

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/314 vom 27. Mai 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-05-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_314

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/314 du 27 mai 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/314 del 27 maggio 2021

Regeste

Art. 17 und Art. 53 Abs. 2 ATSG. Vergleich des im Lauf der relevanten Zeit einerseits im Jahr 2007 und andererseits im Jahr 2018 je polydisziplinär sowie im Jahr 2019 noch monodisziplinär psychiatrisch (unter Einschluss der Neuropsychologie) begutachteten Sachverhalts (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Mai 2021, IV 2019/314).

Volltext

Entscheid vom 27. Mai 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2019/314 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Martin Boltshauser, c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Einstellung) Sachverhalt A.____ Mutter ____ Kinder (geboren [...]), meldete sich am 13./15. November 2002 (IV-act. 1) bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beantragte namentlich eine Umschulung. Sie habe den Beruf einer Büroangestellten erlernt (kaufmännische Lehre, vgl. IV-act. 2 und 11-57) und leide an ständigen Rückenschmerzen (mit Diskushernien-Operation), Asthma, chronischer Bronchitis und (sc. einem Problem mit der) _____. Die Beschwerden hätten sich seit 1997 massiv verstärkt. Dr. med. B.____, FMH Innere Medizin, spez. Pneumologie, gab im IV-Arztbericht vom 19. März 2003 (IV-act. 11-1 bis 5) an, bei der Versicherten bestünden (stark verkürzt wiedergegeben) hauptsächlich (erstens) der dringende V.a. eine Histiocytois-X, (zweitens) ein Asthma bronchiale, (drittens) ein Stadium der [...], (viertens) rezidivierende Abdominalbeschwerden bei laparoskopisch gesicherter chronischer Adnexitis und retroversio/retroflexio uteri, (fünftens) anamnestisch eine DH (Diskushernie), (sechstens) ein V.a. eine valvuläre Herzkrankheit und (siebtens) diverse Dysregulationen ungeklärter Ätiologie. In ihrer angestammten Tätigkeit in der [...] sei die Versicherte seit dem 17. September 2001 voll arbeitsunfähig. In einem anderen Beruf sei sie (betreffend das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum, RAV, bzw. die Vermittlungsfähigkeit) vom 3. Januar 2002 bis 4. Mai 2002 nicht arbeitsunfähig gewesen, seither sei sie es zu 50 % (IV-act. 11-2). Es bestünden Konzentrationsprobleme, Angstzustände, feinmotorische Störungen und Rückenbeschwerden. In einer ____-Tätigkeit im Sitzen mit Möglichkeit des periodischen Wechsels zwischen Sitzen und Stehen (Büro-/Sekretariatsarbeiten) könne die Versicherte zunächst an 4.5 Stunden pro Tag arbeiten, später sei eine Steigerung möglich. Ihr Zustand (psychisch, Atemwege, Wirbelsäule) sei instabil und verursache dauernd

Beschwerden. Ein Teil der Dysregulationen (Hauptdiagnose 7) führe er (der Arzt) auf die umgeschulte ___ zurück. Kürzlich sei die Versicherte ausserdem aufgrund einer "___methode" mit einer Diagnose "Frühstadium eines Karzinoms im Endstadium, nur heilbar mit Alternativmethoden" konfrontiert worden, was nicht zur Stabilisierung der Psyche beitrage, auch wenn Abklärungen keinen Anhaltspunkt für ein Malignom ergeben hätten. Die Verdachtsdiagnosen (1 und 6) hätten sich nicht bestätigt. - Einem beigelegten medizinischen Besuchsrapport der Abteilung Arbeitsmedizin der Suva vom 4. Dezember 2001 (IV-act. 11-56 ff.) war zu entnehmen, dass die Versicherte seit Januar 2001 in einer [...] angestellt gewesen war und im ___ 2001 eine ausgeprägte - als funktionell zu betrachtende - Hyperventilationssymptomatik (Übelkeit, Kribbelparästhesien an den Händen und im Gesicht, Angstzustände, Atembeengung und Dyspnoeattacken) erlitten habe, die sich bei späteren kurzen Arbeitsversuchen wiederholt habe, worauf die Arbeit seit dem 1. Oktober 2001 nicht mehr aufgenommen worden sei. Der seit Jahren bestehende Husten sei der Raucherbronchitis zuzuschreiben (mindestens 25 Packungsjahre). Eine Nichteignungsverfügung (wegen allfälliger Exposition gegenüber Allergenen oder Asthma auslösenden Substanzen) sei nicht am Platz. - Die Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen hatte am 9. April 2002 (IV-act. 11-47 f.) berichtet, nach der erweiterten Flavektomie, Nukleotomie und Ausräumung des ZWR L4/5 von rechts am 22. Februar 2002 sei die Versicherte noch vom 10. April bis 10. Mai 2002 zu 50 % arbeitsunfähig, nachher nicht mehr. Die Arbeitgeberin gab am 2. April 2003 (IV-act. 12) bekannt, die Versicherte sei vom 8. Januar 2001 bis 31. Dezember 2001 als ___ angestellt gewesen. Die Anstellung sei ihr wegen der Allergie auf Lösungsmittel gekündigt worden. - Gemäss einer weiteren Arbeitgeberbescheinigung vom 27. Februar 2002 (IV-act. 13) war die Versicherte zuvor vom 26. Februar bis 30. September 2000 teilzeitlich als ___ in einem ___ angestellt gewesen und hatte diese Stelle wegen Rückenproblemen gekündigt (IV-act. 13-6). Am 28. August 2003 (IV-act. 23) sprach die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten eine Umschulung zur Praxisassistentin zu (vgl. auch IV-act. 17), welche sie im April 2004 ausgezeichnet abschloss (vgl. IV-act. 30, 31, 35). Die IV-Berufsberaterin hielt am 29. April 2004 (vgl. IV-act. 31) fest, die Versicherte sei auf Stellensuche, die allerdings derzeit durch einen akuten Bandscheibenvorfall behindert werde. Dr. B. ___ erklärte im IV-Arztbericht vom 7. September 2004 (IV-act. 39-1 bis 3), der Zustand der Versicherten sei stationär, sie sei seit dem 5. Mai 2002 zu 50 % arbeitsunfähig (bei den Diagnosen des Asthma bronchiale, eines chronisch rezidivierenden lumbovertebralen bis lumbospondylogenen Syndroms und rezidivierender diffuser Abdominalbeschwerden). - Die Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen hatte am 5. April 2004 (IV-act. 39-24 f.) ein pseudoradikuläres Schmerzsyndrom bei St. n. erweiterter Fensterungsoperation nach einer medianen Diskushernie LWK4/5 von rechts 02/2002 als bei der Versicherten bestehende Diagnose angegeben. - Die C. ___-Klinik hatte am 21. Mai 2004 (IV-act. 39-21 ff.) bekanntgegeben, es bestünden ein chronisch rezidivierendes lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Syndrom sowie ein Dekonditionssyndrom und eine chronische Pneumopathie (Asthma?). Es bestehe eine auffällige Anamnese (nebst [...] Suizidversuche in der Pubertät, generelle Neigung zu depressiver Stimmung) als mögliche Mitursache von genereller Verunsicherung. Am 7. Januar 2005 (IV-act. 44) teilte Dr. B. ___ auf Anfrage mit, die Versicherte sei zu einer Leistung von täglich maximal 4.25 Stunden in der Lage, und zwar mit dabei voller Leistungsfähigkeit. Zurzeit (und bis auf weiteres) sei sie jedoch aus psychischen Gründen nicht arbeitsfähig. Sie habe sich in der Klinik D. ___ hospitalisieren

lassen und sei dort vom 11. Oktober 2004 bis 11. Dezember 2004 stationär behandelt worden. Die kürzlich erfolgte Ehetrennung belaste die Versicherte zusätzlich. - Im beigelegten Bericht vom 15. Dezember 2004 (IV-act. 44-2 ff.) hatte die Klinik als Diagnosen eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung und eine mittelgradige depressive Episode genannt. Trotz schwierigster Kindheit und verschiedener traumatisierender Erfahrungen (u.a. [...], später selber Atemnot und Hyperventilation, IV-act. 44-3) sei die Versicherte bis zur Retraumatisierung vor zwei Jahren (mit faktischer Verunmöglichung von Hoffnung; durch die Mitteilung einer nur noch kurzen zu erwartenden Lebenszeit wegen einer Krebsdiagnose) im Leben ordentlich zurechtgekommen. Seither leide sie an einer zunehmenden depressiven Störung. Durch eine Begegnung [...] habe sie ein massives Flashback betreffend ein Erlebnis [...] erlebt. Es mache den Eindruck, der Ehemann sei ihr eine wichtige Stütze. - Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt fest, die Versicherte sei seit 5. Mai 2002 zu 50 % arbeitsunfähig, ab 11. Oktober 2004 (Klinikeintritt) sei die Zustandsverschlimmerung eingetreten (IV-act. 45). Auf Anfrage teilte die Versicherte am 4. April 2005 (IV-act. 48) mit, bei voller Gesundheit wäre sie vollzeitlich erwerbstätig, da die Kinder in einem Alter seien, da sie damit gut zurecht kämen. Sie lebe gerade mit einem der Kinder bei einer _____. Die geringfügige erforderliche Mithilfe bei dessen Betreuung wäre daher gewährleistet. Zurzeit mache ihr die thorakolumbale Skoliose bald mehr zu schaffen als es die Bandscheiben in der LWS täten. Mittlerweise sei sie depressiv geworden; die Kombination aus Schmerzen und Arbeitslosigkeit belaste sie. Dr. B._____ erklärte auf Anfrage am 22. März 2006 (IV-act. 56), eine gewisse, die Lebensqualität einschränkende psychische Komponente sei weiterhin vorhanden, doch stehe sie nicht mehr im Vordergrund. Die Versicherte habe aber im November 2005 dennoch angegeben, wegen der völligen Traumatisierung durch die Tumordiagnose im Endstadium nie wieder als medizinische Praxisassistentin (MPA) arbeiten zu können. Vordringlich sei wieder die Rückenproblematik. Ob ein operativer Eingriff - der Einsatz einer Diskusprothese lumbal - erfolgen werde, sei noch unklar. - Dr. med. E._____, Spezialarzt für Physikalische Medizin, spez. Rheumaerkrankungen FMH, hatte am 4. Februar 2006 (IV-act. 56-12 f.) u.a. erklärt, die Versicherte habe am 2. Februar 2006 von tags zuvor aufgetretenen akutesten thorakalen Schmerzen beim Heben berichtet. Am 17. November 2005 (IV-act. 57) hatte eine Abklärung an Ort und Stelle stattgefunden. Am 7. April 2006 wurde darüber berichtet, die Versicherte habe angegeben, ihr Befinden werde von den ständig wechselnden Rückenproblemen und vom Umstand beeinflusst, dass sie nach dem Ausbildungsabschluss keine Stelle als MPA erhalten habe (sei es wegen fehlender Berufspraxis oder wegen der Anforderung eines Pensums von 80 bis 100 %). Bei der aktuellen familiären Situation mit dem Aufgabenbereich als Hausfrau (für die Familie mit dem Ehemann und den beiden Kindern im _____) würde sie ohne gesundheitliche Einschränkung zu 50 oder 60 % einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgehen. Hierfür bestünde auch eine finanzielle Notwendigkeit. Der IV-Abklärungsbeauftragte erhob eine Einschränkung im Haushalt von 26 %. Nachdem der Versicherten am 29. Juni 2006 (IV-act. 61) mitgeteilt worden war, dass eine medizinische Begutachtung zu erfolgen habe (vgl. auch Auftrag IV-act. 62), erklärte sie am 2. August 2006 (IV-act. 65), es werde in den nächsten Wochen die vorgesehene Operation erfolgen. Dr. med. F._____, Facharzt für Wirbelsäulen Chirurgie FMH, hatte am 2. Juni 2006 (IV-act. 63) von einer fortgeschrittenen erosiven Osteochondrose L4/5 und einem St. n. Diskushernienoperation L4/5 am 22.02.2002 berichtet. Eine Bandscheibenprothese sei indiziert. - Für die Versicherte ersuchte ein damals bestellter

Rechtsvertreter darum, die Begutachtung trotz der auf November 2006 vorgesehenen Operation im September 2006 vorzunehmen (IV-act. 77). Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle hielt an der zuvor geplanten (IV-act. 76) Verschiebung fest (IV-act. 79). - __ Dr. med. G.__, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen, gab im IV-Arztbericht vom 8. Januar 2007 (IV-act. 82, vgl. IV-act. 129-10 f.) an, es liege eine Osteochondrose L4/5 mit medialer Diskushernie mit Nervenwurzelkompression der Wurzel L5 bds. vor. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei ein St. n. Laminektomie, Nukleotomie und Ausräumung des Zwischenwirbelraums L4/5 von rechts in mikrochirurgischer Technik vom 22.02.2002. Die Versicherte sei für etwa sechs Monate ab der Operation vom 9. November 2006 (Implantation einer Bandscheibenprothese) zu 20 % arbeitsunfähig. - Am 30. Januar 2007 (IV-act. 84) erklärte die Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen (__ Dr. G.__), die Versicherte berichte weiterhin über persistierende Beschwerden im Bereich des linken Fusses (wie Überwärmungsgefühl und Hypersensibilität), sei ansonsten mit dem Ergebnis der Implantation aber sehr zufrieden. Am 19. Juli 2007 (IV-act. 91) erstattete die Academy of Swiss Insurance Medicine am Universitätsspital Basel (asim) ihr Gutachten. Es lägen bei der Versicherten als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom links (verkürzt wiedergegeben), eine Dysthymia und ein St. n. komplexer posttraumatischer Belastungsstörung, gegenwärtig remittiert, vor. Als medizinische Praxisassistentin und in sämtlichen körperlich leichten Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten, ohne Verrichtung in wirbelsäulenbelastenden Zwangspositionen, ohne rumpfrotierende Stereotypien und ohne Tätigkeiten im Überkopfbereich sei die Versicherte an 4.2 Stunden pro Tag, entsprechend 50 %, arbeitsfähig. Die entsprechende Arbeitsunfähigkeit sei spätestens 2004 eingetreten. Aufgrund der schweren depressiven Symptomatik dürfte sie zwischenzeitlich höher gewesen sein. Die bei der Haushaltabklärung ermittelte Einschränkung sei nachvollziehbar, da die Durchführung körperlich belastender oder in Zwangspositionen zu tätiger Verrichtungen teilweise nicht möglich oder erschwert sei, wofür auch die freie Einteilbarkeit keinen völligen Ausgleich zu schaffen vermöge. Insgesamt bestehe rheumatologisch eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule für körperlich schwere Tätigkeiten, insbesondere in Zwangspositionen. Psychiatrisch sei ein depressiver Residualzustand im Sinn einer Dysthymie feststellbar. Dabei handle es sich um eine chronische Gemütsverstimmung, die jedoch nicht konstant vorhanden sei. Gegenüber dem Zustand gemäss Vorberichten habe sich insbesondere die psychiatrische Situation deutlich gebessert (vgl. IV-act. 89-15). Im psychiatrischen Teil war aufgrund der Dysthymie eine Arbeitsunfähigkeit von rund 25 % (IV-act. 91-6), im rheumatologischen rein diesbezüglich eine Arbeitsfähigkeit von zumindest 50 % (IV-act-90-5) angegeben worden. Der damalige Rechtsvertreter der Versicherten machte am 23. August 2007 (IV-act. 98) geltend, sie wäre bei voller Gesundheit vollzeitlich erwerbstätig. Wegen einer schweren depressiven Störung sei sie spätestens ab Oktober 2004 und bis mindestens Juli 2006 voll erwerbsunfähig gewesen. - Am 5. September 2007 (IV-act. 99) berichtete die Versicherte, sie habe ab 1. Juni 2007 eine Praktikumsstelle und anschliessend eine Festanstellung (als Sachbearbeiterin) mit einem Pensum von 30 % gefunden. Ein höheres Pensum sei ihr nicht möglich. Am 1. Oktober 2007 (IV-act. 108) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle eine Ablehnung des Rentenanspruchs der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 10.4 % in Aussicht (Einschränkung im Haushalt 26 %,

bezogen auf 40 %, im Erwerb null). Zumutbar wäre der Versicherten ein Pensum von 50 % als MPA. Nach einem Einwand des damaligen Rechtsvertreters vom 2. November 2007 (IV-act. 111; beantragt ganze Rente von Mai 2004 bis mindestens Dezember 2006, danach halbe Rente bei 58 % Invalidität als Vollerwerbstätige) sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 11. Februar 2008 (IV-act. 118) für die Zeit vom 1. Oktober 2005 bis 31. Dezember 2006 befristet eine ganze Rente zu. Die Versicherte sei als zu 40 % im Haushalt und zu 60 % im Erwerb tätige versicherte Person zu betrachten. Im Haushalt habe eine Einschränkung von 26 %, im Erwerb von Oktober 2004 bis Dezember 2006 eine solche von 100 % bestanden (Valideneinkommen Fr. 24'067.--, Invalideneinkommen null), womit sich ein Invaliditätsgrad von rund 70 % (0.4x 26 % zuzüglich 0.6x 100 %) ergebe. Davor (sc. und danach) habe die Einschränkung 10 % betragen (vgl. auch IV-act. 115). Am 19. August 2011 (IV-act. 119) teilte die Versicherte der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle mit, seit April 2011 lebe sie vom Ehemann getrennt und habe weder Betreuungsaufgaben zu erfüllen noch einen Familienhaushalt zu führen, sondern wäre vollzeitlich erwerbstätig. Sie beantrage eine Rente. Seit der Rentenzusprache habe sich ihr Gesundheitszustand stetig verschlechtert. Seit Juni 2009 sei sie zu 40 % bei ihrer ___ angestellt. - Am 6./16. September 2011 (IV-act. 122) reichte sie ein neues IV-Anmeldeformular ein. Sie habe einen schweren Unfall mit offenen Schädelfrakturen erlitten (sc. wohl ehemals, ca. 1972, IV-act. 91-3). Am 8. September 2011 (IV-act. 126) füllte sie einen Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt aus und gab dabei an, wegen ihrer "Scheidung" müsse sie für sich selbst aufkommen. Körperliche Tätigkeiten würden Schmerzen auslösen. Sie habe auch alle körperlich beanspruchenden Hobbys aufgeben müssen. Am 25. Oktober 2011 (IV-act. 129) gingen nach Aufforderungen (erstmalig vom 24. August 2011, IV-act. 121), eine relevante Veränderung glaubhaft zu machen, Unterlagen von ihr ein. - So hatte die Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen (___ Dr. G. ___) am 17. März 2009 (IV-act. 129-5 f.) von einer deutlichen Beschwerdebesserung und einem unauffälligen CT-Befund (LWK1 - LWK5) berichtet. - Die ___ und Arbeitgeberin hatte am 20. Oktober 2011 (IV-act. 129-2 f.) erklärt, die Versicherte stehe bei ihr seit Beginn des Jahres 2005 in Langzeitbehandlung. Im Jahr 2009 sei wegen einer Blasenstörung und Funktionsstörung linkes Bein bei Verdacht auf Protheseninstabilität eine Spinalkanalpunktion durchgeführt worden. Nach dieser Verschlechterung habe es eine Verbesserung gegeben und die Versicherte habe eine RAV-Weiterbildung besucht; seither habe sie vermehrt Sensibilitätsstörungen und Kraftverlust im linken Bein. Im Juni 2009 habe sie die Versicherte mit einer besonderen Arbeitsvereinbarung eingestellt. Im Herbst 2010 und nochmals zu Beginn von 2011 seien Verschlechterungen eingetreten (vermehrte Schmerzen und Bewegungsverlust im thorakalen und cervikalen Bereich, zunehmende Cervikalgie, lumbale Sensibilitätsstörungen, vermehrte Kribbelparästhesien, Temperaturstörungen, Schwellungen und Schmerzen, weniger Reichweite beim Gehen). Das Arbeitspensum sei deswegen auf 40 % herabgesetzt worden. - Dr. med. H. ___, Facharzt FMH für Innere Medizin, hatte am 23. Oktober 2011 (IV-act. 129-1) erklärt, die Entwicklung der Rückenproblematik und die IV-Abklärungen (Gutachten und Entscheide) seien ihm nicht bekannt gewesen; er sei erst seit Ende 2006 Hausarzt der Versicherten. Die Anstellung zu 40 % sei ideal. - Der RAD hielt am 9. Dezember 2011 (IV-act. 130) dafür, es fänden sich in den eingelegten Berichten keine neuen Funktionseinbussen. Eine Verschlechterung sei nicht ausgewiesen. - Ein IV-Sachbearbeiter hielt am 19. Dezember 2011 (IV-act. 132) dafür, es sei nachvollziehbar, dass die Versicherte nun zu 100 % einer

Erwerbstätigkeit nachgehen müsste. Nach einem Vorbescheid vom 20. April 2012 (IV-act. 136 f.) sprach die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 29. Juni 2012 (IV-act. 141) ab 1. April 2012 eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von 50 % (Valideneinkommen Fr. 65'520.--, Invalideneinkommen Fr. 32'760.--) zu. Sie (die Versicherte) sei seit April 2011 (Getrenntleben, Statusänderung), dem Beginn der Wartezeit, erheblich in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Ab diesem Zeitpunkt würde sie als Gesunde einer Vollzeitenerwerbstätigkeit nachgehen (vgl. IV-act. 138). Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass ihr eine Tätigkeit als MPA und eine adaptierte Tätigkeit weiterhin zu 50 % zumutbar seien. Sie (die IV-Stelle) stütze sich diesbezüglich auf den Arbeitsvertrag der Versicherten vom 2. August 2011 als MPA im Rahmen dieses zumutbaren Pensums von 50 % (vgl. IV-act. 120; dort: flexibel, maximal 40 %). In einem Fragebogen zur Revision der Rente (IV-act. 143) gab die Versicherte am 28. April 2014 an, ihr Gesundheitszustand sei gleich geblieben. Sie sei weiterhin bei der ___ angestellt. Im Jahr 2013 habe sie ein Einkommen von Fr. 46'347.-- erworben (offenbar gemeint samt Rente und Unterhalt, vgl. IV-act. 154-2). - Dr. H. ___ gab im IV-Verlaufsbericht vom 6. Juni 2014 (IV-act. 147) an, der Gesundheitszustand der Versicherten sei stationär. Im Januar 2014 habe bei progredienter Claudicatio spinalis und Lumboischialgie bds. eine Facettengelenkinfiltration L3/4 und L4/5 durchgeführt werden müssen. Mit der Anstellung zu 40 % im administrativen Bereich sei die Versicherte beruflich ideal integriert. - Die Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Kantonsspital St. Gallen gab am 19. Juni 2014 (IV-act. 148) bekannt, die Versicherte sei am 20. November 2012 letztmals in der Wirbelsäulensprechstunde gewesen. Damals habe sie vom Auftreten einer Blasenschwäche im Jahr 2009 berichtet. In einer damaligen Myelographie habe bei nur mässiger Bandscheibenprotrusion L5/S1 keine Kompression nachgewiesen werden können. Die Versicherte habe weiter angegeben, seither (seit 2009) seien die Beinschmerzen mit Ausstrahlung deutlich progredient und sie habe die Berufstätigkeit bereits zu 50 % reduziert. Bei dem (im November 2012 angefertigten) Myelo-CT habe sich daraufhin keine erklärende Neurokompression gezeigt. Diagnostisch/therapeutisch seien damals (im November und Dezember 2012) Infiltrationen gemacht worden. Am 20. Januar 2014 sei dann nach telefonischer Anmeldung durch den Hausarzt die Indikation zur Facettengelenksinfiltration (wiederum L3/4 und L4/5) gestellt und diese (sc. im Januar 2014) problemlos durchgeführt worden. Weitere Kontrollen seien nur bei Bedarf geplant. - Am 23. Juli 2014 (IV-act. 150) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten mit, bei der Überprüfung des Invaliditätsgrads sei keine rentenrelevante Änderung festgestellt worden. Anlässlich einer weiteren Rentenrevision erklärte die Versicherte im Fragebogen vom 20. Juli 2017 (IV-act. 154), sie sei seit Dezember 2016 geschieden. Ihr Gesundheitszustand habe sich seit zwei bis drei Jahren verschlechtert. Nebst den schlimmer gewordenen Rückenschmerzen (es seien mehrere Infiltrationen erfolgt) seien Schulter-/Nackenbeschwerden und eine Fibromyalgie diagnostiziert worden. Sie arbeite weiterhin zu 50 %. Dr. med. I. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie/Psychotherapie und für Allgemeinmedizin, gab in einem IV-Verlaufsbericht vom 10./15. August 2017 (IV-act. 156, unter Mitwirkung von Psychotherapeutin J. ___, vgl. IV-act. 238; Behandlung seit August 2016, IV-act. 192-3) bekannt, es liege bei der Versicherten eine rezidivierende depressive Störung vor, und zwar sei das von Juli 2016 bis April 2017 der Fall gewesen, gegenwärtig sei sie remittiert. Psychiatrisch betrachtet gebe es keine Befunde, die auf eine verminderte Arbeitsfähigkeit hindeuteten. Derzeit sei die

Versicherte an der Arbeitsstelle nicht beeinträchtigt, doch gebe es zunehmend Phasen deutlich stärker ausgeprägter Schmerzen. In den depressiven Phasen sei nur eine Arbeitsfähigkeit von 50 % möglich. Das Pensum von 50 % sei gewählt wegen des Bedarfs an längeren Ruhephasen aus somatischen Gründen und sei zurzeit noch angemessen (es werde an vier Tagen pro Woche ohne verminderte Leistungsfähigkeit geleistet). Die Versicherte neige dazu, ihre körperlichen Beschwerden sehr lange auszuhalten, bis sie Unterstützung oder Abklärungen beanspruche oder Medikamente einnehme. Die Selbstfürsorge setze häufig zu spät ein. Es sei davon auszugehen, dass die Schmerzerkrankung zunehmen werde. - Die Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Kantonsspital St. Gallen gab am 30. August 2017 an, die Versicherte sei seit November 2015 nicht mehr da gewesen (IV-act. 161). - Dr. H. ___ berichtete am 1. September 2017 (IV-act. 164), er habe die Versicherte seit Juli 2014 nur noch einmal, am 28. August 2015, gesehen. - Dr. B. ___ erklärte am 16. November 2017, den Verlaufsbericht nicht ausfüllen zu können, weil die Versicherte nicht für das rentenbegründende Leiden in Behandlung sei (IV-act. 167). - Die Arbeitgeberin (und ___) hatte in einer Arbeitgeberbescheinigung vom 29. August 2017 (IV-act. 163) erklärt, die Versicherte sei zu maximal 50 % angestellt. Mehr sei nicht möglich; sie könne nicht länger sitzen. In den Jahren 2014 bis 2016 habe sie je 1008 Arbeitsstunden geleistet. Der Jahreslohn betrage seit Januar 2015 Fr. 34'944.--. Ohne Gesundheitsschaden würde sie Fr. 69'888.-- verdienen. Am 20. Dezember 2017 (IV-act. 168) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten mit, es sei eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung erforderlich. Diese erklärte im Dezember 2017 (IV-act. 170 f.), sie werde ab 2. Januar 2018 für vier Wochen stationär in die Klinik K. ___ eintreten. Die Klinik K. ___ berichtete dem zuweisenden Dr. B. ___ am 22. Februar 2018 (IV-act. 172) über den Klinikaufenthalt der Versicherten vom 2. bis 29. Januar 2018. Als Diagnosen vermerkte sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, dissoziative Störungen gemischt, ein COPD, ein V.a. ein Reizdarmsyndrom, eine kleine Hiatushernie, eine Sigmadivertikulose, Bandscheibenprothesen L4/5 2006 und eine Sequestrektomie L4/5 rechts 2002. Der medizinische Verlauf sei komplikationslos gewesen. Die geklagten Beschwerden (Todesängste, bedrückte Stimmung, Müdigkeitsgefühle, Anspannung, sozialer Rückzug, Schlafstörungen usw.) hätten sich verbessert. Die Versicherte sei bis zum 11. Februar 2018 arbeitsunfähig gewesen. Am 15. Mai 2018 erstatteten die medexperts das polydisziplinäre Gutachten (IV-act. 183; Begutachtung am 16. und 17. April 2018). Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien einerseits dissoziative Störungen gemischt und andererseits chronische rezidivierende Lumboischialgien bei Status nach Sequestrektomie L4/5 rechts 2002 und Bandscheibenprothese auf gleicher Höhe 2006 festzustellen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, akzentuierte Persönlichkeitszüge, eine leichte Periarthropathia humeroscapularis der Supraspinatussehne rechts, ein chronischer Nikotinabusus und rezidivierende Reizdarmbeschwerden. Die Versicherte sei in der als adaptiert zu betrachtenden Tätigkeit als MPA zu 20 % arbeitsunfähig, spätestens ab dem Gutachtenszeitpunkt. Im Gesundheitszustand hätten sich Änderungen gefunden, somit auch Änderungen in den Diagnosen. Neu liege seit 2017 eine dissoziative Symptomatik vor. Die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen hatte am 19. Dezember 2017 (IV-act. 184 [kein Eingangsdatum ersichtlich] und IV-act. 192-8 ff.) nach einer Hospitalisation der Versicherten vom 1. bis 7. Dezember 2017 (die Versicherte habe sich notfallmässig

vorgestellt) als Diagnosen rezidivierend auftretende multifokale Dysästhesien und brennende Parästhesien ED 10/2017, eine mittelschwere depressive Episode mit somatoformer Schmerzstörung ED 12/2017 und chronische Lumbalgien bei St. n. Bandscheibenprothesen L4/5 2006 angegeben. Weder anamnestisch noch klinisch-neurologisch noch in einer ausführlichen Zusatzdiagnostik habe ein pathologischer Befund erhoben werden können. Es sei daher von einer funktionellen Ätiologie bzw. einer Somatisierungsstörung im Rahmen der von der Psychosomatik bestätigten depressiven Störung auszugehen. Der Rechtsdienst der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle hielt am 14. Juni 2018 (IV-act. 185) dafür, vor der Mitteilung vom 23. Juli 2014 seien Arztberichte eingeholt worden, so dass die Mitteilung den Referenzzeitpunkt bilde. Ab Oktober 2017 sei neu eine dissoziative Störung dazugekommen, die sich knapp wesentlich, nämlich mit 20 %, auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Angesichts dieses Revisionsgrunds sei eine vollumfänglich neue Prüfung und eine anpassungsmässige Renteneinstellung vorzunehmen. Mit Vorbescheid vom 19. Juni 2018 (IV-act. 189) kündigte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten eine Aufhebung der Rente an. Am 16. August 2018 (IV-act. 190) reichte die Versicherte ein neues Anmeldeformular vom 4. Juni 2018 (IV-act. 191) ein. Sie sei vom 1. Juni 2009 und noch bis zum 31. August 2018 zu 50 % als Sekretärin angestellt. - Mit Schreiben vom 22. August 2018 (IV-act. 192) erhob sie unter Beilage diverser Berichte Einwand gegen den Vorbescheid und beantragte eine ergänzende Begutachtung oder ein Beibehalten der halben Rente sowie Mithilfe und Unterstützung bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Der Gutachter der Rheumatologie und der Allgemeinen Inneren Medizin sei nicht darüber informiert gewesen, dass sie im Dezember 2017 eine Woche lang im Spital gewesen sei, und er habe erklärt, die entsprechenden Unterlagen noch anzufordern. Die Begutachtung sei auch nach 45 Minuten schon beendet gewesen. Sie habe bereits seit einigen Jahren grosse Probleme mit dem Rücken und habe deswegen eine Rente zugesprochen erhalten. Mit jedem Jahr seien die Probleme intensiver geworden und es seien weitere Diagnosen dazukommen, wie etwa eine Fibromyalgie, ein stetiger Schwindel, Kopfschmerzen, Schulterbeschwerden. Aus Angst vor Stellenverlust habe sie sich trotzdem durch ihr Arbeitspensum von 50 % gekämpft. Wegen ihrer derzeitigen Erkrankung und der Verschlechterung des Rückenleidens habe sie die Stelle, welche sie nur dank dem kulanten Einräumen von freien Tagen bei Verschlechterungen habe ausüben können, nun nach zehn Jahren auf Ende des Monats verloren. Sie habe sich auch immer wieder Infiltrationen unterzogen; diese würden nur noch teilweise helfen und zuletzt sei es zu einer Überreaktion gekommen. Bei der Begutachtung (genannt werden ursprünglich vorgesehener Psychiater und ursprünglicher Termin) habe es geschienen, dass sich die dissoziative Störung bessere, und sie sei wieder zu 25 % teilarbeitsfähig gewesen, doch kurz danach habe sich die Störung wieder verschlechtert. Seit 7. Mai 2018 sei sie wieder voll arbeitsunfähig, wie sich aus einem beigelegten Bericht des Psychiaters ergebe. - Diesem Bericht vom 12./13. Juli 2018 (IV-act. 192-3 ff.) von Dr. I. ___/J. ___ war zu entnehmen, dass seit Aufnahme der Behandlung am 4. August 2016 65 psychotherapeutische und zwei psychiatrische Sitzungen stattgefunden hätten. Bei einem Spitalaufenthalt vom Dezember 2017 seien somatische Korrelate für die geklagten Beschwerden (Lähmungserscheinungen, Taubheitsgefühle, Vertigo, Gangunsicherheit, Tremor) ausgeschlossen worden. Die Versicherte habe schon auf Mai 2018 die Kündigung erhalten. Im Juli 2018 sei eine neue traumatische Erfahrung im Familiensystem aufgetreten. Diagnostisch lägen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, mit funktionellen Störungen, und eine dissoziative Störung gemischt vor. Die Versicherte sei

zurzeit psychiatrisch betrachtet nicht arbeitsfähig. Auf Vorlage des Einwands erklärten die medexperts am 1. Oktober 2018 (IV-act. 198), im Bericht von Dr. I.____ fänden sich im psychopathologischen Status keine ausführlichen Anhaltspunkte für die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode. Es würden auch keine detaillierten Funktionseinschränkungen dargelegt, welche die postulierte volle Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Die Klinik K.____ gab in einem Austrittsbericht vom 13. November 2018 (IV-act. 205; über einen Aufenthalt der Versicherten vom 24. September 2018 bis 20. Oktober 2018) bekannt, es lägen (psychiatrisch gesehen) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) gemischt vor. Im Lauf von 2018 habe die Versicherte erneute psychosoziale Belastungen erlebt (Kündigung, Ankündigung Renteneinstellung, Verlust [...]). Bei Eintritt hätten auf Symptomebene starke Erschöpfungsgefühle und Müdigkeit, geringe Belastbarkeit, Stimmungsschwankungen, Zukunftsängste und zeitweise ein diffuses Angstgefühl, Schamgefühle, innere Unruhe bei depressiver Stimmungslage und dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (schwere Beine Taubheitsgefühle, Schwindel), verstärkt bei emotionaler Belastung, im Vordergrund gestanden. Es habe im Verlauf eine erfreuliche Stabilisierung des psychischen und physischen Zustandsbildes erzielt werden können. Auf einen zweiten Vorbescheid vom 14. Dezember 2018 (IV-act. 210) hin (weiterhin Festhalten an der Renteneinstellung) wurde eine Stellungnahme von Dr. I.____/J.____ vom 10. Januar 2019 (IV-act. 214) eingereicht. Darin war eine umfassende gutachterliche Neubeurteilung beantragt worden. Aus therapeutischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit derzeit 100 %. Konversionssymptome von Angst und Depression würden sich in somatischen Beschwerden (wie Appetitstörungen, Ein- und Durchschlafstörungen, Verstärkung diverser Schmerzen, Vertigo, temporärem Tinnitus, psychogenen Ohnmachtsanfällen, Augenzittern, muskulären Zuckungen und Sensibilitätsstörungen, Herzrasen, Beklemmungsgefühlen, Teillähmungserscheinungen) eruieren lassen (vgl. IV-act. 214-1 f.). Die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode und einer gemischten dissoziativen Störung seien unzureichend, da sie die Persönlichkeitsentwicklung und die Traumatisierungen nicht berücksichtigten. Es müsse vielmehr zusätzlich von einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen werden. Die schwer belastenden Ereignisse müssten als Störungsauslöser gewertet werden (vgl. IV-act. 214-5). Bei einem so komplexen Krankheitsverlauf lasse eine gutachterliche Abklärung von 75 Minuten Dauer unmöglich korrekte Schlussfolgerungen zu, zumal die Versicherte eine hohe Dissimulation mit starker Tendenz zum Verbergen ihrer Funktionsstörungen zeige, durch welche sie das Umfeld blende (vgl. IV-act. 214-6). - Am 12. Februar 2019 (IV-act. 219) wurde der Rechtsvertretung der Versicherten die vorgesehene Verlaufsbegutachtung angezeigt, am 19. Februar 2019 (IV-act. 223), dass die medexperts eine ergänzende neuropsychologische Begutachtung als notwendig erachteten. Am 27. August 2019 (IV-act. 231) erstatteten die medexperts das Gutachten, das aus einer psychiatrischen Verlaufsbegutachtung durch den gleichen Gutachter wie im April 2018 (Dr. med. univ. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) und aus einem neuropsychologischen Teilgutachten (vgl. IV-act. 232, von dipl. psych. M.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP) besteht. Als Hauptdiagnose wurden darin dissoziative Störungen gemischt genannt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, und akzentuierte Persönlichkeitszüge. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % für die bisherige und für eine adaptierte Tätigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit von 20 % sei durch Limitationen

(Durchhaltefähigkeit) bedingt. Für die Zeit von August 2018 bis Dezember 2018 sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit und von Januar 2019 bis Mai 2019 von 50 % Arbeitsunfähigkeit auszugehen. In der neuropsychologischen Testung habe sich eine schwankende und überwiegend verminderte Leistungsbereitschaft gezeigt. Die Ergebnisse in sämtlichen formalisierten Beschwerdevalidierungsverfahren hätten konvergent auf ein suboptimales bzw. unzureichendes Leistungsverhalten bzw. eine solche Leistungsbereitschaft und auf eine übertriebene Beschwerdedarstellung hingewiesen. Negative Antwortverzerrungen im Sinn einer bewussten Selbstlimitierung und einer übertriebenen Beschwerdeschilderung seien positiv belegbar. In der gutachterlichen Zusammenschau hätten sich wahrscheinliche Aspekte für eine nicht-authentische Beschwerdeschilderung ergeben (vgl. IV-act. 231-19 f.). Nachdem mit Vorbescheid vom 9. September 2019 (IV-act. 235) an einer Einstellung der Rente bei einem Invaliditätsgrad von 20 % (Valideneinkommen Fr. 71'366.--, Invalideneinkommen Fr. 57'093.--) festgehalten worden war, wandte eine Geschäfts- und regionale Fachstelle der procap für die Versicherte am 11. Oktober 2019 (IV-act. 241) ein, die halbe Rente habe auf einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus einzig somatischen Gründen gemäss einem asim-Gutachten basiert. Der medexperts-Gutachter der Rheumatologie habe stattdessen unzutreffenderweise dafürgehalten, bereits 2007 seien die psychischen Faktoren massgebend gewesen. Daher sei derselbe rheumatologische Sachverhalt lediglich anders eingeschätzt worden. Aus psychiatrischer Sicht seien mit 25 % und 20 % beide Begutachtungsstellen von einer ähnlichen Arbeitsunfähigkeit - bei unterschiedlichen Diagnosen - ausgegangen. Bei gleichen somatischen Diagnosen sei weiterhin auf die Einschätzung des asim-Gutachtens abzustellen, da sich keine gesundheitliche Verbesserung ergeben habe. Am 28. Oktober 2019 (IV-act. 243) verfügte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle die Einstellung der Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats. Der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich durch das Hinzukommen der dissoziativen Störung wesentlich verändert. Damit sei ein Revisionsgrund ausgewiesen und es habe eine vollumfängliche Prüfung der Invalidität zu erfolgen. Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Martin Boltshauser, Procap Schweiz, für die Betroffene am 27. November 2019 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin weiterhin eine halbe Invalidenrente auszurichten, eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (zuzüglich MWSt). Nach Auffassung der Beschwerdeführerin liege kein Revisionsgrund im Sinn von Art. 17 ATSG vor. Der erforderliche Vergleich sei unbestrittenermassen zum asim-Gutachten von 2007 zu ziehen, obwohl die Zusprache der Rente erst im Jahr 2012 erfolgt sei. Dabei falle auf, dass die Diagnosen geändert hätten, während aber die Beschwerden im Wesentlichen dieselben geblieben seien. 2018 sei das psychiatrische Beschwerdebild unter den Begriff einer dissoziativen Störung subsumiert und es sei als fraglich bezeichnet worden, ob die ehemals diagnostizierte komplexe posttraumatische Belastungsstörung vorgelegen habe. Als ursächlich für die dissoziative Störung seien klar interpersonelle Probleme angegeben bzw. sei der Umstand bezeichnet worden, dass diese sich als reaktive Muster auf bisherige Belastungen gezeigt hätten. Die unterschiedlichen Gutachterstellen hätten somit dieselbe Problematik und dieselben Beschwerden diagnostisch anders erfasst. Dr. I. ___ habe am 10. Januar 2019 wiederum von einer exazerbierten Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung berichtet. Die Einordnung sei letztlich eine rein dogmatische Frage.

Jedenfalls seien aber der Gesundheitszustand und das Beschwerdebild unverändert. Wie der Gutachter der Rheumatologie und der Inneren Medizin der medexperts ausdrücklich festgehalten habe, gelte das auch für den somatischen Gesundheitszustand. Daher bestehe weiterhin Anspruch auf die Ausrichtung der bisherigen Rente. Es leuchte nicht ein, weshalb sich bei unverändertem medizinischem Sachverhalt die Arbeitsfähigkeit verändert haben sollte. Die Abweichung von den früheren 50 % zu neu 20 % Arbeitsunfähigkeit sei denn auch nirgends begründet worden. Im Verlaufsgutachten (vom August 2019) von Dr. L.____ und M.____ sei sinngemäss ausgeführt worden, die Arbeitsfähigkeit habe nebst genannten Ausnahmen stets 80 % betragen. Somit hätten die medexperts-Gutachter die Arbeitsfähigkeit bei gleich gebliebenem Sachverhalt anders eingeschätzt als die Gutachter des asim. Die Arbeitsfähigkeit habe sich nicht verändert und eine nachvollziehbare Begründung für die andere Beurteilung liege nicht vor. Die Rente dürfe daher nicht in Revision gezogen werden. In ihrer Beschwerdeantwort vom 11. Februar 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Gemäss dem Gutachten der medexperts von 2018 habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Erstbegutachtung tatsächlich geändert, weshalb auch eine abweichende Diagnose gestellt worden sei. Zudem seien danach schon im Erstgutachten psychische Faktoren für die rheumatologische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % entscheidend gewesen. Auch die (sc. rheumatologische) Einschätzung von 2018 sei unter Bezugnahme auf die psychiatrische Beurteilung erfolgt. Aus der Sicht des RAD sei klar, dass bei der Erstbegutachtung 2007 die Dysthymia in die rheumatologische Einschätzung eingeflossen sei. Das subjektive Schmerzerleben sei damals durch dieses Leiden verstärkt worden. Vorwiegend dieses Schmerzerleben habe die rheumatologisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bestimmt. Eine affektive Störung liege nun nicht mehr vor. Gemäss aktueller Diagnose könne den psychischen Beeinträchtigungen kein so erheblicher Einfluss auf das somatische Beschwerdebild zuerkannt werden. Denn dissoziative Zustände könnten, weil sie bewusstseinsfern seien und unvermittelt aufträten, nicht vorhergesehen werden und führten daher im Unterschied zu einer dauerhaften Dysthymia nicht zu einer Schmerzverstärkung. Die Ausführungen des RAD seien juristisch schlüssig. Es lägen unterschiedliche medizinische Diagnosen bzw. Beschwerden vor, deren Auswirkungen auf das Schmerzempfinden und somit auf das somatische Beschwerdebild erheblich voneinander abwichen. Von einer lediglich unterschiedlichen Beurteilung könne nicht gesprochen werden. Sollte das Gericht die Voraussetzungen einer materiellen Revision nicht als erfüllt betrachten, sei die angefochtene Verfügung mit der substituierten Begründung der zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Verfügung zu schützen. Im Erstgutachten sei vorwiegend und - derzeit nicht erklärbar - vorbehaltlos auf die subjektiven Äusserungen der Beschwerdeführerin abgestellt worden, an denen aus aktueller Sicht erhebliche Zweifel bestünden. Die Beschwerdeführerin zeige beim Bericht über ihre Traumata keine affektiven oder physiologischen Reaktionen. Die Ergebnisse der formalisierten Beschwerdenvalidierung hätten auf ein suboptimales Leistungsverhalten und eine übertriebene Beschwerdedarstellung hingewiesen. Auf das Gutachten von 2007 hätte nicht abgestellt werden dürfen. Die Verfügung vom 29. Juni 2012 sei daher zweifellos unrichtig. Nicht nur bei der Erstbegutachtung, sondern auch bei den Begutachtungen von 2018 und 2019 seien die geschilderten Beschwerden im Übrigen kaum objektivierbar gewesen. Eine Revision des Rentenanspruchs hätte demnach allenfalls auch aufgrund der geänderten Rechtsprechung, wonach das strukturierte Beweisverfahren bei sämtlichen psychischen Leiden anzuwenden sei, geprüft werden müssen. Die dabei 2018/2019 getroffene

gutachterliche Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % sei nachvollziehbar begründet und schlüssig. Mit Replik vom 11. März 2020 lässt die Beschwerdeführerin daran festhalten, dass ihr Gesundheitszustand sich nicht wesentlich verändert habe. Die Gutachter der medexperts würden eine solche Veränderung nirgends explizit erwähnen. In somatischer Hinsicht werde sogar ausdrücklich dargelegt, es habe sich keine Veränderung ergeben. Einzig der Gutachter der Psychiatrie stelle infolge einer anderen Interpretation andere Diagnosen. In diesem Bereich bestehe aber naturgemäss ein grösserer Spielraum für die ärztliche Beurteilung, der gemäss der Rechtsprechung (Bundesgerichtsurteil vom 3. Mai 2013, 9C_698/2012 E. 2.2) nicht zum Anlass einer Rentenrevision genommen werden dürfe. Ausserdem seien die psychiatrischen Beschwerden damals wie derzeit für die Berentung nicht primär ausschlaggebend gewesen. Die somatischen Beschwerden seien unverändert. Dass keine Veränderung vorliege, sei auch der Beschwerdegegnerin bekannt, habe sie doch in einem Besprechungsprotokoll erklärt, es fehlten "aus juristischer Sicht (...) nun medizinische Argumente einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes", weshalb sie nach Rücksprache mit dem Rechtsdienst eine interdisziplinäre Besprechung bezüglich des weiteren Vorgehens einberufen habe. Die beiden beteiligten RAD-Ärzte, ein Facharzt für Chirurgie und ein solcher für Psychiatrie und Psychotherapie, seien fachlich nicht befähigt, abschliessend zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin Stellung zu nehmen. Zum einen lägen rheumatische und nicht chirurgische Beschwerden vor, zum andern fehle die interdisziplinäre Betrachtung, sei doch die Stellungnahme des RAD-Psychiaters für sich allein, ohne eine nachvollziehbare und fachärztliche Einschätzung zum somatischen Zustand, nicht beweiswertig. Des Weiteren gehe es nicht an, zum Beweisthema einer Veränderung zunächst ein Gutachten einzuholen, und dann bei unpassendem Ergebnis die Frage durch den RAD beantworten zu lassen und auf dessen abweichende Stellungnahme abzustellen. Wäre die Beschwerdegegnerin der Ansicht, das Gutachten äussere sich nicht abschliessend zum Beweisthema, hätte sie ein neues Gutachten einholen oder erneut Ergänzungsfragen stellen müssen. Denn diesfalls mangle es am erforderlichen Beweiswert (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 5. September 2014, 8C_168/2014, E. 4.1.2). Im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache habe die Beschwerdegegnerin den Anspruch umfassend und gründlich abgeklärt gehabt. Es hätten mehrere ärztliche Berichte über übereinstimmende somatische und psychische Beschwerden und ein Gutachten im Einklang mit den Vorakten vorgelegen. Letzteres scheine nicht so offensichtlich daneben, dass sich ein Abstellen darauf nicht hätte rechtfertigen lassen. Auch die Rentenzusprache selbst sei - unabhängig davon - vertretbar und keinesfalls offensichtlich unrichtig. Eine Wiedererwägung wäre völlig abwegig. Für Aggravation oder gar Simulation gebe es ferner keine Hinweise. Die Beschwerden seien von verschiedenen Ärzten mehrfach bestätigt worden. Die Rechtsprechungsänderung betreffend das strukturierte Beweisverfahren bilde keinen Revisionsgrund (vgl. BGE 141 V 585). Die Beschwerdeführerin leide auch nicht an nicht objektivierbaren Beschwerden, weshalb die Schmerzrechtsprechung nicht zur Anwendung gelange. Von der ihr mit Schreiben vom 18. März 2020 gebotenen Möglichkeit, zur Replik Stellung zu nehmen, hat die Beschwerdegegnerin keinen Gebrauch gemacht. Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung vom 28. Oktober 2019, mit welcher die Beschwerdegegnerin den bisherigen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin anpassungsweise für die Zukunft eingestellt hat. Die Beschwerdeführerin lässt hauptsächlich eine Weiterausrichtung der Rente beantragen. Nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.10) 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 Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1; vgl. auch schon BGE 102 V 165). Sämtliche psychischen Erkrankungen sind nach der jüngeren bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Denn die diagnostische Einordnung einer psychischen Störung allein legt das (dennoch) objektiv bestehende tatsächliche Leistungsvermögen nicht fest (vgl. BGE 143 V 418 E. 4.1.2). Gemäss dem genannten BGE 141 V 281 (vom 3. Juni 2015) sind für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. Zum funktionellen Schweregrad sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (mit den Aspekten der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder der entsprechenden Resistenz und der Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (mit Persönlichkeitsdiagnostik und persönlichen Ressourcen) und "Sozialer Kontext" zu berücksichtigen. In der Kategorie der Konsistenz geht es um Gesichtspunkte des Verhaltens, namentlich um eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und um behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3). Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen. Soweit diese Belastungsfaktoren direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie ausser Acht. Hingegen können sie mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie zu einer ausgewiesenen Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit als solcher mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt haben, wenn sie also einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 20. Januar 2020, 8C_559/2019 E. 3.2). Eine durch belastende Lebensumstände begründete fachärztliche Diagnose genügt nach der Rechtsprechung für einen Leistungsanspruch für sich allein noch nicht, sondern es ist eine krankheitswertige, d.h. von den reaktiven, invaliditätsfremden Geschehen bei psychosozialen Belastungsfaktoren abgrenzbare psychische Störung vorausgesetzt, die sich auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 22. August 2018, 9C_262/2018 E. 4.2.1). Es ist also eine Abgrenzung zu reaktivem, invaliditätsfremdem Geschehen aufgrund von psychosozialen Belastungen erforderlich (so bezüglich depressiver Leiden BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Früher waren gemäss BGE 130 V 352 (vom 12. März 2004) für pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage - nicht aber für eine schwerwiegende (selbständige) depressive Symptomatik (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 24. Juni 2014, 8C_278/2014 E. 5.2) - die sogenannten Foerster'schen Kriterien zur Prüfung

der Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung zu beachten gewesen. - Vor BGE 141 V 281 erstattete medizinische Gutachten verlieren ihren Beweiswert jedoch nicht per se. Vielmehr ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die Sachverständigengutachten, gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten, eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht, wobei je nach Abklärungstiefe und -dichte eine punktuelle Ergänzung genügen kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 8; vgl. Bundesgerichtsurteil vom 18. Mai 2017, 8C_842/2016). 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). - Ob eine revisionsbegründende Änderung des Sachverhalts eingetreten ist, beurteilt sich nach der Rechtsprechung durch Vergleich des Zustands, wie er im Zeitpunkt der letzten (der versicherten Person eröffneten) rechtskräftigen Verfügung bestand, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (vgl. BGE 133 V 108, Bundesgerichtsurteil vom 21. Januar 2019, 9C_382/2018 E. 2), mit demjenigen zur Zeit der streitigen Neubeurteilung (vgl. BGE 130 V 351 E. 3.5.2, BGE 125 V 369 E. 2). - Anlass zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente revidierbar, wenn sich der Gesundheitszustand erheblich verändert hat, oder bei einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 13. März 2017, 9C_699/2016 E. 4.1, und vom 3. März 2020, 9C_698/2019 E. 2). Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. - An der Unrichtigkeit der Verfügung darf kein vernünftiger Zweifel bestehen. Dieses Erfordernis ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falscher Rechtsregeln erfolgt ist oder massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewendet worden sind (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 11. Oktober 2017, 9C_383/2017 E. 3.2). Es ist entscheidewesentlich, ob die ehemalige Beurteilung der materiellen Anspruchsvoraussetzungen, welche notwendigerweise Ermessenszüge aufweist, vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage (einschliesslich der damaligen Rechtspraxis, 9C_383/2017 E. 3.2), wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar erscheint (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 25. Juni 2010, 9C_247/2010 E. 2.1). Die strittige Rentenrevisionsverfügung vom 28. Oktober 2019 stützt sich auf das polydisziplinäre Gutachten der medexperts vom 15. Mai 2018 und auf das psychiatrische Verlaufsgutachten vom 27. August 2019 (vgl. E. 4 und 5). Die internistische Abklärung bei der polydisziplinären Begutachtung 2018 ergab dabei als Hauptproblem bei der Beschwerdeführerin einen chronischen Nikotinabusus mit sporadischem Gebrauch von Pulmicort und Ventolin (vgl. IV-act. 183-36). Ausserdem lägen rezidivierende Reizdarmbeschwerden vor. Beide Leiden seien nicht von Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Diagnosen IV-act. 183-35). Eine letztmals vor einigen Monaten erfolgte Magen- und Darmspiegelung sei unauffällig ausgefallen (vgl. IV-act. 183-32). In rheumatologischer

Hinsicht wurde bei der polydisziplinären Begutachtung 2018 von chronischen rezidivierenden Lumboischialgien der Beschwerdeführerin ausgegangen. Bei der letzten Bildgebung mit MRI der LWS vom 4. Dezember 2017 hätten sich keine Zeichen radikulärer oder spinaler Einengung ergeben (IV-act. 183-27). Die Beschwerdeführerin habe sich (bei der Untersuchung) normal bewegt und beim Aus- und Anziehen keine Schonhaltung gezeigt. Nebst der leicht eingeschränkten Beweglichkeit der lumbalen Wirbelsäule sei einzig die rechte Schulter bei Abduktion gegen Widerstand ab 90° leicht eingeschränkt gewesen. Entsprechend wurde eine leichte Periarthropathia humeroscapularis der Supraspinatussehne rechts diagnostiziert, die sich aber auf die Arbeitsfähigkeit nicht auswirke (vgl. IV-act. 183-26 f.). Es bestehe seit 2002 eine reduzierte Belastbarkeit der Wirbelsäule (vgl. IV-act. 183-25). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als MPA werde auf 20 % geschätzt, und zwar wegen etwas verlangsamter Bewegungsabläufe und vermehrt nötiger Pausen. In Frage kämen für die Beschwerdeführerin rückenadaptierte körperlich leichte büromässige Tätigkeiten ohne vorgeneigte Zwangshaltungen und ohne regelmässiges Heben und Tragen von Lasten über ca. 5 bis 8 kg (IV-act. 183-28). Die Begutachtung von Mai 2018 erscheint unter somatischen Gesichtspunkten vollständig. Die Ergebnisse sind ausreichend begründet. Es wurde dabei namentlich berücksichtigt, dass sich die Beschwerdeführerin in den Jahren 2002 und 2006 Bandscheiben-Operationen auf Höhe L4/5 unterzogen hatte (vgl. IV-act. 183-34). Auf das Ergebnis einer Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin unter somatischem Aspekt von 20 % (2018) kann daher abgestellt werden. Nach der Aktenlage ist bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 28. Oktober 2019 diesbezüglich keine Änderung mehr anzunehmen. In psychiatrischer Hinsicht ergab sich gemäss dem polydisziplinären medexperts-Gutachten vom 15. Mai 2018 Folgendes. Diagnostiziert wurden bei der Beschwerdeführerin dissoziative Störungen gemischt. Ein Anhaltspunkt für eine spezifische oder kombinierte Persönlichkeitsstörung zeige sich nicht, doch bestünden akzentuierte Persönlichkeitszüge, nämlich ängstlich-vermeidende (vgl. IV-act. 183-18 f.). Die rezidivierende depressive Störung sei gegenwärtig remittiert; es habe keine Psychopathologie mehr bestanden. Anhand der Lebensgeschichte zeige sich ein ausgeprägter reaktiver Charakter (der Leiden). Die Beschwerdeführerin habe angegeben, auf verschiedene (benannte) Belastungsfaktoren mit depressiver Symptomatik reagiert zu haben. Die Diagnosekriterien der Dysthymia seien zurzeit nicht erfüllt (vgl. IV-act. 183-17 f.). In der bisherigen und in einer adaptierten Tätigkeit wurden eine reduzierte Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit entsprechend einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % bei zurzeit noch nicht absolut stabilem Gesundheitszustand und bei trotzdem erhalten gebliebenen Funktionen und Ressourcen (nachfolgend E. 5.1.2) angenommen (IV-act. 183-22). Bei weiter gutem Therapieverlauf sei in den nächsten sechs Monaten mit voller Arbeitsfähigkeit zu rechnen, zumal eine dissoziative Störung nicht mit einer konstanten Symptompräsenz imponiere. Bei einer Anstellung sei darauf zu achten, dass keine Nacharbeit geleistet werden müsse und wenig zeitlicher Druck bestehe, und dass die Möglichkeit zu Pausen sowie ein geduldiges, wertschätzendes Umfeld bestünden (vgl. IV-act. 183-22). Die weitaus meisten gewürdigten Fähigkeiten wurden (bei dieser Begutachtung von 2018) als unbeeinträchtigt beschrieben. Einzig die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit (mässig) sowie die Proaktivität und Spontaneität (leicht) wurden als beeinträchtigt erachtet, wobei jeweils darauf hingewiesen wurde, dass Grundlage für diese Einschätzung die Selbstangaben der Beschwerdeführerin bildeten. Ausserdem wurde darauf hingewiesen, dass der Alltag und das Freizeitverhalten der Beschwerdeführerin jedoch objektivierbare Aspekte einer (vorhandenen) Proaktivität und Spontaneität zeigen würden

(vgl. IV-act. 183-22). Des Weiteren hielt der Gutachter der Psychiatrie fest, Anhaltspunkte für eine nicht-authentische Beschwerdeschilderung hätten sich nicht gezeigt. Die Angaben seien zu den Angaben in den Akten kongruent gewesen (IV-act. 183-21). Diesbezüglich ist allerdings zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin angegeben hatte, zwei Psychopharmaka einzunehmen (vgl. IV-act. 83-12). Der Blutserumspiegel des einen lag knapp unter dem therapeutischen Bereich (IV-act. 183-17), so dass von einer Einnahme ausgegangen wurde (IV-act. 183-20). Das andere Mittel konnte laborchemisch jedoch nicht nachgewiesen werden (IV-act. 183-17 und -20), wobei der Gutachter der Psychiatrie es als für die Behandlung auch weniger wichtig bezeichnete (IV-act. 183-20). Mit dem Ergebnis des PACT-Tests von 88 (von 200) Punkten, somit der sehr tiefen Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, die kaum einer leichten sitzenden Tätigkeit entspreche (IV-act. 183-2), hat sich der Gutachter soweit ersichtlich nicht ausdrücklich auseinandergesetzt. Die (monodisziplinär) psychiatrische Verlaufsbeurteilung erfolgte am 1. Juli 2019 (Gutachten vom 27. August 2019) durch die medexperts unter Einbezug einer neuropsychologischen Abklärung (IV-act. 232-1 bis 7). Der (gleiche) Gutachter der Psychiatrie diagnostizierte 2019 wiederum dissoziative Störungen gemischt (vgl. IV-act. 231-5 und -18). Bei der Konsistenzprüfung 2019 wurde festgehalten, durch die konvergenten Ergebnisse sämtlicher multiplen formalisierten Beschwerdevalidierungsverfahren seien bei der Beschwerdeführerin negative Antwortverzerrungen im Sinn einer bewussten Selbstlimitierung und einer übertriebenen Beschwerdeschilderung positiv belegt worden, die aus neuropsychologischer Sicht nicht durch das psychiatrische Krankheitsbild selbst oder die Medikation erklärt werden könnten. Auch aus gutachterlicher klinisch-psychiatrischer Sicht hätten sich Anhaltspunkte für eine nicht-authentische Beschwerdeschilderung ergeben (Angaben zu unterschiedlichen Auswirkungen der dissoziativen "Anfälle" auf die Fähigkeit zur Arbeit und zum Autofahren; Beschwerden und Traumatisierungen als solche; Vorhandensein eines äusseren Anreizes für das Beschwerdeverhalten; vgl. IV-act. 231-6). Dr. I. ___ und J. ___ wandten (am 10. Januar 2019) ein, dass die (gutachterlichen) Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode und einer gemischten dissoziativen Störung unzureichend seien, da damit die Persönlichkeitsentwicklung und die Traumatisierungen der Beschwerdeführerin nicht berücksichtigt würden. Es liege auch eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung vor. Bei der Beurteilung von 2018 hatte der Gutachter der Psychiatrie festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin lebensgeschichtlich rezidivierende affektive Reaktionen auf belastende Lebensereignisse aufgetreten seien, von denen sie sich jeweils wieder so weit habe erholen können, dass sie einer Berufstätigkeit habe nachgehen, aber auch an den sozialen Aspekten des Lebens habe teilhaben können (vgl. IV-act. 183-19 f.; reaktive Zustände vgl. auch IV-act. 231-5). Er hatte zudem darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin angegeben habe, sie habe auf die verschiedenen (benannten) Belastungsfaktoren mit depressiver Symptomatik reagiert (vgl. IV-act. 183-17). Der Gutachter hatte dargelegt, die diagnostischen Kriterien für dissoziative Störungen gemischt seien - "trotz störungstypischer wenig objektivierbarer Beweise" - überwiegend wahrscheinlich erfüllt. Ursächlich für dieses Störungsspektrum seien interpersonelle Probleme, die bei der Beschwerdeführerin lebensgeschichtlich klar vorlägen bzw. sich als reaktive Muster auf die bisherigen Belastungen zeigten (vgl. IV-act. 183-18 f.). Zunächst lässt sich demnach festhalten, dass die Beschwerdeführerin, wie sich aus der medizinischen Aktenlage ergibt, im Lauf der Zeit wiederholt psychosozialen Belastungsfaktoren ausgesetzt war. Auch einen Verlust der Rente würde sie nach ihren Angaben im Übrigen als

sehr schlimm und ihr die Existenz raubend empfinden (vgl. IV-act. 231-12). Für die Invalidenversicherung ist relevant, ob die psychosozialen Belastungen zu einer (anhaltenden) psychischen Störung geführt haben, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt (vgl. oben E. 2.3). Die diagnostische Einordnung ist dagegen sekundär, fragt doch Art. 4 Abs. 1 IVG nicht nach Art und Genese des Gesundheitsschadens, welcher die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Massgebend ist vielmehr, dass den geklagten Beschwerden vollumfänglich Rechnung getragen wird (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 9. August 2000, I 432/99 E. 3a). Letzteres kann vorliegend für die psychiatrischen Begutachtungen angenommen werden. Der Gutachter der Psychiatrie befasste sich (2019) mit der genannten Beurteilung von Dr. I.____/J.____. Er wies darauf hin, dass auch Dr. I.____ berichtet habe, die Beschwerdeführerin erzähle von den betreffenden belastenden Ereignissen in der Regel nüchtern und mit einer beeindruckenden emotionalen Distanz (vgl. IV-act. 231-17; vgl. IV-act. 214-2). Der Gutachter stellte fest, sowohl 2018 wie bei der aktuellen Begutachtung von 2019 hätten die (im Bericht von Dr. I.____/J.____) genannten Störungen weder beobachtet noch objektiviert werden können (vgl. IV-act. 231-17 f.). Die Arbeitsunfähigkeitsschätzung im Verlaufsgutachten 2019 von - weiterhin (wie 2018 beurteilt) - 20 % begründete der Gutachter mit vorhandenen Limitationen der Durchhaltefähigkeit im Rahmen dieser Störungen (vgl. IV-act. 231-21 Ziff. 8.1), wobei diese auch als "subjektive Beeinträchtigungen" (hinsichtlich der Gruppenfähigkeit mässig sowie der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit mässig bis erheblich) bezeichnet wurden (vgl. IV-act. 231-20 f. Ziff. 7.4). Zudem hielt er auch fest, die Diagnose imponiere weiterhin anhand der subjektiven Angaben und der Akten, während eine Objektivierbarkeit dieser Störung oder der Symptome störungsbedingt erschwert sei (vgl. IV-act. 231-17). Da damit die Arbeitsfähigkeitsschätzung in gewisser Weise relativiert wird (vgl. auch den Hinweis auf einen Bedarf an Beurteilung durch den Rechtsanwender, IV-act. 231-6), kommt der Prüfung der Standardindikatoren besonderes Gewicht zu. Bedeutsam erscheint namentlich der Vergleich zu den Tagesaktivitäten einer versicherten Person. Diesbezüglich (bzw. zu den Ressourcen) hielt der Gutachter der Psychiatrie 2019 fest, die Beschwerdeführerin sei weiterhin in der Lage, Kontakte und Beziehungen zu pflegen und aufrechtzuerhalten (vgl. IV-act. 231-5; vgl. auch IV-act. 231-11 f. und 231-19). - Schon bei der Begutachtung 2018 - damals waren noch keine neuropsychologischen Testungen gemacht worden - hatte sich eine erhebliche Tagesaktivität erheben lassen (vgl. IV-act. 183-15), welche nach Einschätzung des Gutachters wie erwähnt objektivierbare Aspekte einer Proaktivität und Spontaneität zeigte (vgl. IV-act. 183-22). Gemäss den psychiatrischen Gutachten von 2018 und 2019 liegt bei Würdigung aller Gegebenheiten im Ergebnis eine diagnostizierte psychiatrische Erkrankung mit der Folge von Arbeitsunfähigkeit vor. Mit der abweichenden medizinischen Auffassung und den Befunden hat sich der Gutachter auseinandergesetzt. Daher ist gemäss der gutachterlichen Beurteilung von einer psychiatrischen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 20 % auszugehen. Nach dem Dargelegten lässt sich zusammenfassend jedenfalls festhalten, dass (2018/2019) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine dieses Ausmass überschreitende Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen vorlag. Die Zusprache der halben Rente mit der formell rechtskräftig gewordenen Verfügung vom 29. Juni 2012 hatte demgegenüber, was die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts betrifft, auf dem Gutachten der asim vom 19. Juli 2007 basiert. Mit der Veranlassung dieses Gutachtens hatte die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt im Hinblick auf den Erlass der Verfügung vom 11. Februar 2008 im Sinn der Rechtsprechung von BGE 133 V 108

E. 5.3.3 vollumfänglich abgeklärt, während sie bei Erlass der Verfügung von 2012 dessen Ergebnis (nach nur geringem zusätzlichem Abklärungsaufwand in medizinischer Hinsicht) übernommen hat. Dass der medizinische Sachverhalt zum Vergleich heranzuziehen ist, der im (asim-) Gutachten beschrieben wurde, ist vorliegend unbestrittenermassen anzunehmen. Ein Revisionsgrund liegt demnach vor, wenn der 2018/2019 erhobene Sachverhalt nicht mehr demjenigen entspricht, der bei der asim-Begutachtung erhoben worden war. Rheumatologisch gesehen war damals (2007) ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom links bei (u.a.) intermittierend sensomotorischer Reiz- und Ausfallsymptomatik L5 links festgestellt worden. Es war festgehalten worden, die diffus ins linke Bein projizierten Missempfindungen und Gefühlsstörungen könnten Ausdruck einer postoperativen Vernarbungsproblematik sein; bei Nachweis im MRI könnte eine Infiltration Abhilfe schaffen. Das arbeitsmedizinische Problem bestehe in einer verminderten Belastbarkeit des Achsenorgans für alle Tätigkeiten mit schwerem Heben und Tragen von Lasten und für Arbeiten in wirbelsäulenbelastenden Zwangspositionen, längere Zeit rein im Stehen oder rein im Sitzen, in lang dauernd vorgeneigten Körperhaltungen, mit repetitiv rumpfrotierenden Stereotypen oder im Überkopfbereich. Alle körperlich leicht belastenden Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen mit Gehen, Stehen und Sitzen, die möglichst frei von den genannten Belastungen seien, seien der Beschwerdeführerin zumutbar. Derzeit bestehe in einer so angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % (vgl. IV-act. 90-5). - Diese Formulierung deutet auf eine gewisse Tendenz zu einer unter 50 % liegenden Arbeitsunfähigkeit hin. Schliesslich war bei der interdisziplinären (also somatischen und psychiatrischen Gesamt-) Würdigung von einer Einschränkung von 50 % aus Gründen der Problematik am Bewegungsapparat ausgegangen worden (vgl. IV-act. 89-15). Was den allfälligen medizinischen Verlauf seit dieser Begutachtung von 2007 betrifft, wurde im medexperts-Gutachten vom Mai 2018 zwar ausdrücklich festgehalten, somatisch gesehen habe sich keine Veränderung gezeigt (hingegen psychiatrisch, vgl. IV-act. 183-28). Diese Feststellung wurde indessen damit begründet, dass die eingehenden Abklärungen der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen vom 1. bis 7. Dezember 2017 durchwegs negativ gewesen seien (vgl. IV-act. 183-28). Während bei der Begutachtung vom 17. April 2018 also von einem entsprechenden ("negativen") Zustand (vgl. IV-act. 183-28), nämlich rezidivierenden Lumboischialgien ohne radikuläre Zeichen (und bildgebend am 4. Dezember 2017 ebenfalls ohne Zeichen radikulärer oder spinaler Einengung, vgl. IV-act. 183-27), ausgegangen wurde, hatte zurzeit der asim-Begutachtung 2007 - rund ein halbes Jahr nach der Implantation der Bandscheibenprothese - gemäss jenem Gutachten wie erwähnt noch ein lumbospondylogenes Syndrom links mit einer intermittierend sensomotorischen Reiz- und Ausfallsymptomatik L5 links vorgelegen und war von einer möglichen postoperativen Vernarbungsproblematik ausgegangen worden (vgl. IV-act. 90-5). Beim Befund war damals u.a. dargelegt worden, der Quadrantentest sei rechts positiv gewesen mit Auslösung von Schmerzausstrahlungen ins linke Bein, links negativ (vgl. IV-act. 90-4). Von einer solchen Auslösbarkeit von Ausstrahlungen ist im rheumatologischen (medexperts-) Gutachten 2018 nicht mehr die Rede. Was die Beweglichkeit betrifft, hatte der asim-Gutachter 2007 damals dargelegt, die Lateroflexion der HWS nach rechts sei zu einem Drittel eingeschränkt gewesen, ebenso die Rechtsrotation, was mit einer segmentalen Funktionsstörung der unteren HWS vereinbar sei (vgl. IV-act. 90-4). Auch diese Beeinträchtigung wurde im medexperts-Gutachten nicht mehr erwähnt. Sie hatte jedoch ehemals gemäss dem asim-Gutachten die Leistungsfähigkeit auch nicht beeinflusst und war

nicht einmal in die Diagnoseliste eingeflossen (vgl. IV-act. 90-5). Umgekehrt ist in der Zwischenzeit eine die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussende Periarthropathia humeroscapularis hinzugekommen (vgl. IV-act. 183-27). Es waren bei der polydisziplinären medexperts-Begutachtung 2018 rheumatologisch gesehen lediglich noch ein etwas verlangsamter Bewegungsablauf und ein Bedarf an vermehrten Pausen zu berücksichtigen (vgl. IV-act. 183-28 Ziff. 8.1; diese leichte Verminderung der Arbeitsfähigkeit sei in die psychiatrische Einschätzung zu integrieren). Die Beurteilung einer erheblich höheren, rheumatologisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit (von neu 80 % statt 50 %) kann bei der gegebenen Aktenlage nicht allein auf eine andere Würdigung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts zurückgeführt werden. Sie erscheint vielmehr als Ausdruck einer verbesserten rheumatologischen Befundlage, da sich wie erwähnt zwischenzeitlich gezeigt hat, dass diesbezüglich keine namhaften Beeinträchtigungen mehr vorliegen, hatte die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen am 19. Dezember 2017 (IV-act. 184 und 192-8 ff.) doch berichtet, bei einer umfangreichen Diagnostik einschliesslich MRI des Neurocraniums und der Wirbelsäule, Lumbalpunktion, Neuropathie-Screening, evozierter Potentiale, Röntgen-Thorax und ausführlicher laborchemischer Abklärung hinsichtlich rheumatischer Erkrankungen habe sich kein pathologischer Befund ergeben. Es sei von einer funktionellen Ätiologie bzw. Somatisierungsstörung auszugehen. Demnach ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die früher (im Mai 2007) von der asim erkannte somatische gesundheitliche Beeinträchtigung zurzeit der medexperts-Begutachtung von 2018 nicht mehr in ausschlaggebendem Umfang vorhanden war, auch wenn die medexperts dem somatischen Zustand doch immer noch eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % zuschrieben. Ausserdem erscheint eine gewisse Angewöhnung im Lauf des langen vorliegend massgeblichen Zeitraums nach der asim-Begutachtung vom Mai 2007, die ihrerseits lediglich sechs Monate nach dem operativen Eingriff (zur Behandlung der fortgeschrittenen Osteochondrose mit medialer Diskushernie und Nervenwurzelkompression L5 bds., vom November 2006) stattgefunden hatte, überwiegend wahrscheinlich. Was den psychiatrischen Aspekt betrifft, war ehemals bei der asim-Begutachtung vom Vorliegen einer Dysthymia (nebst einem remittierten St. n. komplexer posttraumatischer Belastungsstörung) ausgegangen worden (vgl. IV-act. 91-91-5). Diese war auch als depressiver Residualzustand und als chronische depressive Gemütsverstimmung, die jedoch nicht den Schweregrad einer Störung erreiche und bei der auch Phasen vergleichsweiser Normalität vorkämen, umschrieben worden (vgl. IV-act. 91-6). Dieser Dysthymie war eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 25 % zugeschrieben worden (a.a.O.). Was den Aspekt einer allfälligen zwischenzeitlichen Sachverhaltsveränderung im Lauf der Zeit betrifft, wurde im medexperts-Gutachten von 2018 unter psychiatrischem Aspekt die dissoziative Symptomatik als seit ca. November 2017 (Krankschreibung) neu bestehend (vgl. IV-act. 183-23) bezeichnet. Im Verlaufsgutachten von 2019 wurde dargelegt, seit einem "Zusammenbruch" der Beschwerdeführerin 2017 (mit Beginn der Abklärungen am Kantonsspital St. Gallen, vgl. Bericht vom 19. Dezember 2017) sei eine Änderung des Gesundheitszustands wie der Diagnose (damals neu dissoziative Störung) eingetreten (vgl. IV-act. 231-22). - Diesbezüglich ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin bereits früher Missempfindungen beklagt hatte (vgl. etwa IV-act. 11-56 ff., Kribbelparästhesien an den Händen und im Gesicht, daneben u.a. Angstzustände). Bei der asim-Begutachtung von 2007 hatte sie ebenfalls ein Kribbeln und Brennen im linken Bein und im linken Fuss angegeben (vgl. IV-act. 90-2, 90-4), was

damals im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung angegeben und wie erwähnt auch in jenem Zusammenhang gewürdigt wurde. Neu wurden dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen beschrieben (vgl. IV-act. 183-18 und IV-act. 205-2 oben). Ob es sich um eine massgebliche Sachverhaltsänderung innerhalb der relevanten Zeitspanne handelte, kann letztlich offen bleiben (vgl. E. 8). Der Gutachter der Psychiatrie hält im Verlaufsgutachten vom 27. August 2019 fest, seit dem Gutachten von 2018 sei wegen der neuerlichen depressiven Episode zumindest für die Zeit der stationären Behandlung in der Klinik K.____ vom 24. September bis 20. Oktober 2018 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, ausserdem auch zuvor und danach, soweit retrospektiv beurteilbar von August bis Dezember 2018, zudem von Januar bis Mai 2019 von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % (vgl. IV-act. 231-6). Zu wiederholen ist zunächst, dass der Gutachter die gestellte Diagnose der dissoziativen Störungen und die Arbeitsfähigkeitsschätzung durch Hinweise auf eine erschwerte Objektivierbarkeit und die Basis subjektiver Angaben relativiert hat (vgl. IV-act. 231-17). Wenn er somit 2019 dennoch rückblickend die erwähnten Phasen einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit (von 100 % und von 50 %) annimmt, so hat er dies mit dem stationären Klinikaufenthalt begründet. Dieser hatte rund vier Wochen gedauert und hatte eine Verbesserung auf Symptomebene bewirken können. Die Beschwerdeführerin habe Kraft und Kondition ausbauen, Antrieb und Körperwahrnehmung verbessern und eine erfreuliche Stabilisierung des psychischen und physischen Zustandsbildes erzielen können. Die Beschwerdeführerin sei bei Austritt affektstabil gewesen. Weil aber auf Funktionsebene dennoch eine reduzierte Belastbarkeit vorliege, sei noch bis zum 3. November 2018 eine volle Arbeitsunfähigkeit anzunehmen (vgl. IV-act. 205-2 f.). Der Aspekt der Behandlungserfolge kann bei der Beurteilung dieser retrospektiv (über diese damalige Krankschreibung hinaus) angenommenen psychiatrischen Arbeitsunfähigkeit unter den Aspekten der Standardindikatoren nicht (ebenso wenig wie der Einfluss der verdeutlichten Beschwerdeschilderung) ausser Acht gelassen werden. Spätestens für die Zeit ab der Begutachtung durch die medexperts von 2019 ist bei dieser Sachlage jedenfalls eine wesentliche, längerdauernde Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 % mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht anzunehmen. Die asim war 2007 von einer psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 25 %, die medexperts-Gutachten sind von 20 % Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. - Eine wesentliche Veränderung der medizinischen Einschätzung der Beeinträchtigungen im relevanten Zeitraum ist unter psychiatrischem Aspekt allein demnach nicht zu erkennen. Da rheumatologisch betrachtet vom Vorliegen eines relevanten Anpassungsgrunds auszugehen ist (vgl. oben E. 6.8), ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin aufgrund der in den medexperts-Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 80 % berechnete. Da gemäss IK-Auszug keine im Vergleich zu den statistischen Erhebungen überdurchschnittlichen Einkommen zu verzeichnen sind und sich die Arbeitsfähigkeit auch auf die - somit medizinisch grundsätzlich weiterhin zumutbare - Tätigkeit bezieht, auf welche die Beschwerdeführerin umgeschult worden ist, ergibt sich dabei ein unter 40 % liegender Invaliditätsgrad. Aus dem gleichen Grund steht einer Rentenaufhebung auch der Grundsatz "Eingliederung vor Rentenrevision" nicht entgegen, auch wenn die (bei der letzten Begutachtung knapp 51-jährige) Beschwerdeführerin bereits für die Zeit seit April 2012 (aber noch nicht schon seit mehr als 15 Jahren, vgl. dazu Bundesgerichtsurteil vom 12. Dezember 2019, 8C_597/2019 E. 8.1) eine Rente bezogen hatte. Ein Anspruch auf Unterstützung bei der Stellensuche (Arbeitsvermittlung) kann gegebenenfalls unabhängig davon vorliegen. Selbst wenn eine

erhebliche Sachverhaltsänderung im vorliegend relevanten Vergleichszeitraum jedoch nicht anzunehmen wäre, so könnte die angefochtene Anpassungsverfügung der Beschwerdegegnerin nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gegebenenfalls auch mit der (die Anpassungsbegründung der Beschwerdegegnerin substituierenden) Begründung eines anderen Aufhebungsgrundes geschützt werden (substituierte Begründungen sind nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung in jedem möglichen Verhältnis unter den in Betracht fallenden Rückkommenstiteln möglich, vgl. Bundesgerichtsurteile vom 28. Februar 2018, 8C_377/2017 E. 8.3.6, und vom 19. April 2018, 9C_417/2017 E. 2.4). Insbesondere hält die Beschwerdegegnerin die Voraussetzungen einer Wiedererwägung für gegeben, weil im asim-Gutachten zu Unrecht vorbehaltlos auf die subjektiven Äusserungen der Beschwerdeführerin abgestellt worden sei. Dieser Aspekt kann vorliegend dahingestellt bleiben, denn massgeblich wäre als Wiedererwägungsgrund insbesondere der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der Neuanmeldung vom August 2011 die ursprüngliche leistungszusprechende Verfügung vom 29. Juni 2012 auf der Basis der im asim-Gutachten 2007 festgelegten Arbeitsunfähigkeit von 50 % erlassen hatte, ohne neue eingehendere medizinische Abklärungen veranlasst zu haben, obwohl seit der Begutachtung immerhin bereits rund fünf Jahre vergangen waren, in denen Verschlechterungen oder Verbesserungen des Gesundheitszustands durchaus möglich waren. Dass die Beschwerdegegnerin hingegen auf das neue Gesuch eingetreten ist, ist nicht zu beanstanden, da infolge eines Statuswechsels das Vorliegen eines nunmehr rentenbegründenden Invaliditätsgrads glaubhaft gemacht worden ist. Die angefochtene Verfügung mit einer Aufhebung des Rentenanspruchs ex nunc nach Anpassungsrecht erweist sich demnach als rechtmässig (vgl. E. 8). Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr bezahlt. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen, unter Anrechnung des bezahlten Kostenvorschusses in gleicher Höhe.

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