



**Fall-Nr.:** IV 2013/640  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 28.05.2020  
**Entscheiddatum:** 16.12.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 16.12.2015**

**Art. 87 Abs. 2 IVV: Glaubhaftmachung einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades. Art. 17 Abs. 1 ATSG: Die Rentenrevision bezweckt ausschliesslich die Anpassung der laufenden Rente an eine nachträgliche Sachverhaltsveränderung. Fehlt es an einer nachträglichen Veränderung der Arbeitsunfähigkeit und/oder an einer wesentlichen nachträglichen Veränderung der erwerblichen Umstände, wird das Revisionsgesuch abgewiesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Dezember 2015, IV 2013/640).**

Entscheid Versicherungsgericht, 16.12.2015

#### **Entscheid vom 16. Dezember 2015**

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug,  
Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Sandra Stefanovic

Geschäftsnr.

IV 2013/640

Parteien

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführer,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter, Anwalt und  
Beratung GmbH, Poststrasse 6, Postfach 239, 9443 Widnau,

gegen

**IV-Stelle des Kantons St. Gallen**, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rentenrevision (Erhöhung, EKV)**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 13. November 2002 erstmals zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Gemäss den eingeholten medizinischen Berichten der Klinik für Orthopädische Chirurgie, Kantonsspital St.Gallen, litt der Versicherte an einer komplexen Vorfussdeformität beider Füsse; er war nach mehreren Operationen auf orthopädische Schuhe angewiesen (IV-act. 15). Zudem stellte seine Hausärztin Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH für Allgemeinmedizin und Innere Medizin, Au, am 14. Januar 2003 eine chronische Bronchitis sowie eine leichte Thrombopenie fest (IV-act. 15/1 ff.). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) ging gestützt auf die Arztberichte von Dr. B.\_\_\_\_ davon aus, dass keine zusätzlichen medizinischen Abklärungen notwendig seien und dass beim Versicherten in einer adaptierten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit vorliege (IV-act. 19). Mit einer Verfügung vom 27. November 2003 eröffnete die IV-Stelle dem Versicherten, dass sie einen Invaliditätsgrad von lediglich 11 Prozent ermittelt habe und deshalb das Rentenbegehren abweise (IV-act. 21). Der Versicherte erhob am 9. Dezember 2003 bei der IV-Stelle mündlich Einsprache (IV-act. 25). Der RAD erachtete darauf weitere medizinische Abklärungen für notwendig (IV-act. 29). Die IV-Stelle widerrief am 24. Dezember 2003 die Verfügung vom 27. November 2003 (IV-act. 35) und schrieb das gegenstandslos gewordene Einspracheverfahren ab (IV-act. 37).



## St.Galler Gerichte

A.b Die IV-Stelle gab eine medizinische Abklärung in Auftrag (IV-act. 40). Gemäss dem Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, vom 2. Februar 2004 bestanden beim Versicherten beidseits chronische Vorfussbeschwerden bei ausgeprägter Spreizfussproblematik mit therapieresistenten Metatarsalgien und chronisch rezidivierende Lumbalgien mit Schmerzausstrahlungen ins rechte Gesäss (IV-act. 41/1). Aus seiner Beurteilung ging hervor, dass der Versicherte in einer stehenden Tätigkeit nur zu 50 Prozent, in einer sitzenden Tätigkeit aber voll arbeitsfähig sei (IV-act. 41/2). Der RAD stimmte gemäss einer Stellungnahme vom 23. Februar 2004 mit der Einschätzung einer 100-prozentigen adaptierten Arbeitsfähigkeit überein (IV-act. 43). Mit Verfügung vom 27. Februar 2004 eröffnete die IV-Stelle dem Versicherten, dass der Invaliditätsgrad nach weiteren medizinischen Abklärungen bei 10.96 Prozent liege, so dass kein Rentenanspruch bestehe (IV-act. 46). Am 23. März 2004 erhob der Sekretär der Gewerkschaft Bau & Industrie im Namen des Versicherten vorsorglich Einsprache (IV-act. 52). Am 18. Mai 2004 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen an; er gab nun auch psychische Probleme an (IV-act. 64). Er verwies auf seine frühere Anmeldung und bat darum, bei der zuständigen sozialpsychiatrischen Beratungsstelle eine Stellungnahme einzuholen (IV-act. 64/7). Er liess sich nun anwaltlich vertreten (IV-act. 72). Der Rechtsvertreter reichte am 2. August 2004 die Begründung der Einsprache nach (IV-act. 75). Die IV-Stelle widerrief daraufhin die Verfügung vom 27. Februar 2004 (IV-act. 105). Sie gab ein polydisziplinäres Gutachten beim Zentrum für Medizinische Begutachtung Basel (ZMB) in Auftrag (IV-act. 106, vgl. IV-act. 82).

A.c Vom 16. bis 20. Januar 2006 hielt sich der Versicherte stationär zur eingehenden Untersuchung im ZMB Basel auf (IV-act. 129/2). Das Gutachten vom 28. Februar 2006 beruhte auf den Abklärungen zum allgemeinen und internistischen, zum orthopädischen sowie zum psychiatrischen Status des Versicherten. Aus der allgemeinen bzw. internistischen Begutachtung ergaben sich die Diagnosen chronische Bronchitis, hypertrophe Kardiomyopathie, Adipositas sowie idiopathische Thrombozytopenie (IV-act. 129/12). Es bestand auch der Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom (IV-act. 129/23). Gemäss dem Gutachter Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, waren dem Versicherten weder Arbeiten in mit Luftnoxen belasteter Atmosphäre noch körperlich anstrengende Arbeiten zuzumuten (IV-act. 129/15). Aus orthopädischer Sicht stellte Dr. med. E.\_\_\_\_ die Diagnosen rechtsbetontes



lumbosakrales Schmerzsyndrom bei thorakolumbaler Torsionsskoliose mit paravertebraler muskulärer Dysbalance im Bereich der untersten LWS-Abschnitte rechtsbetont und bei Flachhaltung der LWS sowie chronische, belastungsabhängige Vorfussschmerzen beidseits bei Status nach Helal-Osteotomien II bis IV beidseits 1997, bei Status nach komplexen Vorfusrevisionen beidseits 2001 (Chevron-Osteotomien I und V, Hammerzehenkorrektur II bis IV) und bei ausgeprägtem Hohl-/ Spreizfuss (IV-act. 129/18). Er gab an, aus rein orthopädischer Sicht sei eine Teilarbeitsfähigkeit für leichte Arbeiten mit Möglichkeit zum Positionswechsel gegeben. Rein stehende oder sitzende Arbeiten, das Heben oder Tragen von Lasten über 5-10 kg sowie Zwangshaltungen (Hocke, Leiter, Bücken) sollten vermieden werden (IV-act. 129/19). Aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte Dr. med. F. \_\_\_ eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (Kündigung der Stelle aus gesundheitlichen Gründen) sowie eine leichte Klaustrophobie (IV-act. 129/22). Die Gutachter kamen gesamthaft zum Schluss, dass lediglich drei Hauptdiagnosen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten, nämlich die chronischen, belastungsabhängigen Vorfussschmerzen, das rechtsbetonte lumbosakrale Schmerzsyndrom sowie die chronische Bronchitis (IV-act. 129/23). Als leidensangepasste Tätigkeiten betrachteten die Gutachter Arbeiten in vorwiegend sitzender Position mit der Möglichkeit zum Wechsel der Körperhaltung, ohne Rückenbelastung und ohne Luftnoxe. Der Versicherte sei zudem 30 Prozent in seiner adaptierten Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, weil er infolge seines Fuss- und Rückenleidens vermehrt Pausen einlegen und sich vermehrt aktiv bewegen müsse (IV-act. 129/25). Der RAD erachtete die Beschreibung der Gesundheitsschäden und die Schlussfolgerungen der ZMB-Gutachter als konsistent (IV-act. 130). Die Sachbearbeiterin hielt im Schlussbericht fest, dass aufgrund einer Kumulation verschiedener Einschränkungen ein Tabellenlohnabzug von 15 Prozent angezeigt sei (IV-act. 139/2). Auf Anfrage der IV-Stelle teilten die Gutachter mit, dass die 30-prozentige Einschränkung in einer adaptierten Tätigkeit seit dem operativen Eingriff, also seit ca. Mitte 2001 bestehe (IV-act. 145, vgl. IV-act. 143).

A.d Mit Vorbescheid vom 29. Januar 2007 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten an, dass sie einen Invaliditätsgrad von 44 Prozent ermittelt habe und er hiermit ab 1. November 2003 Anspruch auf eine Viertelsrente habe (IV-act. 156/2). Der Versicherte ersuchte am 1. März 2007 darum, vom Erlass einer Verfügung gemäss Vorbescheid



abzusehen und ihm mit Wirkung ab spätestens 1. Januar 2002 mindestens eine halbe Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auszurichten (IV-act. 159). Am 23. März 2007 reichte er die Begründung nach (IV-act. 162). Mit einer Verfügung vom 25. Juli 2007 hielt die IV-Stelle an der Zusprache einer Viertelsrente ab 1. November 2003 fest (IV-act. 177, vgl. IV-act. 173). Mit Beschwerde vom 14. September 2007 beantragte der Versicherte die Aufhebung der Verfügung und mit Wirkung ab spätestens 1. Januar 2002 die Ausrichtung mindestens einer Dreiviertelsrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent (IV-act. 189/3). Das Versicherungsgericht hiess die Beschwerde am 24. Juni 2009 teilweise gut und sprach dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. November 2003 bis 31. Januar 2004 eine halbe Rente zu. Im Übrigen wies es die Beschwerde ab (IV-act. 207). Die IV-Stelle erliess am 14. Oktober 2009 eine entsprechend angepasste Verfügung: Der Versicherte habe vom 1. November 2003 bis 31. Januar 2004 ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent einen Anspruch auf eine halbe Rente. Ab 1. Februar 2004 habe er ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 47 Prozent einen Anspruch auf eine Viertelsrente (IV-act. 211, IV-act. 212).

B.

Der Versicherte reichte am 13. Dezember 2010 einen ausgefüllten Fragebogen betreffend Revision der Invalidenrente ein. Als Grund für einen verschlechterten Gesundheitszustand gab er eine mediale Meniskusläsion rechts an. Er legte dem Gesuch mehrere medizinische Berichte bei (IV-act. 243). Gemäss einem Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Orthopädie Spital H.\_\_\_\_, vom 28. September 2010, lag am rechten Knie eine mediale Meniskusläsion vor (IV-act. 246). Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Pneumologie und Innere Medizin, bestätigte aus pulmonaler Sicht eine verminderte Leistungsfähigkeit und ging von einer 30-prozentigen Arbeitsunfähigkeit aus (IV-act. 252/2). Dr. med. J.\_\_\_\_, Psychiatrisches Zentrum K.\_\_\_\_, gab als Diagnosen eine Panikstörung, eine episodisch paroxysmale Angst (ICD-10 F41.0) seit Januar 2010 sowie eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0) seit Januar 2009 an. Dr. J.\_\_\_\_ hielt fest, dass bei Auftreten der Panikattacken die Leistungsfähigkeit bei der Arbeit beeinträchtigt sein könne und der Versicherte deshalb in seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter zu 20 Prozent arbeitsunfähig sei (IV-act. 262/2). RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 4. Mai 2011 zusammenfassend fest, dass sich



der Gesundheitszustand psychiatrisch verschlechtert habe. Dies wirke sich jedoch einzig zu 20 Prozent auf die Arbeitsfähigkeit aus. Weil auch pulmologisch eine Einschränkung bestehe, liege die Arbeitsfähigkeit adaptiert insgesamt bei 75 Prozent für leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten in einer noxenfreien Umgebung. Allfällige orthopädische Einschränkungen seien bereits durch die Art der adaptierten Tätigkeit aufgefangen. Da die ZMB-Begutachtung aus dem Jahr 2006 eine adaptierte Arbeitsfähigkeit von 70 Prozent ergeben habe, liege insgesamt aus medizinischer Sicht kein Revisionsgrund vor (IV-act. 263/2). Am 12. Mai 2011 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie keine Änderung des Invaliditätsgrades festgestellt habe, weshalb weiterhin ein Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (Invaliditätsgrad: 44 Prozent) bestehe (IV-act. 265).

C.

C.a Am 1. März 2013 stellte der Rechtsvertreter des Versicherten einen Antrag auf Rentenerhöhung. Er gab an, der Versicherte leide unter anderem an chronischer Bronchitis, Gastritis, Hepatitis, Ceratin-Kinase-Erhöhung und es bestehe der Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit (IV-act. 290/1). Der Rechtsvertreter führte aus, dass aus den eingereichten medizinischen Berichten hervorgehe, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert habe (IV-act. 290/2). Gemäss Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_ und Dr. med. N.\_\_\_\_, Kantonsspital St.Gallen, vom 3. Oktober 2011, war der Versicherte am 2. Oktober 2011 wegen brennender Oberbauchschmerzen in der Notaufnahme erschienen. Der Versicherte litt an Gastritis, Hepatitis, Thrombozytopenie, chronischer Bronchitis, Ceratin-Kinase-Erhöhung und es bestand der Verdacht auf eine hypertensive Kardiopathie sowie auf eine koronare Herzkrankheit, welche einer weiteren Abklärung bedurften (IV-act. 291). Gemäss einem übersetzten Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt Innere Medizin, vom 28. August 2012 litt der Versicherte an einer arteriellen Hypertonie, an einer Ausweitung der aufsteigenden Aorta, an Herzrhythmusstörungen, an einer chronischen, obstruktiven Lungenerkrankung, an einer Adipositas, an einem Hypersplenismus und es bestand der Verdacht auf ein Reizdarmsyndrom. Dr. O.\_\_\_\_ hatte ausgeführt, der Gesundheitszustand schränke die Arbeitsfähigkeit des Versicherten, insbesondere hinsichtlich Belastungstätigkeiten, wesentlich ein. Nachuntersuchungen und Therapien, die der mehrfachen Komorbidität Rechnung trügen, seien notwendig (IV-act. 291/3).



## St.Galler Gerichte

Gemäss einem Kurzaustrittsbericht des Kantonsspitals St.Gallen, Departement Innere Medizin, vom 8. Mai 2013 waren zusätzlich die Diagnosen einer schweren Refluxösophagitis, einer Lebersteatose Grad II sowie multipler pulmonaler Rundherde beidseits gestellt worden (IV-act. 294/1). Der Augenarzt, Dr. med. P.\_\_\_\_, FMH Ophthalmologie, teilte mit, dass beim Versicherten im rechten Auge vereinzelte Sanguinationen im Sinne einer beginnenden, nicht proliferativen diabetischen Retinopathie zu finden seien (IV-act. 296).

C.b RAD-Ärztin Dr. Q.\_\_\_\_ fasste in ihrer Stellungnahme vom 1. Juli 2013 zusammen, dass den eingereichten medizinischen Unterlagen zahlreiche neue Diagnosen entnommen werden könnten. Eine Veränderung des Gesundheitszustandes könne zum aktuellen Zeitpunkt bestätigt werden. Unklar seien jedoch die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Deshalb wurde der neue Hausarzt, Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeinmedizin, gebeten, einen IV-Arztbericht auszufüllen sowie Zusatzfragen zu beantworten. Ihm wurde das ZMB-Gutachten aus dem Jahr 2006 als Vergleichsbasis zur Verfügung gestellt (IV-act. 297). Auf die Zusatzfrage, ob sich im Zusammenhang mit den Funktionsausfällen im Vergleich zum ZMB-Gutachten von 2006 eine Verschlechterung ergeben habe, antwortete Dr. med. R.\_\_\_\_, dass eine Verschlechterung der Situation mit den Füessen sowie eine zunehmende nächtliche Atemproblematik wegen enormer Schleimbildung beständen (IV-act. 299/12). Im IV-Arztbericht vom 23. August 2013 hielt er fest, dass die bisherige Tätigkeit für den Versicherten nicht zumutbar sei. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit und der Versicherte sei zu maximal 4 Stunden am Tag in einer adaptierten Tätigkeit (rein sitzende oder wechselbelastende Tätigkeit) arbeitsfähig. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit im Ausmass von 50-70 Prozent (für schwere Arbeiten 70 Prozent; IV-act. 299/1-6). Gemäss einem Bericht vom 31. Juli 2013 von Dr. med. S.\_\_\_\_, Assistenzärztin Kantonsspital St.Gallen, Departement Innere Medizin, stellte sich der Versicherte am 29. Juli 2013 in der Notaufnahme mit Verdacht auf eine Infektion im rechten Unterschenkel vor. Er sei am 4. Juli 2013 vom Velo gestürzt und gemäss eigenen Aussagen sei damals in der Notaufnahme eine Prellung am Thorax rechts lateral sowie am rechten Unterschenkel festgestellt worden. Seit dem Unfall bestehe eine Rötung am rechten Unterschenkel (IV-act. 299/7).



## St.Galler Gerichte

C.c Dr. med. Q.\_\_\_\_ vom RAD hielt in ihrer Stellungnahme vom 19. September 2013 fest, dass die chronischen belastungsabhängigen Vorfussschmerzen (beidseits) sowie die chronische Bronchitis gemäss den ihr vorliegenden Berichten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Aus der Sicht des RAD könne sich jedoch die Lungenfähigkeit mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seit der Begutachtung im Jahr 2006 nicht dermassen verschlechtert haben, wenn der Versicherte weiterhin fähig sei, Fahrrad zu fahren. Dem Versicherten seien zudem orthopädische Massschuhe für seine Fussprobleme zugesprochen worden. Insgesamt sei festzuhalten, dass sich der Hausarzt auf subjektiv geäusserte Beschwerden des Versicherten und nicht auf objektivierte Befunde abgestützt habe. Bezüglich der zumutbaren Arbeitsfähigkeit liege eine andere Einschätzung des gleichen medizinischen Sachverhalts vor und es sei kein medizinischer Revisionsgrund gegeben (IV-act. 300).

C.d Mit einem Vorbescheid vom 26. September 2013 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten an, dass sie das Erhöhungsgesuch abweisen werde. Gemäss der Einschätzung des RAD lägen keine objektivierbaren Befunde vor, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit einer relevanten Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit belegen könnten (IV-act. 303). Der Versicherte beantragte am 16. Oktober 2013 die Zusprache einer ganzen IV-Rente und eventualiter das Einholen eines neutralen polydisziplinären Gutachtens (IV-act. 304/2). Der RAD merkte in seiner Stellungnahme vom 30. Oktober 2013 an, dass dem Hausarzt bereits alle eingereichten medizinischen Berichte vorgelegen hätten und er zahlreiche im Einwand genannte Diagnosen als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit interpretiert habe (IV-act. 305). Mit einer Verfügung vom 15. November 2013 wies die IV-Stelle das Revisionsbegehren ab (IV-act. 306).

D.

D.a Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) liess am 18. Dezember 2013 Beschwerde gegen die Abweisung des Rentenrevisionsgesuches erheben. Sein Rechtsvertreter beantragte die Zusprache einer ganzen IV-Rente, spätestens ab Oktober 2011. Eventualiter sei ein neutrales polydisziplinäres Gutachten einzuholen. Subeventualiter sei die vorliegende Streitsache zur vollumfänglichen Abklärung des medizinischen Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen; alles unter Kosten- und



Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung führte der Rechtsvertreter an, dass der Beschwerdeführer neben den Hauptdiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und den Nebendiagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aktuell noch an einer schweren Refluxösophagitis, an einem Hypersplenismus, an einer Lebersteatose Grad II, an multiplen pulmonalen Rundherden beidseits sowie an einem Diabetes Mellitus Typ II leide und dazu auch der Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit bestehe. Selbst wenn der Hausarzt nicht sämtliche Diagnosen aufgreife, so würden sich die Fussbeschwerden und die nächtliche Atemproblematik doch in einer derart wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes äussern, dass Dr. R.\_\_\_\_ noch von einer 30-prozentigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen sei. Auch kritisierte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, dass der RAD die Atemproblematik nicht sachgemäss beurteilt und ihm das Fahrradfahren als Beleg dafür vorgehalten habe, dass keine Verschlechterung der Lungenfähigkeit vorliegen könne. Die nächtlichen Schlafstörungen aufgrund der Atemprobleme und des Auswurfes seien nicht berücksichtigt worden. Der RAD habe sich nicht zur gesundheitlich verschlechterten Gesamtsituation geäussert und auch nicht ausgeführt, weshalb die von Dr. R.\_\_\_\_ geschätzte Arbeitsunfähigkeit von 70 Prozent unzutreffend sei. Dem Beschwerdeführer sei es im Übrigen nicht mehr zumutbar, die allfällige verbleibende Restarbeitsfähigkeit zu verwerten. Weiter müsse den persönlichen Umständen mit einem höheren Tabellenlohnabzug von maximal 25 Prozent Rechnung getragen werden. Auch sei das Valideneinkommen aus dem Jahr 2004 nicht hinreichend der Teuerung angepasst worden (G. 1).

D.b Die Beschwerdegegnerin beantragte in der Beschwerdeantwort vom 18. Februar 2014 die Abweisung der Beschwerde. Sie führte zur Begründung an, die Revision bezwecke die Anpassung einer Rentenverfügung an die geänderten Verhältnisse (Revisionsgrund). Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts stelle dagegen praxisgemäss keine revisionsbegründende Änderung dar. Die Beschwerdegegnerin machte geltend, dass der Beschwerdeführer gemäss dem Bericht von Dr. R.\_\_\_\_ Tätigkeiten mit gesamtheitlicher körperlicher Belastung nur während maximal vier Stunden nachgehen könne. RAD-Ärztin Dr. Q.\_\_\_\_ habe aber angegeben, dass Dr. R.\_\_\_\_ sich nicht auf objektivierbare Befunde abgestützt habe. Bezüglich der zumutbaren Arbeitsfähigkeit liege eine andere Einschätzung des



gleichen medizinischen Sachverhalts vor. Deshalb liege kein medizinischer Revisionsgrund vor. Die schwere Refluxösophagitis und v.a. die Schlafapnoe seien ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die „Situation mit den Füßen“ sei bereits im ZMB-Gutachten berücksichtigt worden, da vorwiegend Arbeiten im Sitzen als leidensangepasste Tätigkeiten angesehen worden seien und dem Beschwerdeführer bereits aufgrund eines Bedarfs an vermehrten Pausen eine 30-prozentige Einschränkung zugestanden worden sei. Insgesamt liege keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit einer (weiteren) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (G. 8).

D.c Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hielt in seiner Replik vom 21. März 2014 an den in der Beschwerdeschrift formulierten Rechtsbegehren fest und ergänzte sie um den Antrag, die Verfügung vom 15. November 2013 vollumfänglich aufzuheben. Zur Begründung machte der Beschwerdeführer geltend, die Beschwerdegegnerin führe aktenwidrig auf, dass er pro Tag maximal 4 Stunden körperlich schwer arbeiten könne, jedoch sei er gemäss Arztbericht von Dr. R.\_\_\_\_ in einer leidensangepassten Tätigkeit zu maximal 40 Prozent arbeitsfähig. In der Verfügung vom 15. November 2013 sei keine umfassende Stellungnahme abgegeben worden und es fehlten auch Stellungnahmen zu zahlreichen eingereichten Arztberichten. Die Beschwerdegegnerin sei ihrer Begründungspflicht nicht nachgekommen und habe damit das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt. Zudem sei hinreichend glaubhaft gemacht worden, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sich verändert habe. Die Beschwerdegegnerin sei darauf jedoch nicht eingegangen und habe insbesondere Einschränkungen aufgrund der bestehenden Atem- und Lungenprobleme nicht hinreichend untersucht. Im Übrigen sei kein Revisionsgesuch gestellt worden, sondern ein „Gesuch um Rentenerhöhung“. Die Beschwerdegegnerin sei ihrer Pflicht nicht nachgekommen, die nötigen Sachverhaltsabklärungen vorzunehmen, nachdem der Beschwerdeführer glaubhaft gemacht habe, dass sich der Grad der Invalidität verändert habe (G. 10).

D.d Mit Schreiben vom 25. April 2014 teilte die Beschwerdegegnerin mit, dass sie die Replik zur Kenntnis genommen habe und auf eine Duplik verzichte. Sie liess jedoch anmerken, dass der Beschwerdeführer - entgegen seiner Ansicht - sehr wohl ein Revisionsgesuch gestellt habe und auf das Gesetz zu verweisen sei (G. 12).



### Erwägungen

1.

1.1 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. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Revision im Sinne einer Rentenanpassung gemäss Art. 17 ATSG betrifft die nachträgliche Änderung des Sachverhalts (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich 2015, N 8 zu Art. 17). In einem solchen Fall ist eine Anpassung der Verfügung vorzunehmen, soweit es sich um die Regelung eines Dauerrechtsverhältnisses handelt (Ueli Kieser, a.a.O., N 6 zu Art. 53). Der Rechtsvertreter hat geltend gemacht, dass er kein Revisionsgesuch, sondern ein „Gesuch um Rentenerhöhung“ gestellt habe. Er muss sich mit dieser Aussage wohl auf die Revision gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG bezogen haben. Art. 53 ATSG betrifft diejenigen Entscheide des Verwaltungsverfahrens, die anfänglich unrichtig waren (Ueli Kieser, a.a.O., N 11 zu Art. 53). Vorliegend liegt jedoch keine ursprüngliche, sondern eine (behauptete) nachträgliche Unrichtigkeit bezogen auf die tatsächlichen Grundlagen des Entscheids vor. Der Rechtsvertreter hat vorgebracht, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert habe. Die in Frage stehende Rente stellt eine Regelung eines Dauerrechtsverhältnisses dar. Das eingereichte „Gesuch um Rentenerhöhung“ ist somit als Gesuch um Rentenrevision gemäss Art. 17 ATSG zu qualifizieren.

1.2 Gemäss Art. 87 Abs. 2 Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) ist in einem Gesuch um Revision glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Die Glaubhaftmachung einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades stellt beim Revisionsgesuch eine Eintretensvoraussetzung dar. Es ist zu prüfen, ob die Vorbringen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers glaubhaft gemacht worden sind. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seinem Revisionsgesuch zahlreiche neue Diagnosen vorgebracht und die entsprechenden medizinischen Berichte eingereicht. Beim Beschwerdeführer liegen bereits zahlreiche Leiden vor; einerseits solche, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (chronische, belastungsabhängige



Vorfussschmerzen, rechtsbetontes, lumbosakrales Schmerzsyndrom, chronische Bronchitis, Panikstörung) und andererseits solche, die keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben (hypertrophe Kardiomyopathie, Adipositas, Thrombozytopenie, Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion, leichte Klaustrophobie, Verdacht auf Schlafapnoesyndrom, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II, schwere Refluxösophagitis). Der Rechtsvertreter macht geltend, dass nun zusätzlich weitere Diagnosen (Verdacht auf hypertensive und koronare Herzkrankheit, Hypersplenismus ungeklärter Ätiologie, Lebersteatose Grad II und multiple pulmonale Rundherde beidseits) hinzugetreten seien und dass sich diese auf seine Arbeitsfähigkeit auswirkten. Eine mögliche Veränderung des Invaliditätsgrades aufgrund neuer Diagnosen kann bei einem bereits stark vorbelasteten Gesundheitszustand, insbesondere in Anbetracht der Vielzahl der beim Beschwerdeführer diagnostizierten Krankheiten, durchaus nachvollzogen werden. Dem Beschwerdeführer ist bei einem Invaliditätsgrad von 44 Prozent eine Viertelsrente zugesprochen worden. Für die Zusprache einer halben Rente müsste ein Invaliditätsgrad von 50 Prozent vorliegen (vgl. Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers müsste sich demnach soweit verschlechtert haben, dass der Invaliditätsgrad um 6 Prozent höher wäre, damit die IV-Stelle dem Beschwerdeführer bei einer Revision die nächsthöhere, mindestens eine halbe, Rente gewähren könnte. Bei der Vielzahl der Leiden des Beschwerdeführers erscheint eine Erhöhung des Invaliditätsgrades um lediglich 6 Prozent als durchaus möglich. Der Rechtsvertreter hat somit eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht auf das Revisionsgesuch eingetreten.

2.

2.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 Prozent invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent auf eine Viertelsrente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach



Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Was dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch zuzumuten ist, muss auf der Grundlage einer medizinischen Beurteilung bestimmt werden. Wurde eine zumutbare Tätigkeit für den Versicherten ermittelt, muss abgeklärt werden, ob für diese Tätigkeit eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Dies setzt eine rechtsgenügende Abklärung der medizinischen Situation voraus, um dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu genügen.

2.2 Dem Beschwerdeführer wurde eine Viertelsrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 44 Prozent zugesprochen. Im Revisionsgesuch hat der Rechtsvertreter eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht. Für eine Anpassung des Invaliditätsgrades sind nur Veränderungen des Gesundheitszustandes mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen. Eine Erheblichkeit der Veränderung des Invaliditätsgrades gemäss Art. 17 Abs. 2 ATSG kann auch bei einer geringfügigen Veränderung des Invaliditätsgrades gegeben sein, wenn die allfällige Zusprache einer höheren Rente im Raum steht (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, N 40 ff. zu Art. 17). Das Gericht hat zu prüfen, ob eine Veränderung des Gesundheitszustandes mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt und der sich aus den Akten ergebende medizinische Sachverhalt dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit genügt.

2.2.1 Gemäss dem Arztbericht vom 23. August 2013 von Dr. R.\_\_\_\_ haben die arterielle Hypertonie, die hypertrophe Kardiomyopathie, das Schlafapnoesyndrom, der Diabetes mellitus Typ II sowie die schwere Refluxösophagitis keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gehabt (IV-act. 299/1). In Anbetracht der Erfahrung, dass Hausärzte wegen ihres Behandlungsauftrags dazu neigen, den Gesundheitszustand und damit auch die Arbeitsfähigkeit ihrer Patienten eher pessimistisch einzuschätzen, kann davon ausgegangen werden, dass sich diese Diagnosen effektiv nicht nachteilig auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Für die Aussagekraft von Dr. R.\_\_\_\_s Arztbericht spricht, dass er nicht im Interesse einer weit



ausgelegten Schonung des Patienten versucht hat, aus sämtlichen in Betracht fallenden Diagnosen eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen, sondern sachlich aufgezählt hat, welche davon keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben und dabei immer noch die gesundheitlichen Interessen des Beschwerdeführers gewahrt hat. Die Beurteilung von Dr. R.\_\_\_\_ macht deshalb hinsichtlich der Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen glaubwürdigen Eindruck. Diese Diagnosen sind damit für die Prüfung der Rentenanpassung nicht relevant. Aus unterschiedlichen Berichten gehen zusätzlich die Diagnosen des Hypersplenismus, der Thrombozytopenie, der Lebersteatose Grad II, der Hepatitis, der diabetischen Retinopathie, der multiplen pulmonalen Rundherde sowie der Verdacht auf eine hypertensive Kardiopathie und auf eine koronare Herzkrankheit hervor. Der Rechtsvertreter hat diese zusätzlichen Diagnosen nochmals erwähnt, auch wenn der Hausarzt Dr. R.\_\_\_\_ bei seiner Beurteilung des Gesundheitszustandes nicht weiter darauf eingegangen ist (G.1/6). Da keiner der Ärzte – weder Dr. R.\_\_\_\_ noch RAD-Ärztin Dr. Q.\_\_\_\_ – bei ihrer aktuellen Arbeitsfähigkeitsschätzung diese Diagnosen aufgenommen haben, ist anzunehmen, dass sie keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben. Es kann zudem davon ausgegangen werden, dass sowohl der Hausarzt, der den Beschwerdeführer schon länger betreut, als auch der RAD diese Erkrankungen aufgrund ihrer Fachkunde als vernachlässigbar erachtet haben, da sie sich nach den allgemeinen, medizinischen Erfahrungen typischerweise nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Zudem lassen sich den Akten keine schwerwiegenden Beschwerden entnehmen, die ihre Ursache in den von Dr. R.\_\_\_\_ unerwähnt gelassenen Diagnosen finden würden. Damit sind auch diese Diagnosen für die Beurteilung der Rentenanpassung nicht von Relevanz.

2.2.2 Anders als im ZMB-Gutachten aus dem Jahr 2006 (IV-act. 129/23) findet das rechtsbetonte, lumbosakrale Schmerzsyndrom im Arztbericht von Dr. R.\_\_\_\_ vom 23. August 2013 keine Erwähnung mehr (vgl. IV-act. 299/1). In den eingereichten medizinischen Berichten, die Dr. R.\_\_\_\_ als Grundlage gedient haben, ist das besagte Schmerzsyndrom nicht mehr erwähnt. Aus den eingereichten Akten ergeben sich keine Hinweise auf noch bestehende Rückenbeschwerden sowie auf deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Da der Hausarzt in Kenntnis des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers keine Veranlassung gesehen hat, ein Rückenleiden zu erwähnen, kann davon ausgegangen werden, dass auch hier keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt.



2.2.3 Im Folgenden sind die Diagnosen zu betrachten, die den Beschwerdeführer auch aktuell in einer adaptierten Tätigkeit einschränken könnten. Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben gemäss Dr. R.\_\_\_\_ die chronischen belastungsabhängigen Vorfusschmerzen beidseits bei ausgeprägten Hohl- und Spreizfüssen sowie die chronische Bronchitis bei zylindrischen Bronchiektasen in den Unterlappen beidseits (IV-act. 299/1). Der Beschwerdeführer soll deshalb auch in einer adaptierten Tätigkeit wegen vermehrten Pausenbedarfs um 30 Prozent vermindert leistungsfähig sein (vgl. IV-act. 299/5). Bei der ursprünglichen Zusprache einer Viertelsrente ist die IV-Stelle von einer Arbeitsunfähigkeit von 30 Prozent in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen. Dabei hat sie berücksichtigt, dass der Beschwerdeführer aufgrund von zunehmenden, lumbosakralen rechtsbetonten Rückenbeschwerden sowie aufgrund von Fussbeschwerden mit ausgeprägten plantaren Druckbeschwerden nur noch in sitzenden Tätigkeiten mit Möglichkeit zum Positionswechsel adaptiert arbeitsfähig sei. Wegen der damals in Kombination vorliegenden Fuss- und Rückenleiden müsse der Beschwerdeführer vermehrt Pausen einlegen und sich aktiv bewegen können (vgl. IV-act. 129/18 f.; act. 129/25). Da das Rückenleiden in den aktuellen medizinischen Berichten keine Erwähnung mehr findet und auch anderweitige Hinweise fehlen, muss angenommen werden, dass sich die Rückenbeschwerden – anders als zum Zeitpunkt der zugesprochenen Viertelsrente – aktuell nicht mehr auf die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auswirken (vgl. Ausführungen oben).

2.2.4 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat dem Revisionsgesuch zahlreiche medizinische Berichte beigelegt, jedoch befindet sich darunter kein Bericht, der sich mit einer Veränderung der Fussbeschwerden befassen würde. Einzig Dr. R.\_\_\_\_ hat sich in seinem zusammenfassenden Bericht dahingehend geäussert, dass sich die „Situation mit den Füssen“ verschlechtert habe (IV-act. 299/12). Eine nachvollziehbare Symptomatik und das Ausmass dieser Verschlechterung sind von Dr. R.\_\_\_\_ nicht beschrieben worden. Im Gegensatz zu Dr. R.\_\_\_\_s Einschätzung steht der Bericht vom 4. Dezember 2012 betreffend die Kostengutsprache für orthopädische Schuhe. Darin beurteilt der Orthopäde im Rahmen der halbjährlichen Kontrolle die medizinische Situation als unverändert bzw. stabil (IV-act. 287, act. 292). Da anzunehmen ist, dass der Beschwerdeführer wegen der Fusschmerzen einen erhöhten Pausenbedarf hat und während dieser Zeit aktive Bewegungen zur Schmerzlinderung ausüben können muss, müssten sich die Beschwerden erheblich verstärkt haben, damit ein zusätzlicher



Pausen- und Bewegungsbedarf entstanden und der Beschwerdeführer deshalb zusätzlich in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt wäre. Der ZMB-Gutachter hielt aber fest, dass der vermehrte Pausen- und Bewegungsbedarf in einer sitzenden Tätigkeit aufgrund des kombinierten Leidens an Füßen und Rücken vorliege (IV-act. 129/25). Jedoch hat Dr. R.\_\_\_\_ das Rückenleiden nicht mehr erwähnt, weshalb anzunehmen ist, dass es entweder stationär geblieben oder sich sogar gebessert hat. Jedenfalls kann daraus geschlossen werden, dass keine Verschlechterung des Rückenleidens mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Daraus kann nach wie vor keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit abgeleitet werden. Im Weiteren bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass eine Zunahme der Fussbeschwerden für sich allein tatsächlich eine zusätzliche Einschränkung in einer bereits adaptierten Tätigkeit zu begründen vermöchte. Eine über die bereits zugesprochene Rente hinausgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit müsste derart massiv sein, dass der Hausarzt nicht darum herum käme, ein entsprechend auffälliges Gangbild in seinem Bericht festzuhalten. Er müsste dem behandelnden Orthopäden grundsätzlich widersprechen und eine entsprechende Begründung abgeben. Eine konkrete Begründung vom Hausarzt fehlt aber. Aus diesen Umständen kann keine Veränderung des Invaliditätsgrades gefolgert werden. Deshalb erscheint aufgrund der Aktenlage eine verminderte, adaptierte Arbeitsfähigkeit vorliegend als nicht überwiegend wahrscheinlich.

Als sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnose kommt des Weiteren die chronische Bronchitis in Frage. Dr. O.\_\_\_\_ hat in seinem Bericht festgehalten, dass der Beschwerdeführer an einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung leide. Jedoch hat er nur angemerkt, dass der Beschwerdeführer in Belastungstätigkeiten wesentlich eingeschränkt sei (IV-act. 291/3). Allfällige Angaben über das Ausmass der Einschränkungen in einer adaptierten Tätigkeit hat Dr. O.\_\_\_\_ nicht gemacht. Schon seit der ersten Rentenverfügung ist aber festgestanden, dass der Beschwerdeführer keine Tätigkeiten mit körperlicher Belastung mehr ausüben kann (vgl. ZMB-Gutachten, IV-act. 129/23 ff.). Eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes kann anhand dieses Berichtes nicht nachvollzogen werden, da sich der Arzt offenbar auf die angestammte Tätigkeit, die zuletzt im Jahr 2004 ausgeübt wurde, bezieht. Konkreter hat sich Dr. R.\_\_\_\_ geäußert. Er hat in seinem vom RAD veranlassten Bericht festgehalten, dass eine zunehmende nächtliche Atemproblematik wegen enormer



Schleimbildung bestehe (IV-act. 299/12). Der nächtliche Husten und der massive Auswurf hätten sich auf die bisherige Tätigkeit ausgewirkt (IV-act. 299/2) und es habe eine verminderte Leistungsfähigkeit im Ausmass von 50-70 Prozent (70 Prozent für schwere Arbeiten) bestanden (IV-act. 299/5 f.). In einer adaptierten Tätigkeit könnten dem Beschwerdeführer täglich nur 4 Stunden zugemutet werden (IV-act. 299/6). Der RAD stufte diese Beurteilung als nicht auf objektiven Befunden basierend ein. Tatsächlich ist nicht ersichtlich, weshalb sich die chronische Bronchitis dermassen verschlechtert haben sollte, dass sie den Invaliditätsgrad merklich erhöhen würde. Den Akten keine objektive Befundaufnahme (wie beispielsweise eine Blutgasanalyse, eine Messung des forcierten expiratorischen Volumens, eine Beurteilung des Sputums, eine Klassifikation des Schweregrades der Bronchitis [I bis IV] oder dergleichen) zu entnehmen. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dürfte deshalb allein auf den subjektiven Aussagen des Beschwerdeführers basieren. Bei der aufgeführten nächtlichen Hustenproblematik ist nach der allgemeinen Lebenserfahrung anzunehmen, dass nicht das Husten an sich, sondern eine reduzierte Schlafqualität und -dauer sich in einer verminderten Leistungsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auswirken würden. Klinische Symptome für das obstruktive Schlafapnoesyndrom sind eine abnorme Tagesmüdigkeit, diskontinuierliches, lautes Schnarchen, eine Konzentrations- und Gedächtnisstörung, eine Persönlichkeitsveränderung und morgendliche Kopfschmerzen (vgl. dazu Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl., Berlin 2014, S. 1908 f.). Dr. R.\_\_\_\_ hat aber festgehalten, dass sich das obstruktive Schlafapnoesyndrom nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (IV-act. 299/1). Da der Husten nur eine qualitative und/oder quantitative Verschlechterung des Schlafs bewirken kann, kann nicht nachvollzogen werden, weshalb der Beschwerdeführer einerseits trotz Schlafapnoe arbeitsfähig sei, andererseits aber wegen des nächtlichen Hustens tagsüber nur noch eine maximal 4-stündige adaptierte Tätigkeit zuzumuten sein soll (IV-act. 299/6). Eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit, die sich tagsüber äussern würde, ist von Dr. R.\_\_\_\_ nicht erfasst worden. Wie schon zuvor dargelegt, kann aufgrund des nicht mehr erwähnten Rückenleidens davon ausgegangen werden, dass der Erholungsbedarf bereits durch die 30-prozentige Arbeitsunfähigkeit gemäss erster Rentenverfügung aufgefangen ist. Mangels Hinweisen auf eine sich zur Tageszeit auswirkende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kann auf die Beurteilung der Auswirkungen der Schlafapnoe verwiesen und auf eine weitere Abklärung verzichtet



werden. Der Einschätzung des RAD, die keinen medizinischen Revisionsgrund und keinen weiteren Abklärungsbedarf sieht, ist zu folgen.

2.3 Zusammenfassend sind in den medizinischen Unterlagen keine genügenden Anhaltspunkte für eine Erhöhung der andauernden relevanten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers dokumentiert. Weitere medizinische Untersuchungen wurden aufgrund des Aktenstands durch die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht durchgeführt oder in Auftrag gegeben.

3.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 18. Dezember 2013 abzuweisen. Der unterliegende Beschwerdeführer hat die gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Aufwands auf Fr. 600.-- festzusetzenden Gerichtskosten zu bezahlen. Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### **Entscheid**

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss wird angerechnet.