

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/125 vom 15. August 2011**

Sg Versicherungsgericht, 2011-08-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2010\\_125](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2010_125)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/125 du 15 août 2011

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/125 del 15 agosto 2011

## **Regeste**

Art. 17 Abs. 1 ATSG. Rentenrevision Sachverhaltsveränderungen, die nach der medizinischen Begutachtung und nach der Abklärung an Ort und Stelle, aber vor dem Erlass der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten, aber von der IV-Stelle nicht berücksichtigt worden sind, können nicht in einem späteren Rentenrevisionsverfahren Berücksichtigung finden. Eine Korrektur kann nur im Rahmen einer Wiedererwägung/prozessualen Revision der ursprünglichen Rentenverfügung erfolgen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. August 2011, IV 2010/125).

## **Volltext**

Entscheid Versicherungsgericht, 15.08.2011 Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichter Martin Rutishauser und a.o. Versicherungsrichter Christian Zingg, Gerichtsschreiber Ralph Jöhl Entscheid vom 15. August 2011 in Sachen A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Romeo Minini, Gotthardstrasse 21, Postfach 1959, 8027 Zürich, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, betreffend Rentenrevision Sachverhalt: A. A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 8. Juni 2003 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Gemäss den Angaben von Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, litt sie an einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom (bei degenerativen Veränderungen, Pseudospondylolisthesis L5/S1 und medianer Diskushernie L5/S1) und an chronischen Unterbauchbeschwerden (bei St. n. abdominaler totaler Hysterektomie und Adnektomie bds., Kolposuspension nach Burch 02/2002, persistierender Urin- und Stuhlinkontinenz). Als Mitarbeiterin im Reinigungsdienst war die Versicherte seit 1. Februar 2002 arbeitsunfähig, seit 18. November 2002 zu 50%, wobei die persistierenden Unterbauchschmerzen und die Stuhl- und Urininkontinenz nach der Auffassung von Dr. B.\_\_\_\_ die Hauptursachen waren. Für eine rüchenschonende Tätigkeit mit Wechselbelastung und Gewichtslimite 15 kg konnte die Arbeitsfähigkeit auf sechs Stunden täglich (60-70%) gesteigert werden (IV-act. 10). Die C.\_\_\_\_ AG hatte der Versicherten einen Stundenlohn von Fr. 25.- bezahlt. Der Beschäftigungsgrad hatte sich auf 50% belaufen (IV-act. 11). Der zuständige Eingliederungsberater der IV-Stelle hielt am 8. Dezember 2003 fest, die Versicherte sei für eine zweite Arbeitgeberin tätig gewesen. Dort habe das wöchentliche Arbeitspensum zwölf Stunden betragen, der Jahreslohn habe sich auf Fr. 14'560.- belaufen. Das habe einem Beschäftigungsgrad von 30% entsprochen. Insgesamt sei die Versicherte somit zu 80% tätig gewesen (IV-act. 20). Dr. med. D.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin, berichtete am 23. Dezember 2003, er habe die folgenden Diagnosen erhoben: Generalisiertes Schmerzsyndrom/Rückenleiden, diverse Gelenkschmerzen, muskuläre Dysbalance,

chronisch rezidivierende Unterbauchschmerzen/gynäkologische Symptomatologie/St. n. Hysterektomie, diverse gynäkologische Operationen, letztmals Februar 2002, arterielle Hypertonie, Asthma bronchiale, Hemithyreoidektomie, Sigmadivertikulose, Nierenzysten, Adipositas per magna. Er empfahl einen Arbeitsversuch mit einem Beschäftigungsgrad von 50% (IV-act. 23-1 bis 23-4). Die Klinik E.\_\_\_\_ berichtete am 21. Januar 2004 über einen stationären Rehabilitationsaufenthalt vom 8. bis 23. Dezember 2003, die Versicherte habe sich zwar motiviert und zunächst auch leistungsbereit, gleichzeitig aber auch sehr leidend und schmerzgequält und daher selbstlimitierend gezeigt. Wegen der generalisierten Schmerzen mit Chronifizierung und psychosozialer Dekompensation wegen Arbeitslosigkeit als Kontextfaktor sei die Versicherte psychosomatisch abgeklärt worden. Dabei seien chronisch unspezifische skelettmotorische und chronisch spezifische viszerale Schmerzen in Verbindung mit verlaufsbestimmenden Kontextfaktoren wie Belastung durch Arbeitsplatzverlust und drohende finanzielle Not diagnostiziert worden. Auf eine depressive Schmerzbehandlung sei wegen der nicht vorhandenen Schlafstörung verzichtet worden. Abschliessend gaben die Ärzte der Klinik E.\_\_\_\_ ab Dezember 2003 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, aber Januar 2004 eine Arbeitsfähigkeit von 50% für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in Wechselbelastung an (IV-act. 24-3 bis 24-5). Am 7. Dezember 2004 berichtete Dr. D.\_\_\_\_, seit dem 5. November 2004 sei die Versicherte zu 100% arbeitsunfähig. Diese Verschlechterung sei auf eine Veränderung an den Nieren und den Harnwegen zurückzuführen (IV-act. 36). Das Interdisziplinäre Zentrum für Schlafmedizin des Kantonsspitals hatte dem Hausarzt am 19. Oktober 2004 berichtet, bei der Versicherten liege eine Schlafstörung im Rahmen einer erheblichen depressiven Störung vor. Bei schon früher bestehenden psychosomatischen Beschwerden habe sich diese erhebliche depressive Störung eingestellt. Die Versicherte sei bei Dr. med. F.\_\_\_\_ in Behandlung. Die Klinik für Urologie des Kantonsspitals St. Gallen hatte die Versicherte am 9. November und 2. Dezember 2004 wegen einer Nierenzyste operiert. Dr. med. F.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 31. Dezember 2004, die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, leichte bis gelegentlich mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.1). Vom psychischen Zustand her lasse sich höchstens eine 50%ige Erwerbstätigkeit (zweimal zwei Stunden täglich) realisieren (IV-act. 40). A.b Anlässlich einer Abklärung im Haushalt (IV-act. 41) gab die Versicherte gemäss dem entsprechenden Bericht vom 12. Januar 2005 an, die Inkontinenz sei nach einer Operation verschwunden. Sie leide aber an starken Bauch- und Rückenschmerzen. Aus finanziellen Gründen würde sie weiterhin zu 80% arbeiten. Sie und ihr Ehemann suchten aus finanziellen Gründen eine kleinere Wohnung. Die Abklärungsperson nahm für die Haushaltführung (3,2%) keine Arbeitsunfähigkeit an. Für die Ernährung (57,92%) ging sie von einer Einschränkung von 25% aus, weil die Versicherte angegeben habe, sie brauche um die Hälfte mehr Zeit als früher. Die anteilige Invalidität belaufe sich demnach auf 14,48%. Bei der Wohnungspflege (11,73%) nahm die Abklärungsperson eine Einschränkung von 70% an, obwohl sie gleichzeitig festhielt, beim Beziehen der Betten helfe der Ehemann, das Staubsaugen, die Bodenpflege und das Fensterputzen übernehme die Tochter. Die anteilige Invalidität machte 8,21% aus. Auch beim Einkaufen und den weiteren Besorgungen (10,91%) bezifferte die Abklärungsperson die Arbeitsunfähigkeit mit 70%, obwohl sie wieder angab, die entsprechenden Arbeiten würden vom Ehemann und der Tochter erledigt. Die anteilige Invalidität betrug 7,35%. Bei der Wäsche und der Kleiderpflege (12,8%) nahm die Abklärungsperson eine Arbeitsunfähigkeit von 30% an, da die Versicherte verlangsamt sei. Es resultiere eine anteilige Invalidität von 3,84%. Bei der

Position Verschiedenes (3,84%) ermittelte die Abklärungsperson eine anteilige Invalidität von 1,15%. Die Invalidität im Haushalt machte insgesamt 35,03% aus, wovon aufgrund des Anteils der Haushaltarbeit von einem Fünftel 7% anzurechnen waren. Wohl aufgrund eines Rechnungsfehlers gab die Abklärungsperson in ihrem Bericht nur eine anteilige Invalidität im Haushalt von 6,1% an. A.c Die IV-Stelle gab eine medizinische Abklärung in Auftrag. Das Ärztliche Begutachtungsinstitut ABI in Basel berichtete in seinem Gutachten vom 28. Februar 2006, die Versicherte sei geschieden, lebe allein und werde von den Töchtern unterstützt. Die rheumatologische Anamneseerhebung und der Status hätten bei sehr guter Compliance durchgeführt werden können. Die Wirbelsäulenuntersuchung habe eine objektivierbare, segmentale Dysfunktion in den Segmenten L4/5 und L5/S1 gezeigt. Die Inklinationsfähigkeit sei aber gut gewesen. Die weiteren Wirbelsäulenabschnitte seien altersentsprechend frei beweglich gewesen. Der gesamte periphere Gelenkstatus sei unauffällig gewesen mit Ausnahme einer periartikulären Weichteilschwellung mit lokaler Druckdolenz auf der Höhe der OSG ohne eindeutige Hinweise auf eine intraartikuläre Ergussbildung. Auch der gesamte neurologische Status sei unauffällig gewesen. Imponierend habe eine Adipositas per magna mit allgemeiner Haltungsinsuffizienz und deutlicher muskulärer Dekonditionierung bestanden. Aus rheumatologischer Sicht liege eine Arbeitsfähigkeit von 50% für leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten vor. Die Versicherte müsse dabei die Arbeitsplatzposition nach Gutdünken wechseln können. Das repetitive Heben und Tragen von schweren Lasten über 15 kg sei zu vermeiden, ebenso das Zurücklegen längerer Gehstrecken oder das Treppensteigen. Der psychiatrische Sachverständige berichtete, die von ihrem Ehemann verlassene Versicherte lebe allein in einer Zweizimmerwohnung. Die Beziehung zur älteren Tochter sei eher gespannt. Die Versicherte unterhalte zahlreiche Kontakte zu Kolleginnen, auch wenn sie diese Kontakte etwas reduziert habe. Psychopathologische Symptome hätten nicht festgestellt werden können. Die in den Akten erwähnten depressiven Verstimmungen seien zur Zeit remittiert. Die Versicherte leide zwar unter Schlafstörungen, diese hingen aber mit dem unregelmässigen Schlaf-Wach-Rhythmus zusammen. Die Versicherte leide nicht unter Antriebsstörungen, Konzentrationsstörungen, depressiven Verstimmungen oder einem ausgeprägten sozialen Rückzug. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Versicherte sei durch die zahlreichen körperlichen Krankheiten belastet, habe die Trennung vom Ehemann noch nicht verarbeitet und leide unter der sozialen Isolierung. Das Antidepressivum werde nur unregelmässig eingenommen. Demnach schätze sich die Versicherte wohl selbst nicht als depressiv ein. Die Gesamtdiagnose lautete: Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (radiomorphologisch mediane Diskushernie L5/S1 bei Verkalkung ohne Neurokompression sowie Spondylarthrosen von L2 bis S1, deutliche muskuläre Dysbalance und Haltungsinsuffizienz mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen) und - ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, metabolisches Syndrom, chronische rezidivierende Unterbauchbeschwerden bei St. n. Hysterektomie, St. n. Verödung einer parapelvinen Nierenzyste links, anamnestisch allergisches Asthma bronchiale und St. n. Hemithyreoidektomie rechts. Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Sachverständigen gestützt auf das Ergebnis eines multidisziplinären Konsensus fest, körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5 bis 10 kg, ohne Einnahme von Zwangshaltungen und Torsionsbelastungen der Wirbelsäule seien zu mindestens 50% zumutbar. Im Haushalt bestehe eine Einschränkung

von 30%. Bei der Versicherten bestehe eine ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung, was aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. A.d Die IV-Stelle ermittelte einen Invaliditätsgrad im Erwerb von 50%, indem sie dem Valideneinkommen als Raumpflegerin die Hälfte dieses Einkommens als zumutbares Invalideneinkommen gegenüberstellte. Da die Erwerbsquote 80% betrug, rechnete sie 40% als anteilige Invalidität an. Dazu addierte sie eine anteilige Invalidität im Haushalt von 6,1%. Korrekt wären 7% gewesen (IV-act. 57). Mit einer Verfügung vom 12. Oktober 2006 sprach die IV-Stelle der Versicherten auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von 46% eine Viertelsrente zu (IV-act. 68). B. Die Versicherte teilte der IV-Stelle am 14. März 2008 mit, dass es ihr nicht gut gehe. Sie bitte deshalb um ein Formular für die Revision (IV-act. 73). Statt das Revisionsformular auszufüllen, reichte die Versicherte offenbar eine Reihe von Arztberichten ein (IV-act. 75). Dr. med. G. \_\_\_ vom RAD hielt gestützt auf diese Berichte am 27. Juni 2008 fest (IV-act. 76), gastroenterologisch sei ein Sphincter-Schrittmacher (Neurostimulator) eingelegt worden. Das Resultat sei gut, die Stuhlinkontinenz behoben. In bezug auf das generalisierte Schmerzsyndrom/Rückenleiden hätten die rheumatologischen und die neurochirurgischen Abklärungen die bekannten Diagnosen ergeben. Rheumatologisch sei die Arbeitsfähigkeit adaptiert auf 50% geschätzt worden. Pneumologisch sei das bekannte Asthma bronchiale bei marginal eingeschränkten Lungenfunktionswerten bestätigt worden. Der Facharzt habe das ungenügende therapeutische Ansprechen mit einer funktionellen Überlagerung erklärt. Angiologisch seien keine klinisch relevanten Varizen festgestellt worden. Zusammenfassend hielt Dr. G. \_\_\_ fest, es gebe keine Hinweise auf eine arbeitsfähigkeitsrelevante Verschlechterung. Im Gegenteil habe die Stuhlinkontinenz behoben werden können, was sich allerdings nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Mit einem an den früheren Rechtsvertreter der Versicherten gerichteten Vorbescheid vom 26. September 2008 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie beabsichtige, das Revisionsbegehren abzuweisen (IV-act. 82). Am 11. November 2008 erging die entsprechende Abweisungsverfügung. Auch sie war an den früheren Rechtsvertreter der Versicherten adressiert (IV-act. 86). Dieser teilte der IV-Stelle am 12. November 2008 telephonisch mit, dass er die Versicherte nicht mehr vertrete (IV-act. 87). Am 14. November 2008 teilte er ergänzend mit, dass er den Vorbescheid an die Versicherte weitergeleitet habe (IV-act. 88). Die IV-Stelle gewährte dem neuen Rechtsvertreter der Versicherten am 17. November 2008 eine Nachfrist für die Stellungnahme zum Vorbescheid (IV-act. 90). Dr. med. H. \_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 5./14. November 2008, sie behandle die Versicherte seit dem 28. Juli 2008 (IV-act. 91). Der frühere Rechtsvertreter der Versicherten retournierte am 12./17. November 2008 die Verfügung vom 11. November 2008 (IV-act. 92). Die Versicherte teilte der IV-Stelle am 14./19. November 2008 den Namen ihres neuen Rechtsvertreters mit (IV-act. 93). Dieser neue Rechtsvertreter nahm am 14. Januar 2009 für die Versicherte Stellung zum Vorbescheid. Er machte geltend, gemäss den Angaben von Dr. med. I. \_\_\_ leide die Versicherte an einer extremen Depression. Die Versicherte sei bei Dr. med. F. \_\_\_ in Behandlung. Da klare Hinweise auf eine Verstärkung der Depression bestünden, sei bei Dr. F. \_\_\_ ein Arztbericht einzuholen. Auch bei Dr. H. \_\_\_ und J. \_\_\_, Psychologin, seien Berichte anzufordern. Der RAD habe sich nämlich am 7. Juni 2008 nicht zum psychiatrischen Befund geäußert. Ohne die Einholung von Arztberichten sei der Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage offensichtlich mehr als 50%. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades müsse ein "Leidensabzug" von 15% vorgenommen werden (IV-act. 95). Der Rechtsvertreter der Versicherten reichte am 4.

Februar 2009 (IV-act. 99) einen Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, St. Gallen, vom 27. Januar 2009 und ein Überweisungszeugnis von Dr. H.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2009 an die Klinik L.\_\_\_\_ ein. Dr. K.\_\_\_\_ hatte angegeben, er habe folgende Diagnosen erhoben: Stuhlinkontinenz, lumbale Diskushernie, Adipositas, arterielle Hypertonie und Depression. Er führte weiter aus, die Arbeitsfähigkeit sei stark eingeschränkt. Die Versicherte werde wegen eines Magenbypasses abgeklärt. Die Rückenschmerzen würden neurochirurgisch behandelt (IV-act. 100). In einem Bericht vom 3. Februar 2009 (IV-act. 101) hatte Dr. H.\_\_\_\_ die Diagnose einer schizodepressiven Störung angegeben. Sie hatte dazu ausgeführt, die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten betrage 50-75%. Die genaue Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sollte in einem teilgeschützten Rahmen über einen längeren Zeitraum hinweg erfolgen. Die Veränderung gegenüber Februar 2006 bestehe in einer zunehmenden ängstlich-depressiven Entwicklung mit psychotischer Symptomatik. Dr. G.\_\_\_\_ vom RAD hielt am 2. Juni 2009 fest, mit den beigebrachten Akten sei eine Verschlechterung gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV plausibel. Er schlug vor, bei der Klinik L.\_\_\_\_ und bei Dr. H.\_\_\_\_ Berichte einzuholen und eine ABI-Verlaufsbeurteilung zu veranlassen (IV-act. 102). C. C.a Dr. H.\_\_\_\_ gab in ihrem Bericht vom 8. Juni 2009 (IV-act. 106) an, es bestehe eine schizoaffektive Störung vom depressiven Typ (ICD-10 F 25.1). Körperlich leichte Arbeiten in stressfreier Umgebung seien während ca. vier Stunden täglich möglich. Dr. H.\_\_\_\_ legte den Austrittsbericht der Klinik L.\_\_\_\_ vom 4. Mai 2009 bei. Laut diesem Bericht hatte die Versicherte angegeben, sie empfinde es als besonders belastend, dass sie Alpträume habe, in denen Schlangen durch das Schlafzimmerfenster herein und in ihr Bett kämen. Sie müsse deshalb wiederholt nachts aufstehen und sich überzeugen, dass keine Schlangen vorhanden seien. Die Ärzte hatten in diesem Bericht weiter ausgeführt, die Versicherte benötige ein hochpotentes Neuroleptikum wegen dieser äusserst intensiven Alpträume und der Unfähigkeit, die geträumten Schlangen entsprechend der Jahreszeit und der Örtlichkeit dem Irrealen zuzuordnen. Das verabreichte Medikament habe die Intensität der Alpträume reduziert, ohne die Versicherte allzu stark zu sedieren, so dass mit einer guten Compliance zu rechnen sei. Die Stuhlinkontinenz sei gut kompensiert gewesen mit Ausnahme jener Situationen, in denen die Versicherte anstrengende Übungen habe durchführen müssen. Die neuroleptische Medikation müsste allenfalls noch besser ausgebaut werden. Die Klinik L.\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle am 23. Juni 2009 (IV-act. 107), die Versicherte leide an einer schizoaffektiven Störung, depressiver Typ, einhergehend mit ausgeprägter psychophysischer Erschöpfung. Durch die Behandlung habe sich der psychische Zustand leicht gebessert, aber eine Verbesserung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit sei nicht erzielt worden. Eine solche Verbesserung sei auch für die Zukunft nicht mehr zu erwarten. Am 8. Juli 2009 widerrief die IV-Stelle die Verfügung vom 11. November 2008 (IV-act. 109). C.b Das Ärztliche Begutachtungsinstitut ABI in Basel berichtete in seinem Gutachten vom 3. November 2009 (IV-act. 114), bei der psychiatrischen Abklärung habe die Versicherte angegeben, wenn sie im Bett liege und die Augen schliesse, sehe sie Schlangen zum Fenster herein kriechen. Sie stehe dann auf, schliesse das Fenster, lasse den Rollladen herunter und setze sich in die Stube, um fern zu sehen und etwas zu essen. Danach könne sie wieder einschlafen. Sie sei oft nervös, aggressiv und gereizt. Sie vertrage kaum etwas, weder sich selber noch andere Menschen. Auch das Alleinsein mache ihr zu schaffen. Sie habe oft den Gedanken, das Leben zu beenden. Sie sehe ihre jüngere Tochter etwa drei- bis viermal pro Woche. Öfters besuche sie auch die ältere Tochter mit den Enkeln, die in Serbien lebten. Eigentlich sei ihr nichts mehr möglich. Sie könne weder gehen noch sitzen. Sie habe dreimal versucht, sich

das Leben zu nehmen. Beim ersten Mal sei jemand hinzugekommen. Beim zweiten Mal habe sie versucht, sich im Bett mit dem Schal zu erdrosseln. Weil es weh getan habe, habe sie es auf den nächsten Tag verschoben. Beim dritten Mal habe sie einen Liter Schnaps getrunken. Sie stehe jeweils zwischen 06:30 und 07:00 Uhr auf, nehme ein Bad und frühstücke. Dann räume sie auf, mache das Bett und gehe einkaufen. Zwei- bis dreimal am Tag mache sie gymnastische Übungen. Jeden zweiten Tag suche sie die Physiotherapie auf. Ihre Tochter helfe beim Putzen und mache die Küche. Nachmittags lege sie sich hin und schaue fern. Nach dem Abendessen gehe sie spazieren. Samstags besuche sie ihre Tochter. Montags erledige sie mit der Tochter den Grosseinkauf. Zur Untersuchung sei sie allein mit dem Zug und dem Taxi angereist. Abgesehen von der Verwandtschaft habe sie Kontakt zu ihrer früheren Arbeitgeberin. Im September 2009 habe sie in Serbien Ferien gemacht. Sie sei mit dem Flugzeug gereist. Der psychiatrische Sachverständige des ABI berichtete weiter, die Versicherte sei bei klarem Bewusstsein, zeitlich, örtlich und autopsychisch voll orientiert gewesen. Ihr Gedankengang habe sich formal geordnet und inhaltlich unauffällig entfaltet. Hinweise für ein psychotisches Geschehen hätten nicht beobachtet werden können. Insbesondere hätten Wahnideen, Halluzinationen und eine Ich-Störung ausgeschlossen werden können. Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis hätten klinisch nicht beeinträchtigt geschienen. Die komplexen Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Beziehungsfähigkeit, Impulskontrolle, Urteilsfähigkeit und Willensbildung seien intakt gewesen. Die Versicherte sei in der Lage gewesen, die Konzentration und die Aufmerksamkeit während der gesamten Untersuchungsdauer aufrecht zu erhalten. Die Versicherte habe die Untersuchung von einer Stunde Dauer ohne Anzeichen eines Unwohlseins in sitzender Position verbracht. Im Affekt habe sich die Versicherte wechselhaft präsentiert. Sie habe geschwankt zwischen leichtgradigen depressiven Stimmungen und fast gehobenen Stimmungen mit Spasshaftigkeit. Als man über die Tennisübertragungen im Fernsehen gesprochen habe, sei die Versicherte richtiggehend ins Schwärmen geraten. Aufgefallen sei eine betont überzeichnende, ja geradezu dramatisierende Art der Symptomschilderung. Der affektive Rapport sei solide, die Affektmodulation in vollem Umfang vorhanden gewesen. Aktuelle Suizidgedanken seien nicht genannt worden. Mimik und Gestik seien unauffällig gewesen. Die Versicherte habe sich freundlich und kooperativ verhalten. In seiner Beurteilung führte der psychiatrische Sachverständige aus, es könnten zwei Krankheitsbilder unterschieden werden: Zum einen bestehe eine Instabilität der Stimmung mit leichten depressiven Schwankungen, aber auch gehobenen Momenten. Diese Stimmungsschwankungen seien aber nicht dermassen nachhaltig und schwerwiegend, dass eine affektive bipolare Störung diagnostiziert werden könnte. Es handle sich vielmehr um eine Zykllothymie. Zum anderen sei eine betont überzeichnende theatralische Symptomschilderung zu beobachten gewesen. Die Affektivität der Versicherten sei oberflächlich, schnell vorübergehend und kurzfristig gewesen. Daher könne zusätzlich die Diagnose histrionischer Persönlichkeitszüge gestellt werden. Die Serummessungen der verordneten Psychopharmaka hätten allesamt Werte unterhalb des therapeutischen Bereichs gezeigt. Deshalb sei davon auszugehen, dass die Versicherte die Medikamente nur unregelmässig einnehme, was Rückschlüsse auf den subjektiven Leidensdruck zulasse. Die Zykllothymie und die histrionischen Persönlichkeitszüge seien zwar psychiatrische Diagnosen von Krankheitswert, schränkten aber die Arbeitsfähigkeit nicht nachhaltig ein. Mit einer entsprechenden Willensanstrengung könne der Versicherten ein volles Pensum zugemutet werden. Die von Dr. H. \_\_\_ gestellte Diagnose einer schizodepressiven Störung könne nicht bestätigt werden.

Effektiv psychotische Elemente lägen nicht vor. Dass die Versicherte gelegentlich Schlangen in das Zimmer kriechen sehe, sei eine optische Sinnestäuschung. Die wenig gereifte Persönlichkeit fühle sich durch die Anforderungen des Lebens überfordert, welche wie Schlangen über sie herfielen. Eine Wahnbildung sei jedoch nicht vorhanden. C.c Der orthopädische Sachverständige des ABI hielt fest, das Gangbild auf der Treppe und auf ebenem Terrain sei zwar verlangsamt, aber mitsamt den geprüften Varianten unauffällig gewesen. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule habe sich thorakolumbal eine mässige Bewegungseinschränkung gezeigt. Die explizite Prüfung der Kopffrotation sei vermindert, in abgelenkter Situation aber frei bis in die Endstellung möglich gewesen. An den oberen und den unteren Extremitäten habe eine freie Beweglichkeit bei guter Kraftentfaltung bestanden. Die gesamte Untersuchung im Sitzen, Stehen und Gehen sowie auf der Untersuchungsfläche sei von einer unaufhörlichen Schmerzäusserung, weitestgehend unabhängig von der gerade durchgeführten Prüfung, begleitet gewesen. Die Versicherte habe diffuse Schmerzen an Stamm und Extremitäten angegeben. Ausserdem habe eine äusserst diffuse Druckdolenz praktisch der gesamten Körperoberfläche bestanden. Vier von fünf Waddellzeichen seien positiv gewesen. Auf neurologischer Ebene hätten sich keine Hinweise auf eine Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems ergeben. Eine spinale Kompressionsproblematik oder die Läsion eines grösseren peripheren Nervs hätten klinisch weitgehend ausgeschlossen werden können. Auf radiologischer Ebene hätten mässige degenerative Veränderungen an der unteren LWS samt Osteochondrose des lumbosakralen Übergangs bestanden, aber eine Neurokompression sei myelographisch ausgeschlossen worden. Die Befunde an Händen, Füssen, linker Schulter, Knie-, Spring-, Hüft- und Iliosakralgelenken seien altersentsprechend regelrecht gewesen. An den Fersen seien dorsal und plantar Spornbildungen festzustellen gewesen. Wegen der äusserst diffusen Schmerzsymptomatik und den klinisch weitgehend blanden Befunden sei auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet worden. Zusammenfassend stellte der orthopädische Sachverständige fest, die angegebenen diffusen Schmerzen könnten durch die objektivierbaren Befunde und durch die vorliegenden Bilddokumente nicht begründet werden. Auch die unablässigen Schmerzäusserungen während der gesamten körperlichen Untersuchung seien ein deutlicher Hinweis auf eine nichtorganische Komponente der Schmerzen. Die im Bereich der unteren LWS bestehenden mässiggradigen degenerativen Veränderungen und die Spornbildungen an den Fersen könnten bei körperlich hohen Belastungen zu Beschwerden führen. In den übrigen Abschnitten des Bewegungsapparates seien die Schmerzen nicht geklärt. Ebenso wenig geklärt sei der Umstand, dass es trotz langdauernder körperlicher Schonung und wiederholter konservativer Therapiemassnahmen nicht zu einer deutlichen Schmerzreduktion gekommen sei. Insgesamt bestünden massive Anzeichen für eine Ausweitung der Schmerzproblematik. Aus orthopädischer Sicht sei die Versicherte zu 50% arbeitsfähig (ganztägiges Pensum mit um 50% reduzierter Leistung aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs). C.d Die Gesamtdiagnose lautete: Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle (kleine mediane Diskusprotrusion und hochgradige Osteochondrose LWK5/SWK1 ohne Neurokompression, anamnestisch kein Ansprechen auf wiederholte Infiltration) sowie - ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - Zykllothymie (ICD-10 F34.0), akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge, metabolisches Syndrom (Adipositas per magna, behandelte arterielle Hypertonie, behandelte Dyslipidämie, grenzwertiger HbA1c-Wert mit 6,3%), Verdacht auf Medikamenten-Malcompliance, substituierte Hypothyreose (bei St. n. Hemithyreoidektomie rechts 4/1997 bei Struma nodosa rechts), anamnestisch Asthma

bronchiale, grenzwertige obstruktive Schlafapnoe (habituelle Ronchopathie, CPAP-Trial 3/09, Abbruch bei Intoleranz), chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom, anamnestisch Stuhl- und Urininkontinenz unklarer Aetiologie (St. n. Hysterektomie, Kolpussuspension und Blasensuspension 2/01, St. n. Rezidivoperation, St. n. Implantation eines sakralen Neurostimulators 2/08, postoperativ deutliche Besserung der Symptomatik, St. n. Revision und Refixation des Neurostimulators im 7/08). Die Konsensbesprechung ergab eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (ganztäglich umgesetzt). Für den Haushalt gingen die Sachverständigen von einer Arbeitsunfähigkeit von 30% aus. D. Mit einem Vorbescheid vom 4. Januar 2010 teilte die IV-Stelle dem Rechtsvertreter der Versicherten mit, dass sie beabsichtige, das Revisionsbegehren abzuweisen. Der Invaliditätsgrad betrage nämlich nach wie vor 46% (IV-act. 119). Die Versicherte liess am 3. Februar 2010 einwenden (IV-act. 120), der Anteil der Haushaltarbeit sei auf 10% bis maximal 15% herabzusetzen. Seit der letzten Beurteilung sei sie nämlich in eine kleinere Wohnung umgezogen und sie lebe allein. Der Ehemann stehe nicht mehr für Hilfeleistungen im Haushalt zur Verfügung. Deshalb müsse eine neue Bewertung des Invaliditätsgrades im Haushalt erfolgen. Dieser Invaliditätsgrad werde höher ausfallen. Medizinisch seien neue Abklärungen notwendig, um die Abweichungen zwischen den Ergebnissen der verschiedenen medizinischen Gutachten zu validieren. Es sei zu Unrecht kein "Leidensabzug" vorgenommen worden. Mit einer Verfügung vom 18. Februar 2010 wies die IV-Stelle das Revisionsgesuch ab (IV-act. 122). Zur Begründung brachte die IV-Stelle insbesondere vor, der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich nicht verändert. Deshalb seien weder eine Abklärung an Ort und Stelle noch ein Einkommensvergleich angezeigt. E. A. \_\_\_ liess am 22. März 2010 Beschwerde erheben und die Zusprache einer erhöhten Invalidenrente und die Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen zur Feststellung des massgeblichen Invaliditätsgrades beantragen (act. G1). Zur Begründung führte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin insbesondere aus, der Anteil der Hausfrauentätigkeit sei neu festzusetzen. Der Anteil betrage noch 10%, maximal 15%. Seit dem 16. November 2004 habe sich einiges geändert, namentlich lebe die Beschwerdeführerin heute allein. Da der Ehemann nicht mehr helfe, sei die Einschränkung im Haushalt höher. Das Ergebnis des Einkommensvergleichs sei nicht nachvollziehbar. In medizinischer Hinsicht seien weitere Abklärungen notwendig, weil zum Teil divergierende Aussagen vorlägen. Dr. H. \_\_\_ habe eine Arbeitsunfähigkeit von 50-75% angegeben. Die Klinik L. \_\_\_ sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der Wirtschaft ausgegangen. Die Diagnosen wichen voneinander ab. Dies zwingt zu weiteren Abklärungen. Angesichts des Gesundheitszustands sei die vom ABI festgestellte Arbeitsfähigkeit von 50% zu hoch. Zudem müsste beim Einkommensvergleich ein "Leidensabzug" erfolgen. Abschliessend ersuchte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin um die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung, was ihm am 21. Mai 2010 bewilligt wurde (act. G8). F. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 20. Mai 2010 die Abweisung der Beschwerde (act. G6). Sie machte zur Begründung insbesondere geltend, die Berichte von Dr. H. \_\_\_ und der Klinik L. \_\_\_ hätten den Sachverständigen des ABI vorgelegen. Diese hätten dazu Stellung genommen. Die entsprechenden Einwände der Beschwerdeführerin vermöchten keine Zweifel an der Richtigkeit der Angaben der Sachverständigen des ABI zu wecken oder diese Angaben gar zu widerlegen. Die Beschwerdeführerin sei in einer adaptierten Tätigkeit weiterhin zu 50% arbeitsfähig. Die Erhöhung der Erwerbsquote könne nicht allein aufgrund des Umstands erfolgen, dass die Beschwerdeführerin allein wohne. Die Invalidität im Haushalt sei nicht angestiegen, denn die Sachverständigen des ABI hätten eine

unveränderte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% angegeben. G. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin wandte am 8. Juni 2010 (act. G9) ein, die Verhältnisse hätten sich seit der letzten Rentenberechnung verändert, weshalb eine Überprüfung der aktuellen Faktoren unumgänglich sei. Der Erwerbsanteil sei heute höher. Die Beschwerdegegnerin habe ihre Position, dass keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig seien, nicht rechtfertigen können. Auf die Frage nach einem "Leidensabzug" sei die Beschwerdegegnerin gar nicht eingegangen. H. Die Beschwerdegegnerin hielt am 18. Juni 2010 an ihrem Abweisungsantrag fest (act. G11).

Erwägungen: 1. Die Beschwerdeführerin hat am 11. Februar/14. März 2008 persönlich ein Revisionsbegehren gestellt (vgl. IV-act. 73). Am 29. Juli 2008 hat Rechtsanwalt Z.\_\_\_\_ im Auftrag der Beschwerdeführerin um die Zustellung der IV- und der EL-Akten ersucht (vgl. IV-act. 77). Die Beschwerdegegnerin hat am 26. September 2008 einen ersten Vorbescheid trotz der Mitteilung von Rechtsanwalt Z.\_\_\_\_ vom 29. Juli 2008 nicht diesem, sondern einem früheren Rechtsvertreter zugestellt (vgl. IV-act. 81). Dieser frühere Rechtsvertreter hat die Beschwerdegegnerin auf ihren Fehler aufmerksam gemacht und er hat die Verfügung retourniert (vgl. IV-act. 92). Zwei Tage später hat er mitgeteilt, dass er den Vorbescheid an die Beschwerdeführerin weitergeleitet habe (vgl. IV-act. 88). Die Beschwerdegegnerin hat daraufhin Rechtsanwalt Z.\_\_\_\_ eine "Nachfrist" zur Stellungnahme zum Vorbescheid eingeräumt (vgl. IV-act. 90). Schliesslich hat sie Rechtsanwalt Z.\_\_\_\_ am 8. Juli 2009 eine Verfügung zugestellt, mit der sie die Verfügung vom 11. November 2008 "widerrufen" hat. Die Verfügung vom 11. November 2008, mit der die Beschwerdegegnerin das Revisionsbegehren erstmals hat abweisen wollen, ist nicht etwa dem früheren Rechtsvertreter eröffnet worden, weil für die Beschwerdegegnerin der Anschein bestanden hätte, jenes Vertretungsverhältnis dauere immer noch an, denn Rechtsanwalt Z.\_\_\_\_ hatte ja vorgängig mitgeteilt, dass er jetzt die Beschwerdeführerin vertrete. Die Verfügung vom 11. November 2008 ist also aufgrund eines der Beschwerdegegnerin allein anzulastenden Versehens einer Person zugestellt worden, die mit der Beschwerdeführerin als Verfügungsadressatin in keiner Verbindung mehr gestanden hat. Zu prüfen ist, ob mit dieser Zustellung an eine unbeteiligte Person eine Beschwerdefrist zu laufen begonnen habe, die dann unbenützt abgelaufen wäre, womit die Verfügung vom 11. November 2008 in formelle Rechtskraft erwachsen wäre. Die Beschwerdegegnerin scheint von dieser Situation ausgegangen zu sein, denn sie hat einen Widerrufsbedarf (eigentlich einen Wiedererwägungsbedarf nach Art. 53 Abs. 2 ATSG) angenommen. Da der frühere Rechtsvertreter nicht mehr mandatiert gewesen ist und da die Beschwerdeführerin von der Zustellung der Verfügung vom 11. November 2008 an ihn keine Kenntnis erhalten hat, kann diese Verfügung keine Eröffnungswirkung gehabt haben, d.h. die Beschwerdefrist kann nicht zu laufen begonnen haben. Die Verfügung vom 11. November 2008 ist deshalb nicht in formelle Rechtskraft erwachsen. Sie liegt zwar in den Akten der Beschwerdegegnerin, aber es handelt sich nur der äusseren Form nach um eine Verfügung, d.h. materiell liegt eine nichtige Verfügung vor. Eine nichtige Verfügung kann nicht wiedererwogen werden. Damit ist auch die "Widerrufsverfügung" vom 8. Juli 2009 nichtig. Die Beschwerdegegnerin hat also am 18. Februar 2010 erstmals über das Revisionsbegehren der Beschwerdeführerin verfügt, so dass weder die Voraussetzungen der prozessualen Revision (Art. 53 Abs. 1 ATSG) noch die diejenigen der Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) erfüllt sein müssen.

2. In einem Rentenrevisionsgesuch ist glaubhaft zu machen, dass sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe (Art. 87 Abs. 3 IVV). Dieser Bestimmung fehlt die

Rechtsfolgenanordnung: Gelingt die Glaubhaftmachung, ist auf das Revisionsbegehren einzutreten, d.h. es ist ein Verwaltungsverfahren zur Prüfung der Revisionsvoraussetzungen nach Art. 17 Abs. 1 ATSG durchzuführen. Misslingt die Glaubhaftmachung, ist das Rentenrevisionsgesuch durch eine Nichteintretensverfügung zu erledigen. Wie Dr. G.\_\_\_\_ vom RAD am 27. Juni 2008 (vgl. IV-act. 76-2) zu Recht festgestellt hat, sind die von der Beschwerdeführerin nach der entsprechenden Aufforderung vom 20. März 2008 (vgl. IV-act. 74) eingereichten Arztberichte nicht geeignet gewesen, eine erhebliche nachträgliche Veränderung des massgebenden Sachverhalts als glaubhaft erscheinen zu lassen. Erst mit dem Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2009, in dem eine neue, schwerwiegende Diagnose (schizodepressive Störung) mit einer entsprechenden hohen Arbeitsunfähigkeit (50-75%) angegeben worden ist (vgl. IV-act. 101-3), hat die Beschwerdeführerin eine relevante Sachverhaltsveränderung glaubhaft machen können, wie Dr. G.\_\_\_\_ am 2. Juni 2009 festgestellt hat (vgl. IV-act. 102-2). Dass diese Glaubhaftmachung erst im Rahmen des Vorbescheidsverfahrens als Reaktion auf eine angedrohte Abweisung des Rentenrevisionsbegehrens (richtig wäre die Androhung eines Nichteintretens gewesen) erfolgt ist, schadet nicht, da das Vorbescheidsverfahren als formalisierte Gehörgewährung auch dazu da ist, der versicherten Person die Möglichkeit zu geben, die Akten zu ergänzen und damit den massgebenden Sachverhalt mit dem erforderlichen Beweisgrad (hier: glaubhaft) zu belegen. Das ist der Beschwerdeführerin gelungen, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das Rentenrevisionsbegehren eingetreten ist.

3. Ändert sich der Invaliditätsgrad erheblich, so wird die Rente für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Beim Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) und beim Betätigungsvergleich im Aufgabenbereich (Art. 28a Abs. 2 IVG) kann die massgebende Veränderung sowohl auf der Invaliden- als auch auf der Validenseite auftreten. Veränderungen auf der Invalidenseite sind allerdings weitaus häufiger als Veränderungen auf der Validenseite. Bei der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung (Art. 28a Abs. 3 IVG) kommt hinzu, dass bereits eine Veränderung in der Aufteilung zwischen dem Erwerb und dem Aufgabenbereich für sich allein eine revisionsrechtlich relevante Veränderung sein kann.

3.1 Im vorliegenden Fall ist ein nach der gemischten Methode ermittelter Invaliditätsgrad auf eine allfällige nachträgliche Veränderung zu prüfen. Diese Veränderung kann im Invaliden- oder im Valideneinkommen, in der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen Haushaltbesorgung oder in der hypothetischen Haushaltsbesorgung ohne Gesundheitsbeeinträchtigung liegen. Es kann aber auch eine nachträgliche Veränderung im Verhältnis von Erwerbs- und Haushaltquote eingetreten sein. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, der Haushaltsanteil von 20% sei inzwischen zu hoch. Aktuell sei von 10% bis maximal 15% auszugehen. Die Abklärung, auf die sich die Haushaltsquote von 20% stütze, stamme vom November 2004. Seither habe sich einiges verändert. Die Beschwerdeführerin sei in eine kleinere Wohnung gezogen und sie lebe allein. Seit der Scheidung könne der Ehemann nicht mehr bei der Erledigung des Haushalts helfen. Zudem habe sich krankheitsbedingt auch die Leistungsfähigkeit im Haushalt vermindert. Dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ist darin beizupflichten, dass mit der Scheidung und mit dem Wechsel in eine kleine Wohnung eine erhebliche Veränderung eingetreten ist. Diese Veränderung kann nicht nur die Invalidität im Haushalt, sondern auch die Haushaltsquote verändert haben. Die Haushaltsquote ist rein hypothetisch festzusetzen, da die Beschwerdeführerin seit Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht und deshalb tatsächlich den ganzen Tag zur Verfügung hat, um den Haushalt zu besorgen. Ob die

Beschwerdeführerin, wenn sie gesund wäre, zu mehr als 80% einer Erwerbstätigkeit nachginge, weil sie eine kleinere Wohnung hat, weil sie nur noch einen Einpersonenhaushalt zu besorgen hat und weil sie bei einer vollumfänglich erhaltenen Arbeitsfähigkeit möglicherweise keinen Anspruch auf Scheidungsalimente hätte, lässt sich nur vermuten. Die wahrscheinlichste Hypothese dürfte eine Erhöhung der Erwerbsquote auf 100% statt auf 85-90% sein. Der damit verbundene Wechsel von der gemischten Methode zum reinen Einkommensvergleich hätte auf jeden Fall eine erhebliche Veränderung des Invaliditätsgrades zur Folge, weil sich die Arbeitsfähigkeit im Erwerb nun voll auswirken würde. Trotzdem lässt sich damit keine revisionsweise Heraufsetzung der laufenden Viertelsrente rechtfertigen. Die entsprechenden Sachverhaltsveränderungen sind nämlich bereits vor dem Erlass der Rentenverfügung vom 12. Oktober 2006 eingetreten. Im ABI-Gutachten vom 28. Februar 2006 ist bei der Wiedergabe der persönlichen Anamnese festgehalten worden, dass die Beschwerdeführerin geschieden sei und in einer Zweizimmerwohnung lebe. Dieser Veränderung hätte nach der Regel, dass eine Rentenverfügung der Sachverhaltsentwicklung bis zu ihrem Erlass Rechnung trägt (vgl. etwa BGE 121 V 366 m.H.), mit der ursprünglichen Rentenzusprache gewürdigt werden müssen. Dazu hätte vor Verfügungserlass eine Verlaufsabklärung im Haushalt erfolgen müssen. Dass dies unterblieben ist, führt allenfalls dazu, dass die Rentenverfügung vom 12. Oktober 2006 als rechtswidrig zu qualifizieren ist. Das erlaubt aber natürlich keine rückwirkende, d.h. in die Zeit vor dem 12. Oktober 2006 zurückreichende Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG. Eine Korrektur wäre nur durch eine Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) der (formell rechtskräftigen) Verfügung vom 12. Oktober 2006 zu erreichen. Effektiv nachträglich, d.h. nach dem 12. Oktober 2006 eingetretene Veränderungen auf der Validenseite des Einkommens- oder des Betätigungsvergleichs sind nicht erkennbar. Wäre die Beschwerdeführerin gesund, ginge sie derselben Erwerbstätigkeit nach, von der bereits bei dem der ursprünglichen Rentenzusprache zugrunde liegenden Einkommensvergleich als Validenkarriere ausgegangen worden ist. Nebenbei würde sie sich weiterhin um ihren Einpersonenhaushalt kümmern, wie sie es bis 12. Oktober 2006 getan hätte. Eine allfällige nachträgliche Sachverhaltsveränderung müsste also auf der Invalidenseite des Einkommens- und/oder des Betätigungsvergleichs eingetreten sein.

3.2 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat insbesondere auf die von Dr. H.\_\_\_\_ diagnostizierte schizodepressive Störung und auf die daraus abgeleitete Arbeitsunfähigkeit von 50-75% verwiesen, um eine leistungserhebliche Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit zu belegen. Diese Diagnose findet sich in der Tat nicht in der Gesamtdiagnose gemäss dem ersten ABI-Gutachten vom 28. Februar 2006 (vgl. IV-act. 55-18). Dort ist als einzige psychiatrische Diagnose eine bereits remittierte rezidivierende depressive Störung angegeben worden, die naturgemäss keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mehr hatte. Im ABI-Verlaufsgutachten vom 3. November 2009 sind aus psychiatrischer Sicht anstelle der remittierten rezidivierenden depressiven Störung eine Zykllothymie und akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge angegeben worden (vgl. IV-act. 114-22). Der psychiatrische Sachverständige des ABI hat sich sorgfältig mit der abweichenden Diagnose von Dr. H.\_\_\_\_ auseinandergesetzt. Dabei hat er darauf hingewiesen, dass er keine psychotischen Elemente habe feststellen können. Die nachts ins Zimmer kriechenden Schlägen seien eine optische Sinnestäuschung, die durch das Alleinsein und die Ängste verursacht sei. Eine Wahnbildung sei nicht vorhanden, so dass eine psychotische Störung ausgeschlossen werden müsse. Demnach sei die Diagnose einer schizoaffektiven Störung nicht richtig. Dr. H.\_\_\_\_ hat diese Diagnose wohl auf die Angaben

von Dr. M.\_\_\_\_ im Austrittsbericht der Klinik L.\_\_\_\_ vom 4. Mai 2009 gestützt. Dort hatte die Beschwerdeführerin nicht angegeben, sie sehe die Schlangen in ihr Schlafzimmer kriechen. Sie hatte das vielmehr als Inhalt eines sich immer wiederholenden Alptraums geschildert. Während des Klinikaufenthalts waren diese Alpträume medikamentös in ihrer Intensität reduziert worden. Es handelte sich also tatsächlich nicht um eine Wahnbildung, wie der psychiatrische Sachverständige des ABI überzeugend festgestellt hat. Zudem ist nicht nachvollziehbar, wie Alpträume die Arbeitsfähigkeit einer Person direkt sollten beeinträchtigen können. Nur die im Gefolge auftretenden Schlafstörungen wären geeignet, die Leistungsfähigkeit zu reduzieren. Fehlt die psychotische Komponente, so verbleibt gemäss Dr. M.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ ein depressives Zustandsbild, das vom psychiatrischen Sachverständigen des ABI mit einer überzeugenden Begründung nur als Zykllothymie und als akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge qualifiziert worden ist. Demnach steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht nicht, jedenfalls nicht stärker als bei der Zusprache einer Invalidenrente am 12. Oktober 2006, in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Im ersten Gutachten des ABI ist als arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnose nur das lumbospondylogene Schmerzsyndrom mit medianer Diskushernie L5/S1 mit Verkalkung und ohne Nervenkompression, bei Spondylarthrosen L2 bis S1 und bei deutlicher muskulärer Dysbalance und Haltunginsuffizienz angegeben worden. Auch im Verlaufsgutachten des ABI ist wieder als einziges eine Arbeitsunfähigkeit bewirkendes Leiden ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom ohne radikuläre Ausfälle angegeben worden. Diese Erkrankung hat sich gemäss den überzeugenden Angaben des orthopädischen Sachverständigen des ABI nicht verschlechtert. Die einzige Veränderung besteht in einer Schmerzausweitung, die sich anlässlich der klinischen Untersuchung in einer ubiquitären Druckdolenz geäussert hat. Dabei handelt es sich gemäss den Angaben des orthopädischen Sachverständigen am ehesten um ein Symptom einer somatoformen Schmerzstörung, wie bereits die Ärzte der Abteilung Rheumatologie und Rehabilitation am Kantonsspital St. Gallen am 6. Dezember 2006 festgestellt hätten. Der orthopädische Sachverständige ist also im Ergebnis zu Recht davon ausgegangen, dass sich das lumbovertbrale Syndrom nicht verändert habe und dass die inzwischen eingetretene Schmerzausweitung (bzw. die damit verbundene subjektive Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung) durch eine zumutbare Willensanstrengung überwunden werden könne. Die übrigen somatischen Beeinträchtigungen, im ersten ABI-Gutachten als metabolisches Syndrom, als chronische Unterbauchschmerzen, als St. n. Verödung einer komprimierenden Nierenzyste, als allergisches Asthma bronchiale und als St. n. Hemithyreoidektomie beschrieben, haben ebenfalls keine relevante Veränderung erfahren. Das gilt insbesondere für das metabolische Syndrom, den St. n. Hemithyreoidektomie und das Asthma bronchiale. In bezug auf die Inkontinenz hat sich sogar eine Verbesserung ergeben. Die neu hinzugekommenen Diagnosen sind ebenfalls nicht geeignet, eine Arbeitsunfähigkeit auszulösen. Der Verdacht auf eine Medikamenten-Malcompliance bezieht sich nur auf die Psychopharmaka und ist irrelevant, da die psychische Beeinträchtigung selbst auch keine relevante Arbeitsunfähigkeit auslöst. Das chronische unspezifische multilokuläre Schmerzsyndrom ist als Schmerzausweitung oben bereits gewürdigt worden. Die grenzwertige obstruktive Schlafapnoe hat keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Selbst wenn sie arbeitsfähigkeitsrelevant wäre, müsste - in Erfüllung der medizinischen Eingliederungspflicht - vorab nochmals eine Therapiemöglichkeit geprüft werden. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat denn auch keine arbeitsfähigkeitsrelevante

Verschlimmerung in bezug die neben dem lumbospondylogenen Syndrom bestehenden somatischen Diagnosen behauptet. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gestützt auf das Verlaufsgutachten des ABI mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sowohl im erwerblichen Bereich als auch im eigenen Haushalt ein unveränderter Arbeitsfähigkeitsgrad besteht. Da sich also seit der Zusprache einer Viertelsrente weder in medizinischer noch in erwerblicher Hinsicht eine relevante Sachverhaltsveränderung ergeben ist, können sowohl der Einkommensvergleich als auch der Betätigungsvergleich im Haushalt unterbleiben. Daran vermag auch der Einwand des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, bei der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens müsse ein sogenannter "Leidensabzug" vorgenommen werden, nichts zu ändern. In bezug auf die Umstände, die einen derartigen zusätzlichen Abzug vom statistischen Durchschnittseinkommen (Zentralwert) rechtfertigen könnten (allfällige Konkurrenz Nachteile der Beschwerdeführerin gegenüber gesunden Arbeitnehmerinnen), hat sich seit der Rentenzusprache im Jahr 2006 keine Veränderung ergeben, die es rechtfertigen würden, neu erstmals einen "Leidensabzug" vorzunehmen. Wenn bereits bei der ursprünglichen Invaliditätsbemessung ein solcher Abzug erforderlich gewesen wäre, dann kann das nicht im vorliegend zu beurteilenden Revisionsverfahren erfolgen. Das geeignete Instrument zur Korrektur wäre ein gegen die ursprüngliche Rentenzusprache gerichtetes Wiedererwägungsverfahren. Somit ist weiterhin von einem anteiligen Invaliditätsgrad im erwerblichen Teil von 40% und im Haushaltteil von korrekt 7% (statt 6%; als einfacher Rechnungsfehler jederzeit korrigierbar) auszugehen. Die Beschwerdegegnerin hat das Rentenrevisionsbegehren zu Recht abgewiesen. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Da ihr die unentgeltliche Rechtsbeistandung bewilligt worden ist, hat der Staat für die Vertretungskosten aufzukommen. Stünde eine Parteientschädigung zur Diskussion, wäre diese gemäss Art. 61 lit. g ATSG nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen. Mit Blick auf vergleichbare Fälle erschiene unter Berücksichtigung dieser beiden Kriterien eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3500.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Dieser Betrag ist gemäss Art. 31 Abs. 3 des st. gallischen Anwaltsgesetzes zur Ermittlung der Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsbeistands um einen Fünftel zu kürzen. Der Staat hat den Rechtsbeistand der Beschwerdeführerin demnach mit insgesamt Fr. 2800.- zu entschädigen. Das Beschwerdeverfahren in IV-Sachen ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Da sich der Aufwand für das vorliegende Verfahren als durchschnittlich erweist, ist die Gerichtsgebühr in Anlehnung an vergleichbare Fälle auf Fr. 600.- festzusetzen. Der Beschwerdeführerin ist auch die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt worden ist, weshalb sie von der Bezahlung der Gerichtsgebühr zu befreien ist. Sollten es die wirtschaftlichen Verhältnisse der Beschwerdeführerin in Zukunft einmal gestatten, kann sie zur Nachzahlung der Kosten der Verbeistandung und der Gerichtsgebühr verpflichtet werden (Art. 99 Abs. 2 VRP i.V.m. Art. 123 ZPO). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr von Fr. 600.- befreit. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsbeistand der Beschwerdeführerin mit Fr. 2800.-.