

## OBERGERICHT

Verwaltungsrechtliche Abteilung

---

OG V 23 35

---

Besetzung

---

Verfahrensbeteiligte

---

Gegenstand

**Entscheidung vom 23. August 2024**

Präsidentin Agnes H. Planzer Stüssi  
Vizepräsidentin Lenka Ziegler, Oberrichter Tony Z'graggen  
Gerichtsschreiberin Claudia Schlüssel

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

vertreten durch RA MLaw Ralph Bomatter,  
Bilger Mattli Bomatter Gisler AG,  
Rechtsanwälte & Notare im Loftpark,  
Dätwylerstrasse 15, 6460 Altdorf

Beschwerdeführer

gegen

**IV-Stelle Uri**, Dätwylerstrasse 11, 6460 Altdorf

Beschwerdegegnerin

**Invalidenrente (IVG); Rentenrevision**

(Verfügung vom 10.07.2023)

## **Prozessgeschichte:**

### **A.**

Der Beschwerdeführer bezog seit dem 1. Juli 2010 eine ganze und seit 1. Juli 2013 eine Dreiviertelrente der Invalidenversicherung (Verfügung vom 05.12.2013). Die Dreiviertelrente wurde mit Mitteilung vom 10. Februar 2016 bestätigt. Das vom Beschwerdeführer im August 2021 gestellte Revisionsgesuch wies die Beschwerdegegnerin – nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens – mit Verfügung vom 10. Juli 2023 ab.

### **B.**

Dagegen erhob der Beschwerdeführer am 11. September 2023 Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Obergericht des Kantons Uri (Verwaltungsrechtliche Abteilung).

Er stellt folgende Anträge:

- " 1. Die Verfügung vom 10. Juli 2023 sei aufzuheben und zur Neubeurteilung der Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, eventualiter unter Anordnung eines Gerichtsgutachtens.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MwSt) zulasten der Vorinstanz."

Die Begründung dieser Anträge ergibt sich, soweit erforderlich, aus den nachstehenden Erwägungen.

### **C.**

Mit Stellungnahme vom 19. Oktober 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde vom 11. September 2023 abzuweisen. Die Begründung dieses Antrages ergibt sich, soweit erforderlich, ebenfalls aus den nachstehenden Erwägungen.

### **D.**

Mit Eingaben vom 28. März und 16. August 2024 reichte der Beschwerdeführer dem Gericht je einen Bericht über die neurochirurgische Sprechstunde (vom 26.03. beziehungsweise 13.08.2024) ein.

## **Erwägungen:**

### **1.**

Gegen Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, kann Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 i.V.m. Art. 57 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Das Obergericht des Kantons Uri (Verwaltungsrechtliche Abteilung) ist sowohl sachlich (Art. 37 Abs. 1 Gesetz über die Organisation der

richterlichen Behörden [Gerichtsorganisationsgesetz; GOG, RB 2.3221]) als auch örtlich (Art. 69 Abs. 1 lit. a Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]) zuständig. Die 30-tägige Beschwerdefrist (Art. 60 Abs. 1 ATSG) sowie die übrigen Formvorschriften (Art. 61 lit. b ATSG) wurden eingehalten. Der Beschwerdeführer ist als Adressat durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist einzutreten.

## **2.**

Am 1. Januar 2022 traten im Zuge der Weiterentwicklung der IV revidierte Bestimmungen im IVG sowie im ATSG in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19.06.2020, AS 2021 705, BBl 2017 2535), dies mitsamt entsprechendem Verordnungsrecht.

**2.1** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1). Diese auf einmalige und abgeschlossene Ereignisse zugeschnittene intertemporalrechtliche Grundregel wird ergänzt durch den Grundsatz der zulässigen unechten Rückwirkung des neuen Rechts auf zeitlich offene Dauersachverhalte. Von unechter Rückwirkung wird gesprochen, wenn bei der Anwendung des neuen Rechts auf Verhältnisse abgestellt wird, die schon unter der Herrschaft des alten Rechts entstanden sind und beim Inkrafttreten des neuen Rechts noch andauern. Das neue Recht findet dabei lediglich für die Zeit seit Inkrafttreten (ex nunc et pro futuro) Anwendung (BGer 9C\_19/2020 vom 21.09.2020 E. 5.3.1).

**2.2** Für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr noch nicht vollendet haben, bleibt der bisherige Rentenanspruch solange bestehen, bis sich der Invaliditätsgrad nach Artikel 17 Absatz 1 ATSG ändert (lit. b ÜbBest. IVG WEIV), so auch beim 1976 geborenen Beschwerdeführer.

**2.3** In Revisionsfällen nach Art. 17 ATSG gilt sodann Folgendes: Liegt die massgebende Änderung vor dem 1. Januar 2022, finden die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung Anwendung. Liegt die massgebende Änderung nach diesem Zeitpunkt, finden die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig ab 1. Januar 2022 Anwendung. Der Zeitpunkt der massgebenden Änderung bestimmt sich nach Art. 88a IVV (Rz. 9102 Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]).

## **3.**

Der Beschwerdeführer reichte dem Gericht drei nach Erlass der angefochtenen Verfügung datierende Berichte von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 8. September 2023, 28. März 2024 sowie 13. August 2024 ein.

**3.1** Das Sozialversicherungsrecht kennt keine Beweismittelbeschränkungen. Der in Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung (BV, SR 101) garantierte Anspruch auf rechtliches Gehör räumt den Betroffenen das persönlichkeitsbezogene Mitwirkungsrecht ein, erhebliche Beweise einzubringen, mit entsprechenden Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise mitzuwirken. Das Gericht hat rechtzeitig und formrichtig angebotene Beweismittel abzunehmen (BGE 138 V 125 E. 2.1, 127 I 54 E. 2b). Es besteht kein Anspruch der Verfahrensbeteiligten, jederzeit mit neuen Eingaben an die Rechtsmittelbehörde gelangen zu können. Aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c ATSG) und des Grundsatzes der richterlichen Rechtsanwendung kann sie aber auch unaufgefordert eingereichte Belege und unaufgeforderte Parteivorbringen berücksichtigen, soweit sie für die Entscheidung von Bedeutung sind.

**3.2** Zu unterscheiden von der prozessualen Frage nach der Berücksichtigung neuer Tatsachenbehauptungen und neuer Beweismittel im Rechtsmittelverfahren ist die materielle Frage nach dem für den kantonalen und den letztinstanzlichen Richter massgeblichen Sachverhalt. Nach ständiger Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 210 E. 4.3.1). Es sind also nicht die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rechtsmittelentscheides massgebend (BGE 116 V 246 E. 1a mit Hinweisen). Deshalb sollen Tatsachen, die den Sachverhalt nach dem Verfügungszeitpunkt verändert haben, in der Regel Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1). Demgegenüber sind Tatsachen, die sich zwar erst nach Erlass der Verwaltungsverfügung verwirklicht, aber den massgeblichen Sachverhalt nicht verändert haben, insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Zusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGer 8C\_506/2022 vom 21.06.2023 E. 4).

**3.3** Die Berichte von Dr. med. B.\_\_\_\_ können nach dem oben Gesagten berücksichtigt werden, soweit sie sich auf den Sachverhalt vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung beziehen und/oder die Beurteilung in diesem Zeitpunkt zu beeinflussen vermögen.

#### **4.**

Eine Rente wird von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert (Art. 17 Abs. 1 aATSG) oder (gemäss der 01.01.2022 in Kraft stehenden Bestimmung) um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (Art. 17 Abs. 1 lit. a ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede (wesentliche) Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 144 I 103 E. 2.1, 130 V 343 E. 3.5; BGer 9C\_297/2016 vom 07.04.2017 E. 2.1; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl., Zürich 2022, Art. 30 N 12).

**4.1** Gründe dafür bilden unter anderem die Veränderungen des Gesundheitszustandes oder seiner Auswirkungen. Keine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse bedeutet unter anderem eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhaltes (zum Beispiel eine andere Einschätzung der zumutbaren Arbeitsleistung; vergleiche Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl., Bern 2014, § 39 N. 7; vergleiche auch BGE 130 V 343 E. 3.5 ff. mit Hinweisen). Liegt ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 und E. 6.1).

**4.2** Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung bildet die letzte der versicherten Person eröffnete rechtskräftige Verfügung, die auf einer umfassenden materiellen Beurteilung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E. 5.4; BGer 8C\_441/2012 vom 25.07.2013 E. 6.1). Hinsichtlich eines Revisionsverfahrens kommt jenen Verfügungen, die eine "ursprüngliche Rentenverfügung" im Ergebnis bloss bestätigen (mangels eines anspruchändernden Invaliditätsgrades) keine Rechtserheblichkeit zu (BGE 130 V 71 E. 3.1 mit Hinweisen).

**4.3** Im vorliegenden Fall wurde mit Verfügung vom 5. Dezember 2013 ab 1. Juli 2013 eine Dreiviertelrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 62 Prozent (Arbeitsfähigkeit 50% in angepasster Tätigkeit; BG-act. 1 S. 33 ff.) zugesprochen. Mit Mitteilung vom 10. Februar 2016 wurde der Rentenanspruch (bei unveränderter Arbeitsfähigkeit) ohne materielle Prüfung bestätigt (BG-act. 9, 14 und 16), weshalb die Verfügung vom 5. Dezember 2013 als Vergleichszeitpunkt massgebend ist.

## **5.**

**5.1** Gemäss dem Untersuchungsgrundsatz haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte von sich aus und ohne Bindung an die Parteibegehren für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG; BGE 122 V 158 E. 1a). Davon zu unterscheiden ist die Frage der Beweislast; das heisst die Frage, wer die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat, wenn sich nach dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kein rechtserheblicher Sachverhalt feststellen lässt. Die Annahme der Beweislosigkeit ist allerdings erst zulässig, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen der Abklärungspflicht aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGer 9C\_254/2017 vom 21.08.2017 E. 4.4).

**5.2** Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vergleiche Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, das heisst 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 Rechtsanspruches 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 also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a; BGer 8C\_42/2008 vom 19.01.2009 E. 2.4 mit Hinweisen).

**5.3** Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, 122 V 161 f. E. 1c). An die Beweiswürdigung versicherungsinterner Beurteilungen sind indessen strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die Berichte anderer Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch nachvollziehbare Berichte eines anderen Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 122 V 157 E. 1.d S. 162 f. 125 V 351 E. 3.a S. 352 ff.). Dennoch darf und soll in Bezug auf Berichte von Hausärzten und behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 470 E. 4.5, 125 V 353 E. 3b/cc). Auch kann nicht aus dem Vorliegen einer allfälligen entgegenstehenden (haus-)ärztlichen Einschätzung unbesehen ihres Inhalts auf geringe Zweifel an den Beurteilungen der versicherungsinternen Fachpersonen geschlossen werden (vgl. BGer 8C\_68/2019 vom 22.07.2019 E. 4.2.1).

**5.4** Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht.

Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, 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. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen geänderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (BGer 8C\_586/2022 vom 26.04.2023 E. 3.2 mit Hinweisen).

## **6.**

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt (gemäss Aktendossier der Beschwerdegegnerin eingereicht mit der Beschwerdeantwort [nachfolgend: BG-act.]).

**6.1** Dr. med. C.\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 25. März 2013 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein invalidisierendes lumbospondylogenes Syndrom (ED 2009; bekannter Morbus Scheuermann, mehrsegmentäre degenerative Veränderungen, St. n. dorsolateraler Spondylodese L4/5 am 26.09.2011). Er nannte folgende Befunde: lumbale Schmerzen mit wiederholten Ausstrahlungen in den rechten lateralen Ober- und Unterschenkel, begleitet von Hypästhesien, noch leichte Schwäche im rechten Bein, deshalb auch leicht hinkendes Gangbild: folglich sei die Lendenwirbelsäule vermindert belastbar. In angestammter Tätigkeit als Sanitärmonteur sei der Patient seit 2008 bleibend arbeitsunfähig. In adaptierter Tätigkeit bestehe eine 50-prozentige Arbeitsfähigkeit ab 4. März 2013 bei folgendem Zumutbarkeitsprofil: leicht bis mittelschwer, wechselbelastend, Begrenzung von knienden oder vorgeneigten Tätigkeiten auf maximal 30 Prozent eines 8-Stunden-Arbeitstages. Diese Einschätzung wurde von Dr. med. D.\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 29. Mai 2013 bestätigt und gestützt darauf die rentenzusprechende Verfügung (vom 05.12.2013) erlassen (BG-act. 1 S. 33 ff. und S. 67 - 72).

**6.2** In der anlässlich einer Rentenrevision eingeholten RAD-Stellungnahme vom 8. Februar 2016 hielt Dr. med. E.\_\_\_\_ fest, nach der Verfügung (vom 05.12.2013) seien weitere Erkrankungen hinzugekommen, die jeweils einer medizinischen Behandlung bedurft hätten. Die Erkrankung an beiden Kniegelenken, die rezidivierenden perianalen Abszesse und der Morbus Crohn, sowie auch der aktuelle MRI-Befund der LWS könnten mit dem zum Zeitpunkt der Verfügung formulierten positiven Leistungsbild in Übereinstimmung gebracht werden, so dass es nicht zu einer weiteren Abnahme der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit gekommen sei. Somit könne von einer unveränderten Arbeitsfähigkeit im Vergleich zum Verfügungszeitpunkt ausgegangen werden.

Revisionen könnten in grösseren Zeitintervallen erfolgen, da nicht mit einer Rückintegration in die angestammte Tätigkeit gerechnet werden könne. Ferner dürfte auch die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht über 50 Prozent steigerbar sein (BG-act. 14).

**6.3** Dr. med. B. \_\_\_ nannte im Bericht vom 9. März 2021 folgende Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit):

- Osteochondrose mit Fazettengelenksarthrose L3/4 und L5/6, M42.17, 03/2008
- Iliosakralgelenkfugensyndrom (ISG-Syndrom), M54.97, 03/2008
- Makroinstabilität mit Retrolisthese L3/4, M53.26, 03/2008
- Morbus Crohn des Dickdarms, K50.1, 2015
- St. n. Hüft-TP rechts, anamnestisch muskuläre Insuffizienz nach Intervention, T84.14, 03/2018 (12.03.2020: Revision Tractus iliotibialis, Reinsertion Ansatz Musculus gluteus medius rechts)
- Gonarthrose bds., rechts stärker, M17.4, 2008
- Hörverlust bds., lärminduziert, H83.3, 2009

Seit 2008 bestünden bis heute starke Rückenbeschwerden (bewegungsabhängig aber auch in Ruhe) und Hüftschmerzen. Zum ärztlichen Befund hielt er Folgendes fest: Absitzen/Aufstehen aus der Hocke schlecht möglich. Zehen- und Fersengang möglich. Hyposensibilität am rechten lateralen Unterschenkel und Oberschenkel. PSR seitengleich gut, ASR seitengleich gut auslösbar. LWS-Inklination ab 30° schmerzhaft, LWS-Reklination ab 5° schmerzhaft. LWS-Rotation weitgehend beschwerdefrei möglich. Lasègue ohne Befund. Aufgrund der Rückenstatik sei dem Patienten die LWS-Inklination und -Reklination nicht mehr zumutbar. Weiterhin sei das Heben von Objekten über 8 kg nicht mehr zumutbar. Die bisherige Tätigkeit als Sanitärinstallateur sei langfristig nicht mehr zumutbar. Aufgrund der Rückenstatik sei auch eine andere Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Speziell wechselbelastende Tätigkeiten würden nicht mehr in Frage kommen. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne nicht gerechnet werden (BG-act. 28).

**6.4** Dr. med. F. \_\_\_ konnte im Bericht vom 4. Februar 2022 die Fragen zur Arbeitsfähigkeit nicht beantworten. Sie empfehle für die Beurteilung das Hinzuziehen der jeweiligen Fachärzte (BG-act. 44). Dr. med. B. \_\_\_ hat dem Patienten gemäss Bericht vom 14. März 2022 eine minimalinvasive ISG-Fusion auf der rechten Seite empfohlen, da die Beschwerden in diesem Bereich nicht auf die konservativen Massnahmen angesprochen hätten (BG-act. 47). Zu diesen Berichten hielt Dr. G. \_\_\_ Regionalärztlicher Dienst (nachfolgend: RAD), in der Stellungnahme vom 3. Mai 2022 fest, internistisch bestehe keine Änderung des Funktionszustandes. Bezogen auf die chronische Rückenproblematik seien 2018 und 2019 jeweils nochmals eine OP erfolgt. Zusätzlich sei die Implantation einer Hüft-TEP 2018 mit Partialruptur M. glut medius erfolgt, die 2020 revidiert worden sei. Eine passagere Arbeitsunfähigkeit durch die OP bei der chronischen Rückenproblematik sei nachvollziehbar, allerdings gehe aus den Berichten ohne differenzierten Untersuchungsbefund und ohne beschriebene neurologische Ausfälle

*nicht hervor* (kursiv Gedrucktes ergänzt durch Schreibende), welche dauerhaften funktionellen Einschränkungen bestünden (BG-act. 50).

**6.5** Aufgrund dieser Stellungnahme wurde zunächst ein Bericht bei Dr. med. B. \_\_\_ eingeholt. Gemäss dessen Ausführungen im Operationsbericht vom 9. Mai 2022 (Spondylodese [Wirbelsäulenversteifung]: 06.05.2022; Hospitalisation: 06. - 08.05.2022) verliefen Spitalaufenthalt und Mobilisation problemlos. Der Cystofix werde während der Hospitalisation (akzidentell) entfernt; der Patient könne normal Wasser lösen. Sensorik und Motorik bei Austritt intakt. Übertritt nach Hause mit reizlosen Wundverhältnissen (BG-act. 51). Im daraufhin eingeholten Bericht vom 18. August 2022 hielt Prof. Dr. med. H. \_\_\_ fest, der Patient leide seit der Implantation der Hüft-TP rechts 2018 an einem springenden Tractus, welcher schmerzhaft sei. Eine Revisionsoperation 2019 habe keine wesentliche Beschwerdebesserung gebracht. Betreffend eines operativen Vorgehens seien sie sehr zurückhaltend eingestellt, da die Prognose sehr unsicher sei. Vorerst werde die konservative Therapie weiter ausgeschöpft und eine Infiltration Loco dolenti mit Kortison geplant. Anschliessend seien ihrerseits vorerst keine weiteren Kontrollen vorgesehen (BG-act. 55). RAD-Ärztin Dr. G. \_\_\_ äusserte sich zu diesen Berichten in ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 6. September 2022 folgendermassen: Eine limitierte Gehstrecke sei medizinisch plausibel. Es bestehe eine Kombination aus chronischen Rückenschmerzen bei mehreren Voroperationen und einem Residualzustand an der Hüfte rechts. Manifeste neurologische Ausfälle seien nicht beschrieben, so dass in einer optimal angepassten Tätigkeit überwiegend sitzend / gelegentlich stehend gehend ohne längere Laufbelastung, unter Berücksichtigung der Rückenergonomie und ohne längere Zwangshaltungen weiter eine 50-prozentige Arbeitsfähigkeit angenommen werden könne (AUF [Arbeitsunfähigkeit] 100% 8 - 10 Wochen postoperativ; BG-act. 56).

**6.6** Gestützt auf diese RAD-Stellungnahme stellte die Beschwerdegegnerin mit Vorbescheid vom 8. September 2022 die Abweisung des Erhöhungsgesuches in Aussicht. Mit dem dagegen erhobenen Einwand reichte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin einen Bericht von Dr. med. B. \_\_\_ vom 20. September 2022 ein. Dieser hielt zur neurologischen Untersuchung fest, dorsal rechtsseitig finde sich eine leichtgradige Schwellung über dem rechten ISG. Die seitliche Wunde sei vollständig verheilt, Motorik und Sensorik seien intakt. Die Wunden seien reizlos, direkte Druckdolenz im Bereich des rechtsseitigen ISG, Lasègue unauffällig. Zur Computertomografie von LWS und Becken (vom 07.09.2022, Spital Z. \_\_\_) schrieb er, eine erste Knochenbrücke zwischen Sacrum und Becken habe sich gebildet. Die Knochenheilung sei noch unvollständig. Die mittlere der drei Schrauben greife fast nicht, sie sei in einer Knochenbucht platziert, könnte allenfalls verlängert werden. Die vollständige Heilung sollte etwa sechs Monate nach dem Eingriff eingetreten sein, entsprechend im November 2022. Der Versicherte habe über Jahre in seinem Beruf gearbeitet, wobei es zu Rückenschmerzen gekommen sei,

welche zu einer 61-prozentigen IV-Rente geführt hätten. Aktuell liege eine Verschlechterung der Statik im Bereich des Rückens vor: Die Mobilität des Rückens sei weiter eingeschränkt gegenüber 2013. Die bisherige Tätigkeit als Sanitärinstallateur sei nicht mehr zumutbar (100% AUF). Aufgrund der Einschränkungen in der Beweglichkeit der LWS bestehe auch in einer angepassten Tätigkeit eine starke Einschränkung. Aufgrund der aktuellen Situation sei von einer Restarbeitsfähigkeit von 10 bis 20 Prozent in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (BG-act. 63 S. 7 - 9).

**6.7** Am 21. November 2022 berichtete Dr. med. B.\_\_\_\_, die Beschwerden im Bereich des lumbosakralen Überganges hätten langsam zugenommen, speziell im medialen Bereich. Auffällig sei weiterhin, dass auch median im Bereich der Fazettengelenke und des oberen Sakrums Schmerzen vorhanden seien. Bei der neurologischen Untersuchung finde sich eine deutliche Druckdolenz im Bereich beider ISG. Auf beiden Seiten seien vier von fünf ISG-Testungen auffällig. Motorik und Sensorik seien intakt, der Lasègue unauffällig. Auch sechs Monate nach der Operation sei es zu keiner vollständigen ossären Heilung im Bereich des rechtsseitigen ISG gekommen. Es sei wahrscheinlich, dass die mittlere ISG-Schraube nicht optimal wirke, da sie in einer Knochenbucht liege, was die Fehlheilung möglicherweise erkläre. Zusätzlich bestünden progrediente Beschwerden im Bereich des linken ISG und im Bereich der Fazettengelenke L5/S1. Bei hohem Leidensdruck und radiologisch ausbleibender Heilung habe er dem Patienten eine lumbale Revisionsoperation empfohlen (BG-act. 66).

**6.8** RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 3. Januar 2023 fest, bei bekanntem chronischem Schmerzsyndrom der LWS nach mehreren Voroperationen werde eine erneute Zunahme der Schmerzen angegeben, ohne Hinweis auf neurologische Ausfälle oder Schmerzausstrahlung in die Beine. Die ISG-Stabilisierung rechts vom 6. Mai 2022 habe keine Verbesserung gebracht, gleichzeitig werde jetzt eine erneute OP zur Revision der LWS und linksseitigen ISG-Stabilisierung geplant. Ein stabiler Zustand sei damit derzeit nicht erreicht. Die RAD-Ärztin bat um einen Verlaufsbericht circa drei bis vier Monate nach der geplanten Operation (BG-act. 72).

**6.9** Dr. med. B.\_\_\_\_ beschrieb im Bericht vom 13. Februar 2023 unverändert starke Schmerzen im Bereich des lumbosakralen Überganges, welche in der Intensität sogar noch zugenommen hätten. Im Bereich beider ISG finde sich eine deutliche Druckdolenz, auf beiden Seiten seien vier von fünf ISG-Testungen auffällig. Motorik und Sensorik seien intakt, der Lasègue unauffällig. Beim Patienten finde sich eine Übergangsanomalie mit einer 6-gliedrigen LWS und einer Castellvi Typ 2b-Malformation auf der rechten Seite. Dadurch komme es zu einer Überlastung beider ISG und auch der zusätzlichen Bandscheibe L5/6, dies speziell nach der Voroperation L4/5. Die minimalinvasive ISG-Stabilisierung auf der rechten Seite habe bis heute zu keiner Verbesserung der Symptomatik geführt, was darauf zurückzuführen sei, dass keine ossäre Heilung eingetreten sei. Auch andere konservative Massnahmen wie ein Korsett und knochenfördernde Substanzen hätten die Beschwerden nicht lindern können.

Aufgrund der progredienten Beschwerden habe er dem Patienten eine Revisionsoperation empfohlen, dieser sei mit dem Vorgehen einverstanden. Der Eingriff sei am 31. März 2023 geplant (BG-act. 73).

**6.10** Dem Operationsbericht vom 3. April 2023 (OP: 31.03.2023, Hospitalisation: 31.03. - 03.04.2023) von Dr. med. B.\_\_\_\_ lässt sich entnehmen, dass direkt nach der Operation eine gute Motorik beider Beine vorgelegen habe. Die wegen der über Nacht durchgeführten Beinkompression am Morgen gezeigte leichte Parese und die Sensibilitätsstörung hätten sich bis Austritt weitgehend erholt. Übertritt nach Hause mit reizlosen Wundverhältnissen. Die Nachkontrolle sei nach sechs Wochen mit Röntgenbild der LWS a.p./lateral vorgesehen (BG-act. 76 S. 5 - 7).

**6.11** Dr. med. I.\_\_\_\_ hielt im Bericht zu den Funktionsaufnahmen der LWS vom 14. April 2023 folgende Befunde fest: Bezüglich LWS (letzte Vergleichsuntersuchung CT vom 07.09.2022) bekannte lumbosakrale Übergangsanomalie; zwischenzeitlich Verlängerung der dorsalen Spondylodese auf den ersten SWK, Material fest und intakt; keine progredienten degenerativen Veränderungen im supra-fusio-nierten Anschlusssegment, in Reklination und Inklination keine Instabilitätszeichen. Bezüglich Becken vorbestehend mehrere Schrauben im rechten ISG, fortgeschrittene degenerative Veränderungen am rechten ISG, Status nach Hüft-TEP rechts und zwei Knochenanker im Trochanter major. Gemäss seiner Beurteilung bestehen keine Instabilitätszeichen (BG-act. 76 S. 8 f.).

**6.12** Dr. med. B.\_\_\_\_ hielt im Bericht über die neurologische Sprechstunde vom 8. Mai 2023 fest, Motorik und Sensorik seien unauffällig, ebenso die Wunden (keine Rötung oder Schwellung). Er führte weiter aus, es sei in der heutigen Nachkontrolle zu einer langsamen Zunahme der Beschwerden gekommen. Er hätte dem Patienten dafür eine MRI-Untersuchung der LWS empfohlen. Differenzialdiagnostisch könnte es zu einer Streuung der beiden grossen Abszesse im Bereich des Gesässes gekommen sein (anamnestisch seien beide Abszesse fast so gross wie 2 Tennisbälle). Aufgrund des bei frisch platzierten Schrauben bestehenden erhöhten Risikos, dass zirkulierende Bakterien zu einem Implantat-assoziierten Infekt führten, habe er prophylaktisch Co-Amoxi (1g 3x pro) Tag verordnet (BG-act. 76 S. 2 - 4).

**6.13** Dr. med. J.\_\_\_\_ beschrieb in seiner Beurteilung vom 22. Mai 2023 des MRI-LWS (vom 19.05.2023) postoperative Veränderungen entlang der LWS, darunter KM-aufnehmende subkutane Veränderungen dorsal median, in erster Linie Granulationsgewebe/Narbgewebe. Kleines a.e. serom subkutan dorsal auf Höhe LWK2-3. Keine randständig enhancende, abgekapselte primär abszessverdächtige Flüssigkeitskolektion (BG-act. 79).

**6.14** Am 22. Mai 2023 berichtete Dr. med. B.\_\_\_\_, anamnestisch hätten sich die Beschwerden im Bereich des ISG stabilisiert. Eine eindeutige Abnahme sei noch nicht eingetreten. Die beiden Wunden im Bereich des Gesässes hätten sich langsam verbessert. Motorik und Sensorik seien unauffällig. Gemäss Bildgebung bestünden keine eindeutigen Hinweise für einen tiefen Infekt, es sei keine

Wurzelkompression ersichtlich. Er habe dem Patienten empfohlen, die Antibiose mit Amoxi insgesamt drei Wochen durchzuführen; dies speziell, da die beiden glutealen Wunden nach Abszessentfernung weiter offen seien. Physiotherapie sei seines Erachtens aktuell fakultativ, er habe dem Patienten zu regelmässigem Gehen geraten. Dieser plane eine 6-wöchige Reise im Juni bis Mitte Juli in Italien. Vorgesehen sei eine Nachkontrolle in seiner Sprechstunde danach (BG-act. 78).

**6.15** RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ gab in der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 13. Juni 2023 folgende Beurteilung ab: im Bereich des ISG gute Stabilisierung durch die stattgehabte Intervention. Der durch die Re-Spondylodese an der LWS am 31. März 2023 mit Verlängerung L4-S1 postoperativ entstandene Glutealabszess sei am 20. April 2023 im Spital Z.\_\_\_\_ entlastet worden. Seither sei die Wundheilung verzögert, aber unter antibiotischer Behandlung gebessert. Klinisch bestünden keine Hinweise auf motorische oder sensible Auffälligkeiten, aktuell noch antibiotische Behandlung drei Wochen und Wundbehandlung bis circa Mitte Juni 2023. Radiologisch bestehe eine korrekte Stellung des Osteosynthesematerials und kein Hinweis auf Lockerung (MRT vom 22.05.2023), kein Hinweis auf einen tiefergehenden Infekt oder eine Wurzelkompression. Von 31. März 2023 bis Mitte Juni 2023 sei eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Ab Mitte Juni 2023 sei der Vorzustand funktionell wieder erreicht. Die RAD-Ärztin geht von einer 50-prozentigen Arbeitsfähigkeit aus in leichter körperlicher Tätigkeit in Wechselbelastung überwiegend stehend/gehend teilweise sitzend ohne Rückenbelastung (BG-act. 80).

**6.16** Im Bericht vom 8. September 2023 stellte Dr. med. B.\_\_\_\_ unter anderem die Diagnose:

- persistierende bewegungsabhängige Lumbalgie, M54.97
  - bei rechtsseitigem Beckenschiefstand, M21.85
  - bei Bertolotti-Syndrom, Q87.5 bei kongenitaler lumbosakraler Übergangsanomalie Castellvi Typ 2a rechts
  - bei Fazettengelenksarthrose der LWS, M42.17
  - bei Osteochondrose der LWS, M42.16
  - bei Flachrücken M40.37
- 31.03.2023: transpedikuläre Spondylodese L4-L5-L6-S1 mit linksseitigem TLIF L4/5 (Nexon Silony Verticale/SpyneArt Juliet)
  - bei beidseitigem ISG-Syndrom
  - bei rechtsseitiger Non-Union Sacrum-iliium
  - bei Facettensyndrom L5/6
  - mehrere ISG-Infiltrationen, die jeweils kurzfristig wirksam waren
  - bei Übergangsanomalie mit 6-gliedriger LWS und Überlastung beider ISG, nach Spondylodese L5/S1
- 20.04.2023: Abszessabdeckung bds. gluteal

Anamnestisch fänden sich beim Patienten nach wie vor starke rechtsbetonte Beschwerden im lumbosakralen Übergang; auftretend nach etwa: 10 Minuten aufrecht Stehen, 5 Minuten Gehen,

15 Minuten Sitzen; beidseitig rechtsbetont gluteal ausstrahlend. Eine Lumboischialgie und Lumbofemoralgie liege nicht vor. Zur Bildgebung äusserte er sich folgendermassen: Röntgen der LWS a.p. lateral vom 08.05.2023: korrekte Lage des Osteosynthesematerials, keine Hinweise für Lockerung; MRI der LWS 05/2023, Spital Z.\_\_\_\_: keine eindeutigen Hinweise für einen tiefen Infekt, keine Wurzelkompression ersichtlich; SPECT CT der LWS und des Beckens vom 28.08.2023, Kantonsspital Y.\_\_\_\_: deutliche Kontrastmittelanreicherung im Bandscheibenfach L4/5, im Bereich der Schrauben S1 auf beiden Seiten und auch im Bereich des rechtsseitigen ISG. Beim Patienten finde sich eine kongenitale sakrale Übergangsanomalie mit 6 Lendenwirbeln. Es sei dabei zu einer Überlastung der Iliosakralgelenke gekommen. In dieser Situation sei eine normale Tätigkeit langfristig nicht mehr denkbar, da die Mobilität der LWS wegen der kongenitalen Anomalie und der postoperativen LWS-Sacrum-Fixation stark eingeschränkt sei. Aufgrund der unvollständigen Knochenheilung, die nun (mit der neuen SPECT-CT-Untersuchung) gut dokumentiert sei, bestehe eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit. Vorgesehen seien klinische und radiologische Verlaufskontrollen neun und zwölf Monate nach der Operation. Aufgrund der aktuellen Daten sei von einem Heilungsverlauf von mindestens zwölf Monaten auszugehen. Die Einschätzung einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50 Prozent per 10. Juli 2023 sei vor dem Hintergrund der aktuellen klinischen und radiologischen Untersuchung nicht haltbar. Es fänden sich radiologisch an fünf Stellen noch aktive Entzündungen. Klinisch habe sich ebenfalls eine Verschlechterung eingestellt, weshalb im Moment eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit bestehe. Die Arbeitsfähigkeit sei durch die Beschwerdegegnerin zu früh eingeschätzt worden. Beim Patienten finde sich seit 2013 eine langsame, aber seit 2022 eine schnellere Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welche wesentlich auf die beim Patienten vorliegende kongenitale Anomalie zurückzuführen sei. Es sollte darum mindestens ein Heilungsverlauf von zwölf Monaten abgewartet werden, bevor eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolge. Mit der im März 2023 erfolgten Operation sei von einer Verbesserung der Beschwerden im Alltag auszugehen. Mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit im normalen Arbeitsmarkt könne allerdings nicht mehr gerechnet werden (Beschwerde-Beilage 4).

**6.17** Der Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 26. März 2024 deckt sich weitgehend mit demjenigen vom 8. September 2023. Der Arzt hielt ergänzend fest, wegen der beim Patienten vorliegenden schwierigen ungünstigen Statik aufgrund einer angeborenen Übergangsanomalie hätten mehrere Korrekturoperationen durchgeführt werden müssen. Insgesamt bestehe eine deutlich eingeschränkte Mobilität der LWS. Die aktuell durchgeführte MRI-Untersuchung und Röntgenuntersuchung vom März 2024 zeige keine neue Pathologie. Aufgrund dessen sei ein Endzustand erreicht. Es sei langfristig von keiner weiteren Verbesserung auszugehen. Die Arbeitsunfähigkeit bezifferte er unverändert mit 100 Prozent (Eingabe Beschwerdeführer vom 28.03.2024).

**6.18** Am 13. August 2024 berichtete Dr. med. B.\_\_\_\_ weiterhin von einer ungünstigen Statik sowie einer eingeschränkten Beweglichkeit nach mehreren Rückenoperationen, welche zu einer 100-prozentigen Arbeitsunfähigkeit führen würden. Ebenso bestätigte er das Vorliegen eines Endzustandes und dass weitere Therapien die Beschwerden nicht verbessern können (Eingabe Beschwerdeführer vom 16.08.2024).

## **7.**

**7.1** In der angefochtenen Verfügung anerkannte die Beschwerdegegnerin eine vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der erneuten Operation vom 31. März 2023 und eine leichte Verzögerung des postoperativen Verlaufs. Da Mitte Juni 2023 aus versicherungsmedizinischer Sicht der funktionelle Vorzustand wieder erreicht sei und klinisch keine Hinweise auf motorische oder sensible Auffälligkeiten bestünden, habe keine dauerhafte rentenrelevante Einschränkung bestanden. Die funktionelle Leistungsfähigkeit liege unverändert bei 50 Prozent in einer körperlich leichten Arbeit mit der Möglichkeit der Wechselbelastung sowie ohne Arbeiten in Zwangshaltungen. Gestützt auf ein Valideneinkommen von CHF 76'161 und ein Invalideneinkommen von CHF 29'398 errechnete die Beschwerdegegnerin eine Erwerbseinbusse von CHF 46'763 (= 76'161 - 29'398) bzw. einen Invaliditätsgrad von 61 Prozent (= 46'763 / 76'161 \* 100).

**7.2** Der Beschwerdeführer macht mit Beschwerde vom 11. September 2023 geltend, der Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 20. September 2022 habe neue medizinische Erkenntnisse enthalten. Konkret sei ausgeführt worden, dass eine Verschlechterung der Statik im Bereich des Rückens vorliege und dass die Mobilität des Rückens weiter eingeschränkt sei als noch 2013. Aufgrund der Einschränkungen in der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule bestehe gemäss Bericht auch in einer angepassten Tätigkeit eine starke Einschränkung bzw. sei nur mehr von einer Restarbeitsfähigkeit von 10 bis 20 Prozent auszugehen. Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, weil er auch mehrere Monate nach dem operativen Eingriff vom 6. Mai 2022 trotz (konservativer) Therapie weiterhin erhebliche Beschwerden und Schmerzen gehabt habe, sei am 31. März 2023 eine achte Rückenoperation erfolgt. Da es auch nach dieser Operation zu Komplikationen gekommen sei, habe Dr. med. B.\_\_\_\_ ihm am 8. Mai 2023 eine MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule empfohlen und am 22. Mai 2023 (nach erfolgter Untersuchung) eine Nachkontrolle für die Zeit nach Mitte Juli 2023 vereinbart, zumal die Beschwerden im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule und im Operationsgebiet weiterhin unverändert gewesen seien. Obwohl somit die Nachkontrolle des operativen Eingriffs vom 31. März 2023 noch nicht abgeschlossen gewesen sei, habe der RAD befunden, dass der Vorzustand funktionell wieder erreicht sei, woraufhin die Beschwerdegegnerin die nunmehr angefochtene Verfügung erlassen habe. Die Beschwerdegegnerin habe ihren Entscheid zu einem Zeitpunkt getroffen, in dem seine postoperative Behandlung noch nicht abgeschlossen gewesen sei, was ihr hätte bekannt sein müssen. Dies führe nun dazu, dass die damals

ohne abschliessende Kenntnisse der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers ergangene Einschätzung der aktuellen Situation diametral zuwiderlaufe; so ausdrücklich Dr. med. B. \_\_\_ in seinem Schreiben vom 8. September 2023. Indem die Beschwerdegegnerin die postoperative Nachkontrolle nicht abgewartet habe, sei sie entsprechenden Hinweisen bewusst nicht nachgegangen, obwohl Anlass dazu bestanden hätte. Damit habe sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Diesen habe sie im Weiteren auch verletzt, indem sie sich einseitig auf die Einschätzung von Dr. G. \_\_\_ gestützt und insbesondere den Folgerungen von Dr. med. B. \_\_\_ vom 20. September 2022 betreffend die Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit keine Beachtung geschenkt habe, zumal Dr. G. \_\_\_ – anders als Dr. med. B. \_\_\_ – mit Bezug auf die Lendenwirbelsäule keine besondere fachliche Qualifikation aufweise. Hier wären weitere Abklärungen unabdingbar gewesen (BGer 8C\_474/2009 vom 07.01.2010 E. 8.5), was die fachmännischen und stringent begründeten Ausführungen von Dr. med. B. \_\_\_ in seinem Schreiben vom 8. September 2023 exemplarisch unter Beweis stellten. Die Verfügung vom 10. Juli 2023 sei in der Folge aufzuheben und die Sache zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, vorzugsweise mit der Direktive, frühestens nach Ablauf von 12 Monaten nach der Operation vom 31. März 2023 eine erneute Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (in einer angepassten Tätigkeit) im Vergleich zur damaligen gesundheitlichen Situation im Jahre 2013 vorzunehmen. Eventualiter ersuche er, falls das Obergericht dies für notwendig halte – wie bereits von Dr. med. F. \_\_\_ am 4. Februar 2022 festgehalten – die Rückweisung mit der Anordnung eines Gerichtsgutachtens zu verbinden.

**7.3** Die Beschwerdegegnerin bringt in ihrer Eingabe vom 19. Oktober 2023 vor, für sie und den RAD sei massgebend, dass am 8. Mai 2023 – das heisst fünf Wochen nach erfolgter Rückenoperation – Motorik und Sensorik beim Versicherten gemäss den Feststellungen Dr. med. B. \_\_\_ unauffällig gewesen seien. Die Funktionsaufnahme und das MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 14. April 2023 und 19. Mai 2023 hätten darüber hinaus keine Instabilitätszeichen ergeben und eine Wurzelkompression sei nicht ersichtlich gewesen (Berichte Kantonsspital Z. \_\_\_ vom 14.04.2023 und 22.05.2023). Die Aussage Dr. med. B. \_\_\_ in einem späteren Bericht "über die neurochirurgische telefonische Sprechstunde vom 8. September 2023", klinisch habe sich "ebenfalls eine Verschlechterung eingestellt", bleibe völlig unbegründet und werde insbesondere nicht mit neuen klinischen Befunden untermauert. Die im SPECT/CT festgestellten Entzündungen, die bestimmt und erst recht schon fünf Wochen nach der Rückenoperation hätten vorgelegen haben müssen, würden sich auf Motorik und Sensorik per se nicht auswirken (hätten sich schon fünf Wochen nach der Operation nicht ausgewirkt). Mit ihnen lasse sich eine höhere Arbeitsunfähigkeit nicht begründen.

## **8.**

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger die Begehren zu prüfen, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Der Grundsatz

der Rechtsanwendung von Amtes wegen steht in einem engen Zusammenhang mit dem Untersuchungsprinzip. Nach dem Untersuchungsgrundsatz hat die Behörde den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein. Sie hat deshalb aus eigener Initiative vorzugehen und darf Parteivorbringen nicht mit der Begründung abtun, diese seien nicht belegt worden. Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, N 13 ff. zu Art. 43). Die Beweiserhebung kann abgeschlossen werden, wenn feststeht, dass im Rahmen der Beweiswürdigung ein Beweisgrad erreicht ist, der die Beurteilung der massgebenden Frage erlaubt. Deshalb dauert die Untersuchungspflicht so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (BGer 8C\_794/2016 vom 28.04.2017 E. 4.1), wobei im Sozialversicherungsrecht grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gilt (Ueli Kieser, a.a.O., N 52 f. zu Art. 43).

**8.1** Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin die Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. G. \_\_\_ übernommen. Diese kam in ihrer Stellungnahme vom 13. Juni 2023 (gestützt auf die Berichte vom 14.04., 08.05. und 22.05.2023) zum Schluss, dass (nach einer operationsbedingten vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit) ab Mitte Juni 2023 der Vorzustand funktionell wieder erreicht sei und in leichter körperlicher Tätigkeit in Wechselbelastung, überwiegend stehend/gehend, teilweise sitzend, ohne Rückenbelastung (weiterhin) eine 50-prozentige Arbeitsfähigkeit bestehe (E. 6.11 bis 6.15).

**8.2** Dr. med. B. \_\_\_ hat am 22. Mai 2023 zwar über stabilisierte Beschwerden berichtet, jedoch war gemäss seinen Ausführungen auch keine eindeutige Abnahme eingetreten. Zudem hat er dem Patienten eine antibiotische Behandlung sowie Wundbehandlung bis circa Mitte Juni 2023 empfohlen, da die beiden glutealen Wunden nach Abszessentfernung weiter offen seien. Eine Nachkontrolle hatte er nach der vom Beschwerdeführer geplanten Italienreise vorgesehen (E. 6.14). Sodann berichtete Dr. med. J. \_\_\_ von postoperativen Veränderungen entlang der LWS (E. 6.13).

**8.3** Im Zeitpunkt der genannten Berichte war demnach der Heilungsprozess noch nicht abgeschlossen. Selbst wenn der Vorzustand bis zum Erlass der Verfügung hätte erreicht worden sein können, durfte die Beschwerdegegnerin in diesem Zeitpunkt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen. Konnte sie sich doch auf keinen echtzeitlichen Bericht (mit eigener Untersuchung) abstützen. Hätte sie demgegenüber – wie von der RAD-Ärztin ursprünglich (siehe E. 6.8) vorgeschlagen – drei bis vier Monate nach der OP bei Dr. med. B. \_\_\_ einen Verlaufsbericht eingeholt, hätte dieser sicher den Abschluss des Heilungsprozesses ebenso verneint wie im nachmaligen Bericht vom 8. September 2023 (siehe E. 6.16).

## **9.**

Bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die im Wesentlichen oder

ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen (Art. 49 Abs. 1 IVV; vergleiche E. 5.3), sind strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4).

**9.1** Geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Berichten können rechtsprechungsgemäss namentlich mit – nachvollziehbar begründeten – Stellungnahmen anderer medizinischer Fachpersonen geweckt werden (vergleiche BGer 8C\_399/2020 vom 28.09.2020 E. 5 mit weiteren Hinweisen). Es würde einen Verstoss gegen Bundesrecht bedeuten, die Eignung der Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zur Weckung derartiger Zweifel von letztlich unerfüllbaren Anforderungen abhängig zu machen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt deshalb der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Ebenfalls kann nicht bloss darauf verwiesen werden, diese Berichte erfüllten die Anforderungen an Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a nicht oder nur unvollständig. Damit die versicherte Person eine vernünftige Chance hat, ihre Sache dem Gericht zu unterbreiten, ohne gegenüber dem Versicherungsträger klar benachteiligt zu sein, darf bei Bestand solcher Zweifel nicht aufgrund der von der versicherten Person aufgelegten Berichte einerseits und den versicherungsinternen medizinischen Berichten andererseits eine abschliessende Beweiswürdigung vorgenommen werden. Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht vielmehr entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6; BGer 9C\_168/2020 vom 17.03.2021 E. 5.1).

**9.2** Solche geringen Zweifel werden mit den Berichten von Dr. med. B.\_\_\_\_ geweckt. Dieser ging schon im März 2021 davon aus, dass sich keine Arbeitsfähigkeit mehr erreichen lasse – was er in den Berichten vom 8. September 2023 und 26. März 2024 bestätigte. Sodann hat sich gemäss seinen Ausführungen die Verschlechterung im Jahr 2022 noch beschleunigt (E. 6.3, 6.16 und 6.17). Ebenfalls zu berücksichtigen ist der zeitliche Aspekt (über 9½ Jahre zwischen Rentenzusprache und angefochtener Verfügung) und die dem 1976 geborenen Beschwerdeführer noch verbleibende Zeit im Erwerbsleben.

**9.3** Bei dieser Sachlage kann nicht auf einen den Facharztberichten widersprechenden RAD-Bericht, welcher ohne eigene Untersuchung erstattet wurde, abgestellt werden. Denn RAD-Berichte – in welchen RAD-Ärztinnen und -Ärzte die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht würdigen, ohne dass sie selber medizinische Befunde erheben – vermögen sich einzig dazu zu äussern, ob der einen oder

anderen ärztlichen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGer 9C\_839/2015 vom 02.05.2016 E. 3.3).

**9.4** Auf der anderen Seite kann die Sache auch nicht einzig auf die Berichte des behandelnden Facharztes Dr. med. B.\_\_\_\_ beurteilt werden, da sich diese nicht in einer den Beweiswertanforderungen genügenden Weise zum Beweisthema "erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts" äussern. Insbesondere fehlen Ausführungen dazu, welcher Art die zusätzlichen Einschränkungen sind, beziehungsweise inwiefern sich diese auf die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auswirken (vergleiche E. 5.3 f.).

## **10.**

Im Sozialversicherungsprozess tragen die Parteien in der Regel eine Beweislast insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6).

**10.1** Indem die Beschwerdegegnerin unter den gegebenen Umständen auf ergänzende Abklärungen verzichtete und das Revisionsgesuch einzig gestützt auf den (von der fachärztlichen Einschätzung abweichenden) RAD-Bericht abwies, hat sie die Abklärungspflicht und die bundesrechtlichen Vorgaben an den Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Berichte verletzt.

**10.2** Für die Beurteilung der Rentenrevision sind weitere medizinische Abklärungen notwendig; namentlich ist ein externes Gutachten einzuholen, welches sich insbesondere auch zur Entwicklung des Gesundheitszustandes im zeitlichen Verlauf äussert.

**11.** Es ist in erster Linie Aufgabe des Versicherungsträgers, von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen, um den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig festzustellen (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Die Sache ist deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese eine externe Begutachtung des Beschwerdeführers veranlasse und anschliessend über das Revisionsgesuch neu entscheide. In diesem Sinne ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde gutzuheissen.

## **12.**

Die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zu neuer Abklärung und anschliessend neuer Verfügung mit noch offenem Ausgang gilt für die Frage der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 210 E. 7.1), unabhängig davon, ob sie überhaupt beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (BGer 9C\_334/2019 vom 06.09.2019 E. 6).

**12.1** Die Gerichtsgebühr (inklusive Schreibgebühren; Art. 32 Abs. 2 VRPV, Art. 25 Abs. 1 Reglement über die Gebühren und Entschädigungen vor Gerichtsbehörden [Gerichtsgebührenreglement, GGebR, RB 2.3232]) ist auf CHF 900.00 festzusetzen (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Sie ist zuzüglich Barauslagen (pauschal; Art. 25 Abs. 2 GGebR) der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Art. 61 ATSG i.V.m. Art. 34 Abs. 1 lit. b VRPV).

**12.2** Dem Beschwerdeführer ist für das Verfahren vor Obergericht entsprechend dem Verfahrensausgang eine Parteientschädigung (inklusive Mehrwertsteuer) von CHF 2'750.00 (Art. 61 lit. g ATSG, Art. 18 Abs. 1 und 2, Art. 19 Abs. 1 und Art. 27 Abs. 2 lit. c Verordnung über die Gebühren und Entschädigungen vor Gerichtsbehörden [Gerichtsgebührenverordnung, GGebV, RB 2.3231] i.V.m. Art. 32 Abs. 1 GGebR) zulasten der Beschwerdegegnerin (Art. 37 Abs. 3 VRPV) zuzusprechen.

**Das Obergericht erkennt:**

1. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird gutgeheissen. Die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese weitere Abklärungen im Sinne der Erwägungen tätige und anschliessend neu verfüge.

2. Die Verfahrenskosten, bestehend aus

CHF	900.00	Gerichtsgebühr
CHF	30.00	Barauslagen (pauschal)
<hr/>		
CHF	930.00	Total,
<hr/> <hr/>		

werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 2'750.00 zu entrichten.

4. Eröffnung:

- Beschwerdeführer
- Beschwerdegegnerin
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Altdorf, 23. August 2024

**OBERGERICHT DES KANTONS URI**

**Verwaltungsrechtliche Abteilung**

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Agnes H. Planzer Stüssi

Claudia Schlüssel

### **Rechtsmittelbelehrung**

Gegen diesen Entscheid kann Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Beschwerde ist innert **30 Tagen** nach der Eröffnung der vollständigen Ausfertigung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in der in Art. 42 Bundesgesetz über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz [BGG, SR 173.110]) vorgeschriebenen Weise schriftlich einzureichen. Die Beschwerdelegitimation und die zulässigen Beschwerdegründe richten sich nach den massgeblichen Bestimmungen des BGG.

Versand: