



Fall-Nr.: IV 2017/426
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 06.05.2020
Entscheiddatum: 05.03.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 05.03.2019

Art. 28 Abs. 2 IVG, Art. 17 Abs. 1 ATSG. Rentenrevision. Vorliegend ist eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands zu verneinen und der Rentenanspruch bei einer Dreiviertelsrente zu belassen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. März 2019, IV 2017/426).

Entscheid vom 5. März 2019

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz),

Monika Gehrler-Hug und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin

Jeannine Bodmer

Geschäftsnr.

IV 2017/426

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rentenrevision (Erhöhung)

Sachverhalt

A.

A.a Nach einem Arbeitsunfall am 22. April 1996, bei dem sich A.____ eine schwere Quetschverletzung der linken Hand mit Teilamputation Daumen, Amputation Dig. II/III metacarpal, Trümmerfraktur der Grundphalanx und Instabilität im Mittel- und Endgelenk Dig. IV zugezogen hatte, wurde ihr ab 1. April 1997 auf Grund eines Invaliditätsgrads von 67% eine ganze Rente zugesprochen (IV-act. 60); auch die SUVA hatte als Unfallversicherung eine Rente von 67% zugesprochen, die letztinstanzlich vom Bundesgericht mit Urteil vom 20. Mai 2003 bestätigt wurde (IV-act. 78). Im Rahmen der 4. IVG-Revision wurde die Rente mit Verfügung vom 7. April 2004 per 1. Juni 2004 auf eine Dreiviertelsrente herabgesetzt (IV-act. 90).

A.b Am 10. August 2005 stellte die Versicherte ein Gesuch um Erhöhung der Rente (IV-act. 94), worauf die IV-Stelle mangels Glaubhaftmachung eines veränderten Gesundheitszustandes nicht eintrat (IV-act. 104). Am 11. Februar 2007 stellte die Versicherte erneut ein Erhöhungsgesuch (IV-act. 107). Die IV-Stelle legte die eingereichten Berichte dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vor. Dieser kam zum Schluss, es habe sich um eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes in Form einer Diskushernie gehandelt, welche sich durch eine adäquate Behandlung wieder gebessert habe (IV-act. 115-2). Daraufhin trat die IV-Stelle am 11. Juli 2007 auf das Erhöhungsgesuch nicht ein (IV-act. 120).

A.c Am 12. August 2008 stellte die Versicherte ein weiteres Erhöhungsgesuch (IV-act. 121). Nach Einholung diverser Arztberichte (IV-act. 131 ff.) erachtete der RAD eine MEDAS-Begutachtung für notwendig (IV-act. 138). Am 29. Juni 2009 wurde die Versicherte dazu im ABI (Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH Basel) untersucht und begutachtet. Im Gutachten vom 14. August 2009 (IV-act. 150) diagnostizierte die



psychiatrische Gutachterin Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte depressive Reaktion auf körperliche Traumatisierung (ICD-10 F43.8), aktuell eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0). Sie schätzte die Versicherte aus psychiatrischer Sicht zu 20% in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (IV-act. 158-12 f.). Der rheumatologische Sachverständige Dr. med. C.____, Facharzt für Rheumatologie, befand aus rheumatologischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Gebrauch des linken Arms und ohne repetitive Überkopfarbeiten als gegeben (IV-act. 150).

A.d Mit Vorbescheid vom 13. April 2010 (IV-act. 162) bzw. Verfügung vom 17. August 2011 (IV-act. 180) wies die IV-Stelle das Erhöhungsgesuch ab. Zur Begründung führte sie aus, im Rahmen der ABI-Begutachtung sei ab Begutachtungszeitpunkt sogar eine 50%ige Arbeitsfähigkeit festgestellt worden. Da medizinisch ein unveränderter Gesundheitszustand bestätigt werde, liege kein Revisionsgrund vor (IV-act. 180).

A.e Am 8. August 2013 gelangten die Sozialen Dienste D.____, welche die Versicherte seit längerer Zeit unterstützten, an die IV-Stelle. Sie hätten versucht, die Versicherte in den Arbeitsmarkt zu integrieren, aber die gesundheitlichen Probleme hätten sich zunehmend verstärkt. Daher werde um eine Neu Beurteilung des IV-Grades gebeten (IV-act. 182). Die Sozialen Dienste legten ein von der Versicherten am 7. Juli 2013 unterzeichnetes Revisionsgesuch bei (IV-act. 181). In der Folge liess die Versicherte der IV-Stelle diverse Arztberichte zukommen (IV-act. 185). Der RAD stellte sich am 9. Oktober 2013 jedoch auf den Standpunkt, es stehe ein chronisches lumbovertebrales Syndrom mit Ausstrahlung in das linke Bein im Vordergrund. Dieses Leiden sei bereits bei der Begutachtung im ABI Gegenstand der Abklärung gewesen. Aus dem Gutachten gehe hervor, dass diese Beschwerden damals bereits seit sieben Jahren bestanden hätten. Bildgebend sei 2006/2008 eine Diskushernie L5/S1 nachgewiesen worden. Bei der Begutachtung sei keine radikuläre Symptomatik objektivierbar gewesen. Bei den Abklärungen 2013 hätten im MRI der LWS stationäre Verhältnisse im Vergleich zur Voruntersuchung (3/2008) festgestellt werden können (unveränderte Diskushernie L5/S1). Die neurologische Untersuchung in der Klinik E.____ sei klinisch-neurologisch und elektrophysiologisch unauffällig gewesen. Dem Bericht von Dr. F.____ seien keine neuen Aspekte zu entnehmen. Die Fettleber habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.



St.Galler Gerichte

Insgesamt habe sich der Gesundheitszustand im Vergleich zum Referenzzeitpunkt im Jahr 2009 nicht verschlechtert und das Ausmass der adaptierten Arbeitsfähigkeit sei unverändert (IV-act. 186).

A.f Nach Vorbescheid vom 17. Oktober 2013 (IV-act. 190) wies die IV-Stelle das Erhöhungsgesuch mit Verfügung vom 3. Februar 2014 ab (IV-act. 195).

A.g Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 26. Februar 2014 Beschwerde ans Versicherungsgericht (IV-act. 196). Dieses hiess die Beschwerde mit Urteil vom 10. Mai 2016 (IV 2014/123) gut und wies die Sache zur Vornahme einer polydisziplinären Verlaufsbeurteilung an die IV-Stelle zurück (IV-act. 208).

A.h Vom 3. bis 7. April 2017 wurde die Versicherte im Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB), Basel, internistisch, psychiatrisch, neurologisch und orthopädisch begutachtet. Im Gutachten vom 11. Juli 2017 kamen die Experten der verschiedenen Fachgebiete insgesamt zum Schluss, dass die Versicherte in angepassten Tätigkeiten aus somatischer Sicht zu 50% arbeitsfähig sei und sich in psychiatrischer Sicht auf Grund einer Verschlechterung ihres psychischen Gesundheitszustands im Verlauf ebenfalls eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe (IV-act. 244-63). RAD-Arzt Dr. med. G.____ hielt mit Stellungnahme vom 14. Juli 2017 fest, da die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht mit derjenigen aus den anderen Fachgebieten kumuliere, resultiere aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten von weiterhin 50% (IV-act. 245).

A.i Mit Vorbescheid vom 15. August 2017 kündigte die IV-Stelle der Versicherten an, sie sehe vor, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten und das Erhöhungsgesuch abzuweisen (IV-act. 247).

A.j Gegen den Vorbescheid reichte die Versicherte am 20. August 2017 Einwand ein. Zur Begründung stützte sie sich auf ein Schreiben ihrer Hausärztin Dr. med. H.____, Fachärztin FMH für Chirurgie, vom 23. August 2017. Darin machte diese geltend, die Versicherte habe zwischenzeitlich eine Bandscheibenoperation hinter sich gebracht mit einer verzögerten Rekonvaleszenz. Es habe sich überlastungsbedingt eine Arthrose des



St.Galler Gerichte

Handgelenks rechts entwickelt, so dass zwischenzeitlich sogar eine Arthrodese durchgeführt haben werden müssen. Die rechte Hand sei die führende Hand. Hier seien aber keine Belastungen des Handgelenks mehr möglich und bestimmte Funktionseinschränkungen des Handgelenks seien durch die Versteifung nachfolgend. Des Weiteren sei die Versicherte im Bereich des Rückens nicht mehr voll belastbar, so dass Tätigkeiten mit ständigem Bücken, Heben und Tragen von Lasten sowie auf unebenem Gelände auch nicht ausgeführt werden könnten. Insofern habe sich im Vergleich zu den Vorbefunden im Jahr 2013 jetzt eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustands ergeben, so dass eine Leistungskürzung wie im Jahr 2013 vorgenommen, nicht gerechtfertigt sei (IV-act. 248).

A.k RAD-Arzt Dr. G.____ hielt dazu am 24. Oktober 2017 fest, dass für die Beurteilung des Verlaufs nicht eine blosser Verschlechterung des Gesundheitszustands entscheidend sei, sondern eine daraus resultierende Reduktion der Arbeitsfähigkeit. Da das Gutachten des ZMB sorgfältig erstellt sei, könne darauf abgestellt werden. Neue Tatsachen würden im Einwand nicht vorgebracht (IV-act. 249).

A.l Mit Verfügung vom 26. Oktober 2017 hielt die IV-Stelle fest, dass auf das neue Leistungsbegehren nicht eingetreten und das Erhöhungsgesuch abgewiesen werde. Zur Begründung verwies sie auf die Stellungnahme des RAD, wonach mit dem Einwand keine neuen Tatsachen vorgebracht worden seien, welche im medizinischen Gutachten nicht bereits

bekannt gewesen seien (IV-act. 250).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde der Versicherten vom 22. November 2017 mit dem sinngemässen Antrag auf deren Aufhebung und auf Erhöhung der Invalidenrente. Die Versicherte begründet die Beschwerde damit, dass seit dem Gesuch vom 9. August 2013 eine Einschränkung in ihrer bisher gebrauchsfähigen rechten Hand eingetreten sei. Infolge der zunehmenden Arthrose habe eine Versteifung stattfinden müssen, sodass jetzt auch auf dieser Seite die



St.Galler Gerichte

Gebrauchsfähigkeit der Hand deutlich eingeschränkt sei. Damit ergebe sich eine weitere Einschränkung der bestehenden Arbeitsfähigkeit (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 30. Januar 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie stützt sich dabei auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des ZMB von 50% und eruiert im Rahmen des Einkommensvergleichs und unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 20% einen Invaliditätsgrad von 60%. Infolge dessen sei weiterhin eine Dreiviertelsrente geschuldet (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 24. Februar 2018 hält die Beschwerdeführerin an ihrem Antrag fest. Die von der Beschwerdegegnerin vorgeschlagenen zumutbaren Tätigkeiten seien bezogen auf sie zum heutigen Zeitpunkt nicht mehr realistisch. Zudem könne sie den heutigen wirtschaftlichen Ansprüchen nicht mehr gerecht werden und dem Druck in der Arbeitswelt nicht standhalten. Ein Invaliditätsgrad von 60% sei daher nicht gerechtfertigt und zu tief kalkuliert (act. G 6).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf die Einreichung einer Duplik (vgl. act. G 8).

Erwägungen

1.

1.1 In der angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2017 hat die Beschwerdegegnerin festgehalten, auf das Leistungsbegehren werde nicht eingetreten und das Erhöhungsgesuch abgewiesen. Nachdem sie jedoch mit Verfügung vom 3. Februar 2014 bereits eingetreten und das Erhöhungsgesuch der Beschwerdeführerin ablehnt hatte und sie in der Folge vom Versicherungsgericht mit Urteil vom 10. Mai 2016 (IV 2014/123) zur Einholung eines polydisziplinären Verlaufsgutachtens verpflichtet worden war, war nicht mehr strittig, ob auf das Gesuch der Beschwerdeführerin überhaupt einzutreten sei. Einzige Streitfrage war vielmehr, ob dem Gesuch um eine Erhöhung des Rentenanspruchs auf eine ganze Rente stattgegeben werde. Vorliegend ist daher zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin das Erhöhungsgesuch zu Recht abgewiesen hat.



1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG 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.

1.3 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. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2008, 9C_562/08, E. 2.1).

1.4 Um beurteilen zu können, ob eine Rentenrevision begründet ist, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere



Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen 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). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung 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).

1.5 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Gericht und Verwaltung von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2011, 8C_73/2011, E. 4.1).

2.

2.1 Die ZMB-Gutachter diagnostizierten nach Konsensbesprechung im Gutachten vom 11. Juli 2017 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei der Beschwerdeführerin eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine depressive Episode, gegenwärtig leichtgradig ausgeprägt, einen Status nach mutilierendem Trauma der linken adominanten Hand am 22.04.1996 mit Teilamputation Dig. I, Amputation Dig. II/III metacarpal, Trümmerfraktur Grundphalanx und Instabilität im PIP- und DIP Dig. IV, ein chronisches Schultersyndrom rechts mit Impingementsymptomatik, ein chronisches Schmerzsyndrom des rechten Handgelenks und Daumengrundgelenkes, ein intermittierendes belastungs-abhängiges, chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit aktivierten Facettenarthrosen ohne radikuläre Ausfälle sowie eine mediale Gonarthrose beidseits, zurzeit rechts symptomatisch (IV-act. 244-57f.). Im Rahmen der Untersuchung seien in erster Linie Beschwerden am rechten Handgelenk und an der rechten Schulter geäussert worden. Es werde eine Kraftlosigkeit der rechten Hand betont, die Schmerzhaftigkeit werde einerseits auf das Daumengrundgelenk, andererseits auf das rechte Handgelenk lokalisiert bei hoher angegebener Schmerzintensität. Bei der klinischen Untersuchung ergebe sich eine freie Beweglichkeit des rechten Handgelenks und des rechten Daumengrundgelenkes.



Radiologisch stellten sich eine Arthrose im MCP I und ein Status nach Trapezektomie mit resultierenden, leichten, arthrotischen Veränderungen im Carpalbereich dar. Insgesamt sei durch diese Befunde von einer deutlich eingeschränkten Funktionsfähigkeit des rechten Carpus beziehungsweise der rechten Hand und des rechten Daumens auszugehen. Genannt würden (auch) Beschwerden an der rechten Schulter nach einer Bandscheibenoperation im Jahre 2013. Im MRT habe sich im 07/2016 entsprechend des Berichtes von Dr. I. ___ eine leichte Bursitis subacromial mit intrinsischen Veränderungen im Supraspinatusansatz sowie auch degenerativen Veränderungen im Bereich der langen Bizepssehne, insbesondere aber auch eine aktivierte AC-Arthrose dargestellt. Bei der aktuellen Untersuchung ergebe sich eine stark schmerzhafte Abduktionseinschränkung. Die Abduktionskraft sei auf etwa die Hälfte vermindert. Die Schmerzhaftigkeit werde subacromial lokalisiert (nicht jedoch am ACG). Die neu angefertigten Röntgenaufnahmen der rechten Schulter würden minimale Arthrosezeichen im Glenohumeralgelenk und am ACG ergeben. Es liege somit aktuell eine leichte bis mittelgradige Funktionsstörung der rechten Schulter bei deutlichem Reizzustand und geringen degenerativen objektivierbaren Veränderungen vor. Berichtet werde zudem über Schmerzen im rechten Kniegelenk. Röntgenologisch stelle sich eine leichte medialseitige Gelenkspaltverschmälerung mit leichten ossären Reaktionen dar. Es liege somit eine leichte medialseitige Gonarthrose rechts vor. Betreffend das linke Kniegelenk seien - im Gegensatz zu Berichten aus dem Jahr 2009 - keine Beschwerden mehr geschildert worden. Damals seien Zeichen einer medialseitigen Gonarthrose festgestellt worden (IV-act. 244-59f.). Die Beweglichkeit der unteren lumbalen Segmente stelle sich als leicht reduziert dar. Schmerzen würden bei Belastung der lumbosacralen Bogenstrukturen geäussert. Hinweise auf radiculäre Irritationen oder Defizite würden sich nicht ergeben. Die Röntgenaufnahmen der LWS in zwei Ebenen vom 5. April 2017 stellten eine lumbosacrale Hyperlordosierung mit einem Lordosewinkel von circa 90° und eine rechtskonvexe Skoliose mit einem Winkel nach Cobb von etwa 10° dar. Es bestehe eine leichte Erniedrigung des lumbosacralen Bandscheibenfaches. Die unteren beiden Wirbelgelenkspaare seien verstärkt sklerosiert. Es handle sich somit aktuell um ein fehlstatisches Wirbelsäulensyndrom mit aktivierter Facettenarthrose. Die Funktionsbeeinträchtigung sei als leicht einzustufen. Hinweise auf radiculäre Komponenten fehlten. Bei der Untersuchung falle eine leichte Einschränkung der Innenrotationsfähigkeit beider Hüftgelenke auf. Es werde eine



peritrochantäre Schmerzhaftigkeit geäussert. Die Röntgenaufnahme des Beckens vom 5. April 2017 zeige erhebliche osteophytäre Anbauten an den Pfannenerkern bei jedoch regelrecht erhaltener Gelenkspalthöhe. Es handle sich hierbei somit um eine geringgradige initiale Coxarthrose beidseits mit ausgeprägter Trochanterdynie. Letztere sei auch als Folge der lumbosacralen Hyperlordosierung zu werten. Möglicherweise liege ursprünglich eine Pfannendachdysplasie vor, welche osteophytär kompensiert worden sei. Es liege zudem eine komplexe Fussinsuffizienz mit Rückfussvalgus-, Pes planus- und Halluxvalgus-Komponente beidseits vor. Am 15. April 2013 sei eine Ganglionexzision am TMT I durchgeführt worden. Die Beschwerdeführerin nenne diesbezüglich aktuell keine relevanten Beschwerden (IV-act. 244-60).

2.2 Infolge des Unfalls im 04/1996 habe sich bei der Beschwerdeführerin eine posttraumatische Belastungsstörung mit ängstlich-depressiver Färbung gezeigt. Diese habe sich verändert und es sei zu einer chronifizierten depressiven Reaktion auf körperlicher Traumatisierung beruhend, zusammen mit einer leichtgradigen depressiven Episode, gekommen. Seit 2009 habe sich die Situation der Beschwerdeführerin verändert. Es sei zu einer Zunahme von verschiedenen Symptomen auf der Schmerzebene gekommen. Bei der Begutachtung habe sich so ein buntes Bild von Schmerzen im Oberbauch, der rechten Hand, der Schulter, des Kopfes sowie des Rückens gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe sich zunehmend klagend und leidend gezeigt. Die Beschwerden würden von der linken Hand weggehen und hin zu einer diffusen Körperproblematik. Im Verlauf habe sich eine zunehmende Chronifizierung gezeigt. Vor dem Hintergrund von psychosozialen Belastungen, worunter auch die Kürzung der IV-Rente falle, sowie verschiedenen innerpsychischen Konflikten, die bereits im psychiatrischen Teilgutachten ausgeführt worden seien, sei es zu einer Entwicklung der somatoformen Schmerzstörung gekommen, welche aktuell im Vordergrund stehe. Parallel dazu zeigten sich Symptome, die einer leichtgradig depressiven Episode zuzuordnen seien. Diese bestehe parallel zur Schmerzstörung (IV-act. 244-60f.).

2.3 Aus neurologischer Sicht hätten sich die Residuen einer peripheren Facialisparese links, welche die Beschwerdeführerin 2010 erlitten habe, sowie Zeichen einer Rest-Abduzensparese rechts mit Diplopien bei Blick nach rechts-lateral gezeigt. Abgesehen von den lokalen Folgen der Verletzungen an der linken Hand sei der neurologische



Befund im Bereich der oberen und unteren Extremitäten unauffällig. Insbesondere eröffneten sich keine radiculären Ausfälle, alle Reflexe seien symmetrisch vorhanden, die Motorik intakt und die Sensibilität, abgesehen von den leicht verminderten Vibrationsempfindungen an Fingern und Zehen, am ehesten im Rahmen einer beginnenden diabetischen Polyneuropathie, unauffällig (IV-act. 244-61).

2.4 Die Gutachter kamen zum Schluss, es bestehe aus somatischer Sicht eine erheblich verminderte Funktionsfähigkeit der linken, dominanten Hand. Es könnten nur sehr leichte Greiffunktionen ohne koordinative Ansprüche wahrgenommen werden. Die linke Hand sei als Stützhand und nur in geringem Masse als Hilfshand einsetzbar. Mit der rechten oberen Extremität könnten keine Tätigkeiten über Schulterhöhe durchgeführt werden. Die Kraft der rechten Hand sei - überwiegend reflektorisch bei Carpalarthrose - vermindert. Weiter bestehe eine leicht verminderte Belastbarkeit der unteren Extremitäten bei initialer Coxarthrose beidseits, initialer, medialisseitiger Gonarthrose beidseits und Fussinsuffizienz beidseits. Längeres Stehen und Gehen, Treppensteigen und Gehen auf unebenem Boden seien nicht möglich, ebenso wenig Tätigkeiten im Knien und Kauern (IV-act. 244-61f.).

2.5 Hinsichtlich der Indikatorenprüfung (Funktioneller Schweregrad/Gesundheits-schädigung, Behandlungserfolg/-resistenzen, Komplex der Persönlichkeit, Konzept der "komplexen" Ich-Funktionen, Sozialer Kontakt, Konsistenz der Fähigkeitsstörungen und Inanspruchnahme therapeutischer Optionen, vgl. BGE 141 V 281) ist auf die Ausführungen der Gutachter hinzuweisen, wonach die Beschwerdeführerin durch das Schmerzerleben auf sich und ihre Symptomatik fixiert und eingeeengt sei. Für Themen wie berufliche Reintegration sei sie nicht offen. Dennoch nehme sie am gesellschaftlichen Leben teil. Sie unterhalte Kontakte zum Sohn und zu Kolleginnen. Die Besuche in Serbien seien ihr wegen der fehlenden Finanzen nicht mehr möglich. Bei vermehrtem Stress reagiere sie mit mehr Schmerzen und mit einer verstärkt depressiv-ängstlichen Symptomatik. Die eigene Unfähigkeit, Dinge anzugehen, werde dann verstärkt und ihr Aktionsradius werde dadurch geringer. Die Verstümmelung der Hand sei ein Belastungsfaktor, da sie den Unfall unmittelbar immer wieder sichtbar mache. Die Beschwerdeführerin sei ungelernt und könne somit nur einfache Tätigkeiten ausführen, die dann auch noch der Hand angepasst sein müssten. Die innerpsychischen Konflikte würden durch die Beschwerdeführerin nun nicht mehr über



das Unfallgeschehen, sondern über die psychosomatische Störung deutlich. Eine grosse Kränkung stelle zudem die Kürzung der IV-Rente dar. Bei der Beschwerdeführerin zeige sich eine Chronifizierung. Obwohl sie angebe, dass sich die Unfallfolgen verbessert hätten (Reduktion des Phantomschmerzes, verbesserte Beweglichkeit), habe sich die übrige körperliche Symptomatik ausgeprägt und verstärkt. Diese Entwicklung führe zu einer deutlichen Selbstlimitierung. Hinweise auf eine relevante Persönlichkeitsstörung würden sich keine ergeben. Auch bestünden weder im somatischen noch im psychiatrischen Bereich Inkonsistenzen (IV-act. 244-62f.). Daraus leiteten die Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit auf dem psychiatrischen Gebiet von 50% ab. Die Reduktion begründeten sie nachvollziehbar mit der somatoformen Schmerzstörung in Kombination mit der leichtgradigen Depression und der bestehenden Chronifizierung (IV-act. 244-63).

2.6 Gegen den Einwand der Beschwerdeführerin, worin diese sich auf den Bericht ihrer Hausärztin vom 23. August 2017 beruft (vgl. IV-act. 248), hielt Dr. G.____ am 24. Oktober 2017 (IV-act. 249) nach ausführlicher Stellungnahme zu den geltend gemachten Punkten zusammenfassend fest, es würden darin keine neuen Tatsachen vorgebracht, welche nicht bereits bekannt gewesen seien. Für die Beurteilung des Verlaufes sei nicht eine blossе Verschlechterung des Gesundheitszustands entscheidend, sondern eine daraus resultierende Reduktion der Arbeitsfähigkeit. Im Bereich des rechten Carpus sei eine Trapezektomie wegen Rhizarthrose 2014 durchgeführt worden sowie eine Dekompression L5/S1 links 2013. Der orthopädische Gutachter komme (dennoch) zum Schluss, dass die Gesamtarbeitsfähigkeit (adaptiert) aus orthopädischer Sicht nicht tiefer ausfalle als zum Zeitpunkt der Begutachtung am ABI Basel 2009. Ergänzt werden könne, dass Dr. H.____ die Beschwerdeführerin im Bereich des Rückens nicht mehr als voll belastbar betrachte und weiter erwähne, dass Tätigkeiten mit ständigem Bücken usw. nicht ausgeführt werden könnten. Sie beschreibe hier eine nicht adaptierte Tätigkeit, weshalb kein Widerspruch zum Gutachten bestehe (keine Arbeitsfähigkeit mehr in der angestammten Tätigkeit). Dem kann gefolgt werden. Das Gutachten des ZMB erscheint sorgfältig und in sich schlüssig. Es stützt sich auf die vorhandenen medizinischen Akten und ist nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden kann. Damit ist von einer adaptierten Arbeitsfähigkeit von 50% auszugehen.

3.



3.1 Die Beschwerdeführerin bringt vor, eine Verwertbarkeit ihrer Restarbeitsfähigkeit sei nicht realistisch.

3.2 Der als ausgeglichen unterstellte Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen vonseiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteile des Bundesgerichts vom 28. April 2010, 8C_1050/2009, E. 3.3, mit Hinweisen, und vom 29. August 2007, 9C_95/2007, E. 4.3). Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischer Weise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Restarbeitsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 460 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts vom 22. März 2012, 9C_153/2011, E. 3.1; und vom 28. Mai 2009, 9C_918/2008, E. 4.2.2 mit Hinweisen). Massgebend für die Beurteilung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist der Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit einer



(Teil-)erwerbstätigkeit. Dies ist gegeben, sobald die medizinischen Unterlagen eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 456 f. E. 3.3 f.).

3.3 Vorliegend war der Beschwerdeführerin bereits in der Verfügung vom 21. Dezember 2000 ab 1. April 1997 ein Invaliditätsgrad von 67% anerkannt (IV-act. 60) und mit Verfügung vom 7. April 2004 die bisher ganze Rente zufolge einer Gesetzesänderung auf eine Dreiviertelsrente reduziert worden. Damals war die am __ September 1958 geborene Beschwerdeführerin __-jährig und sie verfügte noch über eine langjährige Aktivitätsdauer. Da alle früheren Erhöhungsgesuche der Beschwerdeführerin erfolglos blieben und sie demnach längst ihre Restarbeitsfähigkeit hätte verwerten sollen, kann sie im Hinblick auf die Schadenminderungspflicht allein aus ihrem vorgerückten Alter nichts zu ihren Gunsten ableiten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 31. Januar 2019; 8C_704/2018, E. 6). Zwar hat sich die Höhe ihres Arbeitsfähigkeitsgrads gestützt auf die obigen Ausführungen seither nicht verschlechtert, jedoch sind weitere Kriterien hinzugekommen, welche die ihr noch zumutbaren angepassten Tätigkeiten zusätzlich einschränken. Trotzdem können diese allein mit dem Faktor Alter keine Unverwertbarkeit der Resterwerbsfähigkeit begründen. Zumal die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des ZMB-Gutachtens noch keine 59 Jahre alt war. Angesichts der relativ hohen Hürden, welche das Bundesgericht für die Annahme einer Unverwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt hat (vgl. die Zusammenstellung im Urteil 9C_918/2008 vom 28. Mai 2008 E. 4.2.2 mit Hinweis auf das Urteil I 831/05 vom 21. August 2006 E. 4.1.1), ist insbesondere gestützt auf ihr Alter nicht von einer Unverwertbarkeit auszugehen. Die Beschwerdeführerin verfügt über eine Restarbeitsfähigkeit von 50%. Das Profil der ihr zumutbaren Arbeiten umfasst Tätigkeiten mit leichter körperlicher Arbeit in Wechselhaltung mit der linken adominanten Hand als Stütz- und Hilfshand, ohne stärkere Belastung der rechten Hand, ohne repetitive Überkopfarbeiten sowie ohne repetitives Treppengehen, Knien, Kauern und Gehen auf unebenem Boden (IV-act. 244-63). Auf Grund der vorliegenden Aktenlage kann die Beschwerdeführerin nicht als funktionelle Einhänderin gelten. Auf Grund der Arztberichte kann sie die linke Hand weiterhin jedenfalls als Hilfshand verwenden. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung wird davon ausgegangen, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt für Personen, welche funktionell als Einarmige zu betrachten sind und überdies nur noch leichte Arbeiten verrichten können, genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten



bietet (Urteil des Bundesgerichts vom 8. September 2009, 8C_207/2009, E. 3.2). Zu denken ist etwa an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten, die keinen Einsatz der linken Hand voraussetzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. August 2008, 8C_635/2007, E. 4.2 mit Hinweisen). Von einer geradezu aufgehobenen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit kann damit auch mit Blick auf die etwas erweiterten Adaptionkriterien nicht ausgegangen werden.

4.

Gestützt auf die obigen Ausführungen ist weder eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands noch eine erhebliche Veränderung der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes gegeben, weshalb kein Revisionsgrund vorliegt. Die Beschwerdeführerin hat somit weiterhin Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Selbst wenn von einer Verschlechterung hinsichtlich der Adaptionkriterien ausgegangen und im Rahmen eines Prozentvergleichs ein maximaler Leidensabzug von 25% gewährt würde (vgl. dazu beispielsweise: Urteil des Bundesgerichts vom 14. Mai 2018, 8C_744/2017, E. 5.2 mit weiteren Hinweisen), ergäbe sich ein IV-Grad von aufgerundet 63% ($100\% - [50\% \times 0.75]$), womit es beim Anspruch auf eine Dreiviertelsrente bliebe.

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 26. Oktober 2017 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist daran anzurechnen.

Entscheid

1.



Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird daran angerechnet.