



**Fall-Nr.:** IV 2011/314  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 13.08.2013  
**Entscheiddatum:** 13.08.2013

### **Entscheid Versicherungsgericht, 13.08.2013**

**Art. 16 ATSG, Art. 28 IVG, Art. 17 Abs. 1 ATSG. Rentenrevision. Die Berücksichtigung der Entwicklungen im Zusammenhang mit der sogenannten Zumutbarkeitspraxis führt trotz einer Verstärkung des Schweregrads einer psychiatrischen Diagnose nicht zu einer tieferen Arbeitsfähigkeitsschätzung in einem MEDAS-Gutachten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. August 2013, IV 2011/314).**

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichter Joachim Huber,  
Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

### **Entscheid vom 13. August 2013**

in Sachen

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Jean-Pierre Menge, Quaderstrasse 5, Postfach  
26, 7002 Chur,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**



betreffend

### Rentenrevision

#### Sachverhalt:

##### A.

**A.a** A.\_\_\_\_ meldete sich am 16. Februar 1995 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Die MEDAS berichtete in ihrem Gutachten vom 8. Januar 1997 (IV-act. 15), die Versicherte leide an einem lumbovertebralen Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Schmerzausbreitung in die linke untere Extremität und an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Der psychiatrische Sachverständige habe angegeben, bei der körperlichen Untersuchung habe er Anhaltspunkte für ein demonstrativ-aggravatorisches, ja histrionisch anmutendes Verhalten gefunden. Bei der psychiatrischen Exploration sei das kaum aufgefallen. Er habe den Eindruck gewonnen, dass die Versicherte eine psychische Belastung haben müsse, die sie jedoch wegen der geringen Introspektionsfähigkeit nicht ganz wahrnehmen wolle. Es sei nicht auszuschliessen, dass die Versicherte zeitweise depressive Verstimmungen habe, in denen sie die körperlichen Beschwerden überbewerte. Sie neige auch zu emotionalen Ausbrüchen, die den konversiven Reaktionen zugeordnet werden könnten. Das alles habe aber keinen Krankheitswert. Vom psychischen Zustand her sei keine Arbeitsunfähigkeit zu bestätigen. Die Gesamtbeurteilung lautete: Keine Arbeitsunfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit der Möglichkeit von Haltungswechseln und ohne repetitives Heben von schweren Lasten. Mit Verfügung vom 2. April 1997 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 22).

**A.b** Am 8. Dezember 1997 meldete sich die Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 23). Dr. med. B.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen, berichtete in seinem Gutachten vom 5. Mai 2008 (IV-act. 28), es bestehe ein qualitativ und quantitativ unverändertes lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Schmerzausweitung in die linke untere Extremität. Gestützt auf die Röntgenbilder (inklusive Kernspintomogramm) sei von einer links paramedianen



Diskusprotrusion auf Höhe L4/5 auszugehen. Gleichzeitig bestehe eine Hypertrophie des Ligamentum flavum. Eine Beeinträchtigung der abgehenden Nervenwurzel L5 links habe jedoch nicht verifiziert werden können. Das klinische Beschwerdebild entspreche nicht einem lumboradikulären Schmerzsyndrom. Die Diagnose eines lumbovertebralen Schmerzsyndroms mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung sei eine rein syndromatische Festlegung, die nichts über die Ätiopathogenese aussage. Vieles spreche für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Für leichte bis mittelschwere behinderungsadaptierte Tätigkeiten bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Die MEDAS hielt in ihrem Gutachten vom 23. April 1999 fest (IV-act. 41), bei der psychiatrischen Exploration habe wieder die Klage über die bekannten Schmerzen im Vordergrund gestanden, wobei das subjektive Schmerzbild gleich geblieben sei. Objektiv habe man im psychopathologischen Befund eine depressive Symptomatik, allerdings milderer Ausprägungsgrads, gefunden. Zeitweise habe die Versicherte aber auch lächeln können. Es liege eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor, wobei nach psychodynamischer Betrachtung ein konversives Element wahrscheinlich sei. Seit der letzten Begutachtung seien zweieinhalb Jahre vergangen. Entsprechend habe sich die Symptomatik weiter chronifiziert. Alle therapeutischen Bemühungen seien gescheitert, die Versicherte sei resigniert. Dementsprechend finde sich eine gegenüber früher verstärkte depressive Symptomatik. Deren Ausprägungsgrad sei mild, so dass sie keine volle Arbeitsunfähigkeit begründe. Die Arbeitsunfähigkeit im Erwerb betrage aus psychiatrischer Sicht 40%, diejenige im Haushalt 20%. Im Gutachten wurde weiter ausgeführt, radiologisch finde sich eine diskrete Osteochondrose auf der Höhe L4/5. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit stünden die psychischen Faktoren deutlich im Vordergrund. Die Diagnosen lauteten: Erhebliche psychische Überlagerung eines ursprünglich somatisch bedingten und im Kern wohl auch jetzt noch somatogenen Schmerzsyndroms, im Lauf der Chronifizierung mit zunehmender, inzwischen überwiegender psychogener Komponente, so dass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit depressiver Entwicklung anzunehmen sei, ausserdem ein chronisches lumboischialgiformes Schmerzsyndrom links ohne radikuläre Ausfälle. Die IV-Stelle nahm eine Invaliditätsbemessung nach der sogenannten gemischten Methode vor, wobei sie von einem Beschäftigungsgrad von 50% ausging. Es resultierte ein Invaliditätsgrad von 30% (IV-act. 43). Die IV-Stelle wies das Rentenbegehren am 6. Mai 1999 ab (IV-act. 44). Die Versicherte erhob



Beschwerde. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen brachte am 23. August 2001 statt der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung den reinen Einkommensvergleich zur Anwendung (IV-act. 50). Daraus resultierte ein Invaliditätsgrad von 46%, weshalb das Gericht der Versicherten eine Viertelsrente zusprach. Dieser Entscheid wurde vom Eidgenössischen Versicherungsgericht am 10. Dezember 2002 (I 578/01) bestätigt (IV-act. 54). Mit Verfügung vom 13. Juni bzw. 8. Juli 2003 sprach die IV-Stelle der Versicherten rückwirkend ab 1. November 1994 auf der Grundlage eines Invaliditätsgrads von 46% eine halbe Invalidenrente im Härtefall zu (IV-act. 68).

**A.c** Die Versicherte hatte bereits am 17. Januar 2003 ein Rentenrevisionsgesuch stellen lassen (IV-act. 56), da sich ihr Gesundheitszustand in der Zwischenzeit verschlechtert habe. Dr. med. C.\_\_\_\_ berichtete am 25. Februar 2003 (IV-act. 58), die Versicherte sei seit November 1993 wegen einer Lumboischialgie links bei Diskusprotrusion L4/5 mit Kompromittierung der linken L5-Wurzel zu 100% arbeitsunfähig. Im Fragebogen für die Rentenrevision gab die Versicherte am 17. Mai 2003 an (IV-act. 65), ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, was Dr. C.\_\_\_\_ bestätigte (IV-act. 66). Die IV-Stelle gab eine Verlaufsbeurteilung in Auftrag. Die Sachverständigen der MEDAS berichteten im Gutachten vom 17. Februar 2005 (IV-act. 82), folgende Diagnosen seien erhoben worden: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, rezidivierende depressive Störung, z.Zt. leichte Episode ohne somatische Symptome, chronisches lumboischialgiformes Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der unteren LWS sowie – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – chronische Supraspinatustendinose rechte Schulter und massive Adipositas. Die Sachverständigen führten weiter aus, bei der aktuellen Untersuchung sei die LWS weiterhin eingeschränkt bewegt worden, dies vorwiegend bei Inklination unter Angabe einer diffusen Druckdolenz der gesamten Lumbalregion und des rechten Beins, wobei weiterhin keine radikulären Zeichen festzustellen gewesen seien. Die Beweglichkeit der rechten Schulter sei typischerweise vorwiegend bei Abduktion mässiggradig eingeschränkt gewesen, was sich vorwiegend bei Tätigkeiten über Schulterhöhe auswirke. Wieder seien viele Zeichen für ein nichtorganisches Krankheitsverhalten festzustellen gewesen. Die Arbeitsfähigkeit werde vordergründig durch ein chronisches lumboischialgiformes Schmerzsyndrom bestimmt, das allerdings in dieser Intensität klinisch und radiologisch nur wenig objektivierbar sei. Wesentlich seien die



psychischen Faktoren, die sich tendenziell eher gebessert hätten. Die Arbeitsfähigkeit für rückenadaptierte Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten betrage nach wie vor 60%. Die IV-Stelle ging weiterhin von einem Invaliditätsgrad von 46% aus (IV-act. 90). Mit Verfügung vom 29. August 2005 wies sie das Revisionsbegehren ab (IV-act. 91).

**A.d** Die IV-Stelle hat der Versicherten, dem in der genannten Abweisungsverfügung angesetzten amtlichen Revisionstermin gemäss, am 12. August 2009 einen Fragebogen für die Rentenrevision zugestellt. Darin hat die Versicherte am 17. August 2009 angegeben, ihr Gesundheitszustand habe sich seit dem 17. August 2006 verschlimmert. Sie sei 2006 am Rücken und am 5. Mai 2009 am linken Fuss operiert worden. Am 24. August 2009 werde sie am linken Knie operiert. Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, berichtete am 22. September 2009 (IV-act. 185-1), es bestehe ein Status nach Operation am linken Knie. Die Versicherte jammere über alles (Verdacht auf Aggravation). Gemäss dem beigelegten Bericht der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen war am 17. August 2006 ein grosser Bandscheibenvorfall L4/5 links, der eine Nervenwurzelkompression L5 links bewirkt hatte, operiert worden (IV-act. 185-10). Gemäss einem vorläufigen Austrittsbericht vom 23. August 2006 (IV-act. 185-8) hatten die Schmerzen nach der Operation rasch nachgelassen, so dass die Versicherte beim Austritt praktisch schmerzfrei gewesen war. Nach der Operation waren keine neurologischen Defizite mehr zu verzeichnen gewesen. Gemäss einem Bericht des Spitals E.\_\_\_\_ vom 2. September 2009 (IV-act. 185-6) litt die Versicherte an einem interartikulären Ganglion am linken Knie, das durch Kniearthroskopie und Débridement hätte entfernt werden können. Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH Neurologie, hatte am 7. September 2009 angegeben, die Versicherte leide ausserdem an einem analgetika-induzierten Dauerkopfschmerz (IV-act. 185-4). Er hatte empfohlen, für wenigstens einen Monat auf die Einnahme von Analgetika zu verzichten. Dr. med. G.\_\_\_\_ vom Regionalen ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle hielt am 1. Oktober 2009 fest (IV-act. 186), bei einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit mit Wechselbelastung, ohne häufiges Treppensteigen und längeres Gehen auf unebenem Gelände sei die Versicherte durch die Knieproblematik nicht eingeschränkt. Die Kopfschmerzen sollten durch eine Reduktion der Medikamente weitgehend verschwinden. Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 5. Oktober 2009 mit, dass sie keine Änderung des Invaliditätsgrads festgestellt habe (IV-act. 188). Da die Versicherte den Erlass einer anfechtbaren Verfügung verlangte, wurde ihr am 13. November 2009 in der Form eines



Vorbescheids mitgeteilt, dass vorgesehen sei, ihr Revisionsgesuch abzuweisen (IV-act. 195). Die Versicherte liess am 1. Dezember 2009 darauf hinweisen, dass das Ergebnis der Fussoperation nicht geprüft worden sei und dass die Einstellung der Analgetikaeinnahme erfolglos gewesen sei (IV-act. 196). Mit Verfügung vom 4. Januar 2010 wies die IV-Stelle das Revisionsgesuch ab (IV-act. 198). Die Versicherte erhob am 4. Februar 2010 Beschwerde (IV-act. 207). Sie verlangte eine polydisziplinäre Begutachtung. Dr. G.\_\_\_\_ empfahl am 23. März 2010 weitere medizinische Abklärungen (IV-act. 212), worauf die IV-Stelle die Abweisungsverfügung widerrief (IV-act. 214). Dr. F.\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle am 30. April 2010 (IV-act. 221), er habe mit der Versicherten nochmals die Notwendigkeit eines Analgetikaentzugs besprochen. Es hänge von der Motivation der Versicherten ab, ob sie eine Verringerung der Kopfschmerzen erreichen werde. Aus neurologischer Sicht hätten die Kopfschmerzen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge. Das Spital E.\_\_\_\_ teilte am 17. Mai 2010 mit (IV-act. 223), die Knie- und Fussproblematik bewirke in einer sitzenden Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Tätigkeiten im Stehen oder Gehen seien allerdings nicht mehr möglich. Am 30. Juni 2010 berichtete Dr. F.\_\_\_\_ (IV-act. 227), die Versicherte habe die Motivation für einen durchgehenden Analgetikaentzug nicht aufgebracht. Deshalb leide sie unverändert an einem Dauerkopfschmerz. Dr. G.\_\_\_\_ notierte am 8. Juli 2010 (IV-act. 228), es sei keine Veränderung des Gesundheitszustands mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit plausibel gemacht worden. Mit einem Vorbescheid vom 19. Juli 2010 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Revisionsbegehrens an (IV-act. 233). Die Versicherte liess einwenden (IV-act. 234), es hätte eine Begutachtung hinsichtlich der Rückenschmerzen erfolgen müssen. Dr. G.\_\_\_\_ wies am 24. September 2010 darauf hin, dass in Bezug auf den Rückenschaden und die psychische Beeinträchtigung eine Verbesserung eingetreten sein könnte. Deshalb empfahl er eine Verlaufsbeurteilung durch die MEDAS.

**A.e** Deren Sachverständige berichteten in einem Gutachten vom 31. März 2011 (IV-act. 244), folgende Diagnosen seien erhoben worden: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen), chronifiziertes ischialgiformes Schmerzsyndrom links, Periarthrose genu links, Restbeschwerden linker Vorfuss und – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – Cervicocranialsyndrom und radiologisch sowie im Computertomogramm (CT) degenerative Veränderungen der mittleren



Halswirbelsäule (HWS), vor allem C5/6. Der psychiatrische Sachverständige führte aus, da die aufgelaufenen medizinischen Berichte weder eine entsprechende Diagnose noch einen psychopathologischen Befund enthielten, lasse sich der Verlauf nicht nachzeichnen. Es sei nicht möglich gewesen, anhand der klinischen Beobachtung während der sozialen Kontakte und der Exploration objektive Kriterien einer Depression festzuhalten. Der Grund dafür sei in erster Linie die mangelnde Auskunftsbereitschaft der Versicherten gewesen. Die Angaben zur Depressionsanamnese seien nicht ganz konsistent gewesen, hätten aber einen konsistenten Kern nachvollziehen lassen. Aufgrund mangelnder Offenheit und Spontaneität der Versicherten sei unklar, wie weit unmittelbare und reversible Reaktionen auf die psychosozialen Belastungen (also versicherungsfremde Faktoren) für die psychischen Beschwerden ausschlaggebend gewesen seien. Rein medizinisch-theoretisch dürfte aufgrund der Eigenanamnese der Versicherten seit 2005 eine Verschlechterung in der Form eines nachweislich chronifizierten und fixierten depressiven Zustands eingetreten sein. Gemäss den beiden Fremdbeurteilungsinstrumenten sei dieser Zustand knapp schwergradig. Unter der Annahme einer Verdeutlichungstendenz angesichts des diskrepanten psychopathologischen Befunds sei im Endresultat auf eine depressive Episode mit lediglich mittelschwerer Ausprägung, jedoch mit somatischem Syndrom, zu schliessen. Im Vorgutachten seien die zur Gewichtung der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung zu diskutierenden Foerster'schen Kriterien noch nicht berücksichtigt worden. Da weiterhin eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliege und die Depression nicht wirklich objektiv habe gesehen werden können, seien diese Kriterien zu diskutieren. Eine mitwirkende psychische Komorbidität sei medizinisch-theoretisch aufgrund der depressiven Störung anzunehmen. Auf der Basis der gesehenen Befunde sei sie nicht objektivierbar gewesen. Ein Grund dafür seien die aggressive Stimmung und der Nihilismus der Versicherten gewesen. Entsprechend den Depressionsskalen, die zwar teilweise auch auf den Angaben der Versicherten fussten, liege das Ausmass der depressiven Störung im Bereich von mittelschwer bis schwer. Die chronische körperliche Begleiterkrankung müsse nach Massgabe der entsprechenden Konsiliarärzte beurteilt werden. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens sei nicht ausgewiesen. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung im Sinn eines primären Krankheitsgewinns sei nicht eruierbar.



Vielmehr bestehe ein sekundärer Krankheitsgewinn im Sinn eines Strebens nach mehr materieller Sicherheit und nach Schonung im Familiensystem. Klinisch habe bei den sozialen Interaktionen wie Begrüssung, Verabschiedung, Beziehung zur Dolmetscherin und Dialog mit dem Gutachter kein sichtbares Zeichen einer schweren depressiven Störung vorgelegen. Deshalb dürfte die Ausprägung der Störung lediglich mittelschwer sein. Daraus könne man aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 40% ableiten. Mehrfache Behandlungsversuche mit diversen Antidepressiva unter psychiatrischer Betreuung seien zumutbar. Gleichzeitig sollte ein Analgetikaentzug durchgeführt werden. Dies würde zu einer Behebung der Schlafstörungen und zu einer Verminderung der Kopfschmerzen führen. Wegen der schlechten Compliance sollte die Behandlung halbstationär durchgeführt werden. In einer somatisch adaptierten Tätigkeit in der freien Wirtschaft sollte bei vollzeitiger Präsenz eine Reduktion des Rendements von 40% bestehen. Wegen der freien Zeiteinteilung sei die Arbeitsfähigkeit im Haushalt nur um 20% vermindert. Der Beginn und der Verlauf der die Arbeitsunfähigkeit verursachenden depressiven Störung seien mangels Dokumentation und wegen der schlechten Kooperation der Versicherten nicht zu rekonstruieren. Deshalb müsse als Zeitpunkt des Eintritts der Verschlimmerung das Datum der Exploration (7. Februar 2011) angenommen werden. In psychiatrischer Hinsicht sei das Verdeutlichungsverhalten in den Hintergrund getreten. Es habe zu einer gegenüber dem Sachverständigen nihilistisch-aggressiven Verweigerungshaltung geführt. Das sei vermutlich nicht steuerbar gewesen und damit nicht willentlich eingesetzt worden. Das heisse aber nicht, dass das Verhalten situationsunabhängig gewesen sei. Diese Frage sollte durch eine nicht teilnehmende Beobachtung über einen längeren Zeitraum geklärt werden. Die polydisziplinäre Einschätzung ergab, dass die Versicherte aus rheumaorthopädischer Sicht rein qualitativ eingeschränkt war: Keine körperlichen Schwerarbeiten mit häufigem Heben und Tragen schwerer Lasten, keine langdauernden Tätigkeiten in einer unergonomischen Rückenhaltung, keine Arbeiten mit häufigem Bücken und Aufrichten, keine ausschliesslich stehenden und gehenden Tätigkeiten und keine den linken Vorfuss belastenden Tätigkeiten. Neu aufgetreten waren nur die qualitativen Einschränkungen wegen Knie und Fuss links. Die Diskushernien-Operation L4/5 links vom 17. August 2006 hatte eine erst nach der letzten Begutachtung aufgetretene L5-Symptomatik links deutlich gebessert, erwartungsgemäss aber den lumbal lokalisierten Schmerz nicht geändert.



**A.f** Dr. G.\_\_\_\_ betrachtete das Gutachten als widerspruchsfrei und versicherungsmedizinisch plausibel (IV-act. 246). Mit einem Vorbescheid vom 20. April 2011 (IV-act. 249) kündigte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Revisions-/Erhöhungsgesuchs an. Der Rechtsvertreter der Versicherten wandte am 6. Mai 2011 ein (IV-act. 250), das Gutachten sei lückenhaft, widersprüchlich und vor allem im psychiatrischen Teil nicht nachvollziehbar. Ausserdem enthalte es juristische Ausführungen und Wertungen, die nicht in den Zuständigkeitsbereich eines medizinischen Gutachters gehörten. Ein Vergleich der vier MEDAS-Gutachten (von 1997, 1999, 2005 und 2011) zeige klar eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands auf. Es sei nicht nachvollziehbar, wie bei der Diagnose einer schweren depressiven Störung davon ausgegangen werden könne, dass keine relevante Veränderung eingetreten sei, denn im Jahr 2005 sei noch eine leichte Episode der depressiven Störung angegeben worden. Der psychiatrische Sachverständige habe in unzulässiger Art und Weise versucht, die Schwere der Störung als rein subjektiv empfunden darzustellen und deshalb als nur mittelgradig zu qualifizieren. Mit einer schweren depressiven Störung müsse die Arbeitsfähigkeit so eingeschränkt sein, dass der Invaliditätsgrad mehr als 50% betrage. Dr. G.\_\_\_\_ schlug am 21. Juni 2011 vor, eine Stellungnahme der MEDAS einzuholen (IV-act. 251). Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS führte am 30. Juni 2011 aus (IV-act. 253), der Widerspruch sei aus der Diskrepanz zwischen den Angaben der Versicherten und der klinisch objektivierbaren Beeinträchtigung entstanden. Es treffe zu, dass die Schwere der depressiven Störung vorwiegend subjektiv und wenig objektivierbar sei. Er halte an der Diagnose einer mittelgradigen Depression mit somatischem Syndrom fest. Bei der Gewichtung seien die subjektiven Angaben der Versicherten zwar nicht voll, aber soweit als möglich berücksichtigt worden. Bei einer motivierten Teilnahme der Versicherten an der Detoxifikation und der Verabreichung von Antidepressiva könne eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden. Die vorgeschlagene halbstationäre Therapie sei nicht die Voraussetzung zum Erreichen einer 60%igen Arbeitsfähigkeit, sondern die Voraussetzung zur Verbesserung des um 40% reduzierten Rendements. Dr. G.\_\_\_\_ notierte dazu (IV-act. 254), die Übergänge zwischen den verschiedenen Stadien der Depression seien fließend. Der psychiatrische Sachverständige habe angegeben, dass die Schwere der Depression vorwiegend subjektiv und wenig objektivierbar gewesen sei. Das erkläre, warum trotz der



postulierten Zunahme der depressiven Störung gegenüber dem Gutachten von 2005 keine Veränderung der Arbeitsunfähigkeit eingetreten sei. Der Rechtsvertreter der Versicherten wandte am 3. August 2011 ein (IV-act. 256), das Gutachten sei wegen Voreingenommenheit zurückzuweisen, da juristische Ausführungen gemacht und unzulässige Parallelen zu Schleudertraumafällen gezogen worden seien. Der psychiatrische Sachverständige stütze sich auf die rein subjektiven Empfindungen der Versicherten, obwohl auf der MADRAS-Depressionsskala 31 Punkte erreicht worden seien, was im unteren Bereich einer schweren Störung liege. Auch das Ergebnis auf der Hamiltonskala deute auf eine schwere depressive Störung im unteren Bereich hin. Somit könne keine Rede davon sein, dass es sich um rein oder vorwiegend subjektive Empfindungen der Versicherten gehandelt habe. Das Gutachten und die Ergänzung seien somit widersprüchlich. Wenn die effektiv zumutbare Arbeitsfähigkeit nur durch eine langfristige Beobachtung an einer adaptierten Arbeitsstelle ermittelt werden könne, sei es dem Sachverständigen gar nicht möglich gewesen, etwas Konkretes zur Arbeitsfähigkeit zu sagen. Es sei deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb eine Arbeitsunfähigkeit von 40% angegeben worden sei, zumal eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten sei. Das Gutachten habe offensichtlich darauf abgezielt, eine gleichbleibende Arbeitsunfähigkeit zu attestieren, um damit der IV-Stelle dienlich zu sein. Das Gutachten sei zudem nicht korrekt, weil nicht mindestens drei Expertisen enthalten seien, weil die psychiatrische Untersuchung nur eine Stunde und 15 Min. gedauert habe und weil erneut die MEDAS beigezogen worden sei. Es zeige sich nämlich klar, dass die Sachverständigen trotz verschlechterter Verhältnisse nicht vom letzten Gutachten hätten abweichen wollen. Dr. G.\_\_\_\_ hielt dazu am 24. August 2011 fest (IV-act. 258), die Fremdbeurteilungsskalen hiessen so, weil nicht der Patient, sondern der Untersucher den standardisierten Fragebogen ausfülle. Sie beruhten aber auf den Aussagen der Patienten und seien deshalb im Endeffekt subjektiv. Für die Diagnose und zur Festlegung der Schwere der Depression sei der Untersucher aber auf das klinische Bild angewiesen. Deshalb sei es nichts Aussergewöhnliches, wenn der Untersucher zu einem anderen Schweregrad der Depression komme, als in der Fremdbeurteilungsskala suggeriert werde. Mit Verfügung vom 1. September 2011 wies die IV-Stelle das Gesuch der Versicherten ab (IV-act. 259).

**B.**



**B.a** Die Versicherte liess am 5. Oktober 2011 Beschwerde erheben und die Zusprache mindestens einer halben unbefristeten Invalidenrente beantragen (act. G 1). Die Begründung entsprach weitgehend den Vorbringen im Vorbescheidsverfahren. Zusätzlich wurde geltend gemacht, die Behauptung, die Fremdbeurteilungsskalen seien im Endeffekt subjektiv, weil sie auf den Angaben der Patienten beruhten (der Untersucher fülle lediglich die Fragebögen aus), sei unhaltbar. Diese Skalen gäben deshalb nicht nur die rein oder überwiegend subjektiven Empfindungen der Beschwerdeführerin wieder. Das Untersuchungsergebnis sei nicht schlüssig, nicht nachvollziehbar und vor allem widersprüchlich. Zudem beruhe es auf einem voreingenommenen und willkürlichen Verhalten der Sachverständigen.

**B.b** Die Beschwerdegegnerin beantragte am 21. November 2011 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Sie wies darauf hin, dass die Beschwerdeführerin psychiatrisch, neurologisch und rheumatologisch abgeklärt worden sei. Die Leiden am linken Knie und am linken Fuss seien also fachmännisch beurteilt worden. Von der Dauer der psychiatrischen Abklärung könne nicht auf deren Qualität geschlossen werden. Der psychiatrische Sachverständige habe sich auf eine umfassende Anamnese und die Vorakten gestützt, er sei ausführlich auf die Angaben der Beschwerdeführerin eingegangen und die Befundlage und die abschliessende Beurteilung hätten im Gutachten einen breiten Raum eingenommen. Die psychiatrische Beurteilung beruhe also auf einer ausreichenden Untersuchung. Eine Verlaufsbeurteilung könne durch denselben Sachverständigen erfolgen, ohne diesen als befangen erscheinen zu lassen. Es sei zulässig, dass sich medizinische Sachverständige zur Komorbidität und zu den Foerster'schen Kriterien äusserten. Den Fremdbeurteilungsskalen komme für die Arbeitsfähigkeitsschätzungen keine Bedeutung zu, da sie auf den oft pessimistischen Einschätzungen der Versicherten beruhten. Eine anhaltende somatoforme Scherzstörung zusammen mit einer mittelgradigen depressiven Episode schränke die Arbeitsfähigkeit nur ein, wenn es sich bei letzterer um eine Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer handle. Das sei vorliegend nicht der Fall, so dass aus psychiatrischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne. Da sich der Gesundheitszustand seit dem 29. August 2005 nicht verbessert habe, könne die laufende Rente aber mangels eines Revisionsgrunds nicht aufgehoben werden.



**B.c** Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin wandte am 20. Dezember 2011 ein (act. G 6), die schwere depressive Störung im unteren Bereich sei eine Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer, welche die Arbeitsfähigkeit ernstlich einschränke. Die Beschwerdegegnerin verharmlose aktenwidrig den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin.

**B.d** Die Beschwerdegegnerin liess sich nicht mehr vernehmen.

### Erwägungen:

#### 1.

**1.1** Mit Verfügung vom 29. August 2005 hat die Beschwerdegegnerin ein Rentenrevisionsgesuch der Beschwerdeführerin abgewiesen. Darin hat sie einen (internen bzw. amtlichen) Revisionstermin (08/2009) festgesetzt. Dementsprechend hat sie der Beschwerdeführerin am 12. August 2009 den Fragebogen für die Rentenrevision zugestellt. Dieser Fragebogen dient praxisgemäss (in Analogie zu Art. 87 Abs. 3 IVV) der Beantwortung der Frage, ob Anzeichen für eine rentenrelevante Veränderung des Invaliditätsgrads vorliegen, so dass es sich rechtfertigt, von Amtes wegen ein Rentenrevisionsverfahren (Art. 17 Abs. 1 ATSG) zu eröffnen. In diesem Fragebogen hat die Beschwerdeführerin zwei Operationen (2006 und 2009) angegeben. Diese Operationen sind von der Beschwerdegegnerin – zu Recht – als Indizien dafür gewertet worden, dass eine rentenrelevante Veränderung des Invaliditätsgrads eingetreten sein könnte. Die Eröffnung eines Rentenrevisionsverfahrens von Amtes wegen war somit rechtmässig. Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet deshalb das Ergebnis eines Rentenrevisionsverfahrens bzw. eine Verfügung, mit der ein Rentenrevisionsbedarf verneint worden ist.

**1.2** Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads ist die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht. Unerheblich ist dabei, ob die letzte umfassende Überprüfung eine Änderung des Invaliditätsgrads



ergab oder nicht (BGE 133 V 108 E. 5). Vorliegend schloss die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 29. August 2005 ein Revisionsverfahren ab mit dem Ergebnis eines unveränderten Rentenanspruchs (IV-act. 91). Diese Beurteilung kam nach einer materiellen Prüfung zustande, insbesondere nach Berücksichtigung des MEDAS-Gutachtens vom 17. Februar 2005. Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Folglich ist der Sachverhalt, wie er sich im August 2005 präsentierte, zu vergleichen mit jenem bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1. September 2011.

**1.3** Das Rentenrevisionsverfahren wurde wie erwähnt im Jahr 2009 eröffnet und mit der angefochtenen Verfügung vom 1. September 2011 beendet. Die per 1. Januar 2012 in Kraft getretene Rechtsänderung (IV-Revision 6a) und insbesondere deren Schlussbestimmung sind daher auf die vorliegend relevanten Fragestellungen nicht anwendbar. Die allfällige Anwendung der Schlussbestimmung hat die Beschwerdegegnerin gegebenenfalls ausserhalb dieses Verfahrens zu prüfen.

## 2.

**2.1** Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Wichtigstes Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens – und damit auch des Invaliditätsgrads – ist in der Regel der Arbeitsfähigkeitsgrad in einer der Gesundheitsbeeinträchtigung angepassten Tätigkeit. Im Rentenrevisionsverfahren stellt sich deshalb meist als erstes die Frage, ob sich der Arbeitsfähigkeitsgrad seit der Rentenzusprache bzw. seit der letzten revisionsweisen Anpassung der Invalidenrente verändert hat.

**2.2** In Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand wurde im Gutachten vom 17. Februar 2005 festgehalten, dass das lumboischialgiforme Schmerzsyndrom klinisch und radiologisch nur wenig objektivierbar sei. Zentral für die auf 40% geschätzte



Arbeitsunfähigkeit waren nicht die somatischen, sondern die psychischen Probleme. Die psychiatrischen Diagnosen bestanden in einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung mit leichter Episode ohne somatische Symptome. Wie bereits im Gutachten aus dem Jahr 1999 wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 40% angegeben, sodass der Invaliditätsgrad von 46% unverändert bestehen blieb.

### 2.3

**2.3.1** Die im Rahmen des Rentenrevisionsverfahrens angestellte strittige Invaliditätsbemessung beruht auf dem Gutachten vom 31. März 2011. Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise auf eine Befangenheit der am Gutachten vom 31. März 2011 beteiligten Sachverständigen. Der Vorwurf der Beschwerdeführerin, die Sachverständigen der MEDAS seien "vorbefasst" gewesen, weil sie sie schon früher begutachtet hätten, ist nicht stichhaltig, denn das Ziel dieser Verlaufsbegutachtung ist die Prüfung der aktuellen Situation im Hinblick auf eine allfällige Veränderung seit der letzten massgebenden Begutachtung gewesen. Es ist also nicht darum gegangen, die letzte bzw. eine noch frühere Begutachtung auf deren Richtigkeit zu prüfen. Deshalb ist nicht anzunehmen, dass eine "Vorbefasstheit" bestanden hat. Vielmehr ist es sinnvoll gewesen, die früheren Sachverständigen mit einer Verlaufsbegutachtung zu betrauen, denn diese sind mit dem Sachverhalt vertraut gewesen, so dass es ihnen leichter gefallen ist, eine Veränderung festzustellen. Von einer generellen Befangenheit der Sachverständigen der MEDAS ist nicht auszugehen, schon weil die Invalidenversicherung und deren Durchführungsorgane dem Legalitätsprinzip, dem Gleichbehandlungs- und dem Untersuchungsgrundsatz verpflichtet sind. Zusammengefasst besteht also keine Veranlassung, aus formalen Gründen an der Beweiskraft des Gutachtens vom 31. März 2011 zu zweifeln.

**2.3.2** Zu prüfen bleibt, ob dieses Gutachten inhaltlich zu überzeugen vermag. Die Dauer der psychiatrischen Exploration ist für die Beurteilung der Qualität der Begutachtung in der Regel irrelevant, denn diese besteht ja nicht nur aus der Exploration, sondern auch aus dem Studium der Akten und der Bewertung des Ergebnisses der Exploration. Da der Zeitaufwand im vorliegenden Fall nicht



aussergewöhnlich kurz gewesen ist, erweist sich der entsprechende Vorwurf der Beschwerdeführerin als unberechtigt.

**2.3.3** In somatischer Hinsicht sind verschiedene neue Diagnosen erhoben worden: Die Untersuchung des chronifizierten lumboschialgiformen Schmerzsyndroms links nach der Diskushernien-Operation L4/5 links im Jahr 2006 hat keine Hinweise auf eine persistierende lumbale Kompressionssymptomatik ergeben, d.h. die Operation ist langfristig erfolgreich gewesen. Es sind zwar Restbeschwerden festzustellen gewesen, aber diese sind nur geeignet gewesen, die Arbeitsfähigkeit qualitativ zu beeinträchtigen, d.h. die behinderungsbedingte Tätigkeit noch enger zu definieren. Dasselbe gilt für die Auswirkungen der Fuss- und Kniebeschwerden; auch sie schränken die behinderungsadaptierte Tätigkeit weiter ein, haben aber bezogen auf eine ideal behinderungsadaptierte Tätigkeit keine Einschränkung der quantitativen Arbeitsfähigkeit zur Folge. Während bei der Begutachtung im Jahr 2005 noch Hinterkopf-Schmerzen erwähnt wurden, die erst seit Kürzerem alle zwei bis drei Tage auftraten (IV-act. 82 S. 3), klagte die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung 2011 über praktisch täglich bestehende Kopfschmerzen (IV-act. 244 S. 3). Diese sind jedoch nicht auf degenerative Veränderungen der HWS, sondern auf einen Analgetikamissbrauch zurückzuführen. Die Feststellung der Sachverständigen, dass diese Kopfschmerzen keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätten, beruht auf der effektiv bestehenden Situation und nicht auf einem hypothetischen Zustand nach einer erfolgreichen Entzugsbehandlung. Auch hier besteht keine Veranlassung, an den Erkenntnissen der Sachverständigen zu zweifeln. Die seit 2005 eingetretenen Veränderungen des somatischen Gesundheitszustands haben also mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur eine qualitative Einschränkung, d.h. eine Verringerung der Zahl der behinderungsbedingt noch in Frage kommenden Arbeitsplätze zur Folge. In einer adaptierten Tätigkeit ist die Beschwerdeführerin – aus rein somatischer Sicht – nach wie vor nicht in ihrer (quantitativen) Arbeitsfähigkeit eingeschränkt.

**2.3.4** In psychiatrischer Hinsicht ist keine neue Krankheit aufgetreten, aber die Diagnose hat sich in Bezug auf den Schweregrad verändert. Die depressive Störung, die 2005 noch als leichte depressive Episode betrachtet wurde, ist neu als mittelgradig eingeschätzt worden. Entgegen der von der Beschwerdegegnerin im Beschwerdeverfahren vertretenen Auffassung ist die Kombination aus einer



anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen, nicht irrelevant für die Arbeitsfähigkeit, denn die Symptome der Depression (wie insbesondere die Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit und die Antriebs- und Aktivitätsminderung) sind dann, wenn sie ein erhebliches Ausmass aufweisen, willensmässig nicht oder nur teilweise überwindbar. Bei einer mittelgradigen Depression dürfte es in der Regel nicht möglich sein, mittels einer zumutbaren Willensanstrengung sämtliche Beeinträchtigungen so weitgehend zu überwinden, dass die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist. Das Ergebnis des Einsatzes von Depressionsfremdbeurteilungsskalen beruht, worauf der RAD und auch der psychiatrische Sachverständige der MEDAS hingewiesen haben, auf den Selbstangaben der Beschwerdeführerin. Diese Skalen dürften nicht oder nur bedingt geeignet sein, (bewusste oder unbewusste) Verdeutlichungs- oder Aggravationstendenzen einer Explorandin aufzuzeigen, da sie für den therapeutischen und nicht für den gutachterlichen Einsatz entwickelt worden sind. Die Einschätzung des Schweregrads einer depressiven Erkrankung – und damit auch die Einschätzung des Arbeitsfähigkeitsgrads – darf nicht allein und direkt auf dem Ergebnis des Einsatzes dieser Skalen beruhen, denn es ist damit zu rechnen, dass dieses Ergebnis – als Folge einer Verdeutlichungs- oder Aggravationstendenz – auf eine zu starke Ausprägung der Depression hinweist. Es muss deshalb durch das Ergebnis der klinischen Untersuchung verifiziert werden. Diesbezüglich ist im Gutachten vom 31. März 2011 überzeugend dargelegt worden, dass die klinische Untersuchung der Beschwerdeführerin eine deutlich geringere Ausprägung der Depression ergeben habe, als das Ergebnis der Anwendung der Depressionsskalen hätte erwarten lassen. Einem psychiatrischen Sachverständigen bleibt in einer solchen Situation nichts anderes übrig, als ermessensweise abzuwägen. Das ändert aber grundsätzlich nichts daran, dass auch die Arbeitsfähigkeitsschätzung, die sich auf widersprüchliche Abklärungsergebnisse hat stützen müssen, dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit genügen kann.

**2.3.5** Die Beschwerdeführerin hat einwenden lassen, dass sich medizinisch nicht erklären lasse, weshalb eine leichte und eine mittelgradige Episode einer rezidivierenden Depression ein und denselben Arbeitsfähigkeitsgrad (40%) zur Folge haben sollten. Die Auswirkungen der mittelgradigen Episode auf die Arbeitsfähigkeit



sind tatsächlich erheblich stärker als diejenigen einer milden Episode. So können etwa leichte Konzentrationsstörungen willensmässig noch zu einem grossen Teil kompensiert werden, aber bei starken Konzentrationsstörungen ist das offensichtlich nicht mehr möglich. Das Ergebnis der psychiatrischen Begutachtung dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die Kriterien zur Bemessung der Arbeitsfähigkeit bei Personen, die an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung in Kombination mit einer rezidivierenden depressiven Erkrankung leiden, beginnend mit dem höchstrichterlichen Urteil BGE 130 V 352 erheblich verschärft worden sind. Die Sachverständigen haben in ihrem Gutachten vom 31. März 2011 – anders als noch Anfang 2005 – wohl diese neuen, schärferen Kriterien zur Anwendung gebracht, so dass trotz einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation wieder dieselbe Arbeitsfähigkeit resultiert hat. Die revisionsrechtlich relevante Sachverhaltsveränderung, die an sich geeignet gewesen wäre, eine Erhöhung des Invaliditätsgrads zu bewirken, ist demnach überlagert worden von einer Praxisänderung, die an sich eine Reduktion des Invaliditätsgrads bewirkt hätte.

**2.3.6** Das Bundesgericht hat nun aber im Urteil BGE 135 V 201 E. 7 festgehalten, dass diese Praxisänderung keinen hinreichenden Grund bilde, um unter dem Titel der Anpassung an einen geänderten Rechtszustand eine laufende Rente, die früher formell rechtskräftig zugesprochen wurde, zu reduzieren oder einzustellen. Dem liegen primär vertrauensschutzrechtliche Überlegungen zugrunde: Bleibt eine Verbesserung des Gesundheitszustands bzw. der Arbeitsfähigkeit aus oder kommt es sogar zu einer subjektiv empfundenen gesundheitlichen Verschlechterung, rechnet die rentenbeziehende Person nicht mit einer Reduktion bzw. Einstellung der Rente. Insofern soll eine Art "Besitzstandswahrung" zum Tragen kommen. Der so verstandene Vertrauensschutz kann aber nicht so weit führen, dass bei einer allfälligen Verschlechterung des Gesundheitszustands in Ignoranz der Praxisänderung bzw. Praxisverschärfung ein Anspruch auf eine Leistungserhöhung besteht, die nur unter fortdauernder Anwendung der alten Praxis zustande kommt. Auch aus Gründen der Rechtsgleichheit geht es (ausserhalb der vertrauensschutzrechtlichen "Besitzstandswahrung") nicht an, die verschärfte Praxis nur auf erstmalige Rentenprüfungen, nicht aber – für die Zukunft – auch auf Revisionsfälle zur Anwendung zu bringen.



**2.3.7** Aus diesen Erwägungen ergibt sich, dass der psychiatrische Gutachter im Rahmen seiner Begutachtung vom 8. Februar 2011 zu Recht die von der Rechtsprechung als massgebend bezeichneten Foerster'schen Kriterien für die Annahme der Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess in seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt hat. Dass er folglich trotz der eine Verschlechterung anzeigenden Diagnosestellung die Arbeitsunfähigkeit auf 40% festlegte – wie dies bereits in den Jahren 1999 und 2005 der Fall gewesen war –, ist vor diesem Hintergrund durchaus nachvollziehbar. Die Einschätzung erscheint insgesamt als schlüssig. Folglich ist gestützt auf die vorstehenden Erwägungen auch die Gesamtbeurteilung der Gutachter plausibel.

### **3.**

**3.1** Gestützt auf eine Arbeitsfähigkeit von 60% in leidensadaptierten Tätigkeiten hat die Beschwerdegegnerin zu Recht verfügt, dass weiterhin Anspruch auf die bisherige Rente bestehe. Das Gesuch um Rentenerhöhung hat sie entsprechend rechtmässig abgewiesen. Damit ist die Beschwerde abzuweisen.

**3.2** Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung und sie hat für die Gerichtskosten aufzukommen. Da der Beurteilungsaufwand als durchschnittlich zu betrachten ist, wird die Gerichtsgebühr praxisgemäss auf Fr. 600.-- festgesetzt. Diese Gebühr ist durch den von der Beschwerdeführerin geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.



2. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese Gebühr ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.