



Fall-Nr.: IV 2011/102
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 18.06.2020
Entscheiddatum: 21.08.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 21.08.2012

Art. 28 Abs. 2 IVG: Rentenanspruch. ABI-Gutachten beweistauglich. Anspruch auf eine Viertelsrente auf Grund eines Prozentvergleichs und unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn von 15% bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. August 2012, IV 2011/102).

Entscheid Versicherungsgericht, 21.08.2012

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

Entscheid vom 21. August 2012

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kurt Steiner, Sonnenstrasse 5, Postfach 536,
9004 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rentenrevision

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 17. Oktober 2000 zum Bezug von Rentenleistungen der Invalidenversicherung an (act. G 5.1/1). Dr. med. B.____, Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin, diagnostizierte im Arztbericht vom 4. November 2000: ein Rezidiv eines Liposarkoms des rechten Oberschenkels, einen Status nach erster Tumorsektion am 19. März 1999, einen Status nach Resektion eines grossen Rezidivs am 15. Dezember 1999, einen Status nach perkutaner Radiotherapie der Tumorzidivregion vom Februar bis April 2000 und eine zunehmende Einschränkung der Mobilität des rechten Beins. Die Versicherte sei für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit seit 19. März 1999 bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig (act. G 5.1/7.3 ff.). Der sie behandelnde Prof. Dr. med. C.____ bescheinigte der Versicherten seit Dezember 1999 auch für adaptierte Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit; es sei nicht anzunehmen, dass die Arbeitsfähigkeit bei dieser Krankheit und Prognose gesteigert werden könne (act. G 5.1/9-4). Mit Verfügung vom 11. Juli 2001 sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Wirkung ab 1. Dezember 2000 bei einem Invaliditätsgrad von 100% eine ganze Rente zu (act. G 5.1/15).

A.b Anlässlich des von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens gab die Versicherte am 18. Mai 2006 im Fragebogen für Revision der Invalidenrente an, ihr Gesundheitszustand sei gleich geblieben (act. G 5.1/18.1). Am 9./10. Oktober 2006 wurde sie von den Ärzten der AEH Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG rheumatologisch-orthopädisch untersucht. Die Experten diagnostizierten ein chronisches Schmerzsyndrom mit Generalisierungstendenz, ein Liposarkom Oberschenkel rechts, eine Funktionsstörung des rechten Kniegelenks nach traumatischer Patellafraktur rechts 09/01 mit posttraumatischer Fehlstellung, ein Zerviko- und Lumbovertebralsyndrom, ein unspezifisches Weichteilschmerzsyndrom der rechten oberen Extremität, einen Verdacht auf eine depressive Entwicklung, einen Diabetes mellitus Typ 2, eine arterielle Hypertonie sowie einen Status nach bilateralen Lungenembolien, postoperativ 1999. Verglichen mit der Situation des Jahres 1999 sei



bezüglich der Tumorerkrankung eine anhaltende Remission festgestellt worden, die grundsätzlich eine berufliche Wiedereingliederung ermögliche. Die Kraftverminderung des rechten Oberschenkels und die chronischen Schmerzen im Beckengürtel rechts/ Oberschenkel rechts seien als Residualzustand zu werten. Neu hinzugetreten sei die Funktionsstörung des rechten Kniegelenks bei Status nach traumatischer, konservativ behandelte Patellafraktur 2001, die berücksichtigt werden müsse. Auch das sich generalisierende Schmerzsyndrom mit lumbovertebralen und zervikovertebralen Beschwerden sowie Weichteilschmerzen im Bereich des rechten Armes habe 1999 noch nicht bestanden, ebenso die psychischen Veränderungen. Diesbezüglich bestünden jedoch keine objektiven Befunde am Bewegungsapparat, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (act. G 5.1/35).

A.c Auf Grund seiner Begutachtung vom 30. Januar 2007 kam Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie/Psychotherapie, im Gutachten vom 27. Februar 2007 (Datum Posteingang IV-Stelle) zum Schluss, dass auf Grund der anamnestischen Angaben, der vorhandenen Akten sowie aktuellen Untersuchungsbefunde aus psychiatrischer Sicht keine arbeitsbezogen relevante Diagnose habe festgestellt werden können (act. G 5.1/39). Nach einer interdisziplinären Konsensbesprechung beurteilten die Experten der AEH und Dr. D.____ am 6. März 2007 die Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Montagemitarbeiterin zu 100% arbeitsunfähig. Für eine adaptierte, körperlich sehr leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit mit ergonomischer Einrichtung des Sitzarbeitsplatzes (ergonomischer Arbeitsstuhl) sei sie ganztags arbeitsfähig mit einem vermehrten Pausenbedarf von zwei Stunden (act. G 5.1/42).

A.d Nachdem Eingliederungsbemühungen der IV gescheitert waren (act. G 5.1/48), stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 2. November 2007 in Aussicht, dass infolge gesundheitlicher Verbesserung kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr resultiere und die laufende Rente eingestellt werde (act. G 5.1/53). Dem dagegen von Rechtsanwalt Dr. iur. Kurt Steiner, St. Gallen, für die Versicherte erhobenen Einwand (act. G 5.1/54) wurde mit Verfügung vom 29. Januar 2008 nicht entsprochen. Vielmehr stellte die IV-Stelle die Rentenleistungen bei einem Invaliditätsgrad von 35% auf Ende des der Zustellung folgenden Monats entsprechend dem Vorbescheid ein und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung (act. G 5.1/59) .



A.e Die gegen die Verfügung vom 29. Januar 2008 gerichtete Beschwerde (act. G 5.1/67) hiess das Versicherungsgericht mit Urteil vom 13. November 2009 in dem Sinn teilweise gut, als es die Verfügung vom 29. Januar 2008 aufhob und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückwies, damit sie ein interdisziplinäres Verlaufsgutachten einhole. Es befand die Gutachten des AEH und von Dr. D.____ auf Grund beachtlicher Mängel als nicht beweistauglich. Angesichts gewisser Anhaltspunkte, welche auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands seit der ursprünglichen Rentenverfügung vom 11. Juli 2001 bis zum 29. Januar 2008 schliessen liessen, seien weitere Abklärungen jedoch angebracht (act. G 5.1/96).

A.f Zwischenzeitlich wurde der Versicherten am 16. Februar 2009 ein meningotheiomatöses Konvexitätsmeningeom (WHO Grad I) rechts frontoparietal durch Kraniotomie rechts frontal entfernt. Nach Hospitalisation vom 10. Februar bis 3. März 2009 wurde sie in gutem Allgemeinzustand zur Rehabilitation in die Klinik Valens entlassen (act. G 5.1/93)

A.g Am 4. August 2010 wurde die Versicherte im Ärztlichen Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) Basel untersucht und begutachtet. Die begutachtenden Ärzte diagnostizierten im Gutachten vom 6. September 2010 aus polydisziplinärer Sicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Beschwerden an der rechten unteren Extremität (ICD-10 M79.60/Z98.8), bei Status nach Resektion eines myxoiden Liposarkoms am Oberschenkel am 19. März 1999, nach Rezidivresektion am 15. Dezember 1999, nach perkutaner Radiotherapie im Bereich der Tumorrezidivregion vom 22. Februar bis 1. April 2000, mit anamnestischem Ausschluss von Rezidiven im Rahmen jährlicher Nachkontrollen (letztmals im Januar 2010), und Status nach konservativ behandelter Patellafraktur 2001, in Fehlstellung konsolidiert, und mit klinisch klaren Zeichen der Femoropatellaarthrose sowie ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle (ICD-10 M54.80). Sie stellten gestützt darauf eine vollschichtig realisierbare 70%ige Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit für sämtliche körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten fest. Diese habe mit Sicherheit ab dem 21. November 2006 bestanden, für die Zeit davor, d.h. nach dem am 19. März 1999 erfolgten Eingriff, sei eine Arbeitsunfähigkeitsschätzung schwierig vorzunehmen (act. G 5.1/103). Der RAD-Arzt Dr. med. E.____ erachtete gestützt auf die Akten eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit per November 2006 als



zu spät angesetzt. Vielmehr könne auf Grund des objektiven medizinischen Sachverhalts davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsunfähigkeit von 100% in adaptierter Tätigkeit im Zeitraum von Dezember 1999 bis allerspätestens Januar 2003 angesetzt werden müsse. Daher gelte ab Januar 2003 die vom ABI festgelegte Arbeitsfähigkeit von 70% (act. G 5.1/105-3).

A.h Mit Vorbescheid vom 10. Dezember 2010 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, sie beabsichtige die Rente auf Ende des der Zustellung folgenden Monats einzustellen (act. G 5.1/111). Gegen diesen Vorbescheid liess die Versicherte am 31. Januar 2011 Einwand erheben (act. G 5.1/112). Mit Verfügung vom 2. Februar 2011 leistete die IV-Stelle dem Einwand keine Folge und stellte die Rente bei einem Invaliditätsgrad von 30% ab Ende des der Verfügungs-Zustellung folgenden Monats ein (act. G 5.1/113).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde des Rechtsvertreters vom 7. März 2011, worin er unter deren Aufhebung die weitere Ausrichtung einer Invalidenrente gemäss der Verfügung vom 11. Juli 2001 anbegehrt. Eventualiter seien nach Aufhebung der angefochtenen Einstellungsverfügung zusätzliche ärztliche Begutachtungen insbesondere bezüglich des chronischen Schmerzbildes einzuholen und in die Erwägungen betreffend allfälliger Rentenrevision einzubeziehen, unter Entschädigungsfolge. Zur Begründung brachte er vor, dass das ABI-Gutachten das Schmerzsyndrom nur am Rande erwähnt und nicht eigenständig abgeklärt habe. Zudem seien erneut nur alte Röntgenbilder beigezogen worden. Weshalb auf das Anfertigen von neuen Röntgenbildern verzichtet worden sei, könne nicht nachvollzogen werden. Daher sei die Sachverhaltsfeststellung unvollständig. Auch bezüglich der psychiatrischen Abklärungen sei nicht ersichtlich, welche eigentlichen Untersuchungen durchgeführt worden seien. Insgesamt müsse das ABI-Gutachten als widersprüchlich taxiert werden, da insbesondere nicht nachvollziehbar sei, wie aus psychiatrischer Sicht eine Somatisierungstendenz rundweg verneint werden könne, wenn doch gerade seitens des Orthopäden festgestellt worden sei, dass sich die Schmerzzustände klinisch und radiologisch nicht vollständig begründen liessen. Ausserdem sei bei der Invaliditätsbemessung unberücksichtigt geblieben, dass die Beschwerdeführerin mittlerweile 53-jährig sei und auf dem hiesigen Arbeitsmarkt keine verwertbare



Ausbildung vorweisen könne. Hinzu kämen sprachliche Probleme, und es würde ihr an praktischer Arbeitserfahrung fehlen. Daher sei es schlicht illusorisch, dass sie jemals wieder eine Anstellung finden dürfte. Schliesslich sei nicht nachvollziehbar, weshalb bei der Invaliditätsgradbemessung ein Leidensabzug fehle (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 2. Mai 2011 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie begründete dies damit, dass das Gutachten sämtliche Anforderungen erfülle und nachvollziehbar sei. Auch sei ein Röntgenbild allein nicht massgebend zur Festlegung der Arbeitsunfähigkeit, dafür sei der klinische Befund weit bedeutender. Eine erneute Röntgenuntersuchung würde keine neuen Erkenntnisse bringen. Zudem werde das fortgeschrittene Alter in der Rechtsprechung lediglich dann als invaliditätsfremder Faktor bei der Invaliditätsgradbemessung anerkannt, wenn eine versicherte Person mindestens 60 Jahre alt sei. Da die Beschwerdeführerin dieses Alter noch lange nicht erreicht habe, sei ein fehlender Zugang zum Arbeitsmarkt diesbezüglich nicht ausgewiesen. Ausserdem seien für die in Frage kommenden Hilfsarbeitertätigkeiten keine Voraussetzungen gegeben, welche beim Invalideneinkommen einen Abzug rechtfertigen würden (act. G 5).

B.c In der Replik vom 13. September 2011 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (act. G 13). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 15).

Erwägungen:

1.

Bezüglich der anwendbaren Bestimmungen, der Voraussetzungen für eine Rentenrevision und der Bemessungsgrundsätze kann auf die Erwägungen 1 - 3 des Urteils des Versicherungsgerichts vom 13. November 2009 verwiesen werden. Umstritten ist, ob nun der medizinische Sachverhalt ausreichend abgeklärt ist.

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 2. Februar 2011 (act. G 5.1/113) auf das Gutachtensergebnis des ABI vom 6. September



2010. Darin hielt die psychiatrische Gutachterin Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, als Untersuchungsbefunde im Wesentlichen eine adäquate Beschwerdeschilderung sowie uneingeschränkte Rapportfähigkeit, Wahrnehmung, Auffassung, Konzentration und Aufmerksamkeit fest. Die Affektlage sei vermehrt klagsam, subdepressiv, krankheitsbetont und vermindert schwingungsfähig. Es bestehe jedoch kein Hinweis für Impulskontrollstörung, und es seien auch kein erhöhter Angsteffekt oder eine Suizidalität nachweisbar. Gestützt darauf kam sie zum Schluss, dass in psychischer Hinsicht eine Affektlabilität im Vordergrund stehe. Als Folgen der körperlichen Erkrankung berichte die Beschwerdeführerin über vegetative Symptome und eine morgendliche Niedergeschlagenheit, die sich nach Durchführung körperlicher Aktivitäten bessere. Die sonstige psychische Vorgeschichte sei leer; eine psychiatrische Behandlung oder Psychotherapie habe nie stattgefunden. Im psychischen Befund falle eine gewisse Affektlabilität mit subdepressiver Affektauslenkung und Krankheitsfixierung auf. Sonstige psychopathologische Auffälligkeiten seien nicht nachweisbar. Eine psychiatrische Morbidität im Sinn einer affektiven Erkrankung könne nicht festgestellt werden. Auch fehlten Elemente einer Somatisierungs- oder einer Persönlichkeitsstörung. Eine Arbeitsunfähigkeit werde durch die beschriebene Affektlabilität nicht ausgelöst. Bezugnehmend auf das Gutachten von Dr. D.____ vom 8. Januar 2007 hielt sie fest, mit diesem Vorgutachten bestünde im Wesentlichen Übereinstimmung, auch wenn eine gewisse Affektlabilität im Befund "jetzt neu" festgestellt werden könne. Diese erreiche jedoch nicht das Ausmass einer psychiatrischen Erkrankung (act. G 5.1/103-12). Diese Ausführungen erscheinen nachvollziehbar. Die Gutachterin setzte sich mit den vorhandenen Vorakten auseinander und nahm eine schlüssige Beurteilung vor.

2.2 Bezüglich des vom Rechtsvertreter aufgeführten Mangels fehlender testpsychologischer Untersuchungen ist festzuhalten, dass solche zwar ergänzend durchgeführt werden können, entscheidend jedoch v.a. die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese ist (vgl. Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, SÄZ 2004; 85, S. 1048). Es liegt in der Freiheit der psychiatrischen Experten zu entscheiden, wie sie - in Kenntnis der Aktenlage - ihre Abklärungen hinsichtlich der konkret zu begutachtenden Person durchführen möchten, um ein qualitativ zufriedenstellendes, widerspruchsfreies und in sich überzeugendes Gutachtensergebnis sicherstellen zu



können. Nachdem die Psychiaterin in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf eine ausführliche Anamneseerhebung ihre Beurteilung nachvollziehbar darlegte, kann der Rüge der Unterlassung von zusätzlich möglichen psychologischen Tests vorliegend nicht gefolgt werden.

2.3 Laut Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie, beklagte die Beschwerdeführerin wechselhafte, den gesamten Körper betreffende Schmerzen. Im Vordergrund stünden Beschwerden an Knie und Oberschenkel der rechten Seite, welche nach der Resektion des Liposarkoms 1999 begonnen hätten. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule habe sich in sämtlichen Abschnitten eine zum Teil massiv verminderte Beweglichkeit bei erheblicher Gegenspannung gezeigt. Unter Ablenkung sei allerdings eine beidseits völlig freie, aktive Kopffrotation bis in die beidseitige Endposition gelungen. An den oberen und unteren Extremitäten liege eine freie Beweglichkeit mit guter Kraftentfaltung mit Ausnahme des rechten Kniegelenks vor, an welchem die Flexion auf 90° limitiert sei und deutliche Zeichen einer femoropatellären Arthrose vorlägen. Bei grossem Defekt im Quadrizepsbereich bestehe hier eine entsprechende Kraftminderung. Auf neurologischer Ebene zeigten sich keine Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems. So könnten eine spinale Kompressionsproblematik oder die Läsion eines grösseren peripheren Nerv klinisch weitestgehend ausgeschlossen werden. Auf radiologischer Ebene zeige sich eine in Fehlstellung konsolidierte Patellafraktur rechts. Zusammenfassend befand er, dass sich die von der Beschwerdeführerin geäusserten äusserst diffusen Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde "keinesfalls vollständig" begründen liessen. Mit Sicherheit sei seitens des Knies und Oberschenkels rechts von einer funktionellen Einschränkung und Schmerzhaftigkeit auszugehen. Jedoch seien die deutlichen Inkonsistenzen sowie die fehlende Besserung trotz mittlerweile langdauernder körperlicher Schonung und Arbeitskarenz in keiner Weise nachvollziehbar. Es bestünden insgesamt massive Hinweise für eine Ausweitung der Schmerzproblematik. Als adaptierte Tätigkeit definierte der orthopädische Gutachter jede körperlich sehr leichte Tätigkeit in überwiegend sitzender Position, wobei eine Arbeitsfähigkeit von 70% bei ganztägigem Pensum mit um 30% verminderter Leistung auf Grund eines erhöhten Pausenbedarfs bestehe. Die Beschwerdeführerin müsse während etwa 15 Minuten stündlich die Möglichkeit haben, ein Lockerungs- und Entspannungsprogramm für die Muskulatur von Stamm und



Extremitäten durchzuführen. Das Heben und Tragen von Lasten über fünf Kilo sollte dabei vermieden werden. In Anbetracht der erhobenen Befunde sollte bei einer derart angepassten Tätigkeit im Vergleich zum jetzigen Alltagsleben kaum eine wesentliche Schmerzprovokation entstehen, so dass diese auch zumutbar sei. Nach der Gesamtbeurteilung durch multidisziplinären Konsensus des orthopädischen und des internistisch/allgemeinmedizinischen Gutachters sowie der psychiatrischen Gutachterin wurde eine 70%ige Arbeitsfähigkeit adaptiert bestätigt. Für die Diskrepanz zwischen dieser Beurteilung und der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin machten die Experten in erster Linie IV-fremde Faktoren wie fehlende Sprachkenntnisse, fehlende berufliche Ausbildung, den schwierigen Arbeitsmarkt sowie einen wahrscheinlich vorhandenen sekundären Krankheitsgewinn verantwortlich. Bezugnehmend auf frühere ärztliche Einschätzungen befanden sie die 100%ige Arbeitsunfähigkeit durch die frühere Hausärztin Dr. B.____ vom 4. November 1999 für nachvollziehbar. Dass gemäss dem Bericht des neuen Hausarztes Dr. med. H.____, FMH Innere Medizin, vom 27. Juni 2006 ein unveränderter Gesundheitszustand vorliege, könne auf Grund fehlender objektivierbarer Befunde nicht kommentiert werden. Die Gutachter gingen von einer Verbesserung des Gesundheitszustands zwischen 1999 und 2006 aus. Die Einschätzung der behandelnden Ärztin der Radioonkologie des Universitätsspitals Zürich vom 2. Juli 2008 (act. G 5.1/77), wonach seit 2000 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine mindestens 60%ige Arbeitsfähigkeit bestanden habe, führten sie auf die schwierige Rolle der behandelnden Ärzte zurück, welche naturgemäss bemüht seien, ihre Patienten zu beschützen. Rein vom ursprünglichen Tumor her bestehe sicherlich keinerlei Einschränkung mehr, sondern nur von den funktionellen Folgen am Bewegungsapparat, die gutachterlich evaluiert worden seien (act. G 5.1/103).

2.4 Hinsichtlich des vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin erhobenen Vorwurfs fehlender neuer Röntgenbilder kann auf die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie (SGR) zur Begutachtung rheumatologischer Krankheiten und Unfallfolgen verwiesen werden, wonach zwar in der Regel Untersuchungen der zur Diskussion stehenden Regionen wiederholt werden, falls die zur Verfügung stehenden Bilder älter als sechs Monate sind. Bei stabilem Beschwerdebild und gemäss Akten unverändertem klinischem Befund sind jedoch auch ältere konventionelle Aufnahmen ausreichend (vgl. SÄZ 2007; 88, S. 738). Dr.



G.____ erklärte, es werde in Anbetracht des klinisch objektiv seitens des rechten Kniegelenks weitestgehend klaren, ansonsten aber äusserst diffusen und nicht nachvollziehbaren Befundes auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet (act. G 5.1/103-18). Im AEH-Gutachten wurde noch moniert, dass die Beschwerdeführerin trotz Nachfrage keine Röntgenaufnahmen zugestellt habe, weshalb zum Ausmass allfälliger degenerativer Veränderungen keine Stellung genommen werden könne (act. G 5.35-5). Klinisch äussere sich der Verdacht auf eine Retropatellararthrose. Dieser Verdacht hat sich bei der orthopädischen Untersuchung durch Dr. G.____ offenbar klar erhärtet. Von daher mag der Verzicht auf neue Bilder gerechtfertigt sein. Allerdings mutet es doch seltsam an, wenn Dr. G.____ behauptet, die diffusen Beschwerden würden sich nicht nur klinisch, sondern auch in Anbetracht der "radiologischen Befunde" nicht vollständig begründen lassen. Immerhin hat Dr. G.____ ausführlich dargelegt, aus welchen Gründen er zu seiner Beurteilung gelangt ist. Insoweit darf davon ausgegangen werden, dass er neue Röntgenbilder angeordnet hätte, wenn daraus weitere Kenntnisse zu erhoffen gewesen wären. Immerhin fanden hinsichtlich des Oberschenkels und Knies rechts jährliche Kontrollen mit MRI statt (vgl. act. G 5.1/103-13).

2.5 Des Weiteren ist auch der Rüge, es sei nicht weiter Bezug auf das Schmerzsyndrom genommen bzw. dieses sei nicht weiteren Abklärungen unterworfen worden, nicht zu folgen. So hielt Dr. F.____ explizit fest, dass Elemente einer Somatisierungsstörung fehlten (vgl. act. G 5.1/103-12), was zeigt, dass sie diese tatsächlich prüfte.

2.6 Insgesamt ist die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des ABI-Gutachtens somit als nachvollziehbar und ausreichend schlüssig zu qualifizieren, weshalb nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 70% adaptiert ausgegangen werden kann.

3.

Ausgehend von einer 70%igen Restarbeitsfähigkeit bleiben die erwerblichen Auswirkungen zu prüfen.



3.1 Mit der Beschwerdegegnerin ist davon auszugehen, dass das Valideneinkommen mangels repräsentativer Grundlage (vgl. act. G 5.1/2-2) nicht gestützt auf das von der Beschwerdeführerin während vier Monaten erzielte Einkommen ermittelt werden kann. Es ist daher 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 pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25% nicht übersteigen (BGE 134 V 327 E. 5.2).

3.2 Die Beschwerdegegnerin bejahte zunächst einen 15%igen Abzug (vgl. act. G 5.1/481), verneinte aber schliesslich jeden Abzug vom Tabellenlohn, was vorliegend nicht gerechtfertigt erscheint. Immerhin steht der Beschwerdeführerin nur noch ein Markt für körperlich leichte bzw. sehr leichte Hilfsarbeitertätigkeiten offen, wobei zusätzliche Einschränkungen bestehen (lediglich sitzende Tätigkeiten, die stündlich während 15 Minuten für Muskellockerungsübungen unterbrochen werden müssen, kein Heben/Tragen von mehr als 5kg, act. G 5.1/103-18, 5.1/103-21). Mit Jahrgang 1958 ist die Beschwerdeführerin im Arbeitsmarkt für leichte Hilfsarbeit zwar noch vermittelbar, ohne dass sie wegen ihres Alters lohnmässig Konzessionen machen müsste. Auch die fehlenden Dienstjahre bzw. die geltend gemachte Abwesenheit vom Arbeitsmarkt sowie die fehlenden Sprachkenntnisse dürften sich im Anforderungsniveau 4 wenig auswirken. Hingegen ist weiter zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin auf Grund ihrer Tumorerkrankung mit möglichen Rezidiven einerseits und ihrer sichtbaren Behinderung mit daraus resultierendem sehr häufigen Pausenbedarf andererseits mit weiteren Nachteilen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt rechnen muss. Insgesamt erscheint daher ein Tabellenlohnabzug von 15% den Umständen angemessen. Bei



einem Abzug von 15% resultiert unter Berücksichtigung der 70%igen Restarbeitsfähigkeit ein Invaliditätsgrad von 40.5% $([1 - \{0.7 \times 0.85\}] \times 100)$ und damit ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

4.

Gemäss Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) erfolgt eine Herabsetzung der Renten frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an. Daher kann die Frage, wann genau die massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten ist - ob gemäss ABI-Gutachten spätestens ab 21. November 2006 (vgl. act. G 5.1/103-19) oder nach Dr. E. ___ sogar spätestens im Januar 2003 (vgl. act. G 5.1/105-3) - vorliegend offen bleiben. Wie das Bundesgericht mehrfach bestätigte, dauert der mit der revisionsweise verfügten Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente oder Hilflosenentschädigung verbundene Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde bei Rückweisung der Sache an die Verwaltung auch für den Zeitraum dieses Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen Verwaltungsverfügung an (BGE 129 V 370, Urteil des Bundesgerichts vom 11. November 2010, 8C_451/10, E. 4.2.5). Somit bleibt als Zeitpunkt der Rentenherabsetzung derjenige bestehen, welcher durch die Verfügung vom 29. Januar 2008 (act. G 5.1/59; beim Rechtsvertreter eingegangen am 31. Januar 2008, vgl. act. G 5.1/67-3) und damit per Ende Februar 2008 ausgelöst worden ist.

5.

5.1 In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 2. Februar 2011 aufzuheben und der Anspruch der Beschwerdeführerin ab 1. März 2008 auf eine Viertelsrente herabzusetzen. Die Sache ist zur Festsetzung der Rentenhöhe und zu neuer Verfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2 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. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--



erscheint als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

5.3 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 (Art. 61 lit. g ATSG). 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 erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 2. Februar 2011 aufgehoben und der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ab 1. März 2008 auf eine Viertelsrente herabgesetzt. Die Sache wird zur Festsetzung der Rentenhöhe und zu neuer Verfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.