Funktionseinschränkung könne hieraus nicht abgeleitet werden.

7.2.17 In seinem Bericht vom 29. Mai 2019 (Beschwerdebeilage 5) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, fest, es bestehe eine Failed Back Surgery-Situation mit residuellen neuropathischen Fusschmerzen. Darüber hinaus bestehe eine Belastungsintoleranz und zusätzlich jetzt auch eine Coxarthrose beidseits. Die Gicht dürfte bezüglich Arbeitsfähigkeit und Beschwerden des Beschwerdeführers keine Rolle spielen, weshalb keine Medikation eingeführt worden sei. Er, Dr. med. G.\_\_\_\_, denke, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Rückenproblematik und der Coxarthrose in seinem angestammten Beruf als Gerüstbauer zu 100 % arbeitsunfähig sei. Wie leistungsfähig er in einer angepassten Tätigkeit sei, müsste von qualifizierten Personen evaluiert werden. Allerdings bestehe eine schnelle Ermüdbarkeit, so dass selbst in einer idealen angepassten Tätigkeit kaum ein 50%-Pensum realisiert werden dürfte.

7.2.18 Mit Stellungnahme vom 18. Juni 2019 (A.S. 47) führte Dr. med. L.\_\_\_\_, RAD, aus, im Schreiben des Rechtsvertreters vom 31. Mai 2019 werde angegeben, es sei nach wie vor von einer radikulären Problematik mit entsprechenden neuropathische Schmerzen auszugehen und daher könne nicht auf die Einschätzung der Gutachter der D.\_\_\_\_ abgestellt werden. Im Sprechstundenbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 30. April 2019 halte dieser als Untersuchungsstatus fest: «Keine radikulären Reizzeichen, symmetrische Muskelreflexe». Der Befund des verminderten Vibrationssinns im Bereich der Füsse werde auch im Gutachten erhoben (neurologisches Teilgutachten Seite 3: Vibrationsempfinden beidseits herabgesetzt als Zeichen einer sensiblen Polyneuropathie im Zusammenhang mit dem Diabetes mellitus des Versicherten). Der Begriff Neuropathie beschreibe unspezifisch eine Nervenschädigung. Bei einer Schädigung der peripheren Nerven könnten verschiedene klinische Symptome auftreten wie zum Beispiel gestörte Reflexe, ein gestörtes Temperaturempfinden, eine gestörte Sensibilität oder Vibrationsempfinden. Im Rahmen einer elektrophysiologischen Untersuchung (Elektroneurografie) könne je nach Art der Nervenschädigung die Nervenleitgeschwindigkeit oder das sogenannte Nerven-Summenpotenzial verringert sein. Im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens der D.\_\_\_\_ sei ausser dem in der klinischen Untersuchung festgestellten herabgesetzten Vibrationsempfinden, welches in dem Zusammenhang mit der sensiblen Polyneuropathie gestellt worden sei und keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe, auch eine ENMG Untersuchung (Elektroneuromyografie) durchgeführt worden (Seite 7 - 9 des neurologischen Teilgutachtens). Dabei seien eine normale Nervenleitgeschwindigkeit und ein unauffälliges Nerven Summenpotenzial abgeleitet worden und somit habe eine entsprechende Nervenschädigung ausgeschlossen werden können.

7.2.19 Bezüglich des im Beschwerdeverfahren eingereichten verkehrsmedizinischen Gutachtens vom 13. September 2019 (Beschwerdebeilage 7) ist festzuhalten, dass rechtsprechungsgemäss der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung ■ vorliegend 22. Februar 2019 ■ in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 129 V 4 E. 1.2, 105 V 161 f. E. 2d). Das

verkehrsmedizinische Gutachten vom 13. September 2019 kann somit beim vorliegenden Entscheid nicht mehr berücksichtigt werden, zumal sich anlässlich der Begutachtung als Befund neu kognitive Hirnleistungsdefizite erhoben wurden. Eine solche, später eingetretene mögliche Verschlechterung, könnte allenfalls im Rahmen einer Neuanschuldung relevant sein.

8. Die Beschwerdegegnerin stellt im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf die Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 29. August 2016 sowie vom 16. Juli 2018 ab, weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist.

8.1 Im rheumatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 60.2) zum Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 29. August 2016 führte der Gutachter aus, subjektiv schildere der Versicherte überwiegend ein Rückenschmerzproblem mit begleitenden Ausstrahlungen. Hinweise auf relevante Paresen oder sensible Störungen würden nicht mehr genannt. Auch die klinische Untersuchung könne keine relevanten motorischen Ausfälle der unteren Extremität mehr aufzeigen und im sensiblen Bereich bestehe allenfalls eine leichte Dys-/Hypästhesie. Es bestünden keine Hinweise für eine noch bestehende Cauda-Problematik (Miktionsstörungen oder Stuhlgangstörungen würden nicht genannt). Das erlebte Kreuzschmerzproblem mit Ausstrahlung in die Beine könne in der klinischen Untersuchung nun auch einem unspezifischen Gebaren und einer überwiegend auch willkürlich getriggerten muskulären Dysbalance gegenübergestellt werden. Höhergradige segmentale Pathologien speziell im unteren LWS-Bereich hätten nicht mehr eingegrenzt werden können (lediglich eine leichte Irritation bei LWK5 über dem Processus spinosus, was durchaus auch dem OP-Zugang, respektive der Weichteilheilung entsprechen könnte). Betreffend die Ausstrahlungen könne theoretisch noch ein Anteil eines leichten verbliebenen Reizsyndroms diskutiert werden (allerdings nicht mehr befriedigend segmental zuordbar). Diesbezüglich wäre wohl auch eine pseudoradikuläre Schmerzausweitung (referred pain) wahrscheinlich. Ebenfalls gelte es die Situation bei Diagnose 2 (Coxarthrosen beidseits) zu beachten. In der klinischen Untersuchung habe sich bei den Hüftgelenken eine leichte Kapselreizung der Hüfte rechts und auch dortig akzentuiert eine Einschränkung der Aussenrotation sowie auf beiden Seiten eine relevante Einschränkung der Innenrotation gezeigt. Der klinische Verdacht auf eine degenerative Gelenkentwicklung rechtsbetont sehe der Gutachter aufgrund der vorliegenden Bildgebung bestätigt. Hüftgelenkstörungen mit Einschränkung der Rotationen, vor allem auch der Innenrotation, wirkten sich oft wesentlich auch funktional im gesamten Bereich des unteren Bewegungsapparates aus, wo es auch zu glutealen Beschwerden und auch Beschwerden der Extremitäten kommen könne, respektive auch tief lumbale Kreuzschmerzen auftreten könnten. Somit müsse dieser Aspekt bei der Wertung der genannten Kreuzschmerzen und speziell eben bei den erlebten Ausstrahlungen in die Beine beidseits gewürdigt werden. Weder klinisch noch radiologisch bestünden Hinweise auf ein zu Grunde liegendes entzündliches oder anderweitig differenziertes Leiden aus dem rheumatologischen Formenkreis. Es bestünden ebenfalls keine Hinweise auf relevante Osteopenie. Die Kriterien für eine «Fibromyalgiesymptomatik» gemäss ACR (American College of Rheumatology) seien nicht erfüllt (keine spezifischen Tenderpoints und nicht in allen 4 Körperquadranten analog konstant erlebtes Beschwerdebild). Explizit möchte er, der Gutachter, aber der Situation der Hüftgelenke (rechtsbetont) Beachtung zuordnen (vor allem auch gestützt auf die Bildgebung und die klinischen Befunde). Hier wäre ebenfalls eine hüftgelenkorientierte funktionale Bewegungstherapie und Gymnastik sinnvoll, allenfalls ergänzt mit NSAR (angelehnt an die WHO-Empfehlung). Bevor allenfalls

hüftgelenksinfiltrative Massnahmen erwogen würden, möchte er dann doch auch die fachorthopädische Beurteilung der Gelenke empfehlen. Gestützt auf die vorgehenden nachvollziehbaren Ausführungen vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Für die frühere Tätigkeit als «Chauffeur» wie auch für die frühere Tätigkeit als «Arbeiter im Gerüstbau» sei der der Versicherte, aufgrund obgenannter Situation des unteren Achsenskelettes und des vor allem hüftgeprägten unteren Bewegungsapparates, nicht mehr vertretbar einsetzbar. Betreffend die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als «Lagerist» wie auch für eine geeignete/angepasste Verweistätigkeit sei der Versicherte aus rheumatologischer Sicht, bezogen auf den Bewegungsapparat, medizinisch-theoretisch noch zu mindestens 70 % arbeitsfähig. Ins Gewicht falle dabei aufgrund der vorliegenden Expertise vor allem auch die Situation der Hüftgelenke, wie beidseits genannt. Dabei würde nicht zwingend eine Einschränkung des zeitlichen Pensums bestehen (Arbeiten zu 8 Stunden an 5 Tagen der Woche möglich), sondern eine maximal 30%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit in Kauf zu nehmen sein (bedingt durch einen vermehrten Pausenbedarf und/oder eines verlangsamten Arbeitstempos). Ersteres wäre zur Sicherstellung der Lockerungs-, Dehnungs- und Gymnastikübungen im Rahmen von Kurzpausen sinnvoll, letzteres könnte resultieren aufgrund der Einhaltung der ergonomischen Empfehlungen. Günstig wäre die Möglichkeit von Wechselpositionen. Repetitive Torsions- und Schwenkbewegungen mit dem Rumpf und Oberkörper sowie monotone vorgebeugte, kniende oder kauernde Tätigkeiten sollten vermieden werden (speziell betreffend den unteren Rücken). Überkopftätigkeiten wären prinzipiell ebenfalls zu vermeiden (bei Zustand nach obgenanntem Wirbelsäuleneingriff sei damit die Situation der funktionalen Dysbalance gewürdigt). Heben und Tragen von Lasten bis Lendenhöhe maximal 20 kg, in Brusthöhe maximal 20 kg. Gehen in unebenem Gelände wäre prinzipiell zu vermeiden (er, der Gutachter, verweise vor allem auf die Situation der Hüftgelenke, vor allem rechts). Das Gehen in ebenem Gelände wäre maximal 30 Minuten am Stück bei beruflichen Tätigkeiten zumutbar (sofern toleriert, theoretisch aber auch länger möglich). Das Bewältigen von Treppen im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit sollte prinzipiell ein «allgemein übliches Mass» nicht überschreiten. Tätigkeit mit der oberen Extremität, wie mit der unteren Extremität, sollte prinzipiell leicht bis höchstens ausnahmsweise kurzfristig mittelschwer erfolgen, schwere Tätigkeiten sollten vermieden werden. Sitzende Position wäre ohne weitere Limite zumutbar, Stehen an Ort maximal 1 Stunde am Stück (günstig wäre bei beidem ebenfalls die Möglichkeit von Wechselpositionen). Das geschulterte Tragen von Lasten (Rucksäcke oder ähnliches) sollte das «allgemein übliche Mass» nicht überschreiten, dabei sollte eine Gewichtslimite von 10 kg gelten. Das Arbeiten auf behelfsmässigen Arbeitsflächen (gemeint seien Leitern, Gerüste oder Podeste oder ähnliches) sollte vermieden werden (vor allem aufgrund der Situation der Hüftgelenke). Für das berufliche Führen von Motorfahrzeugen und/oder Bedienen von schweren Maschinen oder Geräten wäre ebenfalls aufgrund der Hüftgelenke beidseits (erst in zweiter Linie aufgrund der funktionalen Dysbalance nach obgenannter Rückenoperation) der Einsatz nicht sinnvoll. Zum Verlauf hielt der Gutachter schlüssig fest, wichtig sei, dassbetreffend den unteren Rücken im November 2015 eine chirurgische Therapie erfolgt sei (nebst Dekompression der neurogenen Komplikation sei auch eine Bandscheibenrevisions-Massnahme im Segment L4/L5 erfolgt). Wie genannt finde er, der Gutachter, keine Zeichen einer relevanten, noch verbliebenen motorischen Störung mehr. Er gehe davon aus, dass frühere Beurteilungen der Situation (Arbeitsfähigkeit/Invaliditätsgrad) sich vor allem auf die damals nicht beeinflussbare

Rückenschmerzproblematik gestützt hätten. Die potenzielle Morphologie der degenerativen Segmentkaskaden der unteren LWS sei aufgrund obgenannter Operation therapiert. Damit sehe er seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zumindest geltend ab sofort vertretbar. Die Zeit nach der Operation vom November 2015 bis aktuell im Sinne der postoperativen Rehabilitation könne er retrospektiv nicht mehr sicher einschätzen (hierbei sollten weiterhin auch die Beurteilung der damals behandelnden und involvierten Kollegen Beachtung erlangen).

Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 60.3) führte der Gutachter aus, auf die Frage nach dem Umgang mit Beschwerden, auch mit psychischen Beschwerden, gebe der Beschwerdeführer an, dass er nicht in Therapie sei oder Psychopharmaka nehme, nach dem B.\_\_\_\_-Gutachten in [...] im Jahre 2002 sei er für 5 - 6 Sitzungen bei einem Psychiater gewesen, das habe aber nichts gebracht, und er habe auch mit seinem Hausarzt besprochen, das nicht mehr fortzuführen.

Zu den erhobenen Befunden hielt der Gutachter fest, die Interaktion mit dem Probanden sei freundlich, gut gestimmt, schwingungsfähig, teilweise ernst, teilweise humorvoll, je nach Situation und Thema, ein anregendes Gespräch sei ohne weiteres möglich gewesen. Äusseres Erscheinungsbild gepflegt, Mimik und Gestik lebhaft. Die Kommunikation sei ohne Hindernisse in deutscher und serbokroatischer Sprache erfolgt, übersetzt von einer serbokroatisch sprechenden Kroatin. Status nach AMDP: Keine Bewusstseinsstörungen, keine Orientierungsstörungen: Der Beschwerdeführer habe sich zum Begutachtungszeitpunkt in einem wachen, bewussteinakaren, in allen Qualitäten (zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person) sicher orientierten Geisteszustand befunden. Aufmerksamkeit und Gedächtnis: Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis im klinischen Gespräch nicht relevant beeinträchtigt. Keine Hinweise auf Konfabulation oder Paramnesien. Formales Denken: Das Denken sei geordnet gewesen. Keine Störungen im Sinne von gehemmt, verlangsamt, umständlich oder eingengt. Nicht perseverierend. Kein Grübeln, kein Gedankendringen. Nicht ideenflüchtig. Kein Vorbeireden, kein Gedankenabreissen, nicht gesperrt. Nicht inkohärent, nicht zerfahren. Keine Neologismen. Befürchtungen und Zwänge: Kein Misstrauen, keine Hinweise auf Hypochondrie oder Phobien mit Krankheitswert. Zwangsdanken, Zwangsimpulse oder Zwangshandlungen hätten nicht exploriert werden können. Wahnerleben sei nicht nachweisbar (Kein Hinweis auf Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung, Wahneinfall, Wahngedanken, systematisierten Wahn, Wahndynamik, Beziehungswahn, Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn, Eifersuchtschwahn, Schuldswahn, Verarmungswahn, hypochondrischer Wahn, Grössenwahn oder Wahn anderer Inhalte). Kein Hinweis auf Sinnestäuschungen (Illusionen, Stimmenhören, andere akustische Halluzinationen, optische Halluzinationen, Körperhalluzinationen, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen). Kein Hinweis auf Ich-Störungen (Derealisation, Gedankenausbreitung, Gedankenentzug, Gedankeneingebung oder andere Fremdbeeinflussungserlebnisse). Affektivität: Keine Störungen im Sinne von ratlos. Kein Gefühl der Gefühllosigkeit. Nicht affektarm. Keine Störungen der Vitalgefühle. Nicht deprimiert, nicht hoffnungslos, nicht ängstlich, nicht euphorisch, nicht dysphorisch, nicht gereizt, nicht innerlich unruhig, nicht klagsam, nicht jammerig. Keine Insuffizienzgefühle, keine gesteigerten Selbstwertgefühle, keine Schuldgefühle, keine Verarmungsgefühle. Nicht ambivalent. Keine Parathymie, keine Affektlabilität, nicht affektinkontinent, nicht affektstarr. Antrieb und Psychomotorik: Keine Störungen im Sinne von antriebsarm, keine

Störungen im Sinne von antriebsgesteigert, motorisch nicht unruhig. Keine Parakinesen, nicht maniert, nicht bizarr, nicht theatralisch, nicht mutistisch, nicht logorrhöisch. Keine zirkadianen Besonderheiten im Sinne von Morgentief, abends besser oder abends schlechter. Kein Hinweis auf Schlaf- und Vigilanzstörungen im Sinne von Durchschlafstörungen sowie Einschlafstörungen oder Verkürzung der Schlafdauer sowie Früherwachen oder Müdigkeit in krankheitsrelevantem Ausmass. Keine Appetenzstörungen in krankheitsrelevantem Ausmass im Sinne von vermindertem oder vermehrtem Appetit, vermehrtem Durst oder verminderter Sexualität. Kein Hinweis auf andere Störungen im Sinne von sozialem Rückzug, sozialer Umtriebigkeit, Aggressivität oder Selbstbeschädigung. Hinweise auf Autoaggressionen, stattgehabte parasuizidale Handlungen oder auf Selbstverletzungen ergaben sich nicht. Keine Suizidalität. Keine Hinweise auf Mangel an Krankheitsgefühl, Mangel an Krankheitseinsicht oder Ablehnung der Behandlung oder Pflegebedürftigkeit. Er erscheine weitgehend normintelligent und in der Persönlichkeit differenziert. Beschreibung der Persönlichkeit: In der klassisch-willkürlichen Persönlichkeitsbeschreibung finde man den Probanden gewissenhaft, vertrauend, interessiert, gesellig, organisiert, kompromissbereit, emotional stabil, energetisch, bescheiden, höflich, vorsichtig, kreativ, teilweise besorgt, herzlich. In den Skalen nach Warren Norman finde man ihn in der Extraversion gesellig und humorvoll, in der sozialen Verträglichkeit bescheiden, in der Gewissenhaftigkeit hart arbeitend, im Neurotizismus keine besonderen Werte, im Intellekt interessiert. Frage man nach den sogenannten komplexen Ich-Funktionen, finde man keine Auffälligkeiten in den Bereichen Realitätsprüfung oder Urteilsbildung, auch nicht in den Bereichen Affektsteuerung oder Impulskontrolle oder Intentionalität und Antrieb. Die Abwehrorganisation schein nicht pathologisch gefärbt zu sein. Sodann setzt sich der Gutachter gestützt auf seine eingehende Befunderhebung mit den möglichen Diagnosen auseinander und verneint das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose nachvollziehbar: Hinweise auf eine organische Störung oder hirnanorganische Störung mit psychischer Symptomatik im Sinne eines Krankheitsbildes des Kapitels F0 der ICD-10 bestünden nicht. Hinweise auf Störungen aus dem Bereich F1 nach ICD-10, also psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen lägen im vorliegenden Falle nicht vor. Ebenso bestünden keine Hinweise auf Störungen aus dem Bereich F2 nach ICD-10, also Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen. Sodann beschreibe das Kapitel F3 der ICD-10 affektive Störungen. Bei diesen Störungen bestünden die Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, meist zur Depression hin, mit oder ohne begleitende Angst, oder zur gehobenen Stimmung hin. Der Stimmungswechsel werde in der Regel von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome seien sekundär und im Zusammenhang mit diesen Veränderungen leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen tendierten zu wiederholtem Auftreten. Der Beginn der einzelnen Episoden sei oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen. Krankheitsbilder aus diesem Bereich lägen beim Beschwerdeführer nicht vor. Das Kapitel F4 der ICD-10 beschäftige sich mit neurotischen Störungen, Belastungsstörungen und somatoformen Störungen. Solche Krankheitsbilder bestünden beim Beschwerdeführer ebenfalls nicht. Das Kapitel F5 der ICD-10 beschäftige sich mit Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren. Behandelt würden hier Essstörungen wie Anorexia nervosa, Bulimia nervosa bis hin zu Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen. Diese Kategorie eigne sich auch zur Klassifikation von Wechselwirkungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Verhaltenseinflüssen,

insofern psychischen Einflüssen oder Verhaltenseinflüssen eine besondere Bedeutung bei der Aufrechterhaltung oder Verstärkung der körperlichen Beschwerden zugeschrieben werden könne (F54.4). Als psychische Einflüsse oder Verhaltenseinflüsse gälten: Dysfunktionale Denkgewohnheiten, dysfunktionale Verhaltensstereotypen, dysfunktionale Bewältigungsmuster und dysfunktionale Attributionsstile, insofern sie der Aufrechterhaltung oder Verstärkung der körperlichen Beschwerden dienen. Krankheitsbilder aus diesem Bereich würden beim Beschwerdeführer nicht gefunden. Auch die in Kapitel F6 der ICD-10 beschriebenen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie eine Intelligenzminderung gemäss Kapitel F7 der ICD-10 lägen nicht vor. Es bestünden auch keine Bewusstseinsstörungen, keine Orientierungsstörungen, keine kognitiven Störungen, kein psychosenahes Erleben, keine dauerhafte Störung der Emotionalität, keine Antriebsstörung, keine Somatisierungsstörung. Keine Verhaltensauffälligkeiten. Kein besonderes Ausmass an zwischenmenschlichen Problemen. Es liege somit keine psychiatrische Krankheit vor, die die Anpassung an Regeln und Routinen einschränken würde, auch nicht die Planung und Strukturierung von Aufgaben. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sei nicht aus Gründen psychiatrischer Krankheit eingeschränkt, gleiches gelte für die Anwendung fachlicher Kompetenzen. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei gegeben, die Durchhaltefähigkeit nicht aufgrund psychiatrischer Krankheit eingeschränkt. Die Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit sei gegeben. Kontaktfähigkeit zu Dritten gegeben, Gruppenfähigkeit ebenso, familiäre und intime Beziehungen bestünden. Spontanaktivitäten seien möglich, Selbstversorgung sei gegeben, Mobilität und Regelfähigkeit seien gegeben. Gestützt auf dieses beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

Im neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 60.4) führte der Gutachter aus, der Beschwerdeführer leide seit 2000 an chronischen täglichen Lumboischialgien rechts im Innervationsgebiet L4 ohne sensomotorische Ausfälle mit einem Lumbovertebralsyndrom rechts (Lasègue bis 80°, danach Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die untere Extremität rechts und Blockierung der Bewegung nach oben). Zudem leide er nach einer mikrochirurgischen Dekompression und Sequestrektomie L4/L5 sowie Diskektomie L4/5 bei grosser paramedianer Diskushernie L4/L5 mit schwerer Kompression des Duralsackes mit Cauda equina-Symptomatik (7. November 2015) an chronischen täglichen Lumboischialgien links im Innervationsgebiet der Wurzel L5 ohne sensomotorische Ausfälle. Zudem bestünden im Neurostatus eine diskrete asymptomatische sensible Polyneuropathie mit Hyporeflexie an den vier Extremitäten und Hypopallästhesie an den Füessen, möglicherweise als Folge des Diabetes mellitus Typ II. Sodann kommt der Gutachter in Übereinstimmung mit der eingehenden Befunderhebung (S. 2 und 3 des neurologischen Teilgutachtens) unter dem Titel «Aus den Diagnosen abgeleitete Funktionseinschränkungen» zum Schluss, dass die detaillierte neurologische Untersuchung, mit Ausnahme einer diskreten asymptomatischen Hypopallästhesie an den Füessen (5/8), ganz unauffällig sei. Es bestünden keine sensomotorischen Ausfälle als Folge der Lumboischialgien rechts und/oder links. Damit erscheint es ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ■ auch durchaus nachvollziehbar, dass sowohl im neurologischen Teilgutachten als auch in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des Gutachtens aus neurologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit statuiert wurde. Selbst wenn es wünschenswert gewesen wäre, dass sich der Gutachter noch explizit zur Arbeitsfähigkeit

geäussert hätte, kann aufgrund der vorgenannten diskreten Befunderhebungen kein Zweifel daran bestehen, dass im Zeitpunkt der Begutachtung aus neurologischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit vorlag. Dies bestätigte der neurologische Gutachter denn auch in seiner späteren Verlaufsbegutachtung (vgl. IV-Nr. 88.5 und E. II. 8.2. hiernach).

Gestützt auf die vorgenannten Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der D.\_\_\_\_ vom 29. August 2016, welche zusätzlich eine internistische Untersuchung beinhaltet, zu überzeugen, wonach beim Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (s. auch E. II. 7.2.5 hiervor).

8.2 Sodann ist der Beweiswert des Verlaufsgutachtens der D.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2018 zu prüfen. Im diesbezüglichen rheumatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 88.4) hielt der Gutachter gestützt auf seine eingehende Befunderhebung (S. 4. ff. des Teilgutachtens) nachvollziehbar fest, im Vergleich zur Expertise vom 21. Juni 2016 bestehe bei diesem mittlerweile 59-jährigen Versicherten weiterhin ein Rückenschmerzproblem mit begleitenden Ausstrahlungen bei Zustand nach notfallmässiger Dekompressions-Operation bei Cauda equina Symptomatik L4/L5 vor über 3 Jahren. Der Gutachter habe erneut keine Hinweise für relevante Paresen oder sensible Störungen mehr gefunden. Es könne lediglich ein nicht auslösbarer ASR links dokumentiert werden. Relevante motorische Ausfälle der unteren Extremität könnten keine aufgezeigt werden und im sensiblen Bereich könne lediglich eine leichte Dys-/Hypästhesie wie genannt (weiterhin nicht einem Segment zuordbar) festgehalten werden. Das Beschwerdebild müsse weiterhin (im Vergleich zu vor 2 Jahren sogar akzentuiert) einem unspezifischen Gebaren mit erneut wesentlichen willkürlich getriggerten / limitierenden muskulären Dysbalancen zugeordnet werden / gegenübergestellt werden. Die Diskussion eines allfällig weiterhin bestehenden leichten Reizsyndroms müsse dennoch im Bewusstsein bleiben. Eine pseudoradikuläre Schmerzausweitung (Referred pain) sei weiterhin wahrscheinlich (vertretbar anzunehmen). Weiterhin gelte es, die Situation bei Diagnose 2 (Coxarthrosen beidseits) zu beachten. Er, der Gutachter, bedauere, dass in den letzten zwei Jahren offenbar weiterhin nicht die Situation der Hüftgelenke in die Abklärungen und Behandlungsversuche eingebunden worden seien. Auch in der jetzigen Untersuchung (analog wie vor 2 Jahren) könnten klinische Zeichen der Störungen der Hüftgelenke aufgezeigt werden, mit Kapselreizung der Hüfte rechtsbetont und weiterhin wesentlicher Einschränkung der Rotationen (in Flexionsstellung). Eine degenerative Hüftgelenkmorphologie rechtsbetont sei ja bereits vor zwei Jahren dokumentiert worden. Die aktuelle Bildgebung wie obgenannt zeige aus seiner Sicht eine akzentuierte Entwicklung. Die Kollegen der Radiologie des M.\_\_\_\_-Spitals Interlaken formulierten denn auch jetzt die Situation von «Hüftgelenkdysplasien beidseits». In dem Sinne wären eben funktionale Beschwerden/Sensationen im unteren Bewegungsapparat mit erklärbar (gluteale Dysbalancen, Myogelosen entsprechend funktionalen Muskelketten, was sich auch auf lumbale Kreuzbeschwerden auswirken könne). Weiterhin fänden sich keine Hinweise auf allfällig zugrundeliegende entzündliche oder anderweitige differenzierte Leiden aus dem rheumatologischen Formenkreis. Es fänden sich auch keine Hinweise für eine relevante Osteopenie. Die Kriterien für eine «Fibromyalgie-Symptomatik» gemäss ACR (American College of Rheumatology) seien nicht erfüllt (keine spezifischen Tenderpoints und nicht in allen vier Quadranten analog konstant erlebtes Beschwerdebild). Betreffend die Arbeitsfähigkeit für die frühere Tätigkeit als «Chauffeur» wie auch für die frühere Tätigkeit als «Arbeiter im Gerüstbau» sei mit

Verweis auf die Beurteilung/Einschätzung des Gutachtens vom 21. Juni 2016 auf die damaligen Angaben zu verweisen, die auch weiterhin gälten. Betreffend die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als «Lagerist» bestehe ebenfalls mit Verweis auf die Einschätzung/Beurteilung des Gutachtens vom 21. Juni 2016 die gleiche Beurteilung. Betreffend eine geeignete/angepasste Verweistätigkeit seien ebenfalls das Belastungsprofil/die Angaben wie im Gutachten vom 21. Juni 2016 weiterhin geltend.

Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 88.3) wurde im Vergleich zum psychiatrischen Vorgutachten (IV-Nr. 60.3) neu eine Anpassungsstörung (F43.2) diagnostiziert. Zum entgegengesetzten Arztbericht von Dr. med. J. \_\_\_ vom 31. März 2017 hielt der Gutachter nachvollziehbar fest, die Typika einer Major depression erschienen nicht als gegeben. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, so formuliert im Schreiben von Frau Dr. med. J. \_\_\_ vom 31. März 2017 könne nicht plausibilisiert werden. Voraussetzungen für eine solche Diagnose seien vormalige abgrenzbare depressive Störungen, solche könnten nicht in relevantem Ausmass angenommen werden bei einem Patienten, der in den letzten 15 Jahren weder psychiatrische Pharmakotherapie, noch Psychotherapie, noch Konsultationen anderer Art auf diesem Gebiet in Anspruch genommen habe. Darüber hinaus sei 2002 im Rahmen einer Begutachtung allenfalls eine leichte depressive Stimmungslage oder Episode festgestellt worden, während 2016 in der vorgehenden Begutachtung von einem normalen Befund ausgegangen worden sei. Weiter führte der Gutachter bezüglich seiner Diagnosestellung einleuchtend aus, die psychische Störung, die sich Ende 2016 ergeben habe mit Beginn einer Therapieaufnahme Anfang 2017, sei einerseits charakterisiert durch ein belastendes Lebensereignis, nämlich mit dem Entzug einer Rente nach 15 Jahren, was mit nicht unerheblichen psychosozialen Belastungen einhergehe. Darüber hinaus fühle sich der Proband auch nicht ernstgenommen in seinen somatischen Beschwerden, und es sei zum Bild subjektiver Bedrängung und emotionaler Beeinträchtigung gekommen. Es sei aber nicht zu Komplikationen im Sinne eines Suizidversuches oder von Suchtentwicklung gekommen, weitergehende therapeutische Schritte wie etwa teilstationäre oder stationäre Behandlung oder Einsatz ambulanter psychiatrischer Spitex erschienen der Behandlerin nicht notwendig, ebenso wenig wie eine differenziertere Pharmakotherapie. Zum Einsatz sei auch lediglich eine unspezifische Psychotherapie gekommen, wenn man den Schilderungen des Probanden folge, so dass von keinem komplizierten Verlauf auszugehen sei. Einzuordnen seien die Vorgänge als Anpassungsstörung, F43.2 nach ICD-10, also einer längeren depressiven Reaktion. Eine individuelle Prädisposition möge zu dieser psychischen Reaktion bestanden haben, das Auftreten sei aber assoziiert mit einer existenziellen Belastung, die Symptomatik umfasse depressive Stimmung, Angst, Sorge, Nervosität und gestörten Schlaf, wie der Proband beschreibe. Er beschreibe aber auch eine deutliche Verbesserung, möglicherweise auch sichtbar daran, dass es ihm im Sommer 2017 wieder gelungen sei, nach Bosnien zu fahren, was im Zustand einer schweren bis mittelschweren depressiven Episode wohl kaum möglich gewesen wäre. Die Depressivität befinde sich momentan eher auf dem Niveau einer leichtgradigen Ausprägung. Die Verbesserung schreibe der Proband insbesondere der Pharmakotherapie zu. Dies sei nicht ausgeschlossen, die Medikamentenspiegel erschienen intakt. Verbesserungen wären aber durchaus noch zu erzielen durch etwa weitere Anstrengungen auf diesem Gebiet (etwa Verbesserung des Schlafes mit adäquater Medikation). Des Weiteren begründet der Gutachter schlüssig, dass von der unvollständig remittierten Anpassungsstörung keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden könne: Ausgehend von einer unvollständig remittierten

Anpassungsstörung, F43.2 nach ICD-10, sowie Hinweisen auf dysfunktionale Krankheitsverarbeitung, F54 nach ICD-10, finde man eine leichte Einschränkung bei der Anpassung an Regeln und Routinen, keine erwerbsrelevante Einschränkung bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben, eine leichte Einschränkung in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, grundsätzlich keine Einschränkung bei der Anwendung möglicher fachlicher Kompetenzen. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei nicht grundsätzlich eingeschränkt, die Durchhaltefähigkeit eher im Rahmen von Dekonditionierung als im Rahmen aufgrund spezifischer Krankheit eingeschränkt, die Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit sei allenfalls leicht eingeschränkt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei gegeben, die Gruppenfähigkeit dürfte leicht eingeschränkt sein, familiäre Beziehungen bestünden. Spontanaktivitäten seien nach wie vor möglich. Selbstversorgung sei gegeben. Die Mobilität sei nicht grundsätzlich verändert im Vergleich zur Vorbegutachtung. Eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne von der unvollständig remittierten Anpassungsstörung nicht abgeleitet werden, insbesondere nicht in einem Ausmass von einem Drittel der Arbeitsfähigkeit, und dieses auch nur vorübergehend. Es sei nicht ausgeschlossen, dass der Proband zum Beispiel bei Behandlungsbeginn tatsächlich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit allein aus psychischen Gründen aufgewiesen habe, sicher sei aber, dass nicht von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen sei, und dass gegenwärtig kein schweres bis mittelschweres depressives Bild vorliege. Dauerhafte Einschränkungen seien somit auf psychiatrischem Gebiet weder quantitativ noch qualitativ in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen. Dabei werde eine dysthyme Stimmungslage nicht negiert. Eine solche würde sich aber zum Beispiel bei einem Mehr an Tagesstruktur eher bessern als verschlechtern. Für die Einschätzung der psychischen Ressourcen bei der Beurteilung der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung von Beschwerden ergäben sich aus psychiatrischer Sicht zumindest drei Bereiche, die einbezogen würden: Erstens sei die biographische und am aktuellen Erleben und Verhalten orientierte Persönlichkeitsdiagnostik unauffällig, zweitens seien die Verlaufskriterien nicht negativ (Besserung auf Pharmakotherapie, Psychotherapie werde als nützlich empfunden) und drittens seien die komplexen Ich-Funktionen nicht als pathologisch zu beschreiben. Somit sei die Frage, ob es psychiatrische Gründe gebe, die es dem Exploranden verwehrt, trotz seiner Beschwerden bestimmte Tätigkeiten auszuüben, mit nein zu beantworten. Gestützt auf dieses beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

Im neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 88.5) wurde zur Beurteilung festgehalten, der Versicherte leide seit ca. 17 Jahren an chronischen täglichen Lumboischialgien rechts im Innervationsgebiet L4 ohne sensomotorische Ausfälle mit einem Lumbovertebralsyndrom (deutliche Kontraktur der Muskulatur paravertebral lumbosakral, Lasègue um 80° im Liegen und im Sitzen reproduzierbar mit Rückenschmerzen rechts mit Ausstrahlung ins Gesäss rechts und Blockierung nach oben). Zudem präsentiere er seit ca. 2.5 Jahren chronische tägliche Lumboischialgien links im Innervationsgebiet der Wurzel L5 ohne neuroanatomisch erklärbare sensomotorische Ausfälle (die rohrförmige Hypoästhesie ab dem Knie links sei neuroanatomisch und neurophysiologisch nicht erklärbar und sollte funktionell bedingt sein) und mit einem Lumbovertebralsyndrom (deutliche Kontraktur der Muskulatur paravertebral lumbosakral). Das oben erwähnte klinische Bild sei am 5. April 2018 auch mit dem ENMG bestätigt worden, mit diskreten Zeichen einer Irritation von L5 links. Die vom Versicherten angegebenen Schmerzen am Rücken und den unteren

Extremitäten bds entsprächen in den Augen des Gutachters der Realität. Es bestehe keine Aggravation und keine Simulation. Die gutachterlichen Aussagen basierten auf folgenden Punkten: Die Lokalisation der Schmerzen an den unteren Extremitäten entspreche dem Innervationsgebiet der Wurzel L4 rechts und L5 links; der jetzige Neurostatus sei ähnlich wie die neurologische Untersuchung vom 2. Juli 2016; es bestehe ein klares Lumbovertebralsyndrom mit deutlicher Kontraktur der Muskulatur paravertebral lumbosakral, mit einem kleinen Schober von 10 - 13 cm und mit positivem, reproduzierbarem Lasègue rechts ab 80° im Liegen wie auch im Sitzen. In nachvollziehbarer Weise legt der Gutachter sodann dar, dass es in Abwesenheit von störenden sensomotorischen Ausfällen an den unteren Extremitäten (keine motorischen Ausfälle, rohrförmige Hypoästhesie ab Knie links) aus rein neurologischer Sicht keine Anhaltspunkte für eine Arbeitsunfähigkeit gebe. Eine eventuelle Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Schmerzen im Rücken und den unteren Extremitäten und einer evtl. psychischen Krankheit sollte vom Hauptgutachter und dem psychiatrischen und rheumatologischen Teilgutachter beurteilt werden. Es gebe im Neurostatus diskrete Zeichen einer asymptomatischen sensiblen Polyneuropathie mit Hyporeflexie an allen vier Extremitäten und Hypopallästhesie an den Füßen, die möglicherweise die Konsequenz des Diabetes mellitus Typ 2 sei. Dazu habe der Versicherte am 12. August 2016 einen Selbstunfall mit dem Auto verursacht, dessen Aetiologie unklar bleibe und mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit unklar bleiben werde. Der Versicherte behaupte, dass er keinen Bewusstseinsverlust gehabt habe, aber während 15 bis 20 Sekunden blockiert geblieben sei. Das Bild erinnere weit entfernt an eine Kataplexie, aber die Tatsache, dass der Beschwerdeführer an keiner Narkolepsie leide und vorher wie auch nachher nie eine Kataplexie gehabt habe, spreche gegen diese Möglichkeit. Die Aetiologie des Selbstunfalls sei mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit entweder ein Sekundenschlaf (dafür spreche der knapp normale Epworth-Score) oder eine Unaufmerksamkeit.

Gestützt auf die vorgenannten Teilgutachten vermag auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der D.\_\_\_\_ vom

## **E. 16**

Juli 2018, welche zusätzlich eine internistische Untersuchung beinhaltet, zu überzeugen, wonach beim Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (s. auch E. II. 7.2.12 hiavor).

8.3 Den Beweiswert der Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 29. August 2016 und vom 16. Juli 2018 vermögen sodann auch die Rügen des Beschwerdeführers nicht zu entkräften. Bezüglich der Rüge, wonach im vorliegenden Fall auch die orthopädische Fachrichtung gutachterlich hätte abgeklärt werden müssen, ist festzuhalten, dass bei der Wahl der Fachrichtung für die Begutachtung des Bewegungsapparates die Überschneidungen aus den Fachgebieten Rheumatologie und Orthopädie bei degenerativen Leiden und Schmerzzuständen sehr gross sind. Bei entzündlich-rheumatologischen Erkrankungen ist demgegenüber die Wahl des Fachgebietes auf die Rheumatologie beschränkt. Demnach ist vorliegend kein Problem darin zu erblicken, dass die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer bezüglich der Beschwerden des Bewegungsapparates nur rheumatologisch abklären liess. Insofern der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang ergänzend geltend macht, der rheumatologische Gutachter habe mindestens im Zusammenhang mit dem Hüftleiden weitere orthopädische Abklärungen als notwendig erachtet, ist ihm entgegenzuhalten, dass dem rheumatologischen Gutachten nicht zu

entnehmen ist, es bedürfe bezüglich der Hüftbeschwerden weiterer orthopädisch-gutachterlicher Abklärungen, damit deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genau eruiert werden könne. Vielmehr kann aus dem Kontext des Gutachtens herausgelesen werden, dass der rheumatologische Gutachter die Hüftbeschwerden hinsichtlich deren Behandelbarkeit bzw. Therapierbarkeit ungenügend bzw. als gar nicht abgeklärt erachtet. Er nennt die zusätzliche Abklärungsbedürftigkeit denn auch im Zusammenhang mit weiteren möglichen Therapien. Sein diesbezüglicher Hinweis auf weitere Abklärungen der Hüftproblematik stellt damit eine Therapieempfehlung dar. Eine Abklärungslücke ist darin nicht zu erblicken. Der rheumatologische Gutachter hat denn auch sowohl die Hüftbeschwerden als auch die Coxarthrosen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit berücksichtigt. Dies wird bereits aus den im Gutachten gestellten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ersichtlich.

Bezüglich der Rüge, wonach es widersprüchlich sei, dass gemäss dem ersten Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 29. August 2016 keine sensiblen und motorischen Ausfälle mehr vorliegen sollten, während gemäss Bericht der E.\_\_\_\_ vom 18. November 2016 sowie des F.\_\_\_\_spitals vom 22. August 2017 immer noch solche Ausfälle bestünden, kann auf die überzeugenden Ausführungen des RAD vom 28. Mai 2019 verwiesen werden. So wurden die Befunde zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben, weshalb aus unterschiedlichen Befunderhebungen nichts abgeleitet werden kann. Ebenfalls auf die Argumentation des RAD kann hinsichtlich des Vorbringens verwiesen werden, dass der neurologische Gutachter bereits im ersten Gutachten der D.\_\_\_\_ eine apparative Testung der Nervenleitgeschwindigkeit hätte vornehmen müssen: Hierzu hielt der RAD einleuchtend fest, es liege in der Entscheidungskompetenz des Gutachters, ob zusätzliche apparative Diagnostik notwendig sei. Es sei nicht zwingend in jedem Fall die apparative Testung der Nervenleitgeschwindigkeit notwendig, insofern auch da keine radikuläre Symptomatik vorgelegen habe.

Weiter bemängelt der Beschwerdeführer, dass im rheumatologischen Teilgutachten eine unspezifische Symptomatik beschrieben werde, im neurologischen Teilgutachten jedoch eine Lumboischialgie rechts sowie links. Dem hielt die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 28. Mai 2019 überzeugend entgegen, dass sich dies nicht widerspreche. Im neurologischen Teilgutachten werde ausführlich darauf eingegangen, dass die gefundene Hypoästhesie neuroanatomisch und neurophysiologisch nicht erklärbar sei. Somit seien die empfundenen Schmerzen (Lumboischialgie = Schmerzen im unteren Rückenbereich in die Beine ausstrahlend) auch im neurologischen Teilgutachten unspezifisch, das heisse nicht konkret einem Segment zuordenbar. Ebenfalls auf die RAD-Stellungnahme kann sodann bezüglich der Rüge verwiesen werden, wonach es widersprüchlich sei, dass der neurologische Gutachter einen positiven Lasègue erhoben habe, während der rheumatologische Gutachter keinen Lasègue zu erheben vermocht habe. Die RAD-Ärztin führte hierzu nachvollziehbar aus, die Formulierung im neurologischen Gutachten «Lasegue positiv» sei kritikwürdig. Der Versicherte habe während der Untersuchung das Bein rechts bis 80° und links 90° anheben können. Ein auftretender Schmerz bei diesen Winkelgraden könne definitiv nicht mehr eindeutig auf eine Reizsymptomatik der Nervenwurzel zurückgeführt werden, sondern könne auch ein (Dehnungs-) Schmerz von Seiten der Rückenmuskulatur sein. Dabei sei darauf hinzuweisen, dass der Versicherte deutliche Verspannungen im Bereich der LWS-Muskulatur aufgewiesen habe. Entsprechend nachvollziehbar werde der Lasègue-Test im rheumatologischen Gutachten als

klar negativ bewertet.

Des Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, es wäre nach Massgabe des MRI nach dem Unfall mit Bewusstlosigkeit vom 12. August 2016 mit der Diagnose einer vaskulären Encephalopathie mit multiplen Mikroblutungen und multiplen Marklagerläsionen eine neuropsychologische Teilbegutachtung angezeigt gewesen. Dem ist entgegenzuhalten, dass für die Bewusstlosigkeit des Beschwerdeführers, welche zu einem leichten Verkehrsunfall geführt hatte, bislang keine Ursache gefunden wurde. Zudem macht bezüglich der genannten Diagnosen kein behandelnder Arzt einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit geltend und es wurden diesbezüglich von den behandelnden Ärzten auch keine weiteren Abklärungen veranlasst. Bezüglich der im verkehrsmedizinischen Gutachten vom 13. September 2019 (Beschwerdebeilage 7) erstmals erwähnten kognitiven Einschränkungen ist auf E. II. 7.2.19 hiervor zu verweisen, wonach dies vorliegend nicht mehr zu berücksichtigen ist und allenfalls im Rahmen einer Neuanmeldung relevant sein könnte.

Sodann rügt der Beschwerdeführer, auch im zweiten Gutachten der D. \_\_\_ enthalte sich der neurologische Gutachter wiederum einer vollständigen Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit. Gleiches gelte auch für die Frage nach dem Verlauf der gesundheitlichen Störung, welche von ihm ebenfalls nicht beantwortet werde. Der Gutachter stelle auch fachspezifische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Diesen Rügen ist entgegenzuhalten, dass Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht zwingend quantitativ, sondern auch nur qualitativ einschränkend sein können. Aufgrund der vom neurologischen Gutachten erhobenen Befunde ist es denn auch klar, dass aus neurologischer Sicht keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Dies hält der Gutachter auf S. 4 des Teilgutachtens im Übrigen explizit fest (IV-Nr. 88.5). Wie die RAD-Ärztin weiter nachvollziehbar ausführte, sei aus der ENMG-Untersuchung (Elektroneuromyografie) eine normale Nervenleitgeschwindigkeit und ein unauffälliges Nerven Summenpotenzial abgeleitet worden und somit habe eine entsprechende Nervenschädigung ausgeschlossen werden können. Daran vermag entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers auch der Umstand nichts zu ändern, dass sich gemäss dem neurologischen Teilgutachten im ENMG diskrete Zeichen einer Irritation von L5 links gezeigt hätten.

Insofern der Beschwerdeführer generell geltend macht, die psychiatrischen Teilgutachten der D. \_\_\_ seien nicht überzeugend, kann auf die vorgehende Beweiswürdigung (E. II. 8.1 und 8.2 hiervor) verwiesen werden. In den beiden Teilgutachten wird sowohl das Vorliegen einer Depression nachvollziehbar verneint als auch die sich im Verlauf entwickelte Anpassungsstörung schlüssig hergeleitet. Der entgegenstehende Bericht der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. J. \_\_\_ vom 31. März 2017 vermag daran nichts zu ändern, zumal die darin attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen nur wenig überzeugend begründet ist. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b / cc mit weiteren Hinweisen), weshalb dem Bericht von Dr. med. J. \_\_\_ auch deswegen verminderter Beweiswert zukommt. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers wurde im Gutachten des K. \_\_\_ vom 10. Mai 2017 zudem nicht eine schwere Depression diagnostiziert. Vielmehr wurde diese Diagnose lediglich von der behandelnden Psychiaterin übernommen, zumal im diesbezüglichen Gutachten des K. \_\_\_ auch kein psychiatrischer Facharzt involviert war.

Bezüglich der erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 30. April 2019 sowie vom 29. Mai 2019 kann sodann auf die RAD-Stellungnahme vom 18. Juni 2019 verwiesen werden. Danach halte Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 30. April 2019 als Untersuchungsstatus fest: «Keine radikulären Reizzeichen, symmetrische Muskelreflexe». Der Befund des verminderten Vibrationssinns im Bereich der Füsse werde auch im Gutachten erhoben (neurologisches Teilgutachten Seite 3: Vibrationsempfinden beidseits herabgesetzt als Zeichen einer sensiblen Polyneuropathie im Zusammenhang mit dem Diabetes mellitus des Versicherten). Insoweit Dr. med. G.\_\_\_\_ in Abweichung zu den Gutachtern zum Schluss komme, es bestehe eine schnelle Ermüdbarkeit, so dass selbst in einer idealen angepassten Tätigkeit kaum ein 50%-Pensum realisiert werden dürfte, ist ebenfalls auf die vorgenannte Erfahrungstatsache zu verweisen, wonach behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Aus seinen Ausführungen sind denn auch keine Gründe ersichtlich, welche eine Abweichung von der gutachterlich attestierten 30%igen Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würden.

Schliesslich ist auf den Umstand einzugehen, dass im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 21. Juli 2018 neu eine beginnende Gonarthrose diagnostiziert wurde. Diese Diagnose wurde im Gutachten vom 16. Juli 2018 nicht mehr berücksichtigt. Wie der RAD hierzu aber zu Recht festhält, sei in dem am 8. März 2018 durchgeführten rheumatologischen Teilgutachten bezüglich der Kniegelenke ein unauffälliger klinischer Befund erhoben worden (vgl. rheumatologisches Teilgutachten, IV-Nr. 88.4, S. 5). Es ist somit nicht davon auszugehen, dass die diesbezügliche Diagnose den Beschwerdeführer aktuell in seiner Arbeitsfähigkeit einschränkt, zumal im Bericht des E.\_\_\_\_ lediglich von einer «beginnenden» Gonarthrose berichtet wurde.

8.4 Zusammenfassend ist somit gestützt auf die beiden beweiswertigen Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 29. August 2016 und vom 16. Juli 2018 davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer ab Zeitpunkt des ersten Gutachtens vom 29. August 2016 in einer angepassten Tätigkeit eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist zudem vorliegend auch eine revisionsbegründende Veränderung des Gesundheitszustandes erstellt. Wie die Beschwerdegegnerin hierzu korrekt ausführte, akzentuierte sich die Rückensituation des Beschwerdeführers im November 2015: Bei einer Cauda equina Symptomatik und einer Exazerbation von Rückenschmerzen war am 7. November 2015 eine Operation indiziert. Zuvor habe kein Grund für ein chirurgisches Vorgehen bestanden (keine neurologische Symptomatik) (s. Gutachten D.\_\_\_\_ vom 29. August 2016, S. 19). Gemäss Akten hätten nach der Operation weiterhin neurologische Störungen bestanden (s. RAD-Stellungnahme vom 19. Februar 2016). Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die postoperative Rehabilitation mehr als drei Monate gedauert habe. Der RAD-Arzt erachtete es nach Würdigung der Akten als wahrscheinlich, dass 6 Monate postoperativ wieder eine Teilarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestanden habe (RAD-Stellungnahme vom 30. November 2016), was aufgrund der Akten nachvollziehbar erscheint. Demnach ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung vom 3. November 2015 bis zum Gutachtensdatum (29. August 2016) vorübergehend von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausging. Damit ist es im Vergleich zum Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 21. Februar 2003 in Bezug auf die Rückenproblematik zu einer vorübergehenden anspruchsrelevanten Verschlechterung gekommen, welche einen

Revisionsgrund darstellt und zu einer freien Ermittlung des Invaliditätsgrades führt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_891/2015 vom 4. Februar 2016 E. 2).

9. Nachfolgend ist auf den ebenfalls umstrittenen Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin einzugehen und zu prüfen, ob der per 1. Dezember 2016 errechnete IV-Grad von 39 % (A.S. 4) korrekt ist. Nicht mehr eingehender zu prüfen ist dagegen der vom 1. Februar 2016 bis 30. November 2016 geltende Invaliditätsgrad von 100 %, nachdem, wie vorliegend dargelegt, in diesem Zeitraum von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen ist.

9.1 Wie beim Invalideneinkommen handelt es sich auch beim Valideneinkommen um eine hypothetische Grösse, indem nicht auf den ■ unter Umständen schon länger zurückliegenden ■ zuletzt tatsächlich erzielten Verdienst abzustellen ist (BGE 114 V 310 E. 3b S. 314; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 559/04 vom 16. Februar 2005 E. 2.1), sondern darauf, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2011 IV Nr. 55 S. 163 8C\_671/2010 E. 4.5.1; Ulrich Meyer / Marco Reichmuth: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 327).

Der Beschwerdeführer macht geltend, das Valideneinkommen sei zu tief, ohne jedoch darzulegen, worauf seine Annahme gründet. Der Beschwerdeführer arbeitete zuletzt bei der Firma N.\_\_\_\_ AG. Da er diese Stelle unbestrittenermassen aus gesundheitlichen Gründen verlor, ist bezüglich des Valideneinkommens auf das dort zuletzt erzielte Einkommen ■ unter allfälliger Aufrechnung auf den Zeitpunkt des Einkommensvergleichs per 2016 ■ abzustellen. Die diesbezügliche Berechnung der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung ist grundsätzlich unbestritten geblieben und denn auch nicht zu beanstanden. Es ist somit von einem aufgerechneten Jahreslohn von CHF 68'879.00 auszugehen. Massgebend ist die aktuellste Tabelle, welche bei Erlass der Verfügung vorliegt (vgl. BGE 143 V 295 E. 4.1 und 4.1.1 S. 299 mit Hinweisen), vorliegend die LSE 2014.

## 9.2

9.2.1 Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, ab dem Zeitpunkt des ersten Gutachtens der D.\_\_\_\_ ■ folglich ab dem 29. August 2016 ■ eine körperlich angepasste Tätigkeit mit einer Einschränkung von 30 % auszuüben, er aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass ausübt, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Gemäss der unbestrittenermassen anwendbaren LSE 2014, TA1\_tirage\_skill Level, Medianlohn für Männer im Total Niveau 1, ist von einem ordentlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'312.00 auszugehen. Dieser Betrag ist entsprechend aufzurechnen (x 12; Aufrechnung Wochenstunden :40 x 41.7; Aufrechnung Nominallohnindex/Männer 2014 - 2016:103.2 x 104.1). Damit ergibt sich unter Einbezug einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ■ und vorbehaltlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (s. E. II. 9.2.2 hiernach) ein Invalideneinkommen von CHF 46'922.85.

9.2.2 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert

(Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b / aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b / aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b /bb - ccS. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a / bb S. 78).

Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 57 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (IV-Nr. 3) und somit im tiefsten Kompetenzniveau nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (vgl. LSE 2008 TA12). Sodann kann der Beschwerdeführer gemäss Gutachten der D.\_\_\_\_ seine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einem Vollzeitpensum erbringen, womit kein Teilzeitabzug zu gewähren ist. Schliesslich ist auf die Frage einzugehen, ob aufgrund der beim Beschwerdeführer bestehenden Einschränkungen ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist. In den Gutachten der D.\_\_\_\_ wurde folgendes Zumutbarkeitsprofil festgelegt (vgl. IV-Nr. 60.2, S. 8): Es sei eine maximal 30%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit in Kauf zu nehmen sein, bedingt durch einen vermehrten Pausenbedarf und/oder eines verlangsamten Arbeitstempos. Ersteres wäre zur Sicherstellung der Lockerungs-, Dehnungs- und Gymnastikübungen im Rahmen von Kurzpausen sinnvoll, letzteres könnte resultieren aufgrund der Einhaltung der ergonomischen Empfehlungen. Günstig wäre die Möglichkeit von Wechselpositionen. Repetitive Torsions- und Schwenkbewegungen mit dem Rumpf und Oberkörper sowie monotone vorgebeugte, kniende oder kauernde Tätigkeiten sollten vermieden werden (speziell betreffend den unteren Rücken). Überkopftätigkeiten wären prinzipiell ebenfalls zu vermeiden. Heben und Tragen von Lasten bis Lendenhöhe maximal 20 kg, in Brusthöhe maximal 20 kg. Gehen in unebenem Gelände wäre prinzipiell zu vermeiden. Das Gehen in ebenem Gelände wäre maximal 30 Minuten am Stück bei beruflichen Tätigkeiten zumutbar (sofern toleriert, theoretisch aber auch länger möglich). Das Bewältigen von Treppen im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit sollte prinzipiell ein «allgemein übliches Mass» nicht überschreiten. Tätigkeit mit der oberen Extremität, wie mit der unteren Extremität, sollte prinzipiell leicht bis höchstens ausnahmsweise kurzfristig mittelschwer erfolgen, schwere Tätigkeiten sollten vermieden werden. Sitzende Position wäre ohne weitere Limite zumutbar, Stehen an Ort maximal 1 Stunde am Stück (günstig wäre bei beidem ebenfalls die Möglichkeit von Wechselpositionen). Das geschulterte Tragen von Lasten (Rucksäcke oder ähnliches) sollte das «allgemein übliche Mass» nicht überschreiten, dabei sollte eine Gewichtslimite von 10 kg gelten. Das Arbeiten auf behelfsmässigen Arbeitsflächen (gemeint seien Leitern, Gerüste oder Podeste oder ähnliches) sollte vermieden werden (vor

allem aufgrund der Situation der Hüftgelenke). Für das berufliche Führen von Motorfahrzeugen und/oder Bedienen von schweren Maschinen oder Geräten wäre ebenfalls aufgrund der Hüftgelenke beidseits (erst in zweiter Linie aufgrund der funktionalen Dysbalance nach obgenannter Rückenoperation) der Einsatz nicht sinnvoll. Bezüglich dieses Zumutbarkeitsprofils ist vorweg anzumerken, dass der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbare Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten erfasst, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2012, 8C\_870/2011 E 4.1 mit Hinweisen). Da beim Beschwerdeführer aber gemäss Zumutbarkeitsprofil die genannten, nicht unerheblichen zusätzlichen Einschränkungen vorliegen, ist der von der Beschwerdegegnerin diesbezüglich gewährte leidensbedingt Abzug von 10 % gerechtfertigt. Ein höherer Abzug ist nicht zu rechtfertigen. Zwar ist der Beschwerdeführer bei verschiedenen Tätigkeiten und an verschiedenen Positionen eingeschränkt. Die Einschränkungen erscheinen aber nicht als derart erheblich, als sich daraus ein Abzug von mehr als 10 % rechtfertigen würde. Somit ist der in der angefochtenen Verfügung ab 1. Dezember 2016 errechnete Invaliditätsgrad von 39 % (Valideneinkommen von CHF 68'879.00; Invalideneinkommen CHF 42'230.55) nicht zu beanstanden.

10. Der Beschwerdeführer stellt sich sodann auf den Standpunkt, aufgrund seines fortgeschrittenen Alters von 60 Jahren im massgeblichen Zeitpunkt könne er seine Restarbeitsfähigkeit nicht mehr verwerten.

10.1 Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460).

Die Frage der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit beurteilt sich auch bei vorgerücktem Alter bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich (Urteil des Bundesgerichts vom 8C\_28/2017 vom 19. Juni 2017 E. 3.2 und 3.3 mit Hinweisen).

10.2 Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Für die Beurteilung der Frage, ob die festgestellte Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter noch verwertbar sei, ist der Zeitpunkt massgebend, indem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit feststeht (BGE 138 V

457 E. 3.3 S. 462). Dies ist gegeben, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_36/2018 vom 6. Juni 2018 E. 4.1).

10.3 Das Bundesgericht hatte sich in den letzten Jahren wiederholt mit der Frage zu befassen, ob eine versicherte Person im vorgerückten Alter ihre wiedererlangte (Teil-)Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten könne.

10.3.1 Das Eidg. Versicherungsgericht (EVG) erachtete einen 60-jährigen Versicherten, welcher mehrheitlich als Wirker in der Textilindustrie tätig gewesen war, als zwar nicht leicht vermittelbar. Es sah aber mit Bezug auf den hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt gleichwohl Möglichkeiten, eine Stelle zu finden, zumal Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden, und der Versicherte zwar eingeschränkt (weiterhin zumutbar waren leichte und mittelschwere Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen in geschlossenen Räumen), aber immer noch im Rahmen eines Vollpensums arbeitsfähig war (Urteil des EVG I 376/05 vom 5. August 2005, insb. E. 4.2). Bejaht hat das Bundesgericht auch die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines (ebenfalls) 60-jährigen Versicherten mit einer aufgrund verschiedener psychischer und physischer Limitierungen (es bestanden u.a. rheumatologische und kardiale Probleme) um 30 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts I 304/06 vom 22. Januar 2007 E. 4.1 und 4.2). Ebenso entschieden wurde bei einem Versicherten mit einer Arbeitsfähigkeit von 80 % (volles Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung in angepasster Tätigkeit), dessen verbleibende Aktivitätsdauer im massgebenden Zeitpunkt knapp vier Jahre betrug, der keine Berufsausbildung aufwies und der als Hilfsmaurer, Strassenbauarbeiter und Lagerangestellter gearbeitet hatte (Urteil des Bundesgerichts 8C\_910/2015 vom 18. Mai 2016 E. 4.3.2 - 4.3.4). Ebenfalls bejaht wurde die Verwertbarkeit bei einer verbleibenden Aktivitätsdauer von 2 ½ Jahren und einer Arbeitsfähigkeit von 45 %, wobei diese Restarbeitsfähigkeit in einer Bürotätigkeit, welche den Erfahrungen der Versicherten (Banklehre, Computertechnikerin) entsprach, verwertet werden konnte, sodass von einem minimalen Einarbeitungsaufwand auszugehen war (Urteil des Bundesgerichts 8C\_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 4.3.1 und 4.3.2).

10.3.2 Verneint wurde die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines über 61-jährigen Versicherten, der über keine Berufsausbildung verfügte, bezüglich der aus medizinischer Sicht im Umfang von 50 % zumutbaren feinmotorischen Tätigkeiten keinerlei Vorkenntnisse besass, dessen Teilarbeitsfähigkeit weiteren krankheitsbedingten Einschränkungen unterlag und dem von den Fachleuten der Berufsberatung die für einen Berufswechsel erforderliche Anpassungsfähigkeit abgesprochen wurde (Urteil des EVG I 392/02 vom 23. Oktober 2003 E. 3.2 und 3.3). Als unverwertbar erachtet wurde auch die 50%ige, durch verschiedene Auflagen zusätzlich limitierte Arbeitsfähigkeit eines knapp 64-jährigen Versicherten mit multiplen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden (Urteil des EVG I 401/01 vom 4. April 2002 E. 4c und d), ebenso eine 50%ige Arbeitsfähigkeit einer 61 Jahre und einen Monat alten Versicherten, die bezüglich der für sie in Frage kommenden Tätigkeiten einer Umschulung bedurft hätte (Urteil des Bundesgerichts 9C\_437/2008 vom 19. März 2009 E. 4 mit weiteren Hinweisen). Im gleichen Sinn beurteilt wurde der Fall einer 61-jährigen Versicherten ohne Ausbildung, welche in einer Verweistätigkeit zu 50 % arbeitsfähig war, ein stark eingeschränktes Tätigkeitsprofil aufwies, auf wohlwollende Führung und ein stressfreies Klima angewiesen

war und seit 14 Jahren nicht mehr erwerbstätig gewesen war (Urteil des Bundesgerichts 9C\_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.3.1 und 3.3.2). Nicht mehr verwertbar war auch die Arbeitsfähigkeit eines 60 Jahre alten Versicherten, der über keine Berufsausbildung verfügte, 20 Jahre lang als Hotelportier meist mittelschwere bis schwere Arbeiten ausgeführt hatte und aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen realistisch nur noch für Kontroll- und Überwachungsarbeiten in der Industrie eingesetzt werden konnte (Urteil des Bundesgerichts 9C\_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 3.2, publiziert in: Plädoyer 2013 S. 57). Ebenfalls verneint wurde die Verwertbarkeit bei einer 61-jährigen Versicherten mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in geeigneten Verweistätigkeiten, die über einen sehr geringen Ausbildungsstand und ein stark eingeschränktes Tätigkeitsprofil verfügte und eine langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt aufwies (Urteil des Bundesgerichts 9C\_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.3). Im gleichen Sinn entschied das Bundesgericht bei einer Versicherten mit einer verbleibenden Aktivitätsdauer von 1 ½ Jahren, welche keinen Beruf erlernt hatte, so dass von einer geringen Anpassungsfähigkeit an eine neue Tätigkeit auszugehen war (Urteil des Bundesgerichts 9C\_416/2016 vom 14. Oktober 2016 E. 5.1).

10.4 Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Für die Frage, ob die festgestellte Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter noch verwertbar sei, ist der Zeitpunkt der Gutachtenserstellung massgebend (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462). Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens der D.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2018 59 Jahre alt.

Im Lichte der dargelegten Grundsätze und der Rechtsprechung sowie der relativ hohen Hürden, welche das Bundesgericht für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt hat, ist ein erheblicher fehlender Zugang des Beschwerdeführers zum Arbeitsmarkt zu verneinen. Zwar sind dem Beschwerdeführer nach langjähriger Tätigkeit als Lastwagenchauffeur und Gerüstbaumitarbeiter nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar und bis zur ordentlichen Pensionierung verblieben ab dem massgeblichen Zeitpunkt lediglich noch 5 ½ Jahre, was die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit erschweren dürfte. Dennoch erscheint der vorliegende Fall im Vergleich mit den oben genannten Urteilen des Bundesgerichts insofern anders zu liegen, als dass der Beschwerdeführer gemäss Einschätzung der Gutachter der D.\_\_\_\_ in einer angepassten Tätigkeit in einem vollen Pensum mit 30%iger Einschränkung leistungsfähig ist. In seinem Alter ist der Beschwerdeführer zwar nicht leicht vermittelbar. Jedoch sind die Anstellungschancen auf dem von Gesetzes wegen als ausgeglichen anzunehmenden Arbeitsmarkt für intakt zu erachten. Dies gilt umso mehr, weil die dem Beschwerdeführer offenstehenden zumutbaren Tätigkeiten eben in einem vollen Pensum ausgeübt werden können und ■ im Vergleich zu den vorgehend angeführten Beispielen aus der Rechtsprechung ■ verhältnismässig geringen Einschränkungen unterliegen. So ist denn auch bei solchen Tätigkeiten grundsätzlich weder eine lange Einarbeitungszeit noch eine Umschulung erforderlich, wurde doch beim Einkommensvergleich auf das Kompetenzniveau 1 für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art abgestellt. Im Lichte der genannten Rechtsprechung ist demnach vorliegend ein fehlender Zugang des Beschwerdeführers zum Arbeitsmarkt zu verneinen.

11.1 Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (SVR 2015 IV Nr. 41 S. 139, 9C\_183/2015 E. 5, SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220, 9C\_228/2010 E. 3, SVR 2011 IV Nr. 30 S. 86, 9C\_163/2009 E. 4.2.2, Urteile 8C\_582/2017 vom 22. März 2018 E. 6.3, 8C\_394/2017 vom 8. August 2017 E. 4.2, 9C\_412/2014 vom 20. Oktober 2014 E. 3.1, 8C\_855/2013 vom 30. April 2014 E. 2.2, 9C\_367/2011 vom 10. August 2011 E. 3.2, je mit Hinweisen). Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist (Urteil 9C\_819/2014 vom 19. Juni 2015 E. 4 mit Hinweisen), wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist (Urteil 9C\_68/2011 vom 16. Mai 2011 E. 3.3) oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt (Urteil 8C\_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.2). 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 2015 IV Nr. 41 S. 139, 9C\_183/2015 E. 5). 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 (Urteile 8C\_394/2017 vom 8. August 2017 E. 4.2, 9C\_87/2016 vom 23. November 2016 E. 5.2.1, vgl. zuletzt Urteil 9C\_707/2018 vom 26. März 2019 E. 4.1 und 5.1).

11.2 Der Beschwerdeführer war im relevanten Zeitpunkt, in welchem die medizinische Zumutbarkeit einer wiedergewonnenen Teilerwerbsfähigkeit festgestanden hat, bereits über 55 Jahre alt, womit obige Rechtsprechung zur Anwendung kommt. Wie die Beschwerdegegnerin mit Verweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung aber korrekt festgehalten hat, besteht beim Beschwerdeführer seit Jahren eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit. Die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung ist bei einer stets vorhandenen, aber nicht verwerteten Restarbeitsfähigkeit zu bejahen, weshalb kein Anspruch auf berufliche Massnahmen besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_754/2014 vom 11. Juni 2015 E. 5.3). In einem solchen Fall besteht vor der Rentenaufhebung/-herabsetzung kein Anspruch auf Abklärung bzw. Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen (Urteil 8C\_393/2016 vom 25. August 2016 E.3.6 mit Hinweis). Der Beschwerdeführer ist seit 2002 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen. Seine angeblichen Arbeitsbemühungen auch nach Ausschöpfung der Arbeitslosentaggelder sind nicht belegt worden. Dem Beschwerdeführer war die Verwertung seiner Restarbeitsfähigkeit im Umfang von 50 % spätestens seit der Rentenverfügung vom 21. Februar 2003 zumutbar. Da die berufliche Integration seither allein aus invaliditätsfremden Gründen unterblieben ist, besteht vor der Rentenaufhebung kein Anspruch auf Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen. Dass die Beschwerdegegnerin gemäss Ansicht des Beschwerdeführers diesbezüglich weitere Abklärungen hätte treffen sollen, erscheint nicht nachvollziehbar, nachdem der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht keinerlei Unterlagen bezüglich allfälliger Arbeitsbemühungen eingereicht hat.

Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheidungen (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin                      Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst                              Isch

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_109/2021 vom 6. September 2021 bestätigt.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.