

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/167 vom 7. Januar 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-01-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_167

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/167 du 7 janvier 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/167 del 7 gennaio 2020

Regeste

Art. 17 Abs. 1 ATSG. Rentenerhöhungsgesuch. In medizinischer Hinsicht liegt kein Revisionsgrund vor, da sich der Arbeitsunfähigkeitsgrad seit der letzten materiellen Überprüfung der Rente nicht verändert hat. Auch in erwerblicher Hinsicht liegt keine wesentliche Veränderung der Verhältnisse vor, obwohl der Familienbetrieb zwischenzeitlich aufgegeben worden ist. Das ursprüngliche berechnete Invalideneinkommen hat weder dem tatsächlich erzielten Erwerbseinkommen aus einer selbständigen Erwerbstätigkeit noch dem zumutbaren Erwerbseinkommen aus einer unselbständigen Erwerbstätigkeit entsprochen. Die IV-Stelle hat nämlich auf eine rein fiktive Tätigkeit im Familienbetrieb abgestellt. Auch die Höhe des Invalideneinkommens hat auf rein hypothetischen Zahlen beruht. Mit der Aufgabe des Familienbetriebs ist somit keine relevante Sachverhaltsveränderung eingetreten. Vielmehr ist bereits die ursprüngliche Ermittlung des Invalideneinkommens fehlerhaft gewesen. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Januar 2020, IV 2017/167).

Volltext

Entscheid vom 7. Januar 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrer-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger Geschäftsnr. IV 2017/167 Parteien A.____, Beschwerdeführer, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Erhöhung) Sachverhalt A.____ bezog ab dem 1. Februar 1999 bei einem IV-Grad von 40 % eine halbe IV-Rente (Härtefallrente, Verfügungen vom 28. März 2000, 23 ff.). Die IV-Stelle des Kantons St. Gallen hatte in medizinischer Hinsicht auf das Gutachten der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle B.____ vom 23. März 1999 abgestellt (IV-act. 13, 18). Die Gutachter hatten dem Versicherten wegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert, einer Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst), einem Verdacht auf eine Anpassungsstörung hinsichtlich dem Verlust seiner Mutter und einem Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert. Die aktuelle Tätigkeit (eigenes Imbissgeschäft) sei von Vorteil, da der Versicherte den familiären Betrieb ohne erhebliche Konsequenzen (wenn nötig fluchtartig) verlassen könne. Für die Bemessung des Valideneinkommens stellte die IV-Stelle auf das zuletzt erzielte Erwerbseinkommen als Betriebsmitarbeiter bei der Firma C.____ AG ab (IV-act. 7, 16-2; 13 x Fr. 4'110.--) und setzte es auf Fr. 53'430.-- fest. Bezüglich der Invalidenkarriere hielt die IV-Stelle fest, dass es keine Firma gebe, welche das tägliche Davonlaufen am Arbeitsplatz akzeptieren könnte (IV-act. 16-2). Die IV-Stelle ermittelte das Invalideneinkommen daher anhand von hypothetischen Einnahmen aus der

selbständigen Erwerbstätigkeit im Imbissbetrieb und setzte es "vorsorglich", d.h. bis am Ende des Geschäftsjahres die genauen Zahlen feststünden, auf Fr. 32'000.-- fest (IV-act. 17-2). Die IV-Stelle unterliess es jedoch, die Höhe des Invalideneinkommens in den folgenden Jahren zu überprüfen. Per 1. April 2004 wurde die halbe (Härtefall-)Rente in eine Viertelsrente bei einem gleichzeitigen Anspruch auf Ergänzungsleistungen umgewandelt (IV-act. 52, 54, 58, 62, 66, 144-2). Am 20. September 2005 liess der Versicherte ein Revisionsgesuch stellen, da sich sein Gesundheitszustand weiter verschlechtert habe (IV-act. 81). Der behandelnde Psychiater Prof. med. D.____ bestätigte eine Verschlimmerung des depressiven Zustandsbildes (IV-act. 82 und 89). Daraufhin beauftragte die IV-Stelle die Psychiatrische Klinik E.____ mit einer Abklärung des Versicherten. Die stellvertretende Chefärztin Dr. med. F.____ gab im Gutachten vom 14. April 2007 (IV-act. 120) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 61.0) und einen Verdacht auf einen Tranquilizerabusus an. Die Gutachterin kam zum Schluss, dass keine Verschlechterung des psychischen Zustands ausgewiesen sei (IV-act. 120-34 f.). Mit Verfügung vom 6. September 2007 wies die IV-Stelle das Rentenerhöhungsgesuch ab (IV-act. 129). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 11. Mai 2009 ab (IV 2007/369, IV-act. 165). Im Dezember 2013 stellte der Versicherte erneut ein Rentenerhöhungsgesuch (IV-act. 239). Sein Hausarzt Dr. med. G.____ berichtete der IV-Stelle am 8. Januar 2014 (IV-act. 243), dass seit Jahren eine Depression mit Antriebslosigkeit vorliege. Der Versicherte habe im Januar 2013 einen Myokardinfarkt erlitten mit anschliessender Stentimplantation. In der Folge sei es zu einer zunehmenden Muskelschwäche gekommen. Der Versicherte könne nur noch 40 Meter gehen. Treppensteigen sei ihm nicht mehr möglich. Der behandelnde Neurologe Dr. med. H.____ vom Muskelzentrum des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) hatte im Juli 2013 eine Polymyositis bioptisch gesichert. Im Verlaufsbericht vom 25. November 2013 (IV-act. 243-10 ff.) hatte er angegeben, dass sich klinisch aktuell keine reproduzierbare Schwäche in der Einzelkraftprüfung nachweisen lasse. Die vom Versicherten geschilderte zunehmende Einschränkung im Alltag lasse sich nicht mit dem Untersuchungsbefund vereinbaren. Die objektiven Untersuchungsbefunde sprächen gegen die Myositis als Ursache für die angegebene Schwäche. Vielmehr erscheine diese im Rahmen einer psychischen Dekompensation mit funktionellen Beschwerden zu liegen. Bei aktuell fehlenden Paresen sei fraglich, ob Massnahmen wie die Anschaffung eines Treppenlifts oder einer Aufstehhilfe wirklich noch nötig seien. Am 21. Februar 2014 berichtete Dr. H.____ der IV-Stelle (IV-act. 260), dass der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als "Kioskbesitzer" seit März 2013 und bis auf weiteres zu 50 % arbeitsunfähig sei, da es sich hierbei um eine "lange" stehende Tätigkeit mit Tragen und Einräumen von schweren Gegenständen handle. Zudem bestünden ausgeprägte psychiatrische Probleme mit einer schweren reaktiven Depression. Die Einschränkungen wirkten sich bei der Arbeit durch eine verminderte Leistungsfähigkeit mit einer verminderten muskulären Ausdauerfähigkeit und Kraft insbesondere im Bereich der Oberschenkel aus. Bei einer Besserung des Zustandsbildes sowie im weiteren Verlauf unter regelmässiger Einnahme von immunsuppressiven Medikamenten könne eine Stabilisierung erhofft werden. Dann wäre auch eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit wieder möglich. RAD-Ärztin Dr. med. I.____ notierte am 12. Mai 2014 (IV-act. 264), dass sich der neurologische Befund unter der Methotrexat-Therapie verbessert habe. Nun stehe die exazerbierte psychische Situation im Vordergrund. Dr. I.____ hielt fest, dass ab Januar 2013 eine volle Arbeitsunfähigkeit

bestanden habe. Seit März 2013 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Die Arbeitsfähigkeit sei auf das ursprüngliche Pensum steigerbar, wenn sich die psychische Situation wieder verbessere und sich die Polymyositis unter der Methotrexat-Therapie weiterhin stabil verhalte. Dr. H. ___ berichtete der IV-Stelle am 20. Mai 2014 (IV-act. 266), dass sich bei der Verlaufskontrolle vom 19. Mai 2014 hinsichtlich der muskulären Problematik ein stabiler Befund gezeigt habe. Im Vordergrund stehe unverändert die depressive Symptomatik mit einer Antriebsstörung und einer Somatisierungstendenz, welche sich aktuell zudem in Form einer funktionellen Gangstörung äussere. Von muskulärer Seite her bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 50 % in der Tätigkeit als selbständiger "Kioskbesitzer". Aufgrund der depressiven Symptomatik sei die Leistungsfähigkeit jedoch deutlich niedriger anzusetzen. Von muskulärer Seite her wären dem Versicherten leichte Tätigkeiten mit wechselnder Belastung und Heben von geringen Gewichten zumutbar. Eine solche Tätigkeit sei dem Versicherten momentan jedoch aus psychiatrischen Gründen nicht möglich. Die Ärzte der Klinik J. ___ berichteten der IV-Stelle am 30. Mai 2014 über eine Hospitalisation zur psychosomatischen Rehabilitation vom 27. März bis 16. April 2014 (IV-act. 267). Als Diagnosen gaben sie unter anderem eine psychophysische Erschöpfung (Z73.0; ausgeprägte Antriebslosigkeit, Symptomaggravation mit v.a. funktionell progredienter Muskelschwäche, seit 24 Jahren unter Therapie mit CipraleX), eine rezidivierende depressive Störung, zuletzt leichtgradig (F33.0), und Panikstörungen (F41.0) an. Dr. G. ___ berichtete der IV-Stelle am 23. Januar 2015 (IV-act. 297), dass der Versicherte weiterhin an schweren depressiven Zuständen mit Rückzugstendenz, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen und Angstzuständen leide. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe seit Februar 2013 und bis auf weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit. Dr. med. K. ___ von der Klinik L. ___ hatte im Bericht vom 3. Februar 2014 festgehalten (297-18 f.), dass er keine Hinweise für eine kardiale Mitbeteiligung der Polymyositis gefunden habe. Er gehe von einem stabilen Verlauf der koronaren Herzkrankheit aus. Dr. H. ___ hatte am 5. September 2014 über einen klinisch sowie elektrophysiologisch stabilen Befund der Myositis und der eingeleiteten Therapie mit Methotrexat informiert (IV-act. 297-14 ff.). Das Zentrum für Schlafmedizin des KSSG hatte am 16. Dezember 2014 über einen erfolgreichen Verlauf der CPAP- resp. Heimventilationstherapie berichtet (IV-act. 297-23 f.). Vom 9. bis 13. Januar 2015 war eine stationäre Behandlung im Psychiatricentrum M. ___ erfolgt (Austrittsbericht vom 15. Januar 2015, IV-act. 297-5 ff.). Die Klinikärzte hatten als Diagnosen unter anderem eine depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), und einen Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete Angststörung angegeben. Die stationäre Aufnahme sei mit dem Ziel einer allgemeinen Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes und der Etablierung einer geeigneten Tagesstruktur erfolgt. Der Versicherte habe nach wenigen Tagen den Austritt gewünscht. Dr. med. N. ___, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie O. ___, berichtete der IV-Stelle am 21. April 2015, dass der Versicherte an einer rezidivierenden schweren depressiven Episode (F33.2) leide. Der Versicherte befinde sich seit dem 5. März 2014 in seiner ambulanten Behandlung. Für die Tätigkeit als selbständiger Restaurant-/Imbissbesitzer bestehe seit Juli 2013 und bis auf weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit. Zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit nahm Dr. N. ___ keine Stellung. RAD-Ärztin Dr. I. ___ und RAD-Psychiater Dr. med. P. ___ notierten am 3. Juli 2015 (IV-act. 304), dass aus psychiatrischer Sicht keine wesentliche Veränderung des Beschwerdevortrages und des objektivierbaren Gesundheitszustandes festgestellt werden könne. Das Vorliegen einer schweren depressiven Episode müsse

angezweifelt werden. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer Arbeitsunfähigkeit von höchstens 50 % auszugehen. Dieser werde im Rahmen der somatisch bestehenden Einschränkung von 50 % ausreichend Rechnung getragen. Dr. H.____ schilderte im Verlaufsbericht vom 28. September 2015 einen klinisch unveränderten Befund (IV-act. 305). Nach Durchführung des Vorbescheidsverfahrens wies die IV-Stelle das Rentenerhöhungsgesuch mit Verfügung vom 16. Februar 2016 ab (IV-act. 310, 313, 318). Nachdem der Versicherte dagegen Beschwerde erhoben hatte (IV-act. 323), widerrief die IV-Stelle die Verfügung am 12. Mai 2016 (IV-act. 336). Das Beschwerdeverfahren (IV 2016/94) wurde abgeschlossen (IV-act. 342). Dr. H.____ berichtete dem Hausarzt am 30. September 2016 (IV-act. 354), dass sich die Polymyositis unter Therapie mit wöchentlich 10 mg MTX seit September 2015 in Remission befinde. Möglicherweise sei die Myositis mittlerweile ausgeheilt. Das Restless-Legs-Syndrom (RLS) werde nun medikamentös therapiert werden. Im September und Oktober 2016 wurde der Versicherte im Auftrag der IV-Stelle polydisziplinär (allgemein-internistisch, pneumologisch, rheumatologisch, kardiologisch und psychiatrisch) durch das Begutachtungszentrum BL (BEGAZ) abgeklärt (Gutachten vom 23. November 2016, IV-act. 356). Die Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lauteten (vollständige Diagnoseliste: IV-act. 356-91 f.; Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Siehe IV-act. 356-92): Schwergradiges obstruktives Apnoe-/Hypopnoe-Syndrom, Diagnose 2006, CPAP seit 2006 Verdacht auf Restless-Legs-Syndrom gestörter zirkadianer Rhythmus Polymyositis seit Januar 2013, aktuell klinisch in Remission koronare 1-Ast-Erkrankung (RIVA) rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig weitgehend remittiert (F33.4) kombinierte Persönlichkeitsstörung mit impulsiven, histrionischen abhängigen, haltlosen, narzisstischen und unreifen Anteilen (F61.0) Panikstörung (F40.0), gegenwärtig weitgehend subsyndromal ausgeprägt. Dr. med. Q.____, Facharzt für Lungenkrankheiten, hielt fest, dass aus pneumologischer Sicht weder in der Vergangenheit noch aktuell eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Die Tagesmüdigkeit beruhe multifaktoriell auf der Dyssomie bei einem gestörten zirkadianen Rhythmus (erworben durch die langjährige "Schichtarbeit" im Restaurationsbetrieb) sowie der Psychopathologie. Ein Restless-Leg-Syndrom könne behandelt werden und begründe keine Arbeitsunfähigkeit. Der Rheumatologe Dr. med. R.____ führte aus, dass die Myositis mittlerweile möglicherweise ausgeheilt sei. Die für den Versicherten im Vordergrund stehende Kraftlosigkeit sei somatisch nicht erklärbar. Die im Rahmen der klinischen Untersuchung vorhandenen, ausgeprägten Paresen der Oberschenkelmuskulatur hätten beim Gehen kein Korrelat gefunden. Die Prognose sei insofern unsicher, als eine Polymyositis durchaus rezidivieren könne. Retrospektiv müsse mit dem behandelnden Neurologen seit anfangs 2013 von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgegangen werden. Aufgrund der günstigen Kontrolluntersuchungsbefunde könne seit Anfang Oktober 2016 für die zuletzt ausgeübte, körperlich leichte, administrative Tätigkeit wie auch für mittelschwere Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr attestiert werden. Der Kardiologe Dr. med. S.____ erklärte, dass die kardiovaskulären Risikofaktoren beim Versicherten sehr gut eingestellt seien. Die aktuell vom Versicherten beschriebenen Thoraxbeschwerden seien nicht ischämisch bedingt. Abgesehen von einer einmonatigen Arbeitsunfähigkeit zur Zeit der Stentimplantation im Februar 2013 bestehe selbst für körperlich schwere Arbeiten keine kardiologische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dr. med. T.____, Psychiatrie, hielt fest, dass eine adäquate Begutachtung wegen mangelnder Kollaboration des Versicherten nicht möglich gewesen sei. Aufgrund der langen Begutachtung und aufgrund der umfangreichen Akten habe trotzdem eine Begutachtung

durchgeführt werden können. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt könne keine über eine leichte depressive Episode hinausgehende Depression ausgemacht werden. Der Versicherte sei nämlich überhaupt nicht vermindert im Antrieb. Er spreche mit lauter Stimme, er spreche sehr viel und sei eher fast etwas beschleunigt in seinem Denken. Gesichert liege eine schwere Persönlichkeitsstörung vor. Erstaunlicherweise hätten dies die aktuell behandelnden Psychiater übersehen. Ob jemand mit einer Persönlichkeitsstörung seine Arbeitsfähigkeit "verwirklichen" könne oder nicht, hänge von den Arbeitsumständen und den interpersonellen Umständen ab. Der Versicherte sei nicht in jedem Betrieb arbeitsfähig. Er könne aber durchaus, z.B. im Betrieb seiner Tochter im Take Away oder auch im rückwärtigen Raum eines eigenen Restaurationsbetriebes, arbeiten. Gesichert müssten eine verminderte Leistungsfähigkeit, ein vermindertes Durchhaltevermögen, eine verminderte Stressresistenz und eine verminderte Belastbarkeit ausgemacht werden. Der Versicherte sei auch vermindert flexibel, nicht konfliktfähig, seine Teamfähigkeit sei reduziert und er könne sich nicht auf Neues einlassen. Die Fähigkeit, sich in alternative Strukturen einzulassen, sei erschwert. Er selbst sei der Chef und Patriarch. Eine Aggravation müsse sicher angenommen werden, wobei diese im Rahmen der Persönlichkeitsstörung zu werten sei. Heute müsse von einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Der Versicherte könne nur noch vier Stunden pro Tag mit normalem Rendement oder auch sechs Stunden bei einer verminderten Leistungsfähigkeit bei einer Gesamtarbeitsfähigkeit von 50 %, z.B. in einem Restaurationsbetrieb, eingesetzt werden. Der Versicherte müsse am Arbeitsplatz entsprechend seiner psychischen Befindlichkeit erscheinen können. Er müsse den Arbeitsplatz gelegentlich verlassen können. Es werde also auch zu Absenzen kommen. Der Versicherte sei nicht mehr therapiefähig. In polydisziplinärer Hinsicht schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Geschäftsführer und Geschäftsleiter eines Imbisses weiterhin auf 50 %. RAD-Psychiater Dr. P. ___ notierte am 25. November 2016, dass auf das BEGAZ-Gutachten abgestellt werden könne (IV-act. 358). B.i. Mit Vorbescheid vom 3. Januar 2017 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenerhöhungsgesuchs an (IV-act. 361). Zur Begründung hielt sie fest, dass gemäss dem BEGAZ-Gutachten in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als "Kioskbetreiber" wie auch in einer ideal adaptierten Tätigkeit weiterhin eine unveränderte Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe. Dagegen liess der Versicherte am 8. Februar 2017 durch seine Rechtsvertreterin einwenden (IV-act. 362), dass das BEGAZ-Gutachten unvollständig und widersprüchlich sei. In der Aktenzusammenstellung seien teilweise relevante Aktenstellen nicht und/oder falsch aufgeführt. Eine Arbeitsfähigkeitsschätzung aus allgemein-internistischer Sicht fehle. Der pneumologische Gutachter habe fälschlicherweise angenommen, dass die angestammte Tätigkeit des Versicherten Schicht- und Nachtarbeiten beinhalte und dass die ausgeprägte Schlafstörung als Störung des zirkadianen Rhythmus zu interpretieren sei. Die Auswirkungen des RLS seien hierbei vollständig ausser Acht gelassen worden. Ausserdem sei der pneumologische Gutachter nicht befugt gewesen, den Einfluss eines RLS, einer neurologischen Erkrankung, auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Eine neurologische Begutachtung fehle. Des Weiteren sei das vorhandene Röntgendossier nicht nachgefordert worden. Es sei zu hinterfragen, inwiefern ein Rheumatologe in der Lage sei, die Muskelbeschwerden des Versicherten ganzheitlich zu erfassen. Der rheumatologische Gutachter habe sich nur rudimentär mit dem Bericht von Dr. H. ___ vom 30. September 2016 auseinandergesetzt. Eine Begründung, weshalb das RLS keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben solle, fehle. Zudem sei auch der rheumatologische Gutachter nicht befugt gewesen, den

Einfluss des RLS auf die Arbeitsfähigkeit einzuschätzen. Der kardiologische Gutachter habe darüber, dass der im Rahmen der Exploration erhobene Blutdruck viel zu hoch und der Puls vergleichsweise viel zu tief gewesen sei, kein Wort verloren. Die stressbedingten Thoraxbeschwerden habe er nicht ernst genommen. Der psychiatrische Gutachter habe angegeben, dass eine adäquate Begutachtung wegen mangelnder Kollaboration des Versicherten nicht möglich gewesen sei. Obwohl der Versicherte kein einziges Datum exakt gewusst habe, seien allfällige Zeitgitterstörungen nicht untersucht worden. Der psychiatrische Gutachter habe verkannt, dass der Versicherte an depressiven Symptomen leide. Obwohl er eine Remission der Depression festgestellt habe, habe er an anderer Stelle eine leicht ausgeprägte Depression aufgeführt. Der Gutachter habe auch verkannt, dass eine Persönlichkeitsstörung nur selten einzeln auftrete, sondern oft von Depressionen und Angststörungen begleitet werde. Der Gutachter habe sodann nicht berücksichtigt, dass der Versicherte keinen eigenen Restaurationsbetrieb mehr habe. Für die Familienmitglieder sei er nicht länger tragbar. Ausserdem habe der psychiatrische Gutachter nicht näher spezifiziert, wie der Versicherte trotz der von ihm aufgezählten Einschränkungen zu 50 % arbeitsfähig sein solle. Der Gutachter habe denn auch gegenüber dem Bericht über die psychiatrische Hospitalisation von 2015 eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes bestätigt und eine Therapiefähigkeit verneint. Weshalb der Gutachter die Panikattacken und das fluchtartige Verlassen von Gebäuden oder Situationen als nicht nachvollziehbar bezeichnet habe, sei unverständlich. Hinsichtlich des Einkommensvergleichs argumentierte die Rechtsvertreterin, dass für die Berechnung des Validen- und des Invalideneinkommens auf das statistische Durchschnittseinkommen eines Hilfsarbeiters abzustellen sei, da das Einkommen aus einer unselbständigen Tätigkeit grosse Schwankungen aufweise. Zudem sei ein maximaler "Leidens- und Teilzeitabzug" von 25 % zu berücksichtigen. Selbst bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % resultiere somit mindestens eine Dreiviertelsrente. B.j. Am 16. März 2017 nahm RAD-Arzt Dr. med. U. ____ Stellung zu den Einwänden der Rechtsvertreterin gegen den somatischen Teil des BEGAZ-Gutachten (IV-act. 363). Er hielt fest, dass lediglich ein Verdacht auf ein RLS bestehe. Zudem könne ein Pneumologe die entscheidenden Auswirkungen eines RLS, nämlich diejenigen auf den Schlaf, besser beurteilen als ein Neurologe. Des Weiteren habe die Rechtsvertreterin verkannt, dass die ausgeprägten (Pseudo-)Paresen der Oberschenkelmuskulatur ihre Ursache in einer Symptomausweitung und einer Selbstlimitierung hätten. Aus somatischer Sicht fehle ein medizinischer Revisionsgrund. RAD-Psychiater Dr. P. ____ nahm am 24. März 2017 Stellung zur Kritik am psychiatrischen Teilgutachten (IV-act. 363). Der Einwand, dass eine adäquate Begutachtung nicht möglich gewesen sei, erscheine aus dem Zusammenhang gerissen, da eine gesamthafte Einschätzung des Versicherten schlussendlich doch möglich gewesen sei. Bezüglich allfälliger Gedächtnisstörungen sei festzuhalten, dass es im Ermessen des Gutachters liege, eine neuropsychologische und testpsychologische Untersuchung vorzunehmen. Es sei davon auszugehen, dass der Gutachter solche Untersuchungen durchführe, wenn von ihnen ein Erkenntnisgewinn erwartet werde. Angesichts des umfassend erfassten klinischen Bildes und der Vorbehalte hinsichtlich der Kooperation des Versicherten sei ein Verzicht auf diese Untersuchungen ohne weiteres verständlich. Die Einschätzung und Interpretation der klinischen Symptomatik obliege dem Gutachter. Solange aus dem übrigen klinischen Bild eine konsistente Darstellung resultiere, müsse dem Gutachter dieser Ermessensspielraum zugestanden werden. Der Gutachter habe die depressive Symptomatik durchaus gewürdigt. Die Aufgabe des Gutachters sei es, sich zu den Ressourcen zu äussern. Die Beurteilung, ob

eine Tätigkeit tatsächlich möglich sei oder nicht, obliege demgegenüber dem Rechtsanwender. Eine gewisse Restarbeitsfähigkeit sei medizinisch durchaus nachvollziehbar und stehe nicht unbedingt in Widerspruch zur Therapieresistenz. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass aus psychiatrischer Sicht keine neuen Tatsachen vorgebracht worden seien. B.k . Mit Verfügung vom 31. März 2017 wies die IV-Stelle das Rentenerhöhungsgesuch wie angekündigt ab (IV-act. 364). Zum Einwand hielt sie fest, dass keine neuen wesentlichen medizinischen Änderungen der Befunde oder Symptome mitgeteilt worden seien, die nicht schon zum Zeitpunkt des Vorbescheids bekannt gewesen seien. Sie erklärte die RAD-Stellungnahme vom März 2017 zum integralen Bestandteil der Verfügung. C. C.a. Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 8. Mai 2017 Beschwerde erheben (act. G 1). Seine Rechtsvertreterin beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer ganzen Rente ab Gesuchsdatum; eventualiter sei dem Beschwerdeführer eine Dreiviertelsrente oder eine halbe Rente zuzusprechen; subeventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung des Sachverhalts an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Zur Begründung äusserte die Rechtsvertreterin die bereits im Vorbescheidverfahren vorgebrachte Kritik am BEGAZ-Gutachten. Ergänzend hielt sie fest, dass sich die aktuelle Gesundheits-, Erwerbs- und Aktivitätslage diametral zu den Feststellungen im Gutachten aus dem Jahr 2007 präsentiere. Die Familie sei regelrecht auseinandergebrochen. Der Beschwerdeführer sei verschuldet. Es sei ihm nicht möglich, einen eigenen Betrieb aufzubauen. Der Take Away der Tochter benötige keine weiteren Mitarbeiter und habe keinen "hinteren Raum". Ausserdem möchte die Tochter den narzisstisch und querulatorisch veranlagten Vater nicht in ihrem Betrieb haben. Aufgrund der Persönlichkeitsstörung sei der Beschwerdeführer in einem fremden Betrieb auch im hinteren Raum mit weiteren Mitarbeitern nicht einsetzbar. C.b. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 4. Juli 2017 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie aus, dass das Gutachten der BEGAZ den Anforderungen der Rechtsprechung entspreche, so dass auf es abgestellt werden könne. Zu den konkreten Einwänden des Beschwerdeführers hätten die RAD-Ärzte bereits im Rahmen des Einwandverfahrens ausführlich Stellung genommen. Ein medizinischer Revisionsgrund sei nicht ausgewiesen. Der Rentenanspruch könne deshalb nicht allseitig überprüft werden. C.c . Am 21. September 2017 informierte die ehemalige Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers das Gericht darüber, dass das Mandatsverhältnis mit sofortiger Wirkung aufgelöst worden sei (act. G 8). Erwägungen Vorab ist zu klären, ob der Beschwerdeführer rechtzeitig Beschwerde erhoben hat. Gemäss Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) ist die Beschwerde innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung der Verfügung einzureichen. Die angefochtene Verfügung ist der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers am 5. April 2017 zugestellt worden (act. G 1.1.2). Die Beschwerdefrist hat somit am 6. April 2017 zu laufen begonnen. Gesetzliche oder behördliche Fristen, die nach Tagen oder Monaten bestimmt sind, stehen vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern still (Art. 38 Abs. 4 lit. a ATSG). Der Ostersonntag ist im Jahr 2017 auf den 16. April gefallen, d.h. die Frist hat von Sonntag, 9. April bis Sonntag, 23. April 2017 stillgestanden. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat am 8. Mai 2017 und somit bereits am 18. Tag der Frist Beschwerde erhoben. Die Beschwerde ist also rechtzeitig erfolgt, weshalb auf sie einzutreten ist. Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der

Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV, SR 831.201). Beim Beschwerdeführer ist im Juli 2013 neu eine Polymyositis bioptisch gesichert worden. Hierbei handelt es sich um eine den Kollagenosen zugeordnete Autoimmunkrankheit, die besonders die Muskulatur betrifft. Betroffene zeigen eine Muskelschwäche im Schulter- oder Beckengürtel (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Auflage, Berlin 2017, S. 1439). Der Hausarzt des Beschwerdeführers hat im Bericht vom 8. Januar 2014 (betreffend die Beurteilung des Anspruchs auf einen Treppenlift/eine Treppensteighilfe) ausgeführt, dass der Beschwerdeführer an einer zunehmenden Muskelschwäche leide; er könne nur noch 40 Meter gehen, Treppensteigen sei nicht mehr möglich. Damit hat der Beschwerdeführer eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist deshalb zu Recht auf das Revisionsgesuch eingetreten. Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person 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). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, Anlass zur Rentenrevision. Die Invalidenrente ist nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Gegenstand dieses Verfahrens ist, ob die Beschwerdegegnerin das Erhöhungsgesuch des Beschwerdeführers vom Dezember 2013 zu Recht abgewiesen hat. Der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ist letztmals anlässlich der Revisionsverfügung vom 6. September 2007 materiell geprüft worden. Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse, namentlich die Arbeitsfähigkeit oder die erwerblichen Verhältnisse des Beschwerdeführers, zwischen dem 6. September 2007 und dem 31. März 2017 (Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung) derart verändert haben, dass daraus eine Änderung des Invaliditätsgrades resultiert, welche zu einer Änderung des Rentenanspruchs führt. Als Nächstes ist zu prüfen, ob zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Revisionsverfügung auf das Gutachten der BEGAZ vom 23. November 2016 abgestellt werden kann. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat das BEGAZ-Gutachten als unvollständig und widersprüchlich bezeichnet. Sie hat diverse medizinische Vorbehalte gegen das Gutachten vorgebracht, mit denen sich bereits der RAD im Vorbescheidverfahren auseinandergesetzt hat (IV-act. 363). In formeller Hinsicht hat die Rechtsvertreterin geltend gemacht, der psychiatrische Gutachter habe eingestanden, dass eine adäquate Begutachtung des Beschwerdeführers nicht möglich gewesen sei. Der psychiatrische Gutachter hat tatsächlich darauf hingewiesen, dass eine "adäquate" Begutachtung wegen der mangelnden Kollaboration des Beschwerdeführers nicht möglich gewesen sei. Er hat jedoch auch festgehalten, dass trotzdem aufgrund der langen Begutachtung(sdauer) und aufgrund der umfangreichen Akten eine Begutachtung habe durchgeführt werden können (IV-act. 356-55 f.). Die Ausführungen des Gutachters sind auf den ersten Blick etwas widersprüchlich: Ist keine adäquate Begutachtung möglich, so dürfte die Arbeitsfähigkeit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Der Gutachter hat jedoch ausdrücklich festgehalten, dass eine Begutachtung lege

artis möglich gewesen sei. Deshalb ist davon auszugehen, dass die etwas widersprüchliche Aussage des Gutachters auf eine falsche bzw. ungenaue Wortwahl zurückzuführen ist: Der Gutachter hat nicht sagen wollen, dass keine "adäquate", im Sinne von angemessene Begutachtung möglich gewesen sei, sondern dass keine "normale" Begutachtung möglich gewesen sei. Die Begutachtung ist also anders verlaufen als im Normalfall, sie ist aber trotzdem möglich und adäquat gewesen, weil die Vorakten umfangreich gewesen sind, weil sich der Gutachter für die Untersuchung genügend Zeit genommen hat und weil er den psychopathologischen Status hat erheben können. Auch der RAD ist zum Schluss gekommen, dass eine gesamthafte Einschätzung des Beschwerdeführers möglich gewesen sei. Dem psychiatrischen Teilgutachten kann somit nicht wegen der mangelnden Kooperation des Beschwerdeführers die Beweiskraft abgesprochen werden. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat vorgebracht, dass in der Aktenzusammenstellung relevante Aktenstellen teilweise nicht und/oder falsch aufgeführt seien. Falsche oder weggelassene Aktenstellen in der Zusammenfassung der Vorakten schmälern den Beweiswert eines Gutachtens nur dann, wenn zu vermuten ist, dass die Gutachter ihrer Beurteilung falsche Tatsachen zugrunde gelegt oder wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt haben. Dies ist bei den von der Rechtsvertreterin bemängelten Aktenstellen nicht der Fall gewesen. So ist für die gutachterliche Beurteilung beispielsweise nicht relevant gewesen, ob der Beschwerdeführer bisher eine halbe Rente oder eine Viertelsrente bezogen hat. Des Weiteren hat es Sinn gemacht, sich bei der Zusammenfassung der Berichte des Muskelzentrums des KSSG auf die somatischen Angaben zu beschränken, da Neurologen in der Regel nicht über das notwendige Fachwissen verfügen, um den psychischen Gesundheitszustand umfassend beurteilen zu können. Der Einwand der Rechtsvertreterin ist somit nicht stichhaltig. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat moniert, dass eine Arbeitsfähigkeitsschätzung aus allgemein-internistischer Sicht fehle. Der Grund hierfür liegt darin, dass der Gutachter Dr. med. V. ___ keine Diagnose aus allgemein-internistischer Sicht stellen können (vgl. IV-act. 356-31). Natürlich wäre es wünschenswert gewesen, dass er ausdrücklich festgehalten hätte, aus allgemein-internistischer Sicht könnten keine Diagnosen gestellt werden, so dass auf seinem Fachgebiet keine Arbeitsunfähigkeit resultiere. Dies ist für das Gutachtensergebnis jedoch unbedeutend gewesen. Im Übrigen ist der allgemein-internistische Gutachter an der polydisziplinären Arbeitsfähigkeitsschätzung beteiligt gewesen (IV-act. 356-96). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat geltend gemacht, der pneumologische Gutachter habe fälschlicherweise angenommen, dass die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers Schicht- und Nachtarbeiten beinhalte und die ausgeprägte Schlafstörung als Störung des zirkadianen Rhythmus zu interpretieren sei. Der Beschwerdeführer geht gemäss eigenen Angaben zwischen ein und zwei Uhr morgens zu Bett, kann in der Regel aber bis fünf Uhr morgens nicht einschlafen. Um zehn bis elf Uhr morgens steht er auf (IV-act. 356-33). Der Schlaf-Wach-Rhythmus des Beschwerdeführers ist also offensichtlich gestört. Ob dies nun durch Schicht- und Nachtarbeit ausgelöst worden ist oder andere Gründe hat, ist nicht relevant. Entscheidend ist vielmehr, dass die Rhythmusstörungen gemäss dem pneumologischen Gutachter mittels einer Chronotherapie und schlafhygienischen Massnahmen behandelt werden können (IV-act. 356-35 f.) und somit keine langandauernde Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat weiter kritisiert, dass die Auswirkungen des RLS ausser Acht gelassen worden seien. RAD-Arzt Dr. U. ___ hat sich mit diesem Vorwurf detailliert auseinandergesetzt und ihn entkräftet (IV-act. 363). Relevant

ist insbesondere, dass es sich lediglich um eine Verdachtsdiagnose handelt (IV-act. 356-36). Laut dem pneumologischen Gutachter wäre ein RLS zudem behandelbar (IV-act. 356-36), weshalb es keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätte. Dr. H.____ vom Muskelzentrum des KSSG hat in seinem Bericht vom 30. September 2016 denn auch festgehalten, dass mit einer medikamentösen Therapie des RLS begonnen werde. Auch diese Kritik der Rechtsvertreterin geht somit an der Sache vorbei. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat bemängelt, dass keine neurologische Untersuchung stattgefunden habe. Der Beschwerdeführer leidet an einer Polymyositis, d.h. an einer entzündlichen Muskelerkrankung. Für einen medizinischen Laien erscheint es als sachgerecht, dass eine rheumatologische Teilbegutachtung erfolgt ist, da die Rheumatologie das Spezialgebiet für Erkrankungen und Funktionsstörungen des Bewegungsapparates ist. Dazu gehören insbesondere Entzündungen von Knochen, Gelenken und der Muskulatur, aber auch von inneren Organen oder des Nervensystems (www.hirslanden.ch/de/corporate/fachgebiete/rheumatologie.html, besucht am 19. November 2019). Deshalb ist davon auszugehen, dass der rheumatologische Gutachter in der Lage gewesen ist, die Muskelbeschwerden des Beschwerdeführers ganzheitlich zu erfassen. Hinzu kommt, dass die Gutachter und die RAD-Ärzte eine (ergänzende) neurologische Begutachtung empfohlen hätten, wenn sie dies für notwendig erachtet hätten. Im Übrigen hat der rheumatologische Gutachter plausibel begründet, weshalb er darauf verzichtet hat, das fehlende Röntgendossier nachträglich einzusehen: Es hatten im Begutachtungszeitpunkt keine Beschwerden am Bewegungsapparat vorgelegen, die einer bildgebenden Diagnostik bedurft hätten (IV-act. 356-37). Dem kardiologischen Gutachter hat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vorgeworfen, er habe sich nicht damit auseinandergesetzt, dass der im Rahmen der Exploration erhobene Blutdruck viel zu hoch und der Puls vergleichsweise viel zu tief gewesen sei. Der kardiologische Gutachter hat einen Blutdruck rechts von 185/107 mmHG und einen Puls von 68/Min. gemessen (IV-act. 356-52). Trotz des anlässlich der Begutachtung gemessenen erhöhten Blutdruckwertes hat er in seinem Teilgutachten festgehalten, dass die kardiovaskulären Risikofaktoren beim Beschwerdeführer sehr gut eingestellt seien. Die langjährige arterielle Hypertonie werde konsequent behandelt und echokardiographisch zeigten sich hier bis auf eine diastolische Dysfunktion Grad 1 keine Veränderungen, insbesondere keine linksventrikuläre Hypertrophie, was ebenfalls für eine gut eingestellte arterielle Hypertonie spreche (IV-act. 356-54). Die Schlussfolgerungen des kardiologischen Gutachters decken sich mit den Selbstangaben des Beschwerdeführers, wonach er den Blutdruck selber häufig messe und der letzte Blutdruck, der ihm erinnerlich sei, bei 130/90 mmHg gelegen habe. Der Blutdruck sei auch gemäss dem Hausarzt gut eingestellt (IV-act. 356-51 f.). Etwas Anderes ergibt sich auch nicht aus den im Recht liegenden medizinischen Akten. Die erhöhten Werte anlässlich der Begutachtung können beispielsweise dadurch erklärt werden, dass der Beschwerdeführer etwas nervös gewesen ist (sog. Praxis- oder Weisskittelhypertonie, siehe z.B. Schweizerische Herzstiftung, www.swissheart.ch/herzkrankheiten-hirnschlag/risikofaktoren/blutdruck/bluthochdruck-was-nun.html, besucht am 19. November 2019). Auch die Behauptung der Rechtsvertreterin, der Gutachter habe die geltend gemachten Thoraxbeschwerden nicht ernst genommen, ist nicht stichhaltig. Der kardiologische Gutachter hat sich mit diesen Beschwerden befasst. Weil der Beschwerdeführer diese sehr diffus, als nicht belastungsabhängig, über die Jahre konstant und vor allem stressbedingt bezeichnet hat, hat er sie nicht als ischämisch bedingt interpretiert. Der behandelnde Kardiologe war im Jahr 2014 zum gleichen Schluss

gekommen (IV-act. 297-18 f.). Die Argumente der Rechtsvertreterin vermögen somit auch am kardiologischen Teilgutachten keine Zweifel zu wecken. Der rheumatologische Gutachter hat die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wegen der Polymyositis retrospektiv für die Zeit von Anfang 2013 bis Anfang Oktober 2016 für jegliche Tätigkeiten auf 50 % geschätzt. Ab Anfang Oktober 2016 hat er dem Beschwerdeführer für die zuletzt ausgeübte, körperlich leichte administrative Tätigkeit (als Geschäftsführer im eigenen Imbissbetrieb) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr attestiert. Begründet hat er dies mit den günstigen Kontrolluntersuchungsbefunden der behandelnden Ärzte. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung des rheumatologischen Gutachters überzeugt nur teilweise. Der behandelnde Neurologe Dr. H.____ hatte nämlich bereits im Bericht vom 25. November 2013 angegeben, dass sich klinisch aktuell keine reproduzierbare Schwäche in der Einzelkraftprüfung nachweisen lasse und dass sich die vom Beschwerdeführer geschilderten zunehmenden Einschränkungen im Alltag nicht mit den Untersuchungsbefunden vereinbaren liessen. Die objektiven Untersuchungsbefunde sprächen gegen die Myositis als Ursache für die angegebene Schwäche. Die vom Beschwerdeführer angegebene Schwäche insbesondere im Bereich der Oberschenkel hat ihre Ursache somit auch im Jahr 2013 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in der Polymyositis gehabt. Zwar hat der behandelnde Neurologe die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als "Kioskbetreiber" (richtig: Betreiber eines Imbisses) ebenfalls auf lediglich 50 % geschätzt. Im Gegensatz zum rheumatologischen Gutachter ist er jedoch davon ausgegangen, dass diese Tätigkeit das Heben und Tragen schwerer Gegenstände und längeres Stehen beinhalte (IV-act. 260-4). Leichte Tätigkeiten mit wechselnder Belastung hat er von muskulärer Seite her als zumutbar erachtet (IV-act. 266-4). Ob der Beschwerdeführer von Anfang 2013 bis Anfang Oktober 2016 wegen der Polymyositis in der zuletzt ausgeübten selbständigen Tätigkeit im Imbissbetrieb in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen ist, kann jedoch offen gelassen werden. Die Gutachter der BEGAZ sind nämlich zum Schluss gekommen, dass es nicht zu einer Addition der Arbeitsunfähigkeiten aus somatischer und psychiatrischer Sicht komme, d.h. dass der Beschwerdeführer die aus psychiatrischer Sicht reduzierte Arbeitsfähigkeit von vier Stunden pro Tag oder von sechs Stunden pro Tag bei einer verminderten Leistungsfähigkeit auch zur physischen Erholung nutzen könne. In interdisziplinärer Hinsicht hätte die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von 50 % wegen der Polymyositis also nicht zu einem höheren Arbeitsunfähigkeitsgrad in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Imbissbetrieb geführt. Die vorübergehende, somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 50 % hätte also keinen Einfluss auf den Invaliditätsgrad gehabt, weshalb sie auch keinen Revisionsgrund darstellen könnte. Bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens hat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vorgebracht, dass allfällige Zeitgitterstörungen nie untersucht worden seien, obwohl der Beschwerdeführer kein einziges Datum exakt gewusst habe. RAD-Arzt Dr. P.____ hat hierzu festgehalten, es sei davon auszugehen, dass ein Gutachter neuropsychologische und testpsychologische Untersuchungen vornehme, wenn er dadurch einen Erkenntnisgewinn erwarte. Zudem sei der Verzicht darauf aus medizinischer Sicht angesichts des umfassend erfassten klinischen Bildes und der Vorbehalte hinsichtlich der Kooperation des Beschwerdeführers ohne weiteres verständlich gewesen. Die Ausführungen des RAD-Arztes überzeugen. Von einer neuropsychologischen Untersuchung sind also keine weiterführenden Erkenntnisse bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu erwarten gewesen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat auch die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig weitgehend

remittiert, in Zweifel gezogen. Auch diesbezüglich ist auf die überzeugende Stellungnahme des RAD vom 24. März 2017 zu verweisen: Der psychiatrische Gutachter hat die depressive Symptomatik gewürdigt. Er hat keine wesentliche Depression relevanten Ausmasses über eine leichte depressive Episode hinaus ausmachen können. Seine von den behandelnden Ärzten abweichende Einschätzung hat er einerseits damit begründet, dass er die Rückzugstendenz und das Vermeidungsverhalten nicht als depressive Antriebshemmung gewertet habe, weil der Beschwerdeführer im Antrieb überhaupt nicht vermindert gewesen sei, mit lauter Stimme und sehr viel gesprochen habe und eher fast etwas beschleunigt in seinem Denken gewesen sei. Andererseits hat der psychiatrische Gutachter im Gegensatz zum behandelnden Psychiater Dr. N.____ beim Beschwerdeführer eine schwere Persönlichkeitsstörung (kombinierte Persönlichkeitsstörung mit impulsiven, histrionischen, abhängigen, haltlosen, narzisstischen und unreifen Anteilen) diagnostiziert. Diese Diagnose ist nicht neu: Bereits bei der ersten Begutachtung im Jahr 1999 ist der Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung angegeben worden (IV-act. 13-4). Dr. F.____ hat diesen Verdacht bei der Verlaufsbeurteilung im Jahr 2007 bestätigt und, wie später der BEGAZ-Gutachter, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit impulsiven, histrionischen, abhängigen, haltlosen, narzisstischen und unreifen Zügen diagnostiziert (IV-act. 120-33/34). Wie der psychiatrische Gutachter der BEGAZ hat auch Dr. F.____ keine depressive Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (mehr) erheben können. Die vom psychiatrischen Gutachter der BEGAZ gestellten Diagnosen überzeugen auch angesichts des von ihm erhobenen psychopathologischen Befundes (IV-act. 356-77). Die Kritik der Rechtsvertreterin hinsichtlich der vom Gutachter gestellten psychiatrischen Diagnosen verfängt somit nicht. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat auch die Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Gutachters in Zweifel gezogen: Es sei nicht nachvollziehbar, inwiefern der Beschwerdeführer trotz der vom psychiatrischen Gutachter festgestellten Einschränkungen zu 50 % arbeitsfähig sein sollte. Der Beschwerdeführer habe nämlich keinen eigenen Restaurationsbetrieb mehr und er sei den anderen Familienmitgliedern oder anderen Mitarbeitern nicht mehr zumutbar. Persönlichkeitsstörungen treten meist in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung und bestehen während des Erwachsenenalters weiter (ICD-10: F.60.-). Sie sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen (F60-F69). Dem Beschwerdeführer ist bereits im Jahr 2007 wegen der kombinierten Persönlichkeitsstörung eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert worden. Inwiefern sich das (in der Regel stabile) Krankheitsbild zwischenzeitlich verschlechtert haben sollte, ist nicht ersichtlich. Die Panikattacken und das fluchtartige Verlassen von Gebäuden und Situationen sind bereits bei der Verlaufsbeurteilung im Jahr 2007 bekannt gewesen. Die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters der BEGAZ, wonach der Beschwerdeführer in der bisherigen selbständigen Tätigkeit im Imbissbetrieb aus psychiatrischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin zu 50 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei, überzeugt daher. Somit ist auch aus psychiatrischer Sicht kein Revisionsgrund gegeben. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat schliesslich noch geltend gemacht, dass sich die erwerbliche Situation zwischenzeitlich wesentlich verändert habe. Tatsächlich hat die Familie des Beschwerdeführers den Imbissbetrieb zwischenzeitlich aufgegeben. Die Beschwerdegegnerin hat das Invalideneinkommen ursprünglich wie auch anlässlich der hier

massgebenden Rentenrevision im Jahr 2007 anhand einer rein fiktiven Tätigkeit im Familienbetrieb (Imbissgeschäft) ermittelt: Die Beschwerdegegnerin hat fingiert, dass ein anderes Familienmitglied aussteigen würde und ein rein hypothetisches zumutbares Erwerbseinkommen von Fr. 32'000.-- ermittelt (IV-act. 17-2). Beim ermittelten Invalideneinkommen hat es sich also bereits ursprünglich wie auch anlässlich der Rentenrevision im Jahr 2007 weder um das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen aus einer selbständigen Erwerbstätigkeit noch um das zumutbare Erwerbseinkommen aus einer unselbständigen Erwerbstätigkeit gehandelt. Insoweit hat die Tatsache, dass der Familienbetrieb zwischenzeitlich aufgegeben worden ist, keinen Einfluss auf die Invaliditätsbemessung. Der IV-Grad ist nämlich bereits ursprünglich anhand einer falschen Invalidenkarriere bzw. anhand eines falschen Invalideneinkommens berechnet worden. Dieser Fehler kann nicht im vorliegenden Verfahren korrigiert werden, da es sich nicht um eine Sachverhaltsveränderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG handelt. Eine Korrektur dieses Fehlers würde auf eine Wiedererwägung der ursprünglichen Rentenverfügung hinauslaufen. Jedenfalls aber ist entgegen der Meinung der Rechtsvertreterin zwischenzeitlich keine den Rentenanspruch tangierende Veränderung der erwerblichen Situation eingetreten. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich weder die Arbeitsfähigkeit noch die erwerbliche Situation des Beschwerdeführers seit der letzten materiellen Überprüfung des Rentenanspruchs am 6. September 2007 wesentlich verändert haben. Die Beschwerdegegnerin hat das Rentenerhöhungsgesuch daher zu Recht abgewiesen. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Die Gerichtsgebühr ist durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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