



Fall-Nr.: IV 2010/312
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 18.06.2020
Entscheiddatum: 18.09.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 18.09.2012

Art. 28 Abs. 2 IVG, Art. 17 Abs. 1 ATSG. Rentenrevision. MEDAS-Gutachten beweiskräftig. Auf Grund der qualitativen Verschlechterung der adaptierten Arbeitsfähigkeit entsteht unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn von 20% ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. September 2012, IV 2010/312).

Entscheid Versicherungsgericht, 18.09.2012

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterin Marie Löhner, a.o.
Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 18. September 2012

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Andreas Fäh, Oberer Graben 26, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rentenrevision (Erhöhung)

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ bis Ende Februar 1994 als Küchenhilfe in einem Restaurant tätig (act. G 6.1/6-1), meldete sich im Juni 1994 zum Bezug von IV-Leistungen (Umschulung, Arbeitsvermittlung) an (act. G 6.1/1). Dr. med. B.____ berichtete am 17. Juni 1994, die Versicherte leide an einem Status nach operativer Revision des linken Handgelenks nach Distorsionstrauma, an einem Status nach plastischer Deckung des Decollements am linken Handrücken sowie an einer neurotischen Persönlichkeitsstörung. Die Versicherte klagt v.a. über Schmerzen im linken Arm. Seit März 1994 stehe sie deswegen in psychiatrischer Behandlung. Für die psychische Stabilität wäre eine Arbeitstherapie sehr wichtig. Die Versicherte sei für jede leichtere Tätigkeit arbeitsfähig (act. G 6.1/3). Am 14. Oktober 1994 teilte die Chirurgie St. Leonhard mit, der Hauptgrund für die Beschwerden und für die "funktionelle" Amputation der linken Hand dürfte im psychischen und sozialen Umfeld zu suchen sein. Das durch die Narbenbildung am linken Ellbogen ausgelöste Extensionsdefizit falle funktionell nicht ins Gewicht. Das Vollhauttransplantat am linken Handrücken sei reizlos eingeeilt. Es bestehe ein neuromartiger Schmerz zum Zeigefinger. Um die deutlich verbesserte Beweglichkeit der Hand zu erhalten und die Kraftentwicklung zu stützen, sei eine Handtherapie erforderlich. Von Seiten der Hand betrage die Arbeitsfähigkeit 50% (leichte Arbeit ganztags; act. G 6.1/8-1f.).

A.b Im März 1996 unterzog sich die Versicherte einer MEDAS-Abklärung. Gemäss dem Gutachten der MEDAS vom 26. April 1996 gab die Versicherte an, sie habe grosse Schmerzen an der linken Hand, an den Fingern und der Ellbeuge. Die MEDAS kam zu folgender Diagnose: Brachialgie links bei Status nach Pronationstrauma des linken Handgelenks am 27. Juni 1993 ohne nachweisbare Frakturen, Status nach Vollhautplastik am Handrücken links wegen Nekrose am 28. Januar 1994 und depressive Entwicklung bei einer lebensgeschichtlich frustrierten, neurotisierten, durch intellektuelle Minderbegabung vermindert belastungsfähigen Persönlichkeit. Die Versicherte habe die linke Hand als nicht funktionsfähig präsentiert, jede Bewegung



ängstlich vermeidend. Nach der Hauttransplantation habe sie Schmerzen gelitten, was sie zur völligen Ruhigstellung veranlasst habe. Das habe im weiteren Verlauf naturgemäss zu einer Funktionseinbusse geführt. Die immer noch bestehende Schmerzproblematik lasse sich nicht erklären. Erstaunlicherweise seien am linken Arm keine Muskelatrophien aufgetreten (act. G 6.1/26-1ff.). Dr. med. C.____ hatte am 28. März 1996 als psychiatrischer Konsiliarius berichtet, die Versicherte leide gegenwärtig an einer multifaktoriell verursachten Depression. Bei diesem psychischen Zustand handle es sich um ein labiles pathologisches Geschehen mit Zeitabschnitten von auch subjektiv erlebten Besserungen, die sich auch auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Aus psychischen Gründen liege die Arbeitsfähigkeit bei 50%. Die Abklärung in der HPV-Werkstätte habe eine sehr tiefe Arbeitsfähigkeit ergeben. Der Grund dürfte u.a. auch darin liegen, dass die Versicherte psychologisch zu wenig vorbereitet worden sei und deshalb die Bedeutung ihrer Mitarbeit nicht verstanden habe. Das tiefe Leistungsniveau lasse sich nicht ausschliesslich mit der Krankheit begründen (act. G 6.1/26-20f.). Die MEDAS schätzte die Arbeitsfähigkeit der Versicherten für vorwiegend einhändig auszuführende Arbeiten unter Berücksichtigung der psychischen und der somatischen Befunde auf 50% (act. G 6.1/26-14).

A.c Am 28. August 1997 sprach die IV-Stelle der Versicherten rückwirkend ab 1. Juli 1994 eine halbe Rente gestützt auf einen IV-Grad von 50% zu (act. G 6.1/46). Dagegen liess die Versicherte unter Beilage von Arztberichten Rekurs erheben und gleichzeitig ein Wiedererwägungs-/Revisionsgesuch stellen (act. G 6.1/47). Am 3. Oktober 1997 hob die IV-Stelle die Rentenverfügung auf und kündigte weitere Abklärungen an (act. G 6.1/51). In der Folge schrieb der Abteilungspräsident des Versicherungsgerichts am 10. November 1997 das Verfahren als gegenstandslos ab (act. G 6.1/54).

A.d Die Klinik für orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen berichtete am 19. Januar 1998, sie habe bei der Prüfung der aktiven Beweglichkeit der Versicherten einen stark eingeschränkten Bewegungsumfang des linken Schultergelenks, des linken Ellbogengelenks, des linken Handgelenks sowie der ganzen linken Hand festgestellt. Bei der passiven Beweglichkeitsprüfung seien beide Ellbogen und beide Hände aber gleich gewesen. Am linken Arm seien keine Narbenkontrakturen vorhanden, welche die Beweglichkeit eingeschränkt hätten. Die Umfangmasse der Oberarme, der Unterarme und der Handgelenke seien identisch. Dies stehe im Widerspruch zur angeblich



vorhandenen Funktions- und Gebrauchsunfähigkeit des linken Arms, da dieser bei Nichtgebrauch eine muskulöse Atrophie hätte aufweisen müssen. Die Gutachter diagnostizierten deshalb eine funktionelle Gebrauchsunfähigkeit des linken Arms, besonders der linken Hand. Dieser Zustand habe sich seit der MEDAS-Abklärung nicht verändert (act. G 6.1/56). Auch der Psychiater Dr. C.____ führte im Bericht vom 27. Mai 1998 aus, der psychische Zustand der Versicherten habe sich seit der MEDAS-Abklärung nicht verändert. Die Versicherte stehe immer mit Abständen von drei bis vier Monaten in Behandlung bei Dr. med. D.____, welche mit ihr jedoch nur mittels eines Dolmetschers sprechen könne. Auf Grund des unveränderten Zustands halte er es für die Versicherte für zumutbar - trotz möglicher gelegentlicher Stimmungsschwankungen - halbtags oder mit reduziertem Arbeitstempo ganztags zu arbeiten (act. G 6.1/60).

A.e Mit Vorbescheid vom 24. Juni 1998 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, ab 1. Juli 1997 (korrekt: 1. Juli 1994, vgl. Urteil des Versicherungsgerichts vom 15. Februar 2001, IV 1998/223, E. 4) bestehe ein Anspruch auf eine halbe Rente. Die geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung seit der MEDAS-Abklärung sei nicht ausgewiesen (act. G 6.1/62). Trotz dagegen erhobenem Einwand (act. G 6.1/68) bestätigte die IV-Stelle mit Verfügung vom 26. August 1998 mit Wirkung ab Juli 1997 (korrekt: 1. Juli 1994) einen Anspruch auf eine halbe Rente (act. G 6.1/71). Den gegen diese Verfügung erhobenen Rekurs vom 22. September 1998 wies das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 15. Februar 2001 (IV 1998/223) ab (act. G 6.1/78).

A.f Anlässlich eines von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens hielt der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. E.____, im Verlaufsbericht vom 31. Oktober 2005 einen verschlechterten Gesundheitszustand fest. Er empfahl die Vornahme einer bidisziplinären Begutachtung (act. G 6.1/97). RAD-Arzt Dr. med. F.____ nahm am 3. Januar 2006 dahingehend Stellung, dass der Hausarzt keinen neuen medizinischen Sachverhalt beschreibe, welcher eine Begutachtung rechtfertigen würde. Vielmehr handle es sich um eine andere Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts (act. G 6.1/98). Gestützt darauf teilte die IV-Stelle der Versicherten am 5. Januar 2006 mit, es bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe Rente (act. G 6.1/100).



A.g Im Rahmen eines weiteren von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens (vgl. act. G 6.1/99-1) gab die Versicherte im Fragebogen für Revision der Invalidenrente am 27. Februar 2009 eine schleichende Verschlimmerung des Gesundheitszustands seit ca. zwei Jahren an (act. G 6.1/113). Gemäss Verlaufsbericht von Dr. med. G.____, Oberarzt des Psychiatrischen Zentrums I.____, vom 28. April 2009 war der Gesundheitszustand der Versicherten stationär bei rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig schwergradiger Episode (ICD-10: F33.2) mit 100%igem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seit Januar 2007 sowie einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) mit 100%igem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seit mehreren Jahren. Der genaue Zeitpunkt des Beginns sei nicht definierbar (act. G 6.1/121).

A.h Gegen die Mitteilung der IV-Stelle über die Ausrichtung einer unveränderten Invalidenrente vom 19. Mai 2009 verlangte die Versicherte eine beschwerdefähige Verfügung (act. G 6.1/122, 124 und 126).

A.i Im Bericht vom 5. November 2009 attestierte Dr. G.____ der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab Januar 2007 bis auf Weiteres. Die Versicherte werde mittel- bis langfristig (im Zeitraum von drei Jahren) voraussichtlich keine Arbeit von wirtschaftlichem Wert mehr verrichten können. Allein schon die körperliche Symptomatik bedinge eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Hinzu kämen noch die schwergradige depressive sowie die suizidale Symptomatik (act. G 6.1/135).

A.j Am 26. und 28. Oktober sowie 2. November 2009 wurde die Versicherte in der MEDAS Ostschweiz polydisziplinär untersucht. Die Experten diagnostizierten im Gutachten vom 10. Dezember 2009 mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine Brachialgie links bei Status nach Pronationstrauma des linken Handgelenks am 27. Juni 1993 mit Weichteilverletzung, bei Status nach Vollhautplastik am linken Handrücken wegen Nekrose am 28. Januar 1994 ohne Bewegungseinschränkung an der linken Hand, eine schwere bis sehr schwere COPD mit Dyspnoe II-III bei anhaltendem Nikotinabusus (aktenmässig erstmals dokumentiert 07/08 im Spital J.____) und eine mittelgradig depressive Störung mit somatischem Syndrom. Ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seien die Diagnosen einer Adipositas, einer medikamentös behandelten Hypertonie, anamnestischer Sprunggelenksschmerzen rechts (zurzeit symptomfrei, radiologisch unauffällig) sowie eines endgradigen



St.Galler Gerichte

Bewegungsschmerzes beider Schultergelenke bei freiem Bewegungsausmass, radiologisch bis auf eine kleine Verkalkung im Sehnenansatz links unauffällig. Sie schätzten die Arbeitsfähigkeit adaptiert auf 50% (act. G 6.1/16 und 18). Der RAD-Arzt Dr. med. H.____ befand das Gutachten mit Stellungnahme vom 15. Dezember 2009 für nachvollziehbar. Eine Verschlechterung sei pulmonologisch seit Sommer 2008 eingetreten, weshalb sich die Art der zumutbaren Tätigkeit geändert habe (act. G 6.1/137-2). Nach nochmaliger Aktendurchsicht empfahl Dr. H.____ sowohl bei der MEDAS als auch bei Dr. G.____ die Klärung zusätzlicher Fragen (act. G 6.1/139).

A.k Dr. G.____ nahm dazu am 29. Dezember 2009 Stellung. Er sah die Versicherte allein gestützt auf ihre psychiatrischen Beeinträchtigungen in einer adaptierten Tätigkeit lediglich zu 20% arbeitsfähig (act. G 6.1/142). Mit Schreiben vom 19. April 2010 äusserten sich die MEDAS-Gutachter auf die Fragen der IV-Stelle dahingehend, dass entgegen der anderslautenden Einschätzung von Dr. G.____ weiterhin an einer 50%igen Arbeitsfähigkeit adaptiert festgehalten werde (act. G 6.1/149). Dr. H.____ kam in seiner Beurteilung vom 7. Mai 2010 zum Schluss, die Ausführungen der MEDAS seien nachvollziehbarer und begründeter als jene des Psychiatrischen Zentrums I.____. Daher bestehe kein medizinischer Revisionsgrund (act. G 6.1/150).

A.l Im Vorbescheid vom 21. Mai 2010 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, das Rentenerhöhungsgesuch abzuweisen (act. G 6.1/153). Dem dagegen erhobenen Einwand vom 7. Juni 2010 kam die IV-Stelle mit Verfügung vom 2. Juli 2010 nicht nach. Gestützt auf ihre Abklärungen ermittelte sie weiterhin einen Invaliditätsgrad von 50% (act. G 6.1/154f.).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. A. Fäh, St. Gallen, für die Versicherte eingereichte Beschwerde vom 20. August 2010 mit dem Antrag, der Beschwerdeführerin unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Zudem sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung zu bewilligen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung machte der Rechtsvertreter im Wesentlichen geltend, dass der Sachverhalt lediglich gestützt auf die Beurteilung des



St.Galler Gerichte

MEDAS einseitig festgestellt worden sei. Er beantragte, beim Psychiatrischen Zentrum I.____ eine Stellungnahme zum MEDAS-Gutachten einzuholen. Zudem gehe aus dem MEDAS-Gutachten eine gewisse Voreingenommenheit hervor, da der Gutachter lediglich gestützt auf ein Zitat des mittlerweile mehr als zwölfjährigen älteren Gutachtens impliziere, die Beschwerdeführerin simuliere. Daher mangle es dem Gutachten an Objektivität. Demgegenüber überzeuge die Beurteilung des Psychiatrischen Zentrums I.____, welches die Beschwerdeführerin über längere Zeit stationär behandelt habe. Schliesslich resultiere bereits bei einer Arbeitsfähigkeit von 50% und unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn von 25% ein Invaliditätsgrad von 62.5%, weshalb mindestens ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente bestehe (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 30. September 2010 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 6).

B.c Mit Präsidialverfügung vom 26. Oktober 2010 wurde dem Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) entsprochen (act. G 8).

B.d Die Beschwerdeführerin verzichtete auf die Einreichung einer Replik (vgl. act. G 12).

Erwägungen:

1.

Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der ursprünglichen Rentenzusprache vom 26. August 1998 rentenrelevant verschlechtert hat bzw. ob seit der letzten rechtskräftigen Bestätigung der halben Rente in der in Rechtskraft erwachsenen Mitteilung vom 5. Januar 2006 (act. G 6.1/100) ein höherer Rentenanspruch resultiert. Vorliegend erging die angefochtene Verfügung am 2. Juli 2010 (act. G 6.1/155), wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor Inkrafttreten der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln ist für die Zeit bis 31.



Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2006, I 428/04, E. 1). Nachfolgend werden die seit 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) und des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) wiedergegeben.

1.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2008, 9C_562/2008, E. 2.1).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

1.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche



Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c, je mit Hinweisen).

2.

2.1 Ausgangspunkt für die Beurteilung des gesundheitlichen Verlaufs bildet im vorliegenden Revisionsverfahren die ursprüngliche Rentenzusprache vom 26. August 1998 (act. G 6.1/71). Die Mitteilung vom 5. Januar 2006, worin die bisherige Situation ohne umfassende Abklärungen bestätigt wurde (act. G 6.1/100), ist demgegenüber für die Verlaufsbeurteilung nicht von Bedeutung. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2010 (act. G 6.1/155) auf die medizinische Beurteilung der MEDAS Ostschweiz (Gutachten vom 10. Dezember 2009). Darin führten die Gutachter gestützt auf eine psychiatrische und eine pneumologische Untersuchung sowie auf Grund von Befragungen, einer allgemein-medizinischen Untersuchung und des Studiums von Akten und Röntgenbildern aus, dass sich aus somatischer Sicht gegenüber dem Referenzzeitpunkt 1996 und 1998 eine Verschlechterung der pneumologischen Situation eingestellt habe. Seit Sommer 2008 sei eine COPD bekannt, welche bei der aktuellen Begutachtung ein schweres bis sehr schweres Ausmass erreicht habe. Dadurch sei es zu einer weiteren qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen. Nunmehr seien der Versicherten nur noch sehr leichte Tätigkeiten zu 50% zumutbar. Aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht habe sich keine wesentliche Änderung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingestellt (act. G 6.1/136-19).



2.2 Demgegenüber attestierte das Psychiatrische Zentrum I.____ der Beschwerdeführerin ab 6. Februar 2007 bis mindestens 31. August 2007 eine volle Arbeitsunfähigkeit gestützt auf eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittel- bis schwergradige Episode (ICD-10: F33.1) sowie eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1). Die Beschwerdeführerin habe sich ab 6. Februar 2007 in der Psychiatrischen Tagesklinik in teilstationärer Behandlung, zuerst drei Tage, danach fünf Tage die Woche befunden. Auslöser schien u.a. der Todesfall ihres jüngeren Bruders vom 22. September 2006 zu sein, welcher bei ihr ein ausgeprägtes Nicht-Wahrhaben-Wollen ausgelöst habe (act. G 6.1/104). Im Verlaufsbericht vom 16./28. April 2009, nach letzter ärztlicher Konsultation vom 24. März 2009, hielt Dr. G.____ vom Psychiatrischen Zentrum auch für den aktuellen teilstationären Aufenthalt eine mittel- bis schwergradige depressive Symptomatik mit häufigem Weinen fest. Die Beschwerdeführerin beklage die Todesfälle, die in den letzten zwölf Monaten innerhalb ihrer Familie aufgetreten seien (act. G 6.1/121-4). Am 30. September 2009 trat die Beschwerdeführerin aus der Tagesklinik aus. Während Dr. G.____ noch im Bericht vom 5. November 2009 festhielt, allein schon die körperliche Symptomatik bedinge eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, und anfügte, hinzu komme noch die schwergradige depressive Symptomatik und suizidale Symptomatik (act. G 6.1/135-3), grenzte er im Bericht vom 29. Dezember 2009 die Arbeitsfähigkeit gestützt auf rein psychiatrische Beeinträchtigungen für adaptierte Tätigkeiten auf maximal 20% ein (act. G 6.1/142). Bereits aus dem ersten dieser beiden Arbeitsunfähigkeitsattests, welches ganz allgemein eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch für vom Psychiater nicht zu beurteilende somatische Einschränkungen bestätigte, scheint sich eine gewisse Tendenz des behandelnden Arztes zu zeigen, sich im Zweifel eher zu Gunsten seiner Patienten auszusprechen (vgl. [BGE 125 V 353 E. 3a/cc](#) mit weiteren Hinweisen).

2.3 Im Consiliargutachten vom 16. November 2009 schrieb der MEDAS-Gutachter K.____, Eidg. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Psychostatus, die Beschwerdeführerin habe sich immer wieder leidend gezeigt; dabei wirke es aufgesetzt, da das Leiden zwischendurch verschwinde, sie mit fester Stimme und spürbar Antwort gebe. Zum Ausdruck komme eher eine Hilflosigkeit, wobei im Explorationsgespräch und in den anamnestischen Angaben klar werde, dass sie doch im Stande sei, mehr zu leisten, als sie angebe. Sie sei nicht immer kooperativ, zum Teil



dysphorisch gereizt. Mit Verweis auf die Berichte des Psychiatrie Zentrums I.____ vom 16. April 2007 und 28. April 2009 hielt K.____ fest, in diesen zeige sich vor allem die regressive Tendenz der Beschwerdeführerin, in der sie sich in die Tagesklinik "flüchte" und ihre gelebte Hilflosigkeit zum Ausdruck komme. Dabei kämen aus psychiatrischer Sicht neben der IV-relevanten Erkrankung im Sinn der depressiven Störung vor allem IV-fremde Faktoren zum Ausdruck wie fehlende Sprachkenntnisse, fehlende Ausbildung, Wirtschaftslage und fehlende Kenntnis von Schreiben und Lesen (act. G 6.1/136-26). Hinsichtlich der vom psychiatrischen Consiliargutachten abweichenden Diagnosen, Befunde und Stellungnahmen von Dr. G.____ in den Arztberichten vom 28. April 2009 und 5. November 2009 nahm K.____ mit Schreiben vom 19. April 2010 Stellung. Er führte aus, dass in den Befunden von Dr. G.____ eine weinerliche, sich beklagende Beschwerdeführerin erwähnt werde, die auch ausdrücklich ihren Suizidversuch im November 2008 immer wieder selbst thematisiere. Dies seien Hinweise für eine doch agierende Patientin, die ihr Leiden lebe und in ihrer wie bereits im Gutachten erwähnten regressiven Haltung die Hilflosigkeit betone. Diesbezüglich stelle sich die Frage, inwieweit dies eine schwere depressive Symptomatik oder eher eine neurotische Entwicklung darstelle, die vor allem auch von den IV-fremden Faktoren geprägt sei. Die Tendenz zur Somatisierung, wie sie im Bericht der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums I.____ aufgeführt werde, sehe er zurzeit im Rahmen der depressiven Störung und nicht als separate Diagnose. Im Rahmen einer IV-relevanten Erkrankung mit Berücksichtigung der IV-fremden Faktoren sei weiterhin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit gegeben. Inwieweit die Beschwerdeführerin aber auf Grund ihrer IV-fremden Faktoren auf eine Realisierung der Restarbeitsfähigkeit einsteigen könne, sei fraglich und wahrscheinlich im Rahmen der regressiven Haltung limitierend. Ein möglicher Einstieg könnte im Rahmen einer Arbeitsabklärung und in einem Arbeitstraining stattfinden, in dem die Beschwerdeführerin ohne grossen Druck langsam an eine Tätigkeit wieder herangeführt werden könnte. Voraussetzung für den Erfolg sei allerdings, dass sie ihre regressive Haltung aufgebe. Ansonsten würden berufliche Massnahmen scheitern und dieses Scheitern von ihr als scheinbar objektiver Nachweis der Schwere ihrer Erkrankung interpretiert und somit die regressive Entwicklung fixiert (act. G 6.1/149).

2.4 RAD-Arzt Dr. H.____ kam unter Abwägung der beiden psychiatrischen Beurteilungen in der Stellungnahme vom 7. Mai 2010 zum Schluss, dass ihn die



Ausführungen von K.____ stärker überzeugten, da auch im neuesten Bericht des Psychiatrischen Zentrums gegenüber früher keine neuen Diagnosen oder Arbeitsunfähigkeiten genannt würden. Er folgte der Beurteilung des MEDAS-Gutachters, wonach das Psychiatrische Zentrum ein chronifiziertes Bild seit Jahren auf extrem tiefem Niveau zeichne.

2.5 Die Beschwerdeführerin beruft sich darauf, dass die Einschätzung des Psychiatrischen Zentrums I.____ auf Grund ihrer dort langjährigen Behandlung überzeugender sein müsse als diejenige der MEDAS auf Grund der lediglich kurzen Begutachtung. Hinzu komme die vom Psychiatrischen Zentrum diagnostizierte schwergradige depressive Symptomatik und suizidale Symptomatik, welche eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausweisen würden. Diesbezüglich führte K.____ jedoch aus, dass gerade im Rahmen der IV-fremden Faktoren ein wechselhafter Verlauf gut möglich sei, insbesondere sich die Versicherte in eine Regression hineinmanövriere und "Hilflosigkeit" und "Leiden" lebe (act. G 6.1/136-14). Obgleich die drei Suizidversuche der Beschwerdeführerin eine schlechte psychische Verfassung im Zeitpunkt ihrer Ausführung belegen, kann daraus nicht ohne Weiteres auf eine andauernde schlechte Verfassung geschlossen werden. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung muss sich auf eine langfristige Beurteilung des Krankheitsverlaufs stützen. Auch aus der Tatsache, dass Dr. G.____ bzw. die Ärzte des Psychiatrischen Zentrums I.____ die Beschwerdeführerin schon länger behandelten, lässt sich nicht automatisch eine präzisere Arbeitsfähigkeitsschätzung ableiten. Behandelnde Ärzte schätzen erfahrungsgemäss die Arbeitsfähigkeit ihrer Patienten pessimistischer ein als unabhängige medizinische Sachverständige. Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall häufig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts vom 5. Januar 2007, I 701/05, E. 2 mit zahlreichen Hinweisen).

2.6 Insgesamt zeichnet sich die psychiatrische Abklärung im MEDAS-Gutachten vom 10. Dezember 2009 durch eine ausreichende Exploration und Untersuchung aus, wie sie im Teilgutachten dargestellt wird. Bei der Würdigung der gutachterlichen Verlaufsbeurteilung fällt weiter ins Gewicht, dass die medizinischen Vorakten verwertet und die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden berücksichtigt und gewürdigt wurden. Die Verneinung einer dauerhaften psychischen Verschlechterung



leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Zusammenfassend ist demnach gestützt auf das MEDAS-Verlaufsgutachten vom 10. Dezember 2009 von einem im Vergleich zur ursprünglichen Rentenverfügung vom 26. August 1998 (vgl. vorstehende E. 1) bis zum Erlass der streitigen Revisionsverfügung vom 2. Juli 2010 im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand auszugehen, der wie bis anhin zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50% führt. Geändert hat sich allerdings aus somatischer Sicht die Qualität der zumutbaren Arbeitstätigkeit, weshalb deren Folgen weiter zu prüfen sind.

3.

3.1 Ausgehend von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit bleiben die erwerblichen Auswirkungen zu prüfen.

3.2 Wie bereits in der ursprünglichen Rentenverfügung ist für das Valideneinkommen vorliegend mangels repräsentativer Grundlagen (vgl. IV 1998/223, a.a.O., E. 3) nicht auf das von der Beschwerdeführerin zuletzt erzielte Einkommen abzustellen. Es ist vielmehr auf derselben Grundlage wie das Invalideneinkommen zu erheben. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 (SVR 2008 IV Nr. 2, I 697/05 E. 5.4). Beim Invalideneinkommen ist in Form eines entsprechenden Abzugs der Tatsache Rechnung zu tragen, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 323 E. 3b/aa) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 80 E. 5b/aa). Dabei ist der Abzug unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 134 V 327 E. 5.2).



3.3 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin keinen Leidensabzug gewährt. Vorweg ist zu erwähnen, dass nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ein zusätzlicher Teilzeitabzug, wie ihn die Beschwerdeführerin geltend macht, nicht in Betracht fällt, weil sich eine Teilzeittätigkeit bei Frauen statistisch nicht lohnsenkend auswirke (vgl. Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 9. Mai 2001, I 575/00, E. 3b; vom 18. Juli 2002, I 130/02, E. 3b/cc; anderer Meinung: Philipp Geertsen, Der Tabellenlohnabzug, in: Kieser/Lendfers (Hrsg.): Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 146ff.). Demgegenüber ist bei Männern eine Lohnsenkung bei Teilzeitarbeit ausgewiesen, weshalb bei ihnen in der Regel ein Teilzeitabzug berücksichtigt wird. Eine unzulässige Ungleichbehandlung der Geschlechter liegt insoweit nicht vor. Durch die seit Sommer 2008 bekannte schwere bis sehr schwere (Ruhe- und vor allem Belastungshypoxämie) COPD ist es gemäss Gutachten vom 10. Dezember 2009 bei der Beschwerdeführerin jedoch zu einer weiteren qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen. Nunmehr sind ihr nur noch sehr leichte Tätigkeiten zu 50% und zwar vorwiegend rechtshändig zumutbar. Dabei sind schweres Heben, Treppensteigen, häufiges Bücken oder Hocken zu vermeiden und es sollte sich um eine Tätigkeit mit Wechselbelastung stehend/sitzend/sitzend handeln. Zudem sind vermehrte Pausen notwendig (vgl. act. G 6.1/136-18f.). Dr. med. L.____, Facharzt Pneumologie, erklärte die Belastungsauswirkung der Lungenfunktion derart, dass schon beim Besteigen von zwei Treppen, was nur mit Dyspnoe möglich sei, die Sauerstoffsättigung von 90% auf 88% sinke (act. G 6.1/136-29). Hinzu kommt, dass die psychisch beeinträchtigte Beschwerdeführerin, die immerhin seit 16 Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nachging, gegenüber einer gesunden Konkurrentin für einen bestimmten Arbeitsplatz ein deutlich höheres Krankheitsrisiko hat. Aus Sicht eines ökonomisch denkenden Arbeitgebers senkt dieses Risiko, dessen Verwirklichung die Gesamtlohnkosten des Betriebes erhöhen würde, den "Wert" der Beschwerdeführerin als Arbeitnehmerin. Um dies zu kompensieren und konkurrenzfähig zu bleiben, müsste sie mit einem entsprechend tieferen Lohn rechnen. Daher ist diesen zu erwartenden erheblich lohnwirksamen Nachteilen mit einem Abzug von 20% Rechnung zu tragen. Demnach beträgt der Invaliditätsgrad 60% (100% - [50% x 0,8]). Damit besteht ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.



3.4 Die Erhöhung der Rente erfolgt bei einer Revision von Amtes wegen von dem für diesen vorgesehenen Monat an (Art. 88^{bis} Abs. 1 lit. b der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Vorliegend hat die Beschwerdeführerin daher ab Februar 2009 (vgl. act. G 6.1/99-1, 113) Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

4.

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2010 teilweise gutzuheissen und der Beschwerdeführerin gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 60% ab Februar 2009 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen.

4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat ausgangsgemäss die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

4.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Im hier zu beurteilenden Fall, wo die Beschwerdeführerin weitgehend obsiegt hat und mithin eine ungekürzte Kostenvergütung gerechtfertigt ist, erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. In teilweiser Guttheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 2. Juli 2010 aufgehoben und der Beschwerdeführerin ab Februar 2009 eine Dreiviertelsrente zugesprochen.



2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.