



**Fall-Nr.:** IV 2013/70  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 12.05.2020  
**Entscheiddatum:** 24.06.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 24.06.2015**

**Art. 17 ATSG, Anpassung (Einstellung) der Rente zufolge neuer Beurteilung des Gesundheitszustandes. Eine Verbesserung des tatsächlichen Gesundheitszustandes ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Gemäss Gutachten beruht die Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf geänderten Beurteilungskriterien. Dies berechtigt nicht zur Anpassung der Rente nach Art. 17 ATSG (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Juni 2015, IV 2013/70).**

Versicherungsrichterin Marie Löhner (Vorsitz), Versicherungsrichter Ralph Jöhl,  
Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

#### **Entscheid vom 24. Juni 2015**

in Sachen

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Filiz-Félice Aydemir Séquin, Magnihalden 7,  
Postfach 14, 9004 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend



### Rentenrevision (Einstellung)

#### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_, meldete sich am 28. Mai 2001 wegen Bandscheibenproblemen erstmals zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Mit Verfügung vom 15. Oktober 2001 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren zur Zeit ab. Da eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit erst seit 1. Juni 2001 vorliege, entstehe ein möglicher Rentenanspruch, sofern die Voraussetzungen weiterhin gegeben seien, frühestens ab 1. Juni 2002 (IV-act. 7).

A.b Am 25. April 2003 meldete sich die Versicherte erneut wegen Bandscheibenbeschwerden zum Leistungsbezug an (IV-act. 8).

A.c Dr. med. B.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, berichtete am 23. Juni 2003, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine Lumboischialgie S1 rechts bei Diskushernie L5/S1 und Diskusprotrusion L4/L5 sowie ein chronisches cervikooccipitales Syndrom bei Diskusprotusion C5/C6 (IV-act. 17-1). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Metzgereimitarbeiterin sei nicht mehr zumutbar. Leichte rückenadaptierte Tätigkeiten während drei bis vier Stunden täglich seien zumutbar. Die Versicherte könne keine schweren Lasten tragen, keine stereotypen Arbeiten in Zwangshaltung verrichten und nicht dauernd sitzen oder stehen etc. (IV-act. 17-3 f.).

A.d Mit Verfügung vom 10. Dezember 2003 sprach die IV-Stelle der Versicherten ab 1. Juni 2002 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe IV-Rente zu (IV-act. 28).

A.e Im Rahmen einer im November 2005 von Amtes wegen eingeleiteten Revision machte die Versicherte eine Verschlechterung geltend (IV-act. 32). Im Verlaufsbericht vom 11. Januar 2006 hielt Dr. B.\_\_\_\_ fest, nach einem Sturz im Sommer 2005 gebe die Versicherte an, unter Schmerzen am Nacken zu leiden. Als geänderte Diagnosen lägen eine Gonarthrose rechts sowie ein Cervikooccipitalsyndrom bei degenerativen Veränderungen der HWS und (posttraumatischer?) Diskusprotusion C5/C6 vor. Ergänzende medizinische Abklärungen seien angezeigt. Subjektiv werde eine



## St.Galler Gerichte

Verschlechterung angegeben; andererseits gebe es objektivierbare neue Diagnosen, die glaubhaft Schmerzen bzw. Beschwerden auslösten. Seit dem Sturz im Juli 2005 wäre seines Erachtens ein Invaliditätsgrad von 60 % adäquat (IV-act. 36).

A.f Am 14. Juni / 14. Juli 2006 wurde die Versicherte am Medizinischen Gutachtenzentrum St. Gallen (MGSG) psychiatrisch durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und orthopädisch durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt Orthopädie FMH, begutachtet. Der psychiatrische Gutachter stellte die arbeitsfähigkeitsrelevanten Diagnosen einer mittelgradig depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), einer Cervicalgie sowie einer Adipositas (IV-act. 50-7). Der orthopädische Teilgutachter diagnostizierte im Wesentlichen zusätzlich eine Pseudolumboischialgie rechts bei diskreter medio-links lateraler Diskushernie L4/5 und subligamentärer Diskushernie L5/S1 sowie eine vermehrte Brustwirbelsäulenkyphose mit leichter Osteochondrose (IV-act. 44-6). Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in einem fleischverarbeitenden Betrieb unter Ausblendung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aufgrund der chronifizierten depressiven Störung eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % (IV-act. 50-9). Auch für eine adaptierte Tätigkeit betrage die zumutbare Arbeitsfähigkeit 50 % (IV-act. 50-10). Dr. med. E.\_\_\_\_, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), hielt am 11. Januar 2007 fest, das Gutachten sei umfassend, in sich widerspruchsfrei, konsistent und nachvollziehbar. Vergleichend zur Rentenzusprache 2002 habe orthopädisch keine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes objektiviert werden können. Hingegen sei aus psychiatrischer Sicht eine Verschlechterung zu verzeichnen. Die Arbeitsfähigkeit in angestammter sowie in adaptierter Tätigkeit betrage 50 % und sei limitiert durch die chronifizierte depressive Störung (IV-act. 51). Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 12. Januar 2007 mit, bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades hätten sie keine Änderung festgestellt, die sich auf die Rente auswirke. Es bestehe deshalb weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 50 % (IV-act. 52).

A.g Ab dem 24. Juni 2009 war die Versicherte am Kantonsspital St. Gallen, Departement Innere Medizin, Rheumatologie / Rehabilitation in Behandlung. Dabei wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit



## St.Galler Gerichte

gestellt: eine systemische Sklerose (Erstdiagnose März 2008), ein chronisches spondylogenes Schmerzsyndrom, eine Gonarthrose beidseits sowie ein Verdacht auf eine degenerative Rotatorenmanschettentendopathie der rechten Schulter (Berichte vom 27. August 2009, IV-act. 58, vom 28. Januar 2010, IV-act. 64-2 ff., vom 26. April 2010, IV-act. 69, und vom 22. Juli 2010, IV-act. 83).

A.h Am 8. bzw. 14. September 2009 meldete sich die Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-act. 54 und 56) und ersuchte um Erhöhung der Rentenleistung. Dr. med. F.\_\_\_\_, RAD, befand am 22. Oktober 2009, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei ausreichend glaubhaft gemacht. Es sei neu seit März 2008 eine entzündlich-rheumatische Erkrankung diagnostiziert worden (IV-act. 59).

A.i Dr. med. G.\_\_\_\_, Leitender Arzt Psychosomatik, Departement Innere Medizin, Kantonsspital St. Gallen, diagnostizierte am 4. Dezember 2009 eine chronifizierte depressive Anpassungsstörung bei multiplen somatischen Erkrankungen (IV-act. 76).

A.j Auf Anfrage teilte Dr. B.\_\_\_\_ am 5. Dezember 2009 der IV-Stelle mit, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich verschlechtert. Als (neue) Diagnosen lägen eine systemische Sklerose, eine Gonarthrose beidseits sowie eine degenerative Rotatorenmanschettenruptur rechts vor. Der Versicherten sei seit Herbst 2007 keine berufliche Tätigkeit mehr zuzumuten (IV-act. 61).

A.k Am 29. November / 2. Dezember 2010 wurde die Versicherte durch die MEDAS Zentralschweiz (Dr. med. H.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, und Chefarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Rheumatologie FMH) begutachtet. Als Konsiliargutachter wirkten Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, sowie Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie. Als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit wurden ein chronisches Zervikalsyndrom bei Streck-Fehlform und progredienter Diskusprotusion medio-rechts-lateral C5/C6 mit myofaszialem Irritationssyndrom des Schultergürtels beidseits, chronische Lumbalgien bei progredienter medio-links-lateraler Diskushernie L4/L5 und medianer Diskusprotusion L5/S1 sowie bei Adipositas, ein femoropatellares Syndrom beidseits bei Verdacht auf beginnende Femoropatellararthrose, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen



## St.Galler Gerichte

und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) beschrieben. In der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin in einer Wurstwarenfabrik bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Massgebend seien hier die rheumatologischen Befunde. In einer Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bis 80 %. Massgebend seien hier die psychiatrischen Befunde. Im Vergleich zum orthopädisch/psychiatrischen Gutachten vom Oktober 2006 sei der Gesundheitszustand etwa derselbe geblieben. Aufgrund veränderter Rechtsprechung kämen sie aber zu einer anderen Beurteilung desselben Sachverhalts (IV-act. 88-14). Dr. F.\_\_\_\_, RAD, folgerte am 3. März 2011, versicherungsmedizinisch sei von einem stationären Gesundheitszustand auszugehen (IV-act. 89).

A.I Am 31. August 2011 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, sie habe keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen (IV-act. 95).

A.mNach Durchführung des Vorbescheidverfahrens hob die IV-Stelle mit Verfügung vom 10. Januar 2013 die Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf und entzog einer Beschwerde die aufschiebende Wirkung. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe seit spätestens 17. Februar 2011, dem Zeitpunkt des MEDAS-Gutachtens, aus rechtlicher Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit, da eine Dysthymie nicht invalidisierend sei (act. G 1.2).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 10. Januar 2013 richtet sich die Beschwerde vom 11. Februar 2013. Die Beschwerdeführerin beantragt darin unter Kosten- und Entschädigungsfolge die vollumfängliche Aufhebung der angefochtenen Verfügung; es sei festzustellen, dass ihr Anspruch auf eine halbe Invalidenrente nach wie vor und unverändert weiterbestehe respektive es sei ihr weiterhin eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Zur Abklärung des Ausmasses der Einschränkung ihres Gesundheitszustandes in psychologischer Hinsicht seien die fehlenden psychiatrischen Testverfahren sowie die neurologischen Untersuchungen nachzuholen und ein Verlaufsbericht beim Kantonsspital St. Gallen, Fachabteilung Psychosomatik, einzuholen; eventualiter sei im Falle einer Rückweisung die Vorinstanz hierzu zu verpflichten. Eventualiter sei die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen zur



Begründung und Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Schliesslich sei ihr die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren. Die Beschwerdeführerin bringt im Wesentlichen vor, die Voraussetzungen für eine Anpassung oder Revision seien nicht erfüllt. Beim vorliegenden MEDAS-Gutachten handle es sich offensichtlich um eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts. Zusätzlich zur Dysthymie lägen ein depressives Beschwerdebild sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor. Die Diagnose Dysthymie sei daher invalidisierend, die so genannten Foersterschen Kriterien seien erfüllt. Das MEDAS-Gutachten erfülle die bundesgerichtlichen Qualitätsanforderungen nicht: Es fehlten notwendige Untersuchungen zur Schwere der Dysthymie / Depression und zum Ausschluss einer organischen Ursache; zudem seien die Ergebnisse der vorgesehenen rheumatologischen Verlaufsuntersuchung des Kantonsspitals vom 20. September 2010 nicht aktenkundig. Schliesslich begründeten die Gutachter die Festlegung der Einschränkungen im Gesamtkontext auf 20 % bis 30 % nicht. Das erhöhte Krankheitsrisiko der Beschwerdeführerin und die vorliegenden Diagnosen, welche allesamt Krankheitswert aufwiesen, rechtfertigten einen "Leidensabzug" von mindestens 15 %. Zusätzlich sei ein Teilzeitabzug von mindestens 10 % zu berücksichtigen. Selbst wenn auf das MEDAS-Gutachten abzustellen wäre, würde ein Invaliditätsgrad von mindestens 47 % resultieren (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt am 18. März 2013 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Es gebe keine Hinweise (beziehungsweise treffe nicht zu), dass die Beschwerdeführerin von der MEDAS nicht umfassend und kompetent untersucht worden sei. Die MEDAS führe nachvollziehbar aus, eine mittelgradige Depression sei nicht durchgehend vorhanden, sondern lediglich depressive Phasen, die sich auf die Dysthymie aufpfropfen würden. Es liege ein länger andauernder Verstimmungszustand vor, der diagnostisch einer Dysthymie entspreche. Eine zusätzliche psychische Komorbidität sei nicht vorhanden. Die so genannten Foersterkriterien seien nicht im notwendigen Schweregrad erfüllt. Demnach sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht auszugehen und insoweit vom MEDAS-Gutachten abzuweichen. Da sich die Depression bei der Beschwerdeführerin zurückgebildet habe, sei ein Revisionsgrund gegeben.



## St.Galler Gerichte

B.c Mit Entscheidung vom 27. März 2013 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverteidigung) bewilligt (act. G 6).

B.d Mit Eingabe vom 1. Mai 2013 verzichtete die Beschwerdeführerin auf eine Replik, bestritt die Ausführungen der Beschwerdegegnerin gesamthaft und in ihren Einzelheiten und hielt an ihren Vorbringen der Beschwerde fest (act. G 8).

B.e Am 16. Juni 2015 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 19. Januar 2015 und einen Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik Wil vom 8. Juni 2015 zu den Akten. Die behandelnden Ärzte des Departementes Innere Medizin, Klinik für Rheumatologie, diagnostizierten unter anderem eine depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt (ICD-10: F32.1), ein chronisches nozizeptives Schmerzsyndrom (Erstdiagnose Dezember 2011), ein zerviko-brachiales Syndrom rechts sowie ein intermittierendes lumbovertebrales Syndrom (act. G 10.2). Die Psychiatrische Klinik Wil diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.3) (act. G 10.3).

### **Erwägungen:**

1.

Die richterliche Überprüfung einer Verwaltungsverfügung ist grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses dieser Verfügung eingetretenen Sachverhalt beschränkt; nachträgliche Sachverhalts- und Rechtsänderungen werden nicht berücksichtigt (BGE 131 V 243 E. 2.1; BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis). Die von der Beschwerdeführerin am 16. Juni 2015 eingereichten Berichte beziehen sich auf Behandlungen, die zwei Jahre nach Erlass der angefochtenen Verfügung am 10. Januar 2013 stattgefunden haben und können daher vorliegend nicht berücksichtigt werden.

2.

Umstritten und zu prüfen ist vorliegend, ob die Voraussetzungen für eine Revision der IV-Rente gegeben sind.



3.

3.1 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

3.2 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes revidierbar. Dagegen stellt die unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteile der Bundesgerichts vom 17. Januar 2008, 9C\_552/2007 E. 3.1.2, vom 12. Januar 2010, 9C\_798/2009, E. 3.1, vom 27. Mai 2010, 8C\_972/2009 E. 3.2, BGE 112 V 371 E. 2b, mit weiteren Hinweisen). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Juni 2014, 9C\_273/2014, E. 3.1.1).

3.3 Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads ist bei der Prüfung eines Gesuchs um Erhöhung der Rente wie auch bei der Prüfung einer Renten Anpassung von Amtes wegen die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. BGE 133 V 108).



3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen).

3.5 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a); in diesem Sinn trifft die Verwaltung grundsätzlich auch die Beweisführungslast. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

4.

4.1 Zur Zusprache einer Rente führten ursprünglich die Diagnosen einer Lumboischialgie S1 rechts bei Diskushernie L5/S1 und Diskusprotrusion L4/L5 sowie



eines chronischen cervikooccipitalen Syndroms bei Diskusprotrusion C5/C6 (IV-act. 17-1). Nach Einholung des MGSG-Gutachtens vom 5. Januar 2007 wurde am 12. Januar 2007 festgehalten, dass weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 50 % bestehe (IV-act. 52). Im MGSG-Gutachten waren unter anderem eine mittelgradig depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) diagnostiziert worden (IV-act. 50-7). Der orthopädische Teilgutachter, Dr. D.\_\_\_\_, befand, das Ausmass der lumbalen Schmerzen und der pathologischen objektiven Befunde könne aufgrund der radiologischen Erkenntnisse nicht nachvollzogen werden. Insbesondere fänden sich nur leichte Diskushernien ohne neurale Beeinträchtigungen. Für die Nackenschmerzen und abnormen Untersuchungsbefunde der Halswirbelsäule finde sich radiologisch überhaupt kein Korrelat (IV-act. 44-6). Aus orthopädischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit bei voller Stundenpräsenz 100 % (IV-act. 44-8). Der psychiatrische Teilgutachter, Dr. C.\_\_\_\_, hielt fest, neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung liege eine chronifizierte und im Verlauf verfestigte mittelgradige depressive Störung vor, die, wie auch die Schmerzstörung, eine progrediente Symptomatik ohne längerfristige Remission aufweise. Qualitativ sei die Versicherte wesentlich durch die depressive Symptomatik in ihrer affektiven Funktion mit innerer Unruhe, Niedergestimmtheit, Impulskontrollverlust mit Reizbarkeit und verbaler Aggressivität, die daraus resultierenden Konflikte, die Antriebsstörung mit rascher Ermüdbarkeit und Kraftverlust sowie die Schmerzsymptomatik eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht bestehe unter "Ausblendung" der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auf Grund der chronifizierten depressiven Störung eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % (IV-act. 50-9, 10). Dr. E.\_\_\_\_, RAD, befand am 11. Januar 2007, die Arbeitsfähigkeit liege sowohl in angestammter als auch in adaptierter Tätigkeit bei 50 % und sei limitiert durch die chronifizierte depressive Störung (IV-act. 51).

4.2 Das von der Beschwerdeführerin eingereichte Revisionsgesuch vom 8. bzw. 14. September 2009 stützte sich vor allem auf den Bericht des Kantonsspitals St. Gallen, Departement Innere Medizin, Rheumatologie, vom 27. August 2009, worin insbesondere eine neu diagnostizierte entzündliche rheumatische Krankheit (systemische Sklerose, Erstdiagnose März 2008) aufgeführt wurde (IV-act. 58, 59). Anlässlich der MEDAS-Begutachtung im Dezember 2010 erhob der psychiatrische



Konsiliargutachter Dr. K.\_\_\_\_ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie eine Dysthymie (ICD-10: F34.1); ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4). Eine psychisch ausgewiesene Komorbidität liege durch die Diagnose der Dysthymie und der in den Akten ausgewiesenen und im Untersuchungsgespräch bestätigten depressiven Elemente vor. Die Einschränkung des Lebensraumes, die Schlafstörungen, die Beschränktheit im Alltag, der reduzierte Antrieb und die Unterstützungsbedürftigkeit in vielen Bereichen könnten als psychiatrische Komorbidität gewertet werden. Bezüglich der körperlichen Begleiterkrankungen sei die Symptomatik oder mindestens das Leiden, der Leidensdruck anhaltend. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug sei ohne Zweifel vorhanden, wurzle aber mehr im ganzen soziokulturellen Kontext und in der fehlenden Assimilation als im Krankheitsgeschehen in einem engeren Sinne (IV-act. 88-27). Die Beurteilungskriterien, die Ausscheidung krankheitsfremder Dimensionen seien in den letzten Jahren konsequenter differenziert worden und damit sei es auch zu einer Verschiebung der Gewichtungen gekommen. Im Vergleich zur Rentenverfügung im November 2005 hätten sich damit die Beurteilungskriterien geändert, nicht aber die Gesamtverfassung der Versicherten und damit sei es auch nicht zur Änderung der psychiatrischen Aspekte gekommen. Nach heutigen Kriterien sei eine schwere oder mindestens mittelgradige Depression nicht durchgehend vorhanden, vielmehr gehe er von einzelnen depressiven Phasen aus, die sich auf die Dysthymie aufpfropften und die begleitet würden von den chronischen Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren. Allerdings sei die Abgrenzung zwischen Dysthymie, Depression und Depressionsausdruck mit körperlichen Phänomenen gleitend, in einem gewissen Sinne wohl auch etwas willkürlich (IV-act. 88-26 f.). Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit habe sich seit November 2005 nicht verändert. Damals sei der Beschwerdeführerin eine halbe Rente zugestanden worden, und heute käme man bei gleichbleibendem oder minimal akzentuiertem Krankheitsprozess aufgrund veränderter Kriterien möglicherweise zu einer anderen Einschätzung. Heute bestünden Argumente dafür, die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen auf 20 % bis 30 % festzulegen. Dies gelte analog auch für die Arbeitsfähigkeit für eine Verweistätigkeit (IV-act. 88-25 f., 28). Der rheumatologische Konsiliargutachter,



Dr. J.\_\_\_\_, befand, zwischen den anamnestischen Angaben betreffend funktioneller Selbsteinschätzung und Belastungstoleranz (einerseits) und den fassbaren klinischen Befunden und den bildgebenden Verlaufsdokumentationen (andererseits) bestehe eine deutliche Diskrepanz, welche für ein abnormes Schmerzgebaren respektive für eine Symptomausweitung spreche. Die vor mehr als zwei Jahren festgestellte limitierte systemische Sklerose könne zurzeit nicht sicher bestätigt werden (IV-act. 88-11, 20). Dem orthopädischen Gutachten vom 14. Juni 2006 könne er sich nicht anschliessen; die Fehlform der Halswirbelsäule und die deutlichen degenerativen Veränderungen an der Hals- und der Lumbalwirbelsäule schränken die axiale Belastbarkeit im Stehen und Gehen, letztlich auch im Sitzen, nachhaltig ein (IV-act. 88-20 f.). In einer Verweistätigkeit, welche vorwiegend sitzend, jedoch ohne Sitzzwang, und an einem ergonomisch eingerichteten Arbeitsplatz ausgeführt werden könnte, betrage die Arbeitsfähigkeit 100 % (IV-act. 88-21). Gemäss Hauptgutachten der MEDAS Zentralschweiz habe bei der Rentenzusprache 2005 eine mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom im Vordergrund gestanden. Eine schwere oder mindestens mittelgradige Depression sei heute nicht mehr durchgehend vorhanden, vielmehr leide die Beschwerdeführerin unter einzelnen depressiven Phasen auf dem Boden einer Dysthymie, welche begleitet werde von chronischen Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren. Allerdings habe sich nicht das psychische Leiden der Beschwerdeführerin grundlegend geändert, sondern die Beurteilungskriterien, insbesondere weil heute krankheitsfremde Dimensionen konsequenter vom psychiatrischen Krankheitsprozess im engeren Sinne differenziert würden. Wenn ausserdem für die Überwindung der chronischen Schmerzen die Foerster'schen Kriterien angewandt würden, so ergebe sich aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % bis 30 % für jegliche Arbeitstätigkeit (IV-act. 88-13). Das Gutachten kam zum Schluss, in einer Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bis 80 % (IV-act. 88-14). Dr. F.\_\_\_\_ führte am 3. März 2011 aus, die MEDAS gelange heute aufgrund einer geänderten Rechtsprechung beziehungsweise veränderter psychiatrischer Beurteilungskriterien zu einer anderen Beurteilung desselben Sachverhalts. Versicherungsmedizinisch sei von einem stationären Gesundheitszustand auszugehen (IV-act. 89).

5.



5.1 Die Beschwerdegegnerin bringt vor, in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin in einer Wurstfabrik sei die Beschwerdeführerin weiterhin 50 % arbeitsfähig. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe spätestens seit der Begutachtung durch die MEDAS Zentralschweiz am 17. Februar 2011 aus rechtlicher Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Als psychiatrische Diagnose sei eine Dysthymie festgestellt worden. Diese sei nach gültiger Rechtsprechung nicht invalidisierend und stelle zugleich auch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes dar. Das MEDAS-Gutachten führe nachvollziehbar aus, dass eine mittelgradige Depression nicht durchgehend vorhanden, sondern remittiert sei. Gemäss ICD-10-Kriterien handle es sich bei einer Dysthymie um eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug sei, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (act. G 1.2; act. G 5). Die Beschwerdeführerin macht geltend, auf das MEDAS-Gutachten dürfe nicht abgestellt werden. Es beruhe nicht auf vollständigen Untersuchungen; eine psychiatrische Testdiagnostik zur Erhebung der Schwere der Depression/Dysthymie sowie neurologische Untersuchungen zum Ausschluss einer organischen Ursache fehlten (act. G 1-6, 13).

5.2 Grundsätzlich ist es der Gutachterperson überlassen, über Art und Umfang der aufgrund der konkreten Fragestellung erforderlichen Untersuchungen zu befinden. Aufgabe des Versicherers und des Sozialversicherungsgerichts ist es alsdann, das Gutachten bei der Beweiswürdigung u.a. darauf zu prüfen, ob es für die streitigen Belange umfassend ist und auf allseitigen Untersuchungen beruht (BGE 134 V 232 E. 5.1; Urteile des Bundesgerichts vom 23. Mai 2014, 8C\_96/2014, E. 4.3 und vom 24. Juli 2014, 8C\_450/2014, E. 4.2). Zudem kommt bei der psychiatrischen Exploration dem schematischen, testmässigen Erfassen der Psychopathologie nach bestimmten Skalen, die auf den Angaben und Einschätzungen der versicherten Person selbst beruhen, nur ergänzende Funktion zu; entscheidend ist die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2008, 9C\_531/2007, E. 2.2.4). Das MEDAS-Gutachten beruht auf rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen, berücksichtigt mithin die massgeblichen medizinischen Einzeldisziplinen. Die Wahl der Untersuchungsmethoden obliegt gemäss zitierter Rechtsprechung dem fachkundigen Gutachter. Die Beschwerdeführerin zählt zwar konkrete Untersuchungen auf, welche



ihrer Meinung nach vorzunehmen gewesen wären. Sie beruft sich dabei jedoch nicht auf eine medizinische Fachmeinung. Es besteht daher kein Anlass, von der dargelegten Rechtsprechung abzuweichen. Das MEDAS-Gutachten ist schlüssig und nachvollziehbar und berücksichtigt die Aktenlage sowie die Beschwerden der Beschwerdeführerin. Es ist daher beweistauglich und es ist darauf abzustellen.

5.3 Gemäss ICD-10: F34 handelt es sich bei einer Dysthymie um eine depressive Verstimmung, die weder hinreichend schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Indes betont der psychiatrische Gutachter, die Abgrenzung zwischen Dysthymie und Depression sei fließend. Zudem kann eine dysthymische Störung, tritt sie zusammen mit anderen Befunden auf, die Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigen (Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2014, 8C\_623/2013, E. 3.2). Vorliegend wurde neben der Dysthymie als weitere psychiatrische Diagnose auch diejenige einer depressiven Störung, gegenwärtig remittiert, gestellt (IV-act. 88-26). In diesen Zusammenhang ist die gutachterliche Aussage zu stellen, dass eine schwere oder mittelgradige Depression zwar nicht durchgehend gegeben sei, sich jedoch auf dem Boden der Dysthymie depressive Episoden entwickelten. Damit vereinbar ist, dass das Gutachten von einem gegenüber dem Jahr 2005 gleichgebliebenen oder (gar) minimal akzentuierten Krankheitsprozess spricht. Das MEDAS-Gutachten schätzt sodann die Arbeitsfähigkeit auf 70 % bis 80 %. Es legt dar, dass diese höhere Arbeitsfähigkeitseinschätzung auf einer Änderung der Beurteilungskriterien bzw. auf der konsequenten Ausklammerung soziokultureller Begebenheiten beruhe und der Gesundheitszustand im Wesentlichen unverändert sei. Somit lässt sich auch aus der höheren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht auf eine revisionsrelevante Verbesserung des Gesundheitszustands schliessen; vielmehr liegt eine Änderung der Beurteilung bei gleichgebliebenem Sachverhalt vor, die gemäss Rechtsprechung keinen Anpassungsgrund darstellt (vgl. E. 3.2). Die Voraussetzungen für eine Anpassung im Sinne von Art. 17 ATSG sind somit nicht gegeben.

6.

6.1 Zusammenfassend sind die Voraussetzungen für eine Anpassung der Invalidenrente nicht erfüllt, weshalb die angefochtene Verfügung ersatzlos aufzuheben ist. Die Beschwerdeführerin hat weiterhin Anspruch auf eine halbe IV-Rente.



6.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Damit erübrigt sich die Festsetzung eines Honorars aus unentgeltlicher Rechtsverteiständung. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat am 1. Mai 2013 eine Honorarnote über 2'471.05 Franken eingereicht (act. G 8.1), welche allerdings auf dem reduzierten Ansatz der unentgeltlichen Rechtsvertretung basiert. In Berücksichtigung des geltend gemachten Aufwands von 11 Stunden erscheint eine Entschädigung von Fr. 3'088.80 (einschliesslich 4 % Barauslagen und 8 % Mehrwertsteuer) als angemessen.

6.3 Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

### **entschieden:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 10. Januar 2013 aufgehoben.
2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- bezahlt die Beschwerdegegnerin.
3. Die Beschwerdegegnerin bezahlt der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'088.80 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).