

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/128 vom 4. Oktober 2007**

Sg Versicherungsgericht, 2007-10-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2006\\_128](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2006_128)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/128 du 4 octobre 2007

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/128 del 4 ottobre 2007

## **Regeste**

Art. 17, 36 und 44 ATSG, Art. 87 Abs. 3 IVV: Rentenrevision. Im Gesuch um Rentenrevision muss erhebliche Veränderung des IV-Grades glaubhaft gemacht werden. Verletzung des rechtlichen Gehörs, indem Name des Gutachters nur der Beschwerdeführerin, nicht aber ihrem Rechtsvertreter mitgeteilt wird. Gutachten dennoch verwertbar. Triftige Gründe für Ablehnung des Gutachters erforderlich. Keine Befangenheit, wenn derselbe Gutachter nach dem ursprünglichen auch das Verlaufsgutachten erstellt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Oktober 2007, IV 2006/128).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Im Streit liegt vorliegend eine Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG. Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 IVV). b) Die Beschwerdeführerin reichte am 5. Juli 2005 ein Gutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, ein. Dieses Gutachten attestierte ihr, bei gleichbleibenden Befunden, auf Grund einer deutlichen Zunahme der Beschwerden und der pathologischen Veränderungen eine Arbeitsunfähigkeit von 80-85%. Dr. med. F.\_\_\_\_ hatte ihr demgegenüber in seinem Gutachten vom 29. Oktober 2002 eine Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert. Die Arbeitsunfähigkeit hätte sich somit von Oktober 2002 bis Juli 2005 um 30-35% erhöht, was eine erhebliche Verschlechterung darstellen würde. Gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV hat die Beschwerdeführerin die erhebliche Veränderung lediglich glaubhaft zu machen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Tatsache glaubhaft gemacht, wenn für deren Vorhandensein gewisse Elemente sprechen, selbst wenn noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, dass sie sich nicht verwirklicht haben könnte (BGE 130 III 321 E. 3.3). In seinem Gutachten vom 29. Oktober 2002 hatte Dr. med. F.\_\_\_\_ festgehalten, dass der Krankheitsverlauf der Beschwerdeführerin offen sei und zunehmend schmerzfixiert invalidisierend verlaufen könne, weshalb er in einem Jahr in einer Verlaufsuntersuchung kontrollbedürftig sei. Zwischen diesem Gutachten und demjenigen von Dr. med. K.\_\_\_\_ liegen gut zweieinhalb Jahre. Eine Verlaufsuntersuchung ist in dieser Zeit nicht erfolgt. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin, wie sie das Gutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_ ausweist, war daher nicht von vornherein von der Hand zu weisen. Auch der RAD hielt es für möglich, dass in den zwischen den beiden Gutachten liegenden gut zwei Jahren Veränderungen eingetreten sind und empfahl eine erneute rheumatologisch-psychiatrische

Beurteilung. Die Beschwerdeführerin hat somit eine erhebliche Veränderung des Invaliditätsgrades glaubhaft gemacht und die IV-Stelle ist zu Recht auf das Revisionsgesuch eingetreten.

## E. 2

a) Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG). b) Die IV-Stelle teilte der Beschwerdeführerin, nicht jedoch ihrem Rechtsvertreter, mit Schreiben vom 16. November 2005 (IV-act. 61) mit, die erforderliche medizinische Abklärung werde von Dr. med. F.\_\_\_\_, Rheumatologie, und Dr. med. M.\_\_\_\_, Psychiatrie, durchgeführt. Mit Beschwerde vom 10. Juli 2006 macht Rechtsanwalt lic. iur. Max Auer für die Beschwerdeführerin geltend, da der Begutachtungsauftrag ihm als Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin nie eröffnet worden sei, habe er keine Einwände gegen die Begutachtung durch Dr. med. F.\_\_\_\_ erheben können. Das Abstellen auf das Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ verletze somit das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin. Diese habe unter keinen Umständen zu Dr. med. F.\_\_\_\_ gehen wollen, und es sei ihr gutes Recht, sich gegen die Begutachtung eines ihr unangenehmen Gutachters ohne triftige Gründe zur Wehr zu setzen. Da wegen nicht gehöriger Eröffnung des Gutachtensauftrages innert Frist keine Einsprache gegen den eingesetzten Gutachter habe erhoben werden können, verletze der Gutachtensauftrag das rechtliche Gehör und das Gutachten sei aus dem Recht zu weisen. c) Die Beschwerdegegnerin anerkennt im Einspracheentscheid vom 7. Juni 2006 (act. G 1.2), dass sie den Begutachtungsauftrag an Dr. med. F.\_\_\_\_ irrtümlich nur der Beschwerdeführerin mitgeteilt habe. Der Beschwerdeführerin sei aus diesem Eröffnungsmangel jedoch kein Rechtsnachteil entstanden, da sie im Einspracheverfahren ihre Rügen gegen das Gutachten habe vorbringen können. Das zweite Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ sei deshalb nicht aus dem Recht zu weisen. d) Eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs kann laut ständiger Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts dann als geheilt gelten, wenn der Betroffene die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 116 V 182 E. 1b). Die Tatsache, dass der Name des Gutachters lediglich der Beschwerdeführerin, nicht aber ihrem Rechtsvertreter mitgeteilt wurde, erscheint nicht als schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs. Die Beschwerdeführerin konnte durch ihren Rechtsvertreter ihre Einwände gegen Dr. med. F.\_\_\_\_ als Gutachter in der Einsprache vorbringen. Die Beschwerdegegnerin durfte davon ausgehen, dass damit die Gehörsverletzung geheilt wurde. Soweit die Beschwerdeführerin geltend machen liess, sie habe unter keinen Umständen zu Dr. med. F.\_\_\_\_ gehen wollen und es sei ihr gutes Recht, sich gegen die Begutachtung eines ihr unangenehmen Gutachters ohne triftige Gründe zur Wehr zu setzen, hat sie verkannt, dass Art. 44 ATSG zwar über die gesetzlichen Ausstandsgründe von Art. 36 ATSG und Art. 10 VwVG hinausgeht, jedoch triftige Gründe für eine Ablehnung des Gutachters voraussetzt. Ein Recht der versicherten Person auf einen Sachverständigen ihrer Wahl besteht nicht (vgl. BGE 132 V 93 E. 6.5). e) Die Beschwerdeführerin lässt als Grund für ihre Ablehnung von Dr. med. F.\_\_\_\_ als Gutachter anführen, dieser habe bereits einen Untersuch durchgeföhrt und sei deshalb als befangen anzusehen. Befangenheit ist anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Für eine Ablehnung braucht nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es

genügt, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen (BGE 132 V 93 E. 7.1). Vorliegend liess die IV-Stelle das psychiatrisch-rheumatologische Gutachten vom 30. Oktober 2002, das den Gesundheitszustand bis zum 25. Oktober 2002 berücksichtigt, durch eine Begutachtung beschränkt auf den daran anschliessenden Zeitraum ergänzen. In einem technischen Sinne geht es nach dem Vorschlag des RAD um eine bidisziplinäre Beurteilung betreffend Veränderungen des Gesundheitszustandes in den gut zwei Jahren seit der Erstbegutachtung. Der Rechtsdienst der SVA spricht von einem "Verlaufsgutachten", das in Auftrag zu geben sei (IV-act. 54). Es handelt sich also nicht um eine Vertiefung des Gutachtens vom 30. Oktober 2002 im Sinne einer Oberbegutachtung. Vielmehr soll der gleiche Arzt eine aktuelle Momentaufnahme machen. Es handelt sich um eine Anschlussbegutachtung für einen neuen Zeitraum, die der Erhebung des nach dem Zeitpunkt der ersten Begutachtung sich abgespielt habenden Sachverhalts dient. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist Dr. med. F. \_\_\_ als Erstbegutachter geradezu prädestiniert, eine mögliche Veränderung des Gesundheitszustandes zu erkennen, und es kann in einem solchen Fall nicht von einer Befangenheit gesprochen werden. Die Anschlussbegutachtung hat eine selbständige Funktion. Sie soll das Vorgutachten nicht verifizieren, sondern ergänzen. Dabei ist es erwünscht, dass möglichst der bisherige "vorbefasste" Gutachter wieder zum Zuge kommt. Dass sonstige Umstände vorlägen, die den Anschein einer Befangenheit oder die Gefahr einer Voreingenommenheit begründen könnten, ist nicht ersichtlich. - Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_ nicht aus dem Recht gewiesen hat.

### **E. 3**

a) Nach Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, und derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). b) Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird nach Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

### **E. 4**

a) Die Invaliditätsbemessung soll das Mass der Zurücksetzung der erwerblichen Leistungsfähigkeit infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung ergeben. Um den Invaliditätsgrad festlegen zu können, sind daher medizinische Grundlagen wesentlich.

Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind in der Folge eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; ZAK 1982 S. 34; Rz 3047 f des vom Bundesamt für Sozialversicherung erlassenen Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH). Die IV-Stelle hat zu prüfen, wie sich die invaliditätsbedingten Faktoren auf die Vermittlungsfähigkeit und die Erwerbsmöglichkeiten auswirken (Rz 3049 KSIH). Ob die versicherte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Invaliditätsbemessung hingegen unerheblich (Rz 3046 KSIH).

b) Vorliegend bestehen Differenzen in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Die Beschwerdegegnerin geht gestützt auf das Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 25. Januar 2006 (IV-act. 64) von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50% aus. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vertritt gestützt auf das Gutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_ (IV-act. 33) den Standpunkt, die Arbeitsfähigkeit betrage höchstens 20%.

c) Die Beschwerdeführerin lässt im Wesentlichen geltend machen, Dr. med. K.\_\_\_\_ führe in seinem Gutachten vom 29. Juni 2005 (IV-act. 33) und in seiner Ergänzung vom 30. Juni 2006 (act. G 1.3) aus, bereits im Januar 2001 hätten die bildgebenden Verfahren überbrückende osteophytäre Veränderungen zwischen L4/L5 und L2/L3 mit Keilformbildung von LWK 1 und LWK 4 und 5 ergeben. Im Bereich der Brustwirbelsäule habe ausgeprägte Spondylose zwischen BWK 6 und BWK 10 bestanden. Die Halswirbelsäule habe im Oktober 2002 keine wesentlichen pathologischen Veränderungen, ca. drei Jahre später jedoch eine subligamentäre Hernierung der Bandscheibe C3/4 paramedian links gezeigt. Im Bereich der Lendenwirbelsäule sei eine Zunahme der pathologischen Veränderungen mit ankylosierender Spondylose, Deformierung der Wirbelkörper und Dehydratation der Bandscheiben festgestellt worden. Ebenso habe eine intermittierende Nervenwurzelirritation L5 beidseits mit breitbasiger Einengung des Spinalkanals auf Höhe L5/S1 mit Discusprotrusion auf Höhe L3/L4 bestanden. Auf Grund dieser Befunde könne man behaupten, dass der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin sich wesentlich verschlechtert habe und es auch klinisch zu einer adäquaten Verschlechterung der somatischen Beschwerden gekommen sei. Es liege in der Natur der Sache, dass alle diese degenerativen Veränderungen durch Degeneration entstünden und sich mit dem Alter verstärkten. Eine Regression der Veränderungen könne nicht erwartet werden. Als Diagnosen hielt Dr. med. K.\_\_\_\_ Fibromyalgie, ein cervico-lumbo-vertebrales Syndrom, ankylosierende Spondylose und Spondylarthrose zwischen Th12 und S1, Bandscheibenprotrusionen L3/L4 und L5/S1 mit deutlicher Einengung des Rezessus und breitbasiger Einengung des Spinalkanals auf Höhe L5/S1, eine intermittierende Nervenwurzelirritation L5 beidseits und eine subligamentäre Hernierung der Bandscheibe C3/C4 paramedian links fest. Die klinischen Symptome und Befunde hätten eine ausreichend feststellbare somatische Ursache und seien dadurch adäquat erklärbar. Bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Schmerzgeneralisierung, was bei den festgestellten pathologischen Veränderungen auch durchaus verständlich sei. Dr. med. K.\_\_\_\_ betonte, bei den vorausgegangenen Untersuchungen seien die massgeblichen Befunde festgehalten, jedoch nicht genügend beachtet worden. Da die Beschwerden und die pathologischen Veränderungen zugenommen hätten sei die Beschwerdeführerin mit dem aktuellen Gesundheitszustand zu

80% arbeitsunfähig. Dieser Beurteilung kann nicht gefolgt werden. Das Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 25. Januar 2006 stützt sich auf seine Untersuchung der Beschwerdeführerin, die psychiatrischen Gutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 19. Januar 2006 und von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2002, die Laborwerte vom 18. Januar 2006 und vom 30. November 2004, die radiologischen Untersuchungen der Rodiag Wil, der Klinik Stephanshorn und des Kantonsspitals St. Gallen vom 18. Mai 2005, 8. Dezember 2004, 22. Januar 2003, 14. März 2002, 13. Dezember und 19. Januar 2001 sowie die Akten der IV-Stelle. Er hielt fest, das MRT der Lendenwirbelsäule vom 18. Mai 2005 sei im Vergleich zu demjenigen vom 14. März 2002 im Wesentlichen unverändert. Radiologisch sei lediglich eine geringfügige Progredienz der degenerativen diskovertebralen Prozesse festgestellt worden. Die MRI-Aufnahmen der Halswirbelsäule vom 18. Mai 2005 zeigten intakte Bandscheiben und Intervertebralgelenke und eine geringe dorsale Bandscheibenprotrusion L3/4. Gemäss Radiologe liege eine kleinste subligamentäre Hernierung der Bandscheibe C3/4 paramedian linksseitig ohne Nachweis einer Nervenwurzelkompression vor. Dr. med. F.\_\_\_\_ diagnostizierte ein Schmerzausweitungssyndrom bei initialem Lumbovertebralsyndrom, beidseitigen möglichen Nervenwurzelirritationen L5, evtl. S1 bei radiologisch anagemässigen engem Spinalkanal; eine mittelvolumige, linksseitig foraminal reichende Diskushernie L4/5 subligamentär mit recessaler möglicher Nervenwurzelirritation vor allem L5 beidseits; Osteochondrose L5/S1 mit breitbasiger Diskusprotrusion/subligamentärer Hernierung mit bilateraler Einengung der Foramina intervertebralia vor allem rechts mit Nervenwurzelkompression rechts foraminal; geringgradige Diskusprotrusion L3/4; lumbale, im Vergleich zu 2002 wenig progrediente geringe Spondylarthrosen und Spondylose; cervikale geringgradige Diskusprotrusion L3/4 nicht komprimierend sowie Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung. Das Fibromyalgiebild sei klinisch bei sich widersprechenden Untersuchungsbefunden nicht gesichert. Die Diagnosen beider Gutachter stimmen demnach grundsätzlich überein, was Dr. med. K.\_\_\_\_ bereits in Bezug auf das erste Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2002 zugestand. Es liegt somit eine unterschiedliche Wertung der objektiven medizinischen Befunde vor. Im Gegensatz zu Dr. med. K.\_\_\_\_ hat Dr. med. F.\_\_\_\_ bei seiner Untersuchung festgestellt, dass die Beschwerdeführerin bei Ablenkung ohne neurologische Ausfälle sei und eine auffällige Diskrepanz bestehe mit abgelenkt wesentlich besserer Wirbelsäulen- und Gelenkbeweglichkeit als bei Beobachtung und im Gegensatz zur Angabe unerträglicher Ganzkörperschmerzen, insbesondere Schulter, ganze Wirbelsäule, Beckengürtel und Hüftgelenke. So habe die Beschwerdeführerin beispielsweise bei der Laségue-Prüfung abgelenkt 90 Grad Hüftflexion mit gestrecktem Bein beidseits ohne Widerstand erreicht, bei der nochmaligen Prüfung unter Hinweis, dass der Schmerz bei ihrem Krankheitsbild wohl gross sein müsse, sei dann plötzlich nur noch bis 15 Grad beidseits mit dann Sperren ausführbar gewesen, unter "grossen" Schmerzen mit Grimassieren. Der negative Laségue sei belegt durch den zur Überprüfung durchgeführten Langsitz -10, bei dem die Beschwerdeführerin mit gestreckten Beinen bis auf 10 cm die Zehen erreichte. In der Bewegungsprüfung sei die Halswirbelsäulen-Rotation beidseits 30 Grad schmerzhaft, abgelenkt dann aber bis 60 Grad beidseits ausführbar gewesen. Die Tender Points seien nicht konsistent. Bei der Abdominal-Palpation etwa seien vorgängig schmerzhaft Tender Points indolent. Bei fehlenden paravertebralen Verspannungen seien sämtliche Tender Points positiv, abgelenkt bei gleich starkem Palpationsdruck wesentlich weniger schmerzhaft und im Beckenbereich sogar fehlend gewesen. Auf Grund der objektiven

Befunde sei die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte generalisierte Schmerzsymptomatik und ihre Intensität nur teilweise erklärbar. Dr. med. F. \_\_\_ hielt auch fest, die Beschwerdeführerin sei emotional nicht bereit zur teilweisen Arbeitsaufnahme, so dass Rehabilitationsmassnahmen wenig erfolgversprechend seien. Es ist demnach davon auszugehen, dass Dr. med. K. \_\_\_ als von der Beschwerdeführerin beauftragter Gutachter die objektiv zumutbare Arbeitsfähigkeit, beeinflusst durch die Demonstration der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung der Beschwerdeführerin, allzu pessimistisch eingeschätzt hat. Dr. med. F. \_\_\_ hat auf Grund seiner unabhängigen Position, seiner umfassenden Kenntnis der medizinischen Vorakten (und damit auch der Arbeitsunfähigkeitsschätzung von Dr. med. K. \_\_\_) und seiner gutachterlichen Erfahrung erkannt, dass die objektiv zumutbare Arbeitsfähigkeit höher ist, als die Beschwerdeführerin und der von ihr beauftragte Gutachter annehmen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung (50%) von Dr. med. F. \_\_\_ ist deshalb überzeugender als diejenige von Dr. med. K. \_\_\_. Es ist daher im Folgenden davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer vom Gutachter umschriebenen leichten Hilfstätigkeit zu 50% arbeitsfähig ist.

#### **E. 5**

a) Mit Verfügung vom 6. Januar 2004 (IV-act. 32) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 53% ab 1. April 2002 eine halbe IV-Rente zu. Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft. b) 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 ATSG). Den medizinischen Unterlagen ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ab April 2001 zu 50% arbeitsunfähig war. Am 5. Juli 2005 reichte die Beschwerdeführerin ein Gutachten von Dr. med. K. \_\_\_ ein, welches ihr eine Arbeitsunfähigkeit von 80-85% attestierte (vgl. IV-act. 33). Dr. med. F. \_\_\_ hingegen attestierte ihr in seinem Verlaufsgutachten vom 25. Januar 2006 weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (vgl. IV-act. 64). Wie oben dargelegt ist auf Grund des Gutachtens von Dr. med. F. \_\_\_ von einer unveränderten Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50% auszugehen. Die Beschwerdegegnerin hat im Einspracheentscheid einen neuen Einkommensvergleich angestellt und dabei einen Leidensabzug von 10% vorgenommen mit der Begründung, die Beschwerdeführerin könne nur noch leichte Hilfstätigkeiten ausführen. Im Einkommensvergleich gemäss der Verfügung über die Zusprache einer halben IV-Rente ist am 6. Januar 2004 kein solcher Abzug gemacht worden. Da auch keine erwerblichen Veränderungen eingetreten sind, muss ein erneuter Einkommensvergleich im Revisionsverfahren zum gleichen Ergebnis führen. Ansonsten hätte man eine teilweise Wiedererwägung praktiziert. Wo mangels Änderungen in Arbeitsunfähigkeit und erwerblichen Verhältnissen eine Rentenrevision nicht in Frage kommt, darf kein Einkommensvergleich mehr angestellt werden (nicht veröffentlichtes Urteil des Versicherungsgerichts iS S.W. vom 25. April 2002, IV 2000/113). Es resultiert daher der identische Invaliditätsgrad wie bei der Rentenzusprache, und das Rentenrevisionsgesuch ist zu Recht abgewiesen worden.

#### **E. 6**

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (lit. a ÜbBest. zu Art. 69 IVG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.