

# **BL\_GERICHTE 720 23 160 / 259 vom 15. März 2004**

BL Gerichte, 2004-03-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720\\_23\\_160\\_\\_\\_259](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_23_160___259)

FR: BL\_GERICHTE 720 23 160 / 259 du 15 mars 2004

IT: BL\_GERICHTE 720 23 160 / 259 del 15 marzo 2004

## **Regeste**

Invalidenrente, Revisionsgesuch: Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, Rückweisung zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts

## **Erwägungen**

### **E. 2**

Streitig und zu prüfen ist der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten rechtskräftigen Beurteilung des Leistungsbegehrens wesentlich verändert haben. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2023 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). 3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist. 3.2 Gemäss Art. 17 ATSG sind laufende IV-Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zu denken ist dabei in erster Linie an eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes der versicherten Person. Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen alleine führt nicht zu einer materiellen Revision. 3.3 Auf ein Revisionsgesuch (oder eine Neuanschuldung nach rechtskräftiger Verneinung eines Rentenanspruchs) hat die Verwaltung nur einzutreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente oder deren Erhöhung sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 E. 2). Tritt die Verwaltung auf

ein Revisionsgesuch oder eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell umfassend abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads auch tatsächlich eingetreten ist (SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2; BGE 117 V 198 E. 4b). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine höhere Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1; BGE 117 V 198 E. 3a).

3.4 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 1 E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 15. März 2004 rückwirkend per 1. August 1999 basierend auf einem Invaliditätsgrad von 45% eine Viertelsrente zu. Im Rahmen des Einspracheverfahrens wurde die Viertelsrente bei einem neu ermittelten Invaliditätsgrad von 46% bestätigt. Ein Revisionsgesuch des Beschwerdeführers wurde mit Verfügung vom 20. April 2007 gestützt auf eine Stellungnahme des RAD und nach Durchführung eines Einkommensvergleichs bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 40% abgelehnt. In der Folge wurde die zugesprochene Viertelsrente im Rahmen zweier Revisionsverfahren in den Jahren 2010 und 2015 formlos bestätigt. Auf ein Erhöhungsgesuch des Versicherten im Jahr 2021 trat die IV-Stelle nicht ein. Nach dem Ausgeführten steht fest, dass der Rentenanspruch des Beschwerdeführers letztmals mit rechtskräftiger Verfügung vom 20. April 2007 vollständig materiell überprüft wurde. Somit beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt dieser Verfügung vom 20. April 2007 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2023.

4.1 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C\_57/2019, E. 3.2).

4.2 Für die Beurteilung der strittigen Frage, ob sich der Gesundheitszustand bzw. das Ausmass der (Rest-) Arbeitsfähigkeit des Versicherten seit der letzten auf einer vollständigen materiellen Anspruchsprüfung beruhenden Rentenverfügung in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat, ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige

Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen). 4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 4.4 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C\_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). 4.5 Bei der Erhebung und Würdigung des medizinischen Sachverhaltes in Revisionsfällen im Sinne des Art. 17 ATSG ist überdies Folgendes zu beachten: Da die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes erfolgt, bildet Gegenstand des Beweises das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den medizinischen Tatsachen. Der Beweiswert von zwecks Rentenrevision eingeholten medizinischen Unterlagen hängt folglich wesentlich davon ab, ob diese sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – beziehen. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert

haben (Urteile des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C\_418/2010, E. 4.2, und vom 26. März 2015, 9C\_710/2014, E. 2). 5.1 Zur Zeit der Verfügung vom 20. April 2007 stützte sich die IV-Stelle auf folgende medizinische Unterlagen: 5.1.1 Im Rahmen des Einspracheverfahrens gegen die Verfügung vom 16. März 2004 holte die IV-Stelle bei der ABI ein Gutachten ein, welches diese am 5. Januar 2006 erstattete. Darin werden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen gestellt: (1) ein chronisches zervikovertebrales bis zervikospondylogenes/zephales Schmerzsyndrom (ICD-10 M 53.0) bei muskulärer Dysbalance vom Schultergürteltyp mit betonter Überbelastung des Musculus levator scapulae sowie radiomorphologisch multisegmentalen degenerativen Wirbelsäulenveränderungen C 3 bis C 5 mit Diskusprotrusionen betont C 4/C 5 gemäss MRI der Halswirbelsäule vom 9. Mai 2003; (2) ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits (ICD-10 M 54.3) mit radiomorphologisch nachgewiesenen Osteochondrosen L 4/S 1 mit Diskusprotrusionen betont L 4/L 5, möglichen Rezessusstenosen L 3/L 4 und L 4/L 5 ohne sichere Spinalkanalstenose und/oder Neurokompression gemäss MRI der Lendenwirbelsäule vom 9. Mai 2003 und mit einer muskulären Dysbalance vom Beckengürteltyp; (3) beidseitige Schulterschmerzen (ICD-10 M 75.0) bei Status nach arthroskopischer subakromialer Dekompression, AC-Gelenksteilresektion bei subakromialem Impingement mit Supraspinatuspartialläsion und AC-Gelenksarthrose rechts am 23. September 2004 sowie Status nach Bizepssehnenentodese und erweiterter Akromioplastik wegen Bizepssehnenpartialruptur links am 17. Oktober 2001 und Status nach Schultergelenksarthroskopie, Débridement wegen Supraspinatuspartialruptur sowie Impingementproblematik am 7. Januar 1998; (4) ein ulnares Hyperpressionssyndrom beidseits bei Ulnaplusvariante; (5) chronische Vorfussrestbeschwerden links bei Status nach Quetschverletzung des linken Fusses mit offener Trümmerfraktur von Dig. I und II, Weichteilverletzung, Trümmerfraktur MTP III bis IV, Pseudoarthrose des Grundgelenks Dig. I und Status nach Ausräumung der Pseudoarthrose Grundphalanx I links am 15. August 2000 sowie Status nach Entfernung der Spongiascheibe am 11. Oktober 2000 bei konsolidierter Pseudoarthrose; (6) beginnende mögliche arthrotische Beschwerden an den Kniegelenken beidseits sowie des Daumengrundgelenks links. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F 68.0) sowie eine Adipositas (ICD-10 E 66.0) mit Dyslipidämie, medikamentös behandelt (ICD-10 E 78.2). Der Explorand sei seit dem 8. August 1998 in der angestammten Tätigkeit als Maschinenführer bleibend arbeitsunfähig. In einer angepassten leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Einnahme von Zwangshaltungen und Überkopfarbeiten bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. 5.1.2. Gemäss Bericht des Spitals B. , Neurochirurgie, vom 7. September 2006 wurde beim Patienten ein radikuläres Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom L 5 rechts bei rezessal und intraforaminal gelegener Diskushernie auf Höhe L 5/S 1 rechts mit Affektion der Wurzel L 5 diagnostiziert. Am 29. August 2006 sei eine Fenestration und Diskektomie L 5/S 1 sowie Sequestrektomie und Diskektomie L 5/S 1 rechts durchgeführt worden. 5.1.3 Mit Bericht vom 27. Dezember 2006 stellte die Ärzteschaft der neurologischneurochirurgischen Poliklinik des Spitals B. bezüglich der Lumboischialgiebeschwerden einen sehr guten postoperativen Verlauf fest. Der Patient berichte über diskrete Rückenschmerzen, welche bloss gelegentlich nachts auftreten und im Laufe des Tages verschwinden würden, sowie über diskrete und seltene Schmerzausstrahlungen ins rechte Bein, die sich gleich wieder zurückbilden würden. Er beklage weiterhin die bekannten, links thorakodorsalen Schmerzen, welche ihn auch

psychisch stark belasten würden. Weitere postoperative Kontrollen seien nicht notwendig. Aus neurochirurgischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bei einer Hebelbelast von maximal 10 kg. 5.1.4 PD Dr. med. C. des RAD führte in seiner Stellungnahme vom 22. Januar 2007 aus, dass postoperativ von einem verbesserten Gesundheitszustand auszugehen sei. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig. 5.2 Im Rahmen des vorliegend zu beurteilenden Revisionsgesuchs reichte der Versicherte folgende Berichte ein: 5.2.1. Mit Bericht vom 30. März 2022 diagnostizierten die Ärzte der Klinik für Rheumatologie und Schmerzmedizin der D. AG ein chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom L 5 rechts ohne motorischen Ausfall mit aktuell postinterventionell remittierter Schmerzausstrahlung bei schwerer osteodiskogener Spinalstenose L 4/L 5 und schwerer osteodiskogener Foraminalstenose L 5 beidseits nach diagnostischtherapeutischer transforaminaler Nervenwurzelinfiltration L 5 rechts am 7. September 2021 sowie diagnostischtherapeutischer Wurzelinfiltration L 5 rechts mit gepulster Radiofrequenz am 24. November 2021 mit guten, aktuell anhaltenden Effekten und bei Status nach Diskushernienoperation L 5/S 1 rechts im Jahr 2014 mit schleichender Reexazerbation über Jahre; ein lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Schmerzsyndrom tieflumbal beidseits, rechts mehr als links, bei diskalen Mehrsegmentsdegenerationen und rechtslastigen beidseitigen Spondylarthrosen L 3-S 1, diagnostischen Medial Branch Blocks L 3 bis L 5 am 24. Januar 2022 mit gutem Ansprechen auf die spondylogene Komponente sowie weitere Vorerkrankungen und Befunde, namentlich ein Schmerzsyndrom der rechten Schulter bei Status nach diversen traumatischen Läsionen und verschiedenen orthopädischen Eingriffen, neuropathischen Vorfussschmerzen links nach massiver Quetschverletzung im Jahr 1998, ein Status nach Diskushernie C 4/C 5 links im Jahr 2003, ein Status nach Operation eines Hypophysenadenoms im Jahr 2014, eine Hypercholesterinämie und eine Refluxoesophagitis. 5.2.2. Gemäss Verlaufseintrag von Dr. med. E. , FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und FMH Handchirurgie, vom 1. April 2022 liege beim Patienten ein schwergradiger axonaler Nervenschaden des Nervus medianus beidseits, links mehr als rechts, mit persistierender Hypästhesie im Bereich der Fingerkuppen sowie nächtlichen Brachialgien linksbetont bei Status nach Carpaltunnelpaltung links am 17. April 2014 mit postoperativ Wundheilungsstörungen und Weichteilinfektion, Status nach Revisionsneurolyse des Nervus medianus Carpaltunnel links über extended release am 5. April 2016, ein Status nach Carpaltunnelpaltung rechts am 10. März 2014, eine Fingerpolyarthrose beidseits sowie eine Rhizarthrose, STT-Gelenksarthrose sowie Radiostyloidalarthrose beidseits vor. Als Nebendiagnosen seien eine Rotatorenmanschettenläsion sowie Omarthrose links, Diskushernien der Lendenwirbelsäule, ein Leistenbruch rechts sowie Zervikobrachialgien bei bekanntem chronischem Zervikobrachialsyndrom links mit Diskushernie C 4/C 5 festzuhalten. Die Situation sei schwierig. Der Patient weise multiple organische Schäden im Bereich des Bewegungsapparates auf. Zudem liege ein axonaler Nervenschaden des Nervus medianus im Bereich beider Hände vor. Aktuell stehe eine Arthroseaktivierung im Bereich der linken Hand mit Schwellungstendenz im Vordergrund. Aus handchirurgischer Sicht könne wenig geboten werden. Der Patient habe eine Anstellung bei der Kehrriktabfuhr in Aussicht. Aus ärztlicher Sicht sei indessen fraglich, ob diese Arbeit dauerhaft verrichtet werden könne. 5.2.3 Die Ärzteschaft der Orthopädie Klinik am Spital D. diagnostizierte in ihrem Bericht vom 14. April 2022 anteriore Schulterschmerzen links mit Restbeschwerden im Bereich des resezierten AC-Gelenks, artikulareseitiger Supraspinatussehnenpartialruptur mit kleinem transmuralen Anteil und einer beginnenden Omarthrose bei Status nach

Schultereingriffen in den Jahren 1998 und 2001 und Abriss der tenodesierten Bizepssehne im November 2001 mit anschliessen-der konservativer Behandlung sowie bei Status nach AC-Gelenksresektion im Mai 2012 bei posttraumatischer AC-Gelenksarthrose nach Motorradunfall am 21. Januar 2012. Beim Patient liege eine komplexe Situation mit mehrfach voroperierter Schulter vor. Funktionell habe er einen fast vollständigen aktiven Bewegungsumfang, die Kraft der Ellbogenbeuger und des Supraspinatus seien im Seitenvergleich moderat abgeschwächt. Das Hauptproblem bestehe in der persistierenden Schmerzsymptomatik. MRI tomographisch zeige sich eine artikulareseitige Supraspinatuspartialruptur sowie eine rupturierte lange Bizepssehne mit beginnender moderater Omarthrose. Von einer operativen Intervention werde abgeraten, da die Funktion schwierig zu verbessern sei und auch eine zuverlässige Verbesserung der Schmerzsymptomatik fraglich erscheine.

5.2.4 Mit Bericht vom 2. August 2022 führte Dr. med. F., FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, der Abteilung Wirbelsäulenchirurgie der D. AG aus, dass ein langsam progredientes radikuläres Schmerz- und beginnendes sensomotorisches Ausfallsyndrom L 5 rechts vorliege, bei in der Bildgebung nachweisbar klarer Kompression. Ein am 25. Juli 2022 durchgeführtes Röntgen habe eine ausgeprägte ventrale Osteophytenbildung L 4/L 5 und insbesondere L 5/S 1 gezeigt. Seit circa Januar 2022 sei es zu einer Exazerbation der Schmerzen und seit einigen Monaten zu einer Fussheberschwäche gekommen. Nach ausgeschöpfter Therapie bestehe nun grundsätzlich die Indikation zur Operation. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in der doch relativ strengen Tätigkeit sei durch die Operation sehr wahrscheinlich nicht zu erwarten.

5.2.5 Am 14. November 2022 fand in der Klinik für Neurologie der D. AG ein neurologisches Konsilium statt. Mit Bericht vom selben Tag wurden lumbale Schmerzen mit wechselseitigen, in den lateralen Oberschenkel ausstrahlenden Schmerzen rechtsbetont diagnostiziert. Die Bildgebung habe unter anderem eine rezessale Enge auf Höhe L 4/L 5 auf der rechten Seite und eine foraminale Enge auf Höhe L 5/S 1 rechts gezeigt. In der klinischen Untersuchung hätten keine motorischen Ausfälle und keine dermatomspezifischen Sensibilitätsstörungen sowie keine Nervendehnungszeichen festgestellt werden können. Elektromyographisch hätten sich im distalen Myotom L 5 auf der rechten Seite leichtgradig ausgeprägte chronisch neurogene Veränderungen ohne Hinweis auf eine floride Schädigung oder auf eine postradikuläre Schädigung gezeigt. Als Teilaspekt scheine eine lumboradikuläre Symptomatik auf der rechten Seite möglich, erkläre jedoch sicherlich nicht das gesamte Ausmass der Beschwerden. Aufgrund dieses Konsiliums kam Dr. F. mit Bericht vom 15. November 2022 zum Schluss, dass eine operative Versorgung nicht hilfreich sei und bat um die Aufbietung des Patienten in die Schmerzlinik.

5.2.6 Die Ärzteschaft des Spitals G. berichtete am 17. Dezember 2022 über die notfallmässige Vorstellung des Patienten. Als Hauptdiagnosen wurden ein akuter Harnverhalt im Rahmen einer Prostatitis (Erstdiagnose 15. Dezember 2022) sowie ein auffälliger Prostatapalpatationsbefund festgehalten.

5.2.7 Gemäss Bericht der Ärzteschaft der Klinik H. vom 3. Januar 2023 seien folgende Diagnosen zu stellen: (1) ein chronisches lumbospondylogenes und mögliches sensibles radikuläres Ausfallsyndrom L 5 rechts bei ausgeprägter myofaszialer Begleitkomponente mit aktiven Triggerpunkten des Musculus gluteus medius sowie des Tensor fasciae latae bei Ansatz-tendinopathien gluteal, gemäss MRI vom Juli 2022 mit Diskushernierung auf Höhe L 4/L 5 mit rezessaler Einengung L 5 beidseits sowie Bandscheibenhernierung L 5/S 1 mediolateral rechts mit hochgradiger foraminaler Einengung L 5 rechts, bei verschiedenen bekannten Statusdiagnosen, mit leichtgradigen neurogenen Veränderungen am Myotom L 5 rechts und geplanter Infiltration

der Wurzel L 5 rechts; (2) ein Status nach Harnverhalt im Dezember 2022 bei Infektion der Prostata, gegenwärtig mit transurethralem Blasenkatheter sowie (3) verschiedene Nebendiagnosen: ein Schmerzsyndrom der rechten Schulter bei Status nach diversen traumatischen Läsionen und verschiedenen operativen Eingriffen, neuropathische Vorfussschmerzen links nach massiver Quetschverletzung im Jahr 1998, ein Status nach Diskushernie C 4/C 5 links im Jahr 2003, ein Status nach Operation eines Hypophysenadenoms im Jahr 2014, eine Hypercholesterinämie sowie eine Refluxoesophagitis.

5.2.8 Am 15. Februar 2023 stellte sich der Versicherte unter Hinweis auf zunehmende Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in beide Beine bei der Notaufnahme des Spitals D. vor. Mit entsprechendem Bericht vom selben Tag diagnostizierten die involvierten Ärzte nach Durchführung eines MRI einen Status nach lumboradikulärem Reizsyndrom L 5 rechts mit rezessaler Einengung L 4/L 5 rechts sowie foraminal L 5/S 1 rechts sowie einen Status nach mikrochirurgischer Diskushernie L 5/S 1 rechts. Es sei zu einer Exazerbation des lumboradikulären Reizsyndroms, aktuell linksführend L 5 ohne sensomotorische Ausfälle gekommen mit mediolateral linksseitig umschriebener Hernierung im Rezessus lateralis links, neu mit rezessaler Affektion der linken L 5.

5.3 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf die Stellungnahme ihres RAD vom 30. März 2023. Darin führte Dr. med. I., Facharzt für Arbeitsmedizin, aus, dass der RAD-Arzt Dr. J., FMH Allgemeine Innere Medizin, bereits mit Aktennotiz vom 8. Dezember 2022 eine gesundheitliche Verschlechterung verneint und ein Nichteintreten empfohlen habe. Aus den eingereichten Akten würden sich keine medizinischen Neuigkeiten von dauerhafter Relevanz ergeben. Die genannten Rückenbeschwerden bei degenerativen Lendenwirbelsäulenveränderungen seien bekannt und bereits berücksichtigt worden. Diesbezüglich seien auch von den Behandlern keine weiteren Kontrollen vorgesehen. Die neurologische Abklärung habe keinen wegweisenden Befund ergeben. Eine floride Wurzelschädigung sei verneint worden. Bei den dokumentierten klinischen Untersuchungen habe der Versicherte ein flüssiges und hinkfreies Gang-bild ohne muskuläre Insuffizienzen und mit normaler Muskelkraft präsentiert. Auch die erneut untersuchten Schulterprobleme seien hinlänglich bekannt. Es liege eine bekannte komplexe Situation ohne Neuerungen vor, von operativen Massnahmen sei abgeraten worden. Der akute Harnverhalt im Rahmen einer vermuteten Prostatitis stelle keine dauerhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit dar, die Symptomatik sei rückläufig. Damit bleibe die bisherige Beurteilung unverändert. In einer optimal angepassten Tätigkeit sei weiterhin von einer medizinischtheoretischen vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Alle der wiederholt vorgebrachten Beschwerden und Einschränkungen seien im sehr reduzierten zumutbaren Belastungsprofil bereits ausreichend berücksichtigt, insbesondere die Schuldersituation links, die Rückenbeschwerden sowie die Unfallfolgen am Fuss.

6.1. Wie in Erwägung 3.3 hiavor ausgeführt, hat die versicherte Person bei einem Revisionsgesuch in einem ersten Verfahrensstadium glaubhaft machen, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung in einem für den Anspruch erheblichen Mass verändert haben (Art. 87 Abs. 2 IVV), ansonsten die IV-Stelle auf das Gesuch nicht eintritt. Entgegen der Empfehlung des RAD-Arztes Dr. J. vom 8. Dezember 2022 (IV-Akten Nr. 216) ist die Beschwerdegegnerin auf das Revisionsgesuch des Beschwerdeführers eingetreten, hat sie doch mit Verfügung vom 2. Mai 2023 das Erhöhungsgesuch des Beschwerdeführers materiell abgewiesen. Dies ist nicht zu beanstanden. Indessen ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin das Revisionsgesuch des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat

und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist. 6.2 Tritt die IV-Stelle auf das Revisionsgesuch ein, so ist sie verpflichtet, den Leistungsanspruch umfassend auf jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen zu prüfen. Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG nimmt sie die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor. Vorliegend fällt zunächst auf, dass die Beschwerdegegnerin nach Eingang des Revisionsgesuchs selbst keinerlei medizinische Unterlagen angefordert oder eingeholt hat. Dementsprechend liegen in den Akten bloss Sprechstundenberichte vor, die der Beschwerdeführer eingereicht hat, und es fehlt an ärztlichen Unterlagen, die sich spezifisch mit den relevanten Fragen der Arbeitsfähigkeit, des zumutbaren Anforderungsprofils und des gesundheitlichen Verlaufs auseinandersetzen. Die Beschwerdegegnerin hat sich darauf beschränkt, die vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen ihrem RAD vorzulegen. Während dieses Vorgehen im Rahmen der Prüfung, ob auf ein Revisionsgesuch einzutreten ist, nicht zu beanstanden wäre, wird es den Anforderungen an die Untersuchungspflicht im Rahmen der umfassenden Leistungsprüfung kaum genügen. 6.3 Der RAD-Arzt Dr. I. hat in seiner Stellungnahme vom 30. März 2023 eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes verneint. Vielmehr seien die gesundheitlichen Beschwerden mehrheitlich bereits seit der Begutachtung durch die ABI im Jahr 2006 bekannt und bei der Rentenzusprache berücksichtigt worden. Dieser Auffassung kann nicht beigegeben werden. Zwar leidet der Beschwerdeführer tatsächlich seit vielen Jahren an Rücken- und Schulterbeschwerden. Im vorliegend massgeblichen Vergleichszeitraum vom 20. April 2007 bis 2. Mai 2023 sind indessen verschiedene neue Befunde aufgetreten. Bereits im Sommer 2007 wurde beim Beschwerdeführer neu ein radikuläres Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom C 6 links diagnostiziert (Bericht Spital D. vom 25. Juli 2007, IV-Akten Nr. 103). Mit MRI-Bericht vom 6. August 2021 wurde eine schwere osteodiskogene Neuroforaminalstenose L 5 beidseits festgestellt (IV-Akten Nr. 205). Ferner finden sich in den im vorliegenden Revisionsverfahren eingereichten Berichten Hinweise auf eine Schmerzexazerbation der Lendenwirbelsäule mit neuer mediolateraler linksseitiger Hernierung im Rezessus lateralis links mit Affektion L 5. In Bezug auf die Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers ist insbesondere auf die im Jahr 2012 durchgeführte AC-Gelenksresektion und die beginnende Omarthrose nach einem Sturz auf Glatteis im Jahr 2021 hinzuweisen. Sowohl in Bezug auf die Rückenproblematik als auch bezüglich der Schuldersituation sind damit neue Befunde aufgetreten, die zum Zeitpunkt der Verfügung vom 20. April 2007 noch nicht vorlagen und folglich auch nicht berücksichtigt werden konnten. Dr. I. begründet nicht, weshalb diese neuen Befunde keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben sollen, obwohl das mit Gutachten der ABI vom 5. Januar 2006 definierte Zumutbarkeitsprofil keineswegs so reduziert ist, wie er dies anzudeuten scheint. Der Vollständigkeit halber ist festzustellen, dass auch die bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 20. April 2007 bekannten Rücken- und Schulterbeschwerden – welche unbestrittenermassen degenerativer Natur sind – sich im Laufe der 17 Jahre zwischen dem ABI-Gutachten und der vorliegend angefochtenen Verfügung durchaus in leistungsrelevanter Weise hätten verändern können. Die Verneinung eines Einflusses auf die Arbeitsfähigkeit erscheint deshalb auch in Bezug auf diese Diagnosen als oberflächlich und unbegründet. 6.4 Auffallend ist jedoch insbesondere, dass der RAD-Arzt Dr. I. die seit der Verfügung vom 20. April 2007 hinzugekommenen erheblichen Handbeschwerden (schwergradiger axonaler Nervenschaden mit Hypästhesie beidseits, verschiedene arthrotische Diagnosen) in seiner Beurteilung vom 30. März 2023 überhaupt nicht erwähnt. Dabei gehen diese Beschwerden weit über das mit Gutachten vom

5. Januar 2006 diagnostizierte Hyperpressionssyndrom bei Ulnarplusvariante hinaus. Ferner geht aus dem Bericht von Dr. E. vom 1. April 2022 hervor, dass sich der Beschwerdeführer in der Zeit nach 20. April 2007 verschiedenen operativen Eingriffen an den Händen unterzogen hat. Ob und inwieweit sich diese Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken, bleibt letztlich unklar. Indessen ist ohne Weiteres vorstellbar, dass sie sich zumindest in qualitativer Hinsicht auf das von den Gutachtern im Jahr 2006 definierte Verweisprofil (leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Einnahme von Zwangshaltungen und ohne Überkopfarbeiten) auswirken können. 6.5 Nach den in Erwägung 4.4 hiervoor dargelegten Prinzipien sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn sich der Entscheid lediglich auf versicherungsinterne Einschätzungen stützt. Diesbezüglich sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der (versicherungs-)ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Nach dem Ausgeführten liegen in Bezug auf die Beurteilung von Dr. I. nicht bloss geringe Zweifel vor. Die vorhandene medizinische Aktenlage lässt vielmehr keine abschliessende Beurteilung des Rentenanspruchs und somit des Revisionsgesuchs des Beschwerdeführers zu. Indem es die Beschwerdegegnerin unterlassen hat, selbst Berichte einzuholen und sich bei der Beurteilung des Revisionsgesuchs auf die nicht beweistaugliche Stellungnahme ihres RAD abstützte, hat sie ihre Untersuchungspflicht verletzt. Der relevante medizinische Sachverhalt bedarf weiterer Abklärung. Namentlich ist bezüglich des Verlaufs und des aktuellen Gesundheitszustandes eine rheumatologische/orthopädische und neurologische Begutachtung anzuordnen. Aufgrund der neuen Beschwerden an den Händen erscheint ausserdem eine handchirurgische Begutachtung als notwendig. Um eine sinnvolle Begutachtung des Verlaufs seit dem Gutachten der ABI zu ermöglichen, steht ebenfalls eine psychiatrische Begutachtung im Raum.

## **E. 7**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur (neuen) Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1). Da die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt im vorliegenden Fall aber unvollständig abgeklärt hat (vgl. E. 6 hiervoor) und es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird angewiesen, den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie den medizinischen Verlauf gutachterlich abzuklären, wobei insoweit auf Erwägung 6.5 hiervoor verwiesen werden kann. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Aktenergänzung wird die IV-Stelle anschliessend über den Rentenanspruch des Versicherten neu zu befinden haben.

## **E. 8**

Zusammenfassend festzustellen, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben ist und die Angelegenheit zu weiteren medizinischen Abklärungen und zur neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Fragen des Einkommensvergleichs sowie der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit müssen bei diesem Ergebnis bis zur rechtsgenügenden Abklärung der Arbeitsfähigkeit offenbleiben. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG 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 Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen sind. 9.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts genügt für den bundesrechtlichen Anspruch auf eine Parteientschädigung auch ein formelles Obsiegen in dem Sinne, dass der beschwerdeführenden Person durch die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Beurteilung alle Rechte im Hinblick auf eine beanspruchte Leistung gewahrt bleiben (vgl. BGE 132 V 215 E. 6.2). Nachdem die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, hat diese dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten. Die Vertreterin des Beschwerdeführers hat mit Honorarnote vom 7. Juli 2023 einen Aufwand von insgesamt 8 Stunden und 45 Minuten sowie Auslagen von Fr. 837.90 geltend gemacht. Während die ausgewiesenen Bemühungen zu keinen Beanstandungen Anlass geben, ist festzustellen, dass der geleistete Kostenvorschuss nicht als Auslage anerkannt werden kann. Die Rückerstattung des Kostenvorschusses erfolgt vielmehr im Rahmen der Liquidation der ordentlichen Verfahrenskosten. Dem Beschwerdeführer ist folglich eine Parteientschädigung von insgesamt Fr. 2'396.75 (8 Stunden und 45 Minuten à Fr. 250.-- sowie Auslagen von insgesamt Fr. 37.90 zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

## **E. 10**

Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG).

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (vgl. BGE 133 V 477 E. 4.2). Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich um solchen einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 2. Mai 2023 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückgewiesen wird. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle auferlegt. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss zurückerstattet. 3. Die IV-Stelle hat dem Beschwerdeführer eine Parteienschädigung in der Höhe von Fr. 2'396.75 (inklusive Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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