



**Fall-Nr.:** IV 2012/68  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 08.06.2020  
**Entscheiddatum:** 11.08.2014

### **Entscheid Versicherungsgericht, 11.08.2014**

**Art. 17 Abs. 1 ATSG. Rentenrevision. Keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. August 2014, IV 2012/68).**

Entscheid Versicherungsgericht, 11.08.2014

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner,

a.o. Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiberin Lea Locher

#### **Entscheid vom 11. August 2014**

in Sachen

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Fürsprecher Marco Büchel, LL.M., K & B Rechtsanwälte,  
Freudenbergstrasse 24, Postfach 213, 9240 Uzwil,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend



### Rentenrevision (Erhöhung)

#### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 15. Januar 1991 wegen eines Rückenleidens zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Mit Verfügungen vom 20. Juni 1991 und vom 12. Februar 1993 sprach die IV-Stelle dem Versicherten Umschulungen zu (IV-act. 16 und 28).

A.b Am 22. März 2000 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 41). Dem MEDAS-Gutachten vom 2. Juni 2003 (IV-act. 59; nachfolgend: 1. MEDAS-Gutachten) sind folgende Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu entnehmen: Eine Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und histrionischen Zügen, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein chronifiziertes lumbovertebrales Syndrom sowie eine sensible radikuläre Symptomatik C8 rechts und L5 links bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen mit einer relativen, durch Osteophyten bedingte Spinalkanaleinengung. Laut dem psychiatrischen Konsilium von Dr. med. B.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bestehe die Persönlichkeitsstörung hauptsächlich in einem Mangel des Selbstwertgefühls mit erhöhter Kränkbarkeit, Anerkennungssuche durch Leistung und Tendenz zur überhöhten Selbstdarstellung. Die Selbstwertproblematik führe einerseits direkt, andererseits indirekt – via inadäquates Verhalten und soziale Sanktionen – zu depressiven Reaktionen. Diese seien anamnestisch vorhanden, jedoch nicht aktuell. Die Rückenproblematik sei psychisch überlagert. Wegen des psychosomatischen Leidens sei der Versicherte für eine rückenadaptierte Tätigkeit seit Anfang 1998 schätzungsweise 40 % arbeitsunfähig. Die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit hänge von den Arbeitsbedingungen ab. Wegen der beschriebenen Persönlichkeitsdynamik sei der Versicherte nicht in der Lage, längere Zeit in einem kleinen Team, unter ständigem Zeitdruck oder autoritärer Führung zu arbeiten. Seine optimale Arbeitsleistung würde er wahrscheinlich bei freier Arbeitseinteilung und klar abgegrenztem Verantwortungsbereich erbringen. Laut dem orthopädischen Konsilium von Dr. med.



C.\_\_\_\_, orthopädische Chirurgie FMH, sei die Funktion der Wirbelsäule sowohl im lumbalen als auch im zervikalen Bereich aufgrund von nachweisbaren degenerativen Veränderungen eingeschränkt. Der Versicherte dürfe daher nicht wiederholt schwere Lasten heben oder verschieben. In der Tätigkeit als Hauswart sei er zu 40 % arbeitsunfähig. In adaptierten Tätigkeiten, welche sitzend und stehend abwechselnd ausgeübt werden könnten, bestehe – v.a. aus zeitlichen Gründen – seit September 1998 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Polydisziplinär wurde die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der angestammten Tätigkeit auf 50 % ab ca. Februar 1998 geschätzt. In adaptierten Tätigkeiten bestehe bei einem Vollpensum eine um 40 % verminderte Leistungsfähigkeit.

A.c Mit zwei Verfügungen vom 15. Januar 2004 wurde dem Versicherten rückwirkend ab dem 1. März 1999 eine halbe Rente zugesprochen (IV-act. 69 und 78). Die IV-Stelle ging dabei von einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % in einer adaptierten Tätigkeit aus. Für die Berechnung des Invalideneinkommens wurde auf den Durchschnittslohn gemäss BFS-Statistik für Männer im gesamten privaten Sektor abgestellt. Dieser hatte im Jahr 1998, aufgerechnet auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41.9 Stunden und dem damals gültigen Teuerungsstand, monatlich Fr. 4'471.-- betragen. Weiter wurde ein Tabellenlohnabzug von 10 % vorgenommen, da der Versicherte seine Arbeits- und Einsatzzeit individuell müsse einteilen können. Daraus resultierte ein Invalideneinkommen von Fr. 28'968.-- ( $0.6 \times 4'471.-- \times 12 \times 0.9$ ). Als Valideneinkommen wurde das Einkommen des Versicherten, welches er im Jahr 1998 als Industrielackierer bei der D.\_\_\_\_ verdiente, herangezogen; es betrug Fr. 65'000.-- (IV-act. 65). Der Invaliditätsgrad wurde deshalb auf 55 % festgelegt (IV-act. 66).

A.d Am 5. Mai 2004 reichte der Versicherte einen Fragebogen für die Revision der Invalidenrente ein (IV-act. 82). Im Verlaufsbericht vom 9. Juni 2004 gab Prof. E.\_\_\_\_, Orthopädie F.\_\_\_\_, an, der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär (IV-act. 88). Am 23. Juni 2004 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass keine Änderung festgestellt worden sei, die sich auf die Rente auswirke (IV-act. 91). Er habe deshalb weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente.

A.e Am 29. September 2004 teilte der Versicherte der IV-Stelle mit, dass es ihm gesundheitlich sehr schlecht gehe. Er bat um die Anforderung von Arztberichten (IV-



act. 94). Der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. G.\_\_\_\_, gab im Verlaufsbericht vom 9. November 2004 an, dass im Rahmen einer neu diagnostizierten funktionellen und morphologischen Instabilität L4 bis S1 eine Exacerbation des lumbospondylogenen Syndroms entstanden sei (IV-act. 97). In einer adaptierten Tätigkeit sei der Versicherte mindestens vier Stunden pro Tag arbeitsfähig. Prof. E.\_\_\_\_ gab im Verlaufsbericht vom 3. Dezember 2004 an, dass der Gesundheitszustand des Versicherten – bei immer wieder auftretenden Schmerzanfällen – seit ca. einem Jahr stationär sei (IV-act. 99). In einer leidensadaptierten Tätigkeit könne er vier Stunden pro Tag arbeiten. Mit Verfügungen vom 29. April 2005 wurde dem Versicherten rückwirkend ab dem 1. September 2004 eine Dreiviertelsrente zugesprochen (IV-act. 107 und 111). Die IV-Stelle ging dabei von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % aus. Für die Berechnung des Valideneinkommens wurde wieder das zuletzt erzielte Einkommen als Industrielackierer herangezogen und nach der Indexierung auf Fr. 70'200.-- festgelegt. Für das Invalideneinkommen wurde auf die Lohnstrukturerhebung des Jahres 2004, Privater Sektor, Männer, Niveau 4, abgestellt und ein Teilzeit- und Tabellenlohnabzug von je 10 % vorgenommen. Das Invalideneinkommen wurde deshalb auf Fr. 23'520.-- festgesetzt ( $0.5 \times 12 \times 4'900.-- \times 0.8$ ; IV-act. 102). Daraus resultierte ein Invaliditätsgrad von 66 %.

A.f Am 4. Mai 2006 reichte der Versicherte erneut einen Fragebogen für die Revision der Invalidenrente ein (IV-act. 113). Die IV-Stelle ordnete eine rheumatologisch-psychiatrische Verlaufsbeurteilung an, die im März 2007 stattfand (Gutachten vom 18. Mai 2007; IV-act. 136; nachfolgend: 2. MEDAS-Gutachten). Neu wurden – neben den bereits im 1. MEDAS-Gutachten gestellten Diagnosen – Anpassungsstörungen mit der Störung von Gefühlen und des Sozialverhaltens festgestellt. Weiter wurde das im 1. MEDAS-Gutachten festgestellte lumbovertebrale Syndrom neu als diffuses chronisches Schmerzsyndrom cervicocephal und -brachial rechts sowie lumbofemoral umschrieben. Laut den Gutachtern gebe es einige Zeichen, die für das Vorliegen eines nichtorganischen Krankheitsverhaltens sprächen. Gemäss Dr. B.\_\_\_\_ hatte der Versicherte bei der Untersuchung einen depressiven Eindruck gemacht. Der Fragebogen und der Test hätten einerseits eine Verschlechterung, andererseits eine Aggravation aufgezeigt. Es seien mehrere Zusatzkriterien nach Foerster erfüllt: Erstens handle es sich bei der Persönlichkeitsstörung und dem depressiven Zustand um eine langandauernde, schwerwiegende, ausgeprägte psychiatrische Komorbidität von



erheblicher Ausprägung. Zweitens habe ein ausgeprägter sozialer Rückzug in allen Lebensbelangen stattgefunden. Und drittens seien Rehabilitationsmassnahmen kontraproduktiv gewesen (somatische Fixierung, Arztwechsel), wobei eine mangelnde Motivation des Beschwerdeführers, psychotherapeutische Hilfe anzunehmen, störungsbedingt sei. Die Gutachter schätzten die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als technischer Sachbearbeiter oder ähnliche, körperlich eher leichte bis vereinzelt mittelschwere, rückenadaptierte Tätigkeiten auf 50 %. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit im Vergleich zum 1. MEDAS-Gutachten sei auf nicht reversibel einzuschätzende Anteile der depressiven Störung (verminderte Schmerztoleranz, Konzentrationsstörungen, Ermüdbarkeit, Verlangsamung) zurückzuführen.

A.g Mit Verfügung vom 4. Juli 2007 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades keine Änderung festgestellt worden sei, die sich auf die Rente auswirke (IV-act. 143). Er habe deshalb weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente. Bezüglich des Valideneinkommens stellte die IV-Stelle wiederum auf das der Teuerung angepasste, zuletzt erzielte Einkommen als Industrielackierer ab und setzte es auf Fr. 72'376.-- (70'200.-- × 1.031) fest. Für die Berechnung des Invalideneinkommens stellte sie erneut auf den Tabellenlohn der Lohnstrukturerhebung des Jahres 2004 ab und nahm einen Tabellenlohn- und Teilzeitabzug von 20 % vor. Daraus resultierte ein Invalideneinkommen von Fr. 24'249.-- (0.5 × 12 × 5'052.-- × 0.8). Der Invaliditätsgrad betrug demnach 66.5 % (IV-act. 141).

B.

B.a Mit Schreiben vom 14. Juni 2010 stellte der Versicherte erneut ein Revisionsgesuch (IV-act. 156). Am 14. Juli 2010 reichte er diverse medizinische Berichte nach (IV-act. 161 ff.). Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und für Allgemeinmedizin, hatte beim Versicherten eine Persönlichkeitsstörung mit impulsiven, depressiven, histrionischen und narzisstischen Zügen, eine somatoforme Schmerzstörung und eine rezidivierend depressive Störung diagnostiziert (Bericht vom 22. Oktober 2008; IV-act. 164). Gemäss Dr. H.\_\_\_\_ sei der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit seit mindestens 2. Oktober 2007 zu 100



% arbeitsunfähig. Eine selbständige Arbeitsausübung in angestellter oder selbständiger Tätigkeit sei durch die affektiven und kognitiven Defizite des Versicherten stark begrenzt. Mit einer Verbesserung der psychischen Belastbarkeit sei nicht mehr zu rechnen. Sowohl psychotherapeutische als auch psychopharmakologische Massnahmen hätten über den Zeitraum eines Jahres (Oktober 2007 bis 2008) keinerlei Veränderung bewirkt. Die Klinik für Chirurgie und Orthopädie des Spital H.\_\_\_\_ hatte beim Versicherten am 3. Februar 2009 ein subacromiales Impingement diagnostiziert (IV-act. 165). Weiter hatte die Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen am 28. Mai 2010 eine ventrale Stabilisation von C5 bis C7 durchgeführt (IV-act. 162 S. 3 ff.). Gemäss dem Bericht vom 2. Juli 2010 zeigte sich bei einer Nachuntersuchung am 1. Juli 2010 klinisch ein Taubheitsgefühl über den Fingern I-III der linken Hand sowie ein leicht reduzierter Faustschluss (IV-act. 162 S. 1 f.). Das Taubheitsgefühl sei als Folge der Operation zu werten. Bedingt durch dieses Taubheitsgefühl nehme der Versicherte Gegenstände in der Hand nicht mehr richtig wahr und lasse diese fallen (z.B. Gläser). Dem Bericht der Psychiatrie-Dienste J.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2010 (IV-act. 163) sind die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode) sowie einer sonstigen spezifischen Persönlichkeitsstörung zu entnehmen. Der behandelnde Arzt gab an, dass sich der Versicherte seit dem 8. Mai 2009 im Psychiatrie-Zentrum K.\_\_\_\_ in Behandlung befinde. Die therapeutischen Interventionen seien bis zum heutigen Zeitpunkt ohne erkennbaren Erfolg geblieben. Nach einem erneuten operativen Eingriff im Mai 2010 habe sich der Zustand des Versicherten verschlechtert. Ab dem 22. April 2010 sei er in der Klinik L.\_\_\_\_ stationär behandelt worden. Aufgrund des protrahierten Verlaufs, der Chronifizierung der Schmerzerkrankung sowie der depressiven Erkrankung auf der Basis einer bestehenden Persönlichkeitsstörung erscheine eine Verbesserung der Symptomatik auf ein Niveau, das eine Arbeitsfähigkeit generieren könnte, mittelfristig äusserst unwahrscheinlich.

B.b Am 5. Juli 2010 reichten die Psychiatrie-Dienste J.\_\_\_\_ einen Bericht über die stationäre Behandlung des Versicherten in der L.\_\_\_\_ vom 22. bis 26. Juni 2010 ein (IV-act. 174). Dem Bericht ist zu entnehmen, dass der Versicherte an einer chronifizierten, therapieresistenten Schmerzerkrankung sowie einer depressiven Erkrankung auf dem Boden einer Persönlichkeitsstörung leide. Im Verlauf der Hospitalisation sei es zu einer



gewissen psychischen Stabilisierung gekommen, so dass der Versicherte bei fehlender Selbst- oder Fremdgefährdung auf seinen Wunsch habe entlassen werden können.

B.c Gemäss dem Verlaufsbericht der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vom 20. September 2010 (IV-act. 176) habe sich an den Kreuz- und Nackenschmerzen des Versicherten im Vergleich zum 1. MEDAS-Gutachten nicht allzu viel geändert. Es sei nicht davon auszugehen, dass operative Massnahmen zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen würden. Die Arbeitsfähigkeitseinschätzung im 1. MEDAS-Gutachten habe nach wie vor Gültigkeit.

B.d Am 21. November 2010 reichten die Psychiatrie-Dienste J.\_\_\_\_ Psychiatrie-Zentrum K.\_\_\_\_) einen Verlaufsbericht ein (IV-act. 179). Sie gaben an, dass sie die Diagnosen der 2. MEDAS-Begutachtung (Anpassungsstörung und somatoforme Schmerzstörung) nicht stützten. Sie hätten eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode) und eine sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung (mit impulsiven, depressiven, histrionischen und narzisstischen Zügen) festgestellt.

B.e Das in Auftrag gegebene polydisziplinäre Verlaufsgutachten der MEDAS Ostschweiz vom 16. September 2011 (IV-act. 187; nachfolgend: 3. MEDAS-Gutachten) ergab folgende Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit: Ein chronifiziertes, generalisiertes Schmerzsyndrom, eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, beginnend chronifiziert), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und histrionischen Zügen sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Gemäss den Gutachtern sei eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit gegenüber dem 1. MEDAS-Gutachten weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht objektivierbar. Bei subjektiver Zunahme des ausgedehnten muskuloskelettalen Beschwerdebildes gegenüber der Vorbegutachtung stehe aus somatischer Sicht unverändert ein chronifiziertes, generalisiertes, diffuses Schmerzsyndrom bei deutlichen Zeichen eines nichtorganischen Krankheitsverhaltens im Vordergrund. Insbesondere seien weder klinisch-neurologisch noch elektroneurophysiologisch Hinweise für sensomotorische Defizite, ein peripheres Nervenentrapment oder eine Affektion des Brachial- oder Lumbosacralplexus gefunden worden. Eine leichte bis mässiggradige Polyneuropathie



sei neurographisch bestätigt worden. Auch gebe es keine Hinweise für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach den operativen Eingriffen an der linken Schulter und cervical. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht könne aufgrund des chronifizierten Beschwerdebildes nicht erwartet werden. Der psychische Zustand des Versicherten habe sich seit der 1. MEDAS-Begutachtung nicht wesentlich verändert. Aufgrund des nun schon länger bestehenden Zustandsbildes mit schwankendem Verlauf müsse inzwischen die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt werden. Eine Anpassungsstörung könne gemäss den Kriterien der ICD-10 nach einem Verlauf von über zwei Jahren nicht mehr gestellt werden. Dr. med. M.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stützte sich bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung auf die von Foerster für psychiatrische Begutachtungen formulierten Kriterien. Gemäss dem Gutachter liege beim Versicherten eine chronische psychiatrische Begleiterkrankung mit mehrjährigem Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission in Form der beginnend chronifizierten mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung auf dem Boden der kombinierten Persönlichkeitsstörung vor. Es sei von einem teilweisen sozialen Rückzug auszugehen. Die psychiatrische Symptomatik sei nicht als ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung zu interpretieren. In Bezug auf die Psychotherapiemotivation liege eine Ambivalenz vor, was nur zum Teil mit einer eingeschränkten Krankheitseinsicht in Zusammenhang stehe. Durch die somatoforme Symptomatik bestehe jedoch auch ein sekundärer Krankheitsgewinn in Form von Schonung und Anteilnahme. Auch müsse der Versicherte keine berufliche Tätigkeit in vollem Rahmen mehr ausüben. Aus psychiatrischer Sicht seien die Behandlungsoptionen noch nicht voll ausgeschöpft. Eine Fortführung und gegebenenfalls auch Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, insbesondere auch eine weitere Optimierung der antidepressiven Medikation und Kontrolle der regelrechten Medikamenteneinnahme, erscheine indiziert. Zusammengefasst sei festzuhalten, dass die Foerster-Kriterien in Bezug auf die somatoforme Schmerzstörung zum Teil vorlägen. Dem Versicherten sei die Aufwendung der zumutbaren Willensanstrengung möglich, um die Schmerzen und sonstigen somatoformen Beschwerden zu überwinden und zumindest in Teilzeit wieder in adaptierte Tätigkeiten einzusteigen. Die weiterhin mittelgradigen Einschränkungen



der Arbeits- und Leistungsfähigkeit seien durch die depressive Symptomatik und die Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Ausdauer und der Konzentrationsfähigkeit bedingt. Die emotionale Belastbarkeit sowie die Stress- und Frustrationstoleranz seien deutlich vermindert. Auch bestünden Defizite der sozialen Kompetenzen, eine deutlich erhöhte Kränkbarkeit, eine verminderte Konflikt- und Abgrenzungsfähigkeit sowie eine Tendenz zu ungünstiger Kommunikation mit den Mitmenschen. Es sei noch eine gewisse, aber wohl voraussichtlich keine wesentliche Besserung des psychischen Zustandsbildes zu erwarten. Gemäss dem Gutachter stimmten die psychiatrischen Diagnosen mit denjenigen der Psychiatrie-Dienste J.\_\_\_\_ und denjenigen von Dr. H.\_\_\_\_ überein. Dr. M.\_\_\_\_ schätzte die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht auf 50 %. Die Diskrepanz zu den Arbeitsfähigkeitseinschätzungen der behandelnden Ärzte sei wohl darauf zurückzuführen, dass diese von einem biopsychosozialen Krankheitsmodell ausgingen und aus diesem Grunde psychosoziale Belastungsfaktoren in ihre Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit mit einbezogen; dies sei nach den IV-rechtlichen Kriterien allerdings nicht erlaubt. Gesamthaft schätzten die Gutachter die Restarbeitsfähigkeit des Versicherten in den früher ausgeführten Tätigkeiten wie auch in anderen körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Zeitdruck, möglichst mit freier Einteilung und in Zusammenarbeit mit ausgeglichenen Vorgesetzten und Kollegen, auf 50 %.

B.f Mit einem Vorbescheid vom 28. Oktober 2011 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass die Abweisung des Erhöhungsgesuchs vorgesehen sei (IV-act. 191). Zur Begründung gab sie an, die Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten wie auch dessen Arbeitsfähigkeit seit der Zusprache der Teilrente nicht wesentlich verändert hätten. Für die Berechnung des Valideneinkommens wurde wie bei den bisherigen Berechnungen auf das zuletzt erzielte Einkommen als Industrielackierer abgestellt und dieses der Teuerung bis 2009 angepasst; daraus resultierte ein Valideneinkommen von Fr. 72'629.--. Für das Invalideneinkommen wurde wiederum auf den Tabellenlohn (Lohnstrukturerhebung des Jahres 2009, Tabelle TA 1, Lohnniveau 4) abgestellt und ein Teilzeit- und ein Tabellenlohnabzug von je 10 % vorgenommen; das errechnete Invalideneinkommen betrug Fr. 23'992.-- ( $0.5 \times 12 \times 4'998.-- \times 0.8$ ). Daraus ergab sich ein Invaliditätsgrad von 67 % (IV-act. 201). Am 3. Januar 2012 liess der Versicherte einen Einwand erheben (IV-act. 199). Der Rechtsvertreter brachte vor, dass zusätzlich zur somatoformen



## St.Galler Gerichte

Schmerzstörung eine eigenständige, losgelöste psychische Erkrankung in Form einer psychischen Komorbidität und somit rechtsprechungsgemäss ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Da der Versicherte zusätzlich unter einer rezidivierenden depressiven Störung und an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung leide, verfüge er nicht über hinreichende Ressourcen, um einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können. Dem Versicherten sei eine ganze Rente auszurichten, da eine Verschlechterung der Gesundheit seit dem Erlass der Verfügung am 4. Juli 2007 glaubhaft gemacht worden sei.

B.g Mit Verfügung vom 11. Januar 2012 (act. G 1.3) wies die IV-Stelle das Erhöhungsgesuch aus den im Vorbescheid dargelegten Gründen ab. Zum Einwand hielt sie fest, Dr. M.\_\_\_\_ habe im Verlaufsgutachten der MEDAS festgehalten, dass sich bei der Begutachtung ein im Vergleich mit den Beschreibungen im Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ im Wesentlichen unveränderter psychischer Zustand präsentiert habe. Zudem sei dem Versicherten gemäss der überzeugenden Beurteilung von Dr. M.\_\_\_\_ die Aufwendung der zumutbaren Willensanstrengung möglich, die Schmerzen und sonstigen somatoformen Beschwerden zu überwinden und zumindest in Teilzeit wieder eine adaptierte Tätigkeit auszuüben. Demnach liege keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes und der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit seit der letzten umfassenden Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vor.

C.

C.a Am 9. Februar 2012 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) Beschwerde gegen diese Verfügung erheben (act. G 1). Er liess die Ausrichtung einer ganzen IV-Rente ab 1. Juni 2010, eventualiter die Einholung eines multidisziplinären Obergutachtens, beantragen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin). Der Rechtsvertreter brachte vor, dass das 3. MEDAS-Gutachten einer genaueren Prüfung nicht stand halte. Zwar sei der Beschwerdeführer von einem Neurologen untersucht worden, doch sei – im Gegensatz zur MEDAS-Untersuchung vom 12. März 2003 – kein orthopädisches Konsilium mehr durchgeführt worden. Da Dr. C.\_\_\_\_ im 1. MEDAS-Gutachten für eine adaptierte Tätigkeit aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % festgestellt habe, hätte die Beschwerdegegnerin zwingend einen Orthopäden beiziehen müssen. Eine



Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht dränge sich auf, weil der Beschwerdegegner wegen des Taubheitsgefühls über Daumen und radialem Unterarm häufig Gegenstände aus der Hand fallen lasse. Sodann hätte eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchgeführt werden müssen. Weiter werde im 3. MEDAS-Gutachten behauptet, die Behandlungsoptionen seien aus psychiatrischer Sicht noch nicht voll ausgeschöpft worden. Im 2. MEDAS-Gutachten sei demgegenüber festgehalten worden, dass von einer Psychotherapie keine Besserung zu erwarten sei und berufliche Massnahmen nicht erfolgsversprechend seien. Auch dem Bericht der Psychiatrie-Dienste J.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2010 sei sinngemäss zu entnehmen, dass weitere Behandlungen die Arbeitsfähigkeit nicht erhöhen könnten. Weiter sei unzutreffend, dass die Foerster-Kriterien nur zum Teil vorlägen. So seien die Sachverständigen im 3. MEDAS-Gutachten lediglich von einem teilweisen sozialen Rückzug ausgegangen, obwohl im 2. MEDAS-Gutachten ein ausgewiesener sozialer Rückzug festgestellt worden sei. Auch liege beim Versicherten eine mitwirkende, psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Dauer und Ausprägung vor. Mit der Beurteilung der Psychiatrie-Dienste J.\_\_\_\_ vom 2. Juli und 21. November 2010 sei davon auszugehen, dass sich seit der 2. MEDAS-Begutachtung der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers verschlechtert habe und dieser heute gänzlich arbeitsunfähig sei. Dieser Beurteilung komme ein erhöhtes Gewicht zu, da der Beschwerdeführer dort seit dem 8. Mai 2009 in Behandlung gewesen sei; der MEDAS-Gutachter habe für die Exploration nur etwas mehr als zwei Stunden Zeit gehabt. Weiter sei im 2. MEDAS-Gutachten festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer an einer Anpassungsstörung leide. Im 3. MEDAS-Gutachten sei demgegenüber eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert worden. Diese Änderung der Diagnose beweise eine wesentliche Verschlechterung des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers. Es sei deshalb nicht nachvollziehbar, dass Dr. M.\_\_\_\_ von einem unveränderten psychischen Zustand ausgehe. Und schliesslich hätte die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit geprüft werden müssen, wenn auf das 3. MEDAS-Gutachten abgestellt würde. Vor allem bei einfachen Kontrolltätigkeiten benötige man eine hohe Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer; diese Eigenschaften fehlten dem Beschwerdeführer gänzlich. Zudem benötige man bei körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten vor allem die Hände; bedingt durch das Taubheitsgefühl in Daumen, Zeigefinger sowie im radialen Unterarm könne der



Beschwerdeführer Gegenstände in der Hand nicht mehr richtig wahrnehmen, weshalb er sie auch schon fallen gelassen habe. Falls also noch eine Restarbeitsfähigkeit bestehe, müsse davon ausgegangen werden, dass die qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit so stark sei, dass auch auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt keine Stelle mehr existiere, an welcher es dem Beschwerdeführer möglich wäre, seine Restarbeitsfähigkeit einzusetzen. Da die Restarbeitsfähigkeit somit wirtschaftlich nicht mehr verwertbar sei, bestehe auch für den erwerblichen Teil eine vollständige Invalidität.

C.b In der Beschwerdeantwort vom 27. April 2012 (act. G 4) brachte die Beschwerdegegnerin vor, dass die Arbeitsfähigkeit ausschliesslich medizinisch-theoretisch zu bestimmen sei. Der Beschwerdeführer würde eine EFL nur dazu benutzen, zu "beweisen", dass er in hohem Mass arbeitsunfähig sei. Da er seine Arbeitsfähigkeit erheblich pessimistischer einschätze, als diese tatsächlich sei, wäre die bei einer EFL gezeigte Leistung ohnehin nicht relevant. Bei einer EFL sei es nämlich nicht möglich, den Anteil allfälliger Motivationsmängel vom willentlich nicht steuerbaren Unvermögen, eine volle Leistung zu erbringen, abzugrenzen. Der Einschätzung der MEDAS komme grosses Gewicht zu, weil es sich um eine für die IV geschaffene spezialisierte Gutachterstelle handle, die mit IV-rechtlichen Fragestellungen bestens vertraut sei. Im Gegensatz zu behandelnden Ärzten folge die MEDAS strikt versicherungsmedizinischen Prämissen. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers habe die MEDAS kein orthopädisches Konsilium durchführen müssen. Ein Rheumatologe befasse sich mit der schmerzhaften Erkrankung von Gelenken, Muskeln, Bändern und Sehnen. Er sei deshalb ohne Weiteres in der Lage gewesen, die vom Beschwerdeführer geltend gemachten gesundheitsbedingten Einschränkungen der Gelenke zu erkennen. Der Beschwerdeführer sei anlässlich der 3. MEDAS-Begutachtung vom Rheumatologen der MEDAS ausführlich untersucht worden. Dieser habe sich auch auf eine elektrophysiologische Untersuchung durch einen Neurologen der MEDAS Ostschweiz vom 19. April 2011 sowie auf zahlreiche Röntgenbilder abstützen können. Auch habe der Rheumatologe die Anamnese und die medizinischen Vorakten berücksichtigt. Es sei daher nicht ersichtlich, inwiefern dessen Arbeitsfähigkeitsschätzung rechtsfehlerhaft sein sollte, zumal beim Beschwerdeführer keine neurologischen Ausfälle vorgelegen hätten. Anlässlich der 3. MEDAS-Begutachtung habe der Beschwerdeführer die Taubheitsgefühle am Daumen und



Unterarm nicht mehr erwähnt. Ohnehin sei nicht erkennbar, inwiefern diese harmlosen postoperativen Beschwerden sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken könnten. Weiter sei dem Beschwerdeführer im 2. MEDAS-Gutachten vor allem gestützt auf die Diagnose der Persönlichkeitsstörung eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert worden. Die MEDAS habe beim Beschwerdeführer bereits damals eine depressive Symptomatik vorgefunden, diese jedoch (noch) nicht als depressive Episode oder Störung beurteilt. Der Beschwerdeführer leite aus der diagnostischen Umcodierung der Anpassungsstörung in eine mittelgradige depressive Störung zu Unrecht eine erhebliche Verschlechterung seines psychischen Zustands ab, zumal das 2. und das 3. MEDAS-Gutachten in etwa den gleichen psychiatrischen Befund angegeben hätten. Im Übrigen handle es sich bei der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Störung um eine reaktive Begleiterscheinung zur Schmerzstörung, die keine Komorbidität darstelle, weil kein von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbarer verselbständigter und pathologischer Gesundheitsschaden vorliege. Trotz der Persönlichkeitsstörung sei der Beschwerdeführer immer wieder in der Lage gewesen, für längere Zeiträume Erwerbseinkommen von über Fr. 30'000.-- pro Jahr oder sogar in der Grössenordnung eines Hilfsarbeiters in einem Vollzeitpensum zu erzielen. Die Persönlichkeitsstörung habe somit keinen erheblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gehabt. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung im 3. MEDAS-Gutachten von nur noch 50 % aus psychiatrischer Sicht sei daher bereits ziemlich grosszügig. Auf den Bericht der Psychiatrie-Dienste J.\_\_\_\_, gemäss welchem der Beschwerdeführer voll arbeitsunfähig sei, könne demnach nicht abgestellt werden: Aus diesem Bericht ergebe sich, dass das Psychiatrie-Zentrum vor allem auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestellt habe. Zudem sei die Arbeitsfähigkeitsschätzung eines nicht von einer versicherten Person unabhängigen Arztes wegen der formellen Natur des Anspruchs auf einen unabhängigen Experten auf jeden Fall unbeachtlich. Da der Bericht des Psychiatrie-Zentrums auch keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorbringe, die im Rahmen einer Begutachtung unerkant geblieben und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen, sei voll auf das 3. MEDAS-Gutachten abzustellen. Weitere medizinische Abklärungen seien unnötig, da die MEDAS die geltend gemachten Einschränkungen des Beschwerdeführers ausführlich abgeklärt habe.



## St.Galler Gerichte

C.c In der Replik vom 7. Juni 2012 (act. G 6) brachte der Rechtsvertreter vor, eine objektive EFL sei zwar in Situationen, in welchen der Schmerz das Verhalten der versicherten Person massgeblich präge, wegen allfälliger Selbstlimitierungen schwieriger. Gerade in solchen Fällen erlaube es eine EFL jedoch, die Arbeitsfähigkeit zu schätzen. Weiter könne dem 3. MEDAS-Gutachten entnommen werden, dass das Taubheitsgefühl immer noch bestehe. Auch könne es nicht als harmlos abqualifiziert werden. Das Gericht habe sämtliche Beweismittel – ungeachtet ihrer Herkunft – objektiv zu prüfen. Schliesslich treffe es nicht zu, dass der Bericht der Psychiatrie-Dienste J.\_\_\_\_ einzig auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abstütze.

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 8).

C.e Am 17. Dezember 2013 reichte der Rechtsvertreter einen Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2013 und MRI-Berichte von Schädel und HWS des Spitals I.\_\_\_\_ vom 25. November 2013 ein (act. G 9). Dr. G.\_\_\_\_ erklärte, dass bezüglich der HWS eine Progression der Erkrankung stattgefunden habe, die bildgebend nachgewiesen werden könne. Zudem müssten auch die Uratarthropathie (Gicht), die Hüftarthrose und die Schlafstörung als weitere Aspekte der zunehmenden Invalidität in die Arbeitsfähigkeitsschätzung einbezogen werden.

### Erwägungen:

1.

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 (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der



Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 112 V 372 E. 2b mit Hinweisen).

1.2 Gegenstand dieses Verfahrens ist, ob die Beschwerdegegnerin das Erhöhungsgesuch zu Recht abgewiesen hat. Der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ist letztmals anlässlich der Revisionsverfügung vom 4. Juli 2007 materiell geprüft worden. Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand bzw. die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwischen dem 4. Juli 2007 und dem 11. Januar 2012 (Zeitpunkt des Verfügungserlasses) derart verändert hat, dass daraus eine Änderung des Invaliditätsgrades resultiert, welche zu einer Änderung des Rentenanspruchs führt.

2.

2.1 In medizinischer Hinsicht liegen insbesondere die MEDAS-Gutachten aus den Jahren 2003, 2007 und 2011, der Bericht des behandelnden Arztes Dr. H.\_\_\_\_, drei Berichte der Psychiatrie-Dienste J.\_\_\_\_, ein Bericht der Klinik für Chirurgie und Orthopädie des Spital I.\_\_\_\_ sowie zwei Berichte der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen im Recht.

2.2 Der Beschwerdeführer hat nach Abschluss des Schriftenwechsels zudem MRI-Berichte des Schädels und der HWS vom 25. November 2013 und einen dazugehörigen Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2013 einreichen lassen. Gemäss dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ habe bezüglich der HWS eine Progression der Erkrankung stattgefunden. Zudem sei der Beschwerdeführer an Gicht erkrankt, habe eine Hüftarthrose und Schlafstörungen. Dem MRI-Bericht der HWS ist hauptsächlich zu entnehmen, dass die Unkarthrose und Retrospondylose im Segment C4/5 beidseits mit linksseitiger Betonung gegenüber einem MRI vom Januar 2010 zugenommen habe. Im Rahmen der 3. MEDAS-Begutachtung am 19. April 2011 ist eine Röntgenaufnahme der HWS gemacht worden, die eine z.T. fortgeschrittene Spondylarthrosis der mittleren und unteren HWS sowie eine Osteochondrosis mit leichter Retroosteophytenbildung gezeigt hat. Im 3. MEDAS-Gutachten ist somit bereits eine Progression der Arthrose der HWS berücksichtigt worden. Die geltend gemachten Schlafstörungen bestehen



anamnestisch mindestens seit der 2. MEDAS-Untersuchung im Jahr 2007. Den Akten sind keine Hinweise zu entnehmen, dass sich die Schlafstörungen seit der 2. MEDAS-Untersuchung verschlimmert hätten. Bezüglich der Uratarthropatie ist festzuhalten, dass bei der 3. MEDAS-Untersuchung noch keine Anzeichen des Vorliegens einer solchen Erkrankung haben festgestellt werden können. Der Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ ist zwei Jahre nach Erlass der strittigen Revisionsverfügung erstellt worden. Es besteht daher keine überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür, dass sich die Uratarthropathie zum Verfügungszeitpunkt auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hat. Der Beschwerdeführer hat bereits anlässlich der 3. MEDAS-Untersuchung über Schmerzen in der rechten Hüfte geklagt (IV-act. 187 S. 3). Dem 3. MEDAS-Gutachten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei der Beweglichkeitsprüfung der Hüften heftigste lumbale Rückenschmerzen geäußert habe, weshalb das Bewegungsausmass der Hüftgelenke nicht habe bestimmt werden können (IV-act. 187 S. 12). Der Beschwerdeführer leidet unter einem chronifizierten generalisierten Schmerzsyndrom und kann deshalb nur noch körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ausüben. Es ist davon auszugehen, dass er – insofern eine solche zum Verfügungszeitpunkt überhaupt vorgelegen hat – durch die Hüftarthrose nicht noch stärker in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt wird, als er dies ohnehin schon durch die Nacken,- Rücken- und Schulterschmerzen ist. Den nachträglich eingereichten Berichten fehlt es somit an der notwendigen Beweiskraft, eine weitere Reduktion der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwischen der 3. MEDAS-Begutachtung und dem Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Revisionsverfügung als überwiegend wahrscheinlich erscheinen zu lassen.

3.

3.1 Als Nächstes ist zu prüfen, ob zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Revisionsverfügung auf das 3. MEDAS-Gutachten abgestellt werden kann.

3.2 Der Beschwerdeführer hat einwenden lassen, dass aus verschiedenen Gründen nicht auf das 3. MEDAS-Gutachten abgestellt werden könne: Als Erstes hat der Rechtsvertreter vorgebracht, dass der Beschwerdeführer zusätzlich von einem Orthopäden hätte untersucht werden müssen. Einerseits habe Dr. C.\_\_\_\_ im 1. MEDAS-



Gutachten eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % aus orthopädischer Sicht festgestellt. Andererseits müsse das Taubheitsgefühl im Daumen und Unterarm bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt werden. Orthopäden wie auch Rheumatologen sind auf Erkrankungen des Bewegungsapparates spezialisiert und somit beide kompetent, die vom Beschwerdeführer geltend gemachten somatischen Beschwerden (Rücken-, Nacken-, Schulter-, Hüft- und Knieschmerzen) fachmännisch zu beurteilen. Weiter stimmen die vom Orthopäden und vom Rheumatologen festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Wesentlichen überein: Beide diagnostizierten ein Schmerzsyndrom, welches die Arbeitsfähigkeit einschränke. Während der Orthopäde die Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht auf 20 % festgelegt hat, hat es der Rheumatologe unterlassen, die Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht zu beziffern. In beiden Gutachten kamen die Sachverständigen allerdings zum Schluss, dass die Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht von der Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht konsumiert werde. Weiter wurde das geltend gemachte Taubheitsgefühl bei der 3. MEDAS-Begutachtung eingehend untersucht und eine leichte bis mässiggradige Polyneuropathie diagnostiziert. Die Gutachter kamen jedoch zum Schluss, dass diese keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe, da weder sensomotorische Defizite noch ein peripheres Nervenentrapment oder eine Affektion des Brachial- oder Lumbosacralplexus hätten festgestellt werden können. Diese Beurteilung erscheint schlüssig und es sind keine Gründe ersichtlich, weshalb bezüglich der Taubheitsgefühle weitere Abklärungen hätten vorgenommen werden müssen.

3.3 Als zweites Argument brachte der Rechtsvertreter vor, dass eine EFL hätte durchgeführt werden müssen. Die Überprüfung der Leistungsfähigkeit durch eine EFL bedingt eine aktive Mitwirkung der versicherten Person. Ob eine versicherte Person bei einer EFL mitwirkt, hängt von ihrem Willen und damit davon ab, ob sie sich selbst noch (zu einem gewissen Grad) als leistungsfähig betrachtet. Der Beschwerdeführer hat angegeben, dass er sich zu 100 % arbeitsunfähig fühle. Während der Prüfung des Neurostatus anlässlich der 3. MEDAS-Untersuchung hat der Beschwerdeführer sich geweigert, den Zehen- und Fersengang und die Hocke auszuführen. Zudem konnten aufgrund seines Verhaltens mehrere Tests nicht lege artis durchgeführt werden (Motorik, Resistivtests, Lasèguezeichen und Upper-Limb-Test; IV-act. 187 S. 11 f.). Unter den gegebenen Umständen ist eine EFL offensichtlich nicht geeignet, einen



Beitrag zur Schätzung der Arbeitsfähigkeit zu leisten. Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht auf die Durchführung einer EFL verzichtet.

3.4 Der Rechtsvertreter hat sich drittens auf den Standpunkt gestellt, dass alle Foerster-Kriterien erfüllt seien: Es liege eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Dauer und Ausprägung vor und es müsse von einem ausgewiesenen sozialen Rückzug ausgegangen werden. Die psychiatrischen Behandlungsoptionen seien bereits voll ausgeschöpft. Zudem beweise die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung eine Verschlechterung des psychischen Zustandes. Nach der Rechtsprechung kommt einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) ebenso wie grundsätzlich sämtlichen pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (BGE 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283) nur ausnahmsweise ein invalidisierender, d.h. einen Rentenanspruch begründender Charakter zu (Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG; grundlegend BGE 130 V 352). Entscheidend ist, ob und inwiefern die versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr erlauben, trotz den subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.4 S. 355; 127 V 294 E. 4b/cc in fine und E. 5a S. 299 unten). Umstände, die bei Vorliegen eines solchen Krankheitsbildes die Verwertung der verbliebenen Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt als unzumutbar erscheinen lassen können, sind: Eine Komorbidität im Sinne eines vom Schmerzgeschehen losgelösten eigenständigen psychischen Leidens von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer, chronische körperliche Begleiterkrankungen mit mehrjährigem Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, sozialer Rückzug, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn), unbefriedigende Ergebnisse von konsequent durchgeführten Behandlungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person (BGE 132 V 65 E. 4.2.2 S. 71; 130 V 352 E 2.2.3 S. 353 ff.; Urteil 9C\_1061/2009 vom 11. März 2010 E. 5.4.3.1.1). Umgekehrt sprechen u.a. eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese, die Angabe intensiver in der Umschreibung vager Schmerzen oder behauptete schwere Einschränkungen im Alltag bei weitgehend



intaktem psychosozialen Umfeld gegen das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens (BGE 131 V 49 E. 2.1 S. 51; Urteil 9C\_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 1.1). Die Diagnosen der 2. und der 3. MEDAS-Untersuchung unterscheiden sich insoweit, als in der 2. Begutachtung eine Anpassungsstörung und in der 3. Begutachtung eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert worden ist. Dr. M.\_\_\_\_ hat im 3. MEDAS-Gutachten darauf hingewiesen, dass sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers seit der 1. MEDAS-Begutachtung nicht wesentlich verändert habe. Aufgrund des schon länger bestehenden Zustandsbildes mit schwankendem Verlauf müsse inzwischen die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt werden. Eine Anpassungsstörung könne nach einem Verlauf von über zwei Jahren nicht mehr gestellt werden. Während Dr. B.\_\_\_\_ im 2. MEDAS-Gutachten das Vorliegen einer psychischen Komorbidität, eines ausgeprägten sozialen Rückzugs in allen Lebensbelangen, eines primären Krankheitsgewinns sowie von gescheiterten Rehabilitationsmassnahmen bejaht hat, hat Dr. M.\_\_\_\_ das Vorhandensein dieser Kriterien im 3. MEDAS-Gutachten verneint und die mittelgradige depressive Episode als chronische psychiatrische Begleiterkrankung qualifiziert. Trotz dieser unterschiedlichen psychiatrischen Einschätzungen haben beide Gutachter die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auf 50 % geschätzt. Dies kann nur damit erklärt werden, dass die psychiatrischen Gutachter einen im Wesentlichen unveränderten medizinischen Zustand in Bezug auf die Diagnose, nicht aber in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit, anders beurteilt haben.

3.5 Als Nächstes hat der Rechtsvertreter geltend gemacht, dass der Arbeitsfähigkeitseinschätzung der behandelnden Ärzte ein höheres Gewicht zukommen müsse, da die MEDAS-Gutachter für die Exploration nur etwas mehr als zwei Stunden Zeit gehabt hätten. Es liegt in der Natur der Sache, dass behandelnde Ärzte mehr Zeit mit einer versicherten Person verbringen als ein Sachverständiger, der eine versicherte Person lediglich gutachterlich untersucht. Daraus kann jedoch nicht geschlossen werden, dass der Arbeitsfähigkeitseinschätzung der behandelnden Ärzte ein höheres Gewicht zukommt bzw. dass deren Einschätzung realitätsnaher ist. Denn aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung und im Hinblick auf einen möglichen Ziel- und Interessenskonflikt (Behandlung versus Begutachtung) ist davon auszugehen, dass behandelnde Ärzte im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Namentlich in umstrittenen Fällen kann deshalb nicht ohne weiteres auf die Angaben eines



behandelnden Haus- oder Spezialarztes abgestellt werden (EVGE I 814/03 vom 5. April 2004, E 2.4.2). Des Weiteren verfügen Gutachter in der Regel über mehr Erfahrung hinsichtlich der versicherungsmedizinisch relevanten Arbeitsfähigkeitsschätzung als Haus- und Spezialärzte. So tragen behandelnde Ärzte dem arbeitsfähigkeitsspezifischen Element der zumutbaren Willensanstrengung zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung erfahrungsgemäss zu wenig Rechnung. Und schliesslich verfügen in der Regel nur die Gutachter über die vollständigen Vorakten, weshalb ihre Beurteilungen des Gesundheitszustandes regelmässig umfassender ausfallen als jene der Haus- und Spezialärzte. Daraus ergibt sich, dass den Arbeitsfähigkeitseinschätzungen von unabhängigen Sachverständigen regelmässig ein höherer Beweiswert beigemessen werden muss als jenen der behandelnden Ärzte. Im vorliegenden Fall haben Dr. H. \_\_\_ sowie die Psychiatrie-Dienste J. \_\_\_ die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auf 100 % geschätzt. Die psychiatrischen Gutachter der 2. und 3. MEDAS-Begutachtung kommen demgegenüber zum Schluss, dass die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht lediglich 50 % betrage. Im Gegensatz zu den behandelnden Ärzten hat Dr. M. \_\_\_ im 3. MEDAS-Gutachten eingehend und schlüssig dargelegt, aus welchen Gründen die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers eingeschränkt ist (depressive Symptomatik, Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Ausdauer und der Konzentrationsfähigkeit, verminderte emotionale Belastbarkeit, verminderte Stress- und Frustrationstoleranz, Defizite in den sozialen Kompetenzen etc.). Zudem hat er zu den abweichenden Arbeitsfähigkeitseinschätzungen der behandelnden Ärzte Stellung genommen und die unterschiedlichen Einschätzungen damit begründet, dass behandelnde Ärzte in der Regel psychosoziale Belastungsfaktoren in die Arbeitsfähigkeitseinschätzung einbeziehen würden. Diese Erklärung scheint gerade im vorliegenden Fall als plausibel, da für die depressive Symptomatik auch verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren mitverantwortlich gemacht werden (u.a. Probleme mit Partnerinnen, schlechte Chancen auf dem Arbeitsmarkt, Verschuldung; vgl. IV-act. 136 S. 19).

3.6 Aus dem Gesagten lässt sich schliessen, dass keine Gründe ersichtlich sind, die geeignet wären, Zweifel an der aktuellsten Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die MEDAS zu wecken. Für die Diagnosen und die daraus resultierende Arbeitsfähigkeitsschätzung kann daher



vollumfänglich auf das 3. MEDAS-Gutachten abgestellt werden. Es ist daher überwiegend wahrscheinlich, dass sich weder der physische noch der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Rentenüberprüfung wesentlich verändert hat und damit zwischenzeitlich auch keine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist.

3.7 Der Rechtsvertreter hat schliesslich geltend gemacht, dass – falls überhaupt eine Restarbeitsfähigkeit bestehe – diese wirtschaftlich nicht mehr verwertbar sei. Da sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Rentenrevision nicht wesentlich verändert hat, kann sich auch die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht verändert haben. Es erübrigt sich deshalb, diese Frage neu zu prüfen.

4.

4.1 Somit muss lediglich noch die Bemessung des Invaliditätsgrads überprüft werden. Die Beschwerdegegnerin hat für die Berechnung des Valideneinkommens auf das Einkommen des Beschwerdeführers als Industrielackierer im Jahr 1998 abgestellt. Das ist problematisch, denn der Beschwerdeführer war im Jahr 1991/1992 zum technischen Kaufmann umgeschult worden (IV-act. 16 und 24). Dabei geht es allerdings nicht um die revisionsrechtlich einzig relevante Frage, ob sich der erhebliche Sachverhalt wesentlich verändert hat, sondern darum, ob bei der ursprünglichen Rentenberechnung von der richtigen Validenkarriere ausgegangen worden ist, d.h. ob das Valideneinkommen richtig beziffert worden ist. Würde sich das Gericht vorliegend mit dieser Frage beschäftigen, würde es unzulässigerweise ein Wiedererwägungselement in ein Rentenrevisionsverfahren einbringen. Aus diesem Grund muss offen gelassen werden, ob die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Valideneinkommens zu Recht auf das Einkommen als Industrielackierer abgestellt hat. Für die Bemessung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin richtigerweise auf den Tabellenlohn der Lohnstrukturerhebung des Jahres 2009, Lohnniveau 4, Tabelle TA 1, abgestellt; bei der Berechnung hat sie jedoch versehentlich den Tabellenlohn des Jahres 2008 und nicht jenen des Jahres 2009 beigezogen. Ein Tabellenlohn- und Teilzeitabzug von je 10 % erscheint unter den gegebenen Umständen zwar als grosszügig, liegt jedoch im Rahmen des Ermessens



der Beschwerdegegnerin. Das Invalideneinkommen beträgt somit Fr. 24'494.-- ( $0.5 \times 12 \times 5'103.-- \times 0.8$ ). Daraus resultiert ein IV-Grad von 66 %. Da eine ganze Rente erst ab einem IV-Grad von 70 % zuzusprechen ist, ist die Abweisung des Erhöhungsgesuchs durch die Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

5.

Da der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung hat (Art. 61 lit. g ATSG e contrario), ist auch dieses Begehren des Beschwerdeführers abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren in IV-Sachen ist kostenpflichtig. Die Gerichtsgebühr richtet sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Dieser erweist sich im vorliegenden Fall als durchschnittlich. Die Gerichtsgebühr ist deshalb praxisgemäss auf Fr. 600.-- festzusetzen. Die Gerichtsgebühr ist dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Sie ist durch den vom Beschwerdeführer geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird daran angerechnet.