

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/321 vom 11. Oktober 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-10-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_321

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/321 du 11 octobre 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/321 del 11 ottobre 2021

Regeste

Art. 17 ATSG; Art. 28 IVG: Die Beschwerdeführerin ersuchte um Erhöhung ihrer Rente. Eine Änderung des Gesundheitszustandes ist seit der die Referenzgrundlage bildenden Mitteilung gemäss beweiskräftigem Verlaufsgutachten nicht eingetreten. Die geltend gemachten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes sind nicht objektivierbar. Die Beschwerdeführerin hat weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Oktober 2021, IV 2019/321).

Volltext

Entscheid vom 11. Oktober 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Corinne Schambeck (Vorsitz), Karin Huber-Studerus und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2019/321 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Regula Walker, Dorfstrasse 7, 8722 Kaltbrunn, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Erhöhung) Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte), damals wohnhaft in B.____, meldete sich am 6. September 1998 unter ihrem Ledigennamen C.____ erstmals bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Grund war ein therapieresistentes lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung ins rechte Bein (IV-act. 1; Arztbericht des Inselspitals Bern, neurologisch-/chirurgische Poliklinik vom 28. Dezember 1998, IV-act. 9). Die Versicherte trat am 1. Juni 1999 eine Stelle beim Spitexverein D.____ an (Hauswirtschaft, Grundpflege und Betreuung, Arbeitszeugnis vom 14. März 2007, IV-act. 23, 58), worauf das Gesuch am 22. Februar 2000 abgewiesen wurde, da sie ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könne (IV-act. 15). Am 8. August 2002 stellte die Versicherte ein weiteres Leistungsgesuch wegen einer doppelten Diskushernie (IV-act. 16). Nach medizinischen Abklärungen, insbesondere der Einholung eines Gutachtens bei Dr. med. E.____, Fachärztin für Neurochirurgie, welche bei der Versicherten ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom diagnostizierte und ihr eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestierte, sprach die IV-Stelle des Kantons F.____ der Versicherten mit Verfügung vom 25. September 2003 mit Wirkung ab 1. Juni 2003 bei einem Invaliditätsgrad von 56 % eine halbe Rente zu (IV-act. 33). Die Versicherte stellte am 10. August 2006 ein Erhöhungsgesuch, da eine weitere Diskushernie aufgetreten und sie am 17. Juli 2006 operiert worden sei (IV-act. 37). Mit Verfügung vom 3. August 2007 sprach die IV-Stelle des Kantons F.____ der Versicherten mit Wirkung vom 1. September 2006 bis 31. Januar 2007 befristet eine ganze Rente und ab 1. Februar 2007 wiederum eine halbe Rente zu (IV-act. 62 f.). Mit Eingabe vom 8. April 2009 machte die Versicherte bei der aufgrund eines Wohnortwechsels nun zuständigen IV-Stelle G.____ geltend, ihr Gesundheitszustand

habe sich verschlechtert (IV-act. 95). Dieses Gesuch wurde am 4. Mai 2009 mit abweisender Verfügung abgeschlossen (IV-act. 97). Das Verwaltungsgericht des Kantons G.____ wies eine dagegen gerichtete Beschwerde am 9. September 2009 ab (IV-act. 101). Die Versicherte liess am 6. Dezember 2010 gegen den verwaltungsgerichtlichen Entscheid ein Revisionsgesuch stellen (IV-act. 110-2 ff.) und ersuchte am 9. Dezember 2010 bei der IV-Stelle um Revision/Wiedererwägung ihrer Verfügung (IV-act. 111). Sie machte geltend, ihr physischer und psychischer Gesundheitszustand habe sich spätestens seit der Verfügung vom 4. Mai 2009 bzw. in Folge eines Autounfalls im März 2009 verschlechtert (IV-act. 111; IV-act. 116-1 ff.). Das Verwaltungsgericht des Kantons G.____ trat auf das Revisionsgesuch mit Entscheid vom 23. März 2011 nicht ein (IV-act. 131). Die IV-Stelle des Kantons G.____ hingegen holte verschiedene medizinische Akten ein (u.a. Austrittsbericht des Spitals Einsiedeln vom 1. Oktober 2010, wo eine Kniearthroskopie rechts mit medialer und lateraler Teilmenishektomie durchgeführt worden war, IV-act. 143-53 ff.; Arztbericht des Sozialpsychiatrischen Dienstes H.____ vom 26. Januar 2011 [Posteingang], IV-act. 120; Arztbericht von Dr. med. I.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 10. Februar 2011, IV-act. 124) und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung durch das Medizinische Zentrum U.____ (MZR; Gutachten vom 22. August 2011; med. pract. V.____, Fachärztin für Chirurgie; Dr. med. W.____, Facharzt für Rheumatologie; Dr. med. X.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie: IV-act. 143; Untersuchungen vom 31. Mai 2011; IV-act. 143). Die Gutachter diagnostizierten im Wesentlichen als die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigend ein lumbospondylogenes Syndrom rechts bei mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen der unteren BWS und der LWS, eine mediale und femoropatelläre Gonarthrose beidseits (IV-act. 143-36) sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01; IV-act. 143-44). In ihrer angestammten Tätigkeit in der Spitem oder als Fabrikmitarbeiterin sei die Versicherte aus rheumatologischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. In einer optimal angepassten - körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule - bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der Agoraphobie und Depression für das Jahr 2009 eine vorübergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit und seit Anfang 2010 bei Beachtung der Einschränkung durch die Agoraphobie keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr (IV-act. 143-50). Nach Vorbescheidverfahren mit Einwand (IV-act. 148, IV-act. 153) wies die IV-Stelle das Erhöhungsgesuch mit Verfügung vom 6. März 2012 ab (IV-act. 155). Mit Verfügung vom 17. Juni 2014 trat die IV-Stelle auf ein erneutes Rentenerhöhungsgesuch vom 3. März 2014 nicht ein (IV-act. 181; IV-act. 190). Die dagegen erhobene Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons G.____ wurde als gegenstandslos abgeschrieben, nachdem die IV-Stelle die angefochtene Verfügung am 7. Oktober 2014 widerrufen hatte (IV-act. 191-2; IV-act. 200 f.). Nach Prüfung der eingeholten medizinischen Berichte (u.a. Arztbericht von Dr. I.____ vom 7. November 2014, IV-act. 204; Arztbericht des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPD) des Kantons G.____ vom 22. Dezember 2014 [Posteingang], IV-act. 205-1 ff.; Attest von Dr. I.____ vom 12. November 2015, IV-act. 217), veranlasste sie ein Gutachten beim Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB; Gutachten vom 7. Januar 2016; Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeine Medizin; Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie; Dr. med. Q.____, Facharzt für Neurologie; Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; lic. phil. R.____, Fachpsychologin Neuropsychologie; Untersuchungen vom 2. bis 5. November 2015; IV-act. 221). Die Experten diagnostizierten unter anderem (verkürzt wiedergegeben) ein

chronisches lumbovertebrogenes Syndrom mit eingeschränkter Beweglichkeit und aktivierten Facettenarthrosen und interspinösen Nearthrosen, ein chronisches cervicovertebrogenes Syndrom, eine mediale und femoropatelläre Gonarthrose beidseits (IV-act. 221-39 f.), eine Agoraphobie (ICD-10: F40.01), akzentuierte Persönlichkeitszüge bei Verdacht auf Persönlichkeitsstörung (ICD-10: Z73.1) sowie eine Lese- und Rechtschreibstörung (ICD-10: F81.0; IV-act. 221-55). Aus orthopädischer Sicht könnten leichte Tätigkeiten ohne häufiges Bücken und regelmässiges Heben und Tragen von Lasten über 5 kg durchgeführt werden. Die leidensangepasste Restarbeitsfähigkeit betrage aus orthopädischer Sicht 50 %. Aus psychiatrischer Sicht bestehe ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Diese Einschränkungen seien nicht zu kumulieren, es bestehe somit eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 50 % (IV-act. 221-55). Daraufhin beschied die IV-Stelle des Kantons G.____ der Versicherten mit Mitteilung vom 29. Dezember 2016 eine unveränderte IV-Rente (IV-act. 238) und trat die Akten am 2. Juni 2017 an die aufgrund eines Wohnortwechsels der Versicherten zuständig gewordene IV-Stelle des Kantons St. Gallen ab (IV-act. 244). Die Versicherte reichte am 7. Dezember 2017 bei der IV-Stelle St. Gallen ein Gesuch um Erhöhung ihrer Rente ein. Sie brachte vor, ihr Gesundheitszustand habe sich in den letzten Jahren zunehmend verschlechtert. Ihre Arthrose habe sich verschlimmert und zusätzlich sei eine Diskushernie aufgetreten (IV-act. 251; ärztliches Attest von Dr. I.____ vom 25. September 2017, IV-act. 252). Die IV-Stelle des Kantons St. Gallen holte verschiedene medizinische Berichte ein (u.a. des Psychiatrie-Zentrums J.____ vom 20. Juli 2017, IV-act. 263-13 ff., und vom 15. Oktober 2018, IV-act. 271; Attest von Dr. I.____ vom 25. September 2017, IV-act. 252; Bericht der funktionellen Untersuchung Schultern bds. vom 28. Februar 2018, IV-act. 253; Verlaufsbericht von Dr. I.____ vom 8. Juni 2018, IV-act. 266) und liess in der Folge durch die ZMB ein Verlaufsgutachten erstellen (Gutachten vom 11. Juli 2019, Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie; Dr. L.____, Facharzt für Allgemeine Medizin; PD Dr. med. M.____, Facharzt für Neurologie; Dr. med. N.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie; Dipl. Psych. O.____, Fachpsychologin Neuropsychologie FSP/GNP, M. Sc. P.____, Psychologin für Neuropsychologie; Untersuchungen vom 13. bis 29. Mai 2019, IV-act. 286). Die Gutachter stellten unter anderem (verkürzt) folgende Diagnosen: chronisches lumbovertebrogenes Syndrom mit eingeschränkter Beweglichkeit und symptomatischen Facettenarthrosen und interspinösen Nearthrosen beziehungsweise perisakralen Ligamentopathien bei residualer sensomotorischer L4 - Ausfallsymptomatik ohne aktuelle radikuläre Reizsymptome, ein chronisches cervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit cephaler Komponente mit lokalen Tendomyosen, Gonarthrosen medial und femoropatellär beidseits, eine Agoraphobie mit/bei Persönlichkeitsstörung sowie einen Zustand nach verschiedenen bariatrischen Eingriffen (IV-act. 286-10 f.). Sie befanden, aus somatischer Sicht ergäben sich gegenüber der Aktenlage zur Zeit der Mitteilung vom 29. Dezember 2016 keine wesentlichen Veränderungen des Gesundheitszustandes (IV-act. 286-14). Leichte Tätigkeiten überwiegend im Sitzen ohne Zwangshaltungen und häufiges Bücken, Knien und Kauern könnten zu 50 % durchgeführt werden (IV-act. 286-13). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 286-13). Im psychiatrischen Bereich werde aufgrund des Verlaufes und aufgrund des mässigen Erfolges der Therapie die Beurteilung verändert. Es werde nunmehr von einer Persönlichkeitsstörung ausgegangen. Der Aspekt der Agoraphobie mit Panikstörung sei weniger gewichtet beziehungsweise werde unter der Persönlichkeitsstörung subsumiert (IV-act. 286-15). Die Einschätzung gelte ab Gutachtenszeitpunkt. Die Arbeitsunfähigkeiten

addierten sich nicht, die Versicherte sei gesamthaft 50% arbeitsfähig (IV-act. 286-13). Der RAD-Arzt Dr. med. S.____, Facharzt für Prävention und Gesundheitswesen, nahm am 17. Juli 2019 Stellung, das Gutachten zeige plausibel auf, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten gegenüber der medizinischen Aktenlage, die der massgeblichen Mitteilung vom 29. Dezember 2016 zugrunde gelegen habe, nicht dauerhaft und objektivierbar mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verändert habe (IV-act. 289). Mit Vorbescheid vom 29. August 2019 gewährte die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Revisionsgesuchs (IV-act. 290) und wies mit Verfügung vom 8. November 2019 das Erhöhungsgesuch ab. Zur Begründung führte sie an, gemäss den erneuten Abklärungen bestehe in einer adaptierten Tätigkeit weiterhin eine verwertbare Arbeitsfähigkeit von 50 %. Den eingereichten Arztberichten könnten keine neuen relevanten Diagnosen entnommen werden, welche eine neue Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ermöglichen würden (IV-act. 295). Mit Beschwerde vom 30. November 2019 lässt A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. R. Walker, gegen die Verfügung vom 8. November 2019 Beschwerde erheben. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und es sei ihr die halbe auf eine ganze Rente zu erhöhen. Weiter sei ihr die unentgeltliche Rechtsvertretung zu bewilligen. Zur Begründung wird ausgeführt, es sei schlicht nicht nachvollziehbar, weshalb sich die diagnostizierten Beschwerden in den ersten vier Jahren (nach ihrem Auftreten) derart verschlimmert haben sollten, dass ihr eine halbe IV-Rente zugesprochen worden sei, während sich der Gesundheitszustand in den nachfolgenden 16 Jahren nicht mehr weiter verschlechtert haben solle. Sie leide unter massiven Rückenschmerzen. Ein geregelter Tagesablauf sei nur noch unter sehr grossen Einschränkungen möglich. Sie könne Aktivitäten wie Handarbeiten nur noch während einer halben Stunde ohne Unterbruch ausführen und habe im rechten Bein überhaupt kein Gefühl mehr, so dass sie grosse Angst habe, zu stürzen. Dr. I.____ bestätige gestützt auf bildgebende Befunde eine Zunahme der degenerativen LWS-Veränderungen, eine Spinalkanalstenose, eine ausgeprägte ACG-Arthrose und insbesondere eine intensive Zunahme der Schmerzintensität in den letzten Jahren. Zu den rein körperlichen Beschwerden, welche im Jahr 2002 zur Zusprechung einer halben IV-Rente geführt hätten, seien in den vergangenen Jahren neue psychiatrische Diagnosen sowie ausgeprägte neuropsychologische Befunde im Bereich der Aufmerksamkeit und der Gedächtnisleistung hinzugekommen, welche die Arbeitsfähigkeit zusätzlich einschränkten. Zu Unrecht sei vom psychiatrischen Gutachter das Vorliegen einer depressiven Störung verneint bzw. nicht abgeklärt worden. Es werde bestritten, dass die neuropsychologischen Testergebnisse nicht validierbar seien und dass sie anlässlich der neuropsychologischen Begutachtung eine verminderte Motivations- und Leistungsbereitschaft gezeigt hätte. Die diesbezüglichen Ausführungen seien widersprüchlich und nicht substantiiert begründet. Mindestens wäre ihr das rechtliche Gehör zu dieser Einschätzung zu gewähren. Da sie keine Kenntnis davon habe, auf welche Antworten und Aussagen sich die Gutachterin beziehe, sei es ihr nicht möglich, Stellung zu nehmen. Nicht nachvollziehbar sei zudem, weshalb in der Konsensbeurteilung die von der Neuropsychologin erhobenen Befunde mit keinem Wort gewürdigt und überhaupt nicht in die Gesamtbeurteilung miteinbezogen worden seien. Es bestehe eine ausgesprochene Multimorbidität, weshalb die somatische und die psychiatrische / neuropsychologische Arbeitsunfähigkeit addiert werden müssten. Die Verfügung sei mit dem pauschalen Verweis auf das ZMB-Gutachten unzureichend begründet (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 17. Januar 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin, die

Beschwerde sei abzuweisen. Zum Gutachten führt sie aus, es zeigten sich keine Hinweise, dass die Beschwerdeführerin nicht umfassend und kompetent untersucht worden sei. Die medizinischen Vorakten hätten den Gutachtern zur Verfügung gestanden und diese hätten die Anamnese berücksichtigt. Eine detaillierte Auseinandersetzung mit sämtlichen Einschätzungen der behandelnden Ärzte sei nicht Voraussetzung für die Vollständigkeit eines Gutachtens. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Einschränkungen seien umfassend diskutiert worden. Das Vorliegen einer depressiven Störung sei bereits im Gutachten vom Januar 2016 verneint worden. In somatischer Hinsicht habe eine entscheidende Veränderung des Gesundheitszustandes mit relevanter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht erkannt werden können. Es sei üblich, dass die einzelnen Tests im neuropsychologischen, nicht aber im psychiatrischen Gutachten aufgeführt würden. Gemäss einer Stellungnahme der RAD-Ärzte Dres. S. ___ und T. ___, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Januar 2020 (act. G 3.3) habe der psychiatrische Gutachter wohlwollend darauf verzichtet, den in der Beschwerdevalidierung festgestellten Kooperationsmangel nachteilig für die Beschwerdeführerin zu diskutieren und die festgestellten Einschränkungen trotzdem für valide erachtet. Auch bei der orthopädischen und neurologischen Untersuchung habe es deutliche Hinweise auf Unstimmigkeiten gegeben. Dass die somatisch und die psychiatrisch begründeten Arbeitsfähigkeiten nicht zu addieren seien, entspreche der Rechtsprechung und dem Zweck interdisziplinärer Gutachten. Der RAD-Arzt Dr. S. ___ halte sodann fest, dass das Gutachten des ZMB plausibel aufzeige, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gegenüber der der Mitteilung vom 29. Dezember 2016 zugrundeliegenden Aktenlage nicht dauerhaft und objektivierbar mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verändert habe. Zudem räumten therapeutisch behandelnde Ärzte dem subjektiven Erleben des Patienten einen höheren Stellenwert ein. Die behandelnden Ärzte benannten keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet wären, zu einer von den Gutachtern abweichenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu führen. Der Verweis auf die neuen medizinischen Abklärungen genüge den Anforderungen der Rechtsprechung an die Begründungspflicht (act. G 3). Die Präsidentin bewilligt der Beschwerdeführerin am 20. Januar 2020 die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverbeiständung; act. G 4). Mit Replik vom 17. März 2020 legt die Beschwerdeführerin ein Attest von Dr. I. ___ vom 3. März 2020 (act. G 8.1) und einen Befundbericht MRI LWS/ISG vom 3. März 2020 (act. G 8.2) ins Recht. Sie lässt vorbringen, gemäss dieser Berichte sei erwiesen, dass sie unter einer fortschreitenden Gelenkserkrankung leide, die sich im Verlauf von 2016 bis 2019 in mehreren Bereichen massiv verschlechtert habe, wobei auch neue Arthrosen aufgetreten sein. Im Rahmen der Begutachtung sei keine aktuelle MRI-Untersuchung durchgeführt worden, die einen Vergleich mit der MRI-Untersuchung vom 27. Oktober 2016 erlaube, was gegen das Untersuchungsprinzip verstosse. Nichtsdestoweniger hätten auch die erhobenen Röntgenbefunde einen progredienten Krankheitsverlauf und neu auftretende, beginnende Arthrosen dokumentiert, weshalb der gutachterliche Schluss, es ergebe sich im somatischen Bereich keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes, willkürlich sei. Der in der neuropsychologischen Beurteilung unterstellte Kooperationsmangel sei nicht nachvollziehbar. Sie leide zunehmend an Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen mit unmittelbaren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die Verhaltensbeobachtung belegten ihre Mühe, sich über einen längeren Zeitraum hinweg zu konzentrieren und hätten keine Hinweise auf bewusste Selbstlimitierung bzw. Symptomverdeutlichung ergeben. Die

Ausführungen der Gutachterin, wonach eine definitive Simulation nicht vorhanden sei und dennoch eine Antwortverzerrung vorliege, seien widersprüchlich. Formulierungen der Gutachterin wie "am ehesten" und dergleichen liessen auf eine Voreingenommenheit schliessen. Die Gutachterin anerkenne zwar eine neuropsychologische Störung, die jedoch nicht quantifizierbar sei. Dennoch postuliere sie den Einsatz von Hilfsmitteln, die nur an geschützten Arbeitsplätzen angewandt würden. Das neuropsychologische Gutachten sei lückenhaft, widersprüchlich und die erhobenen Befunde würden nicht bezüglich ihrer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewertet. Dass sich die somatischer- und psychiatrischerseits attestierten Arbeitsunfähigkeiten nicht addierten, treffe nicht zu. Während sie bei guter psychischer Gesundheit wohl in der Lage wäre, trotz ihrer objektiv festgestellten somatischen Einschränkungen und der chronischen Schmerzen 50 % zu arbeiten, sei das aufgrund ihrer neuropsychologischen Einschränkungen und der Agoraphobie gerade nicht der Fall. Insgesamt zeige sich im neuropsychologischen Bereich eine massive Verschlechterung seit dem Gutachten vom 7. Januar 2016. Die neuropsychologische Gutachterin stelle auf "gewisse Aussagen" der Beschwerdeführerin ab, ohne diese zu substantiieren und ihr somit eine Stellungnahme zu ermöglichen. Das neuropsychologische Gutachten sei widersprüchlich und stelle nicht auf die objektiv erhobenen Befunde ab (act. 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 10). Auf die Vorbringen der Verfahrensbeteiligten zur Begründung ihrer Anträge sowie die Akten wird, soweit für den Entscheid relevant, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 141 V 289 E. 3.2). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) und psychische Erkrankungen (wie namentlich Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen) ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 145 V 226 E. 6; BGE 143 V 429 E. 7.2; BGE 141 V 294 f., E. 3.5 f. und S. 298, E. 4.2). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist.

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C_801/2018, E. 4.3). Die Rechtsanwender prüfen insbesondere, ob die Ärzte ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 1 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektiver Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG). Recht und Medizin tragen je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten zur Festlegung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 307, E. 5.2.2 f., BGE 144 V 54, E. 4.3). Berücksichtigen die Experten die in BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend, hat ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung auch aus Sicht des Rechtsanwenders Bestand. Andernfalls liegt ein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen davon gebietet (BGE 145 V 368 f., E. 4.3). Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Versicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 61 Rz. 107). Im Sozialversicherungsrecht hat

das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). 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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes revidierbar. Dagegen stellt die unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit allein keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 144 I 105 E. 2.1). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads ist bei der Prüfung eines Gesuchs um Erhöhung der Rente wie auch bei der Prüfung einer Rentenanpassung von Amtes wegen die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108; BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2020, 9C_235/2020, E. 3.1). Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Bei gegebenem Revisionsgrund ist der Rentenanspruch gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung umfassend neu zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 und E. 6.1; Urteil vom 5. Dezember 2012, 9C_427/2012, E. 3.4). Die Beschwerdeführerin bemängelt eine Verletzung ihres rechtlichen Gehörs, indem die Beschwerdegegnerin insbesondere in Bezug auf das Verhältnis zwischen der somatisch und der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit lediglich auf das Gutachten verweise, und sie macht geltend, die neuropsychologische Gutachterin beziehe sich auf Aussagen, aus der sie eine ungenügende Kooperation ableite, ohne diese zu benennen und ihr damit Möglichkeit zur Stellungnahme zu geben. Der in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101), in Art. 42 sowie in Art. 49 Abs. 3 ATSG festgeschriebene Anspruch auf rechtliches Gehör bzw. auf eine diesem genügende Begründung der Verfügung ist gewahrt, wenn die Begründung eine sachgerechte Anfechtung ermöglicht. Nicht erforderlich ist, dass sich die Verwaltung vorgängig mit jedem einzelnen Parteivorbringen einlässlich befasst (vgl. BGE 136 I 188 E. 2.2.1; Urteil des Bundesgerichts vom 10. Februar 2017, 8C_785/2016, E. 5.2; Kieser, a.a.O., Art. 42 Rz. 4 ff., Art. 49 Rz. 66). In der angefochtenen Verfügung wird festgehalten, dass gemäss erneuten medizinischen Abklärungen in einer adaptierten Tätigkeit weiterhin eine verwertbare Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe. Dies entspricht dem gutachterlichen Konsens (IV-act. 286-13) und bereits aus der Angabe der Höhe der gesamten Arbeitsunfähigkeit ergibt sich, dass die somatische und psychiatrische Arbeitsunfähigkeit von je 50 % nach der von der Beschwerdegegnerin übernommenen Meinung der Gutachter nicht addiert wurden. Ausdrücklich bestritten wurde diese Ansicht erst im Beschwerdeverfahren, weshalb die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung noch nicht gehalten war, näher auf diese Frage einzugehen. Diese betrifft somit die Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit des gutachterlichen Konsenses und ist in diesem Zusammenhang näher zu erörtern. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt

diesbezüglich nicht vor. Zu den im Vorbescheidverfahren eingereichten Berichten äussert sich die angefochtene Verfügung dahingehend, dass diesen keine neuen Diagnosen entnommen werden könnten, welche eine neue Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nahelegen würden. Diese Feststellung lässt eine sachgerechte Anfechtung zu. Ähnliches wie für die Addition der Arbeitsunfähigkeit gilt auch für das Vorbringen, die neuropsychologische Gutachterin habe nicht dargelegt, aus welchen Aussagen sie den Schluss auf mangelnde Kooperation und Motivation ziehe, so dass sie dazu nicht Stellung nehmen könne. Letztlich geht es hier um die Nachvollziehbarkeit der Argumentation des neuropsychologischen Gutachtens. Dies stellt allerdings eine Frage der korrekten Beweiswürdigung dar und keine Verletzung des rechtlichen Gehörs. Damit kam die Beschwerdegegnerin ihrer Begründungspflicht nach und der Gehörsanspruch der Beschwerdeführerin wurde nicht verletzt. Aus den von der Beschwerdeführerin zitierten Formulierungen der neuropsychologischen Gutachterin (Duplik, S. 5) lässt sich sodann nicht auf eine Voreingenommenheit dieser schliessen; hierzu bedürfte es weiterer, die konkrete Begutachtung betreffende Umstände (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2020, 9C_25/2020, E. 5.1.2.2). Vorab ist zu prüfen, ob ein Revisionsgrund vorliegt. Während die Beschwerdegegnerin davon ausgeht, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht wesentlich verändert habe, bringt jene vor, ihr Gesundheitszustand habe sich in verschiedener Hinsicht bedeutend verschlechtert. Gestützt auf das ZMB-Gutachten vom 7. Januar 2016 (IV-act. 221) erliess die IV-Stelle des Kantons G. am 29. Dezember 2016 die Mitteilung, die Beschwerdeführerin habe unverändert Anspruch auf eine halbe IV-Rente (IV-act. 238). Diese Mitteilung beruhte auf einer vollständigen Sachverhaltsabklärung und bildet somit revisionsrechtlich den Referenzsachverhalt. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist damit nicht der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache vor 16 Jahren massgebend. Am 7. Dezember 2017 teilte die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin mit, ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (IV-act. 251). Diese erachtete die Eintretensvoraussetzungen gemäss Art. 87 Abs. 2 IVV als gegeben und gab zur Klärung dieser Frage das Verlaufsgutachten vom 11. Juli 2019 (IV-act. 286) in Auftrag. Die Gutachter verneinten eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes (vgl. IV-act. 286-14 f., sowie Sachverhalt A.i.). Somit ist im Folgenden zu prüfen, ob das Gutachten (diesbezüglich) beweistauglich ist. Die Erhebung und Beurteilung der Beschwerden und Befunde erfolgte umfassend. Insoweit genügt das Gutachten den Anforderungen der Rechtsprechung grundsätzlich. Im orthopädischen und neurologischen Gutachten wurden hinsichtlich der LWS im Verlaufsgutachten ein chronisches lumbovertebrogenes Syndrom mit eingeschränkter Beweglichkeit, symptomatischen Facettenarthrosen und interspinösen Nerarthrosen diagnostiziert bei u.a. Osteochondrosen und Spondylarthrosen höheren Grades mehrsegmental, neuroforaminalen Stenosen unterschiedlichen Grades zwischen L3 und S1 bei Diskopathien und Spondylarthrosen speziell bei L5/S1 (IV-act. 286-38). Klinisch wurde bereits bei der Erstbegutachtung im 2016 eine ausgeprägte lumbale Hyperlordosierung festgestellt und ein Schober 10/13 cm sowie ein FBA von minimal ca. 30 cm bei endgradiger Schmerzäusserung und Druckschmerz über den lumbalen unteren Segmenten sowie eine Reklinationsschmerzangabe erhoben (IV-act. 221-38). Im Verlaufsbefund erhob der orthopädische Gutachter einen FBA von minimal ca. 40 cm bei endgradigen Schmerzen und Druckschmerzen über den unteren beiden lumbalen Segmenten und Schmerzangabe bei Reklination, Torsion sowie Palpation. Im Langsitz betrage der Finger-Zehen-Abstand 15 cm (IV-act. 286-35). Bildgebend gelangten in der MRI-Untersuchung vom 1. September

2017 wie bereits in der Voruntersuchungen vom 22. Juli 2013 und vom 11. Oktober 2016 Osteochondrosen sowie Diskushernien bzw. -protrusionen in den Segmenten LWK 3 bis SWK 1 zur Darstellung, wobei aktuell eine Kompression der Wurzeln L3 rechts, S1 und L5 links sowie eine enge Lagebeziehung zur Wurzel L4 rechts vorlagen, während die Voruntersuchungen Kompressionen der Wurzeln L5 links und L4 rechts (IV-act. 186-4 f.) und zusätzlich eine mögliche Reizung der L3-Wurzel rechts sowie leichte bzw. leicht aktivierte Facettengelenksarthrosen in den Segmenten L3 bis S1 (IV-act. 234) aufgezeigt hatten. Elektromyographisch liessen sich geringe chronisch neurogene Veränderungen mit Schwerpunkt im Myotom L4 rechts erheben (IV-act. 286-53, 54). Gemeinsam folgerten der orthopädische und der neurologische Gutachter, es bestehe ein fortgeschrittenes degeneratives Leiden der LWS mit eingeschränkter Beweglichkeit und mit residualen sensomotorischen Ausfallkomponenten L4 rechts, jedoch ohne Hinweise auf aktuelle radikuläre Reizerscheinungen (IV-act. 286-39 f.). Die beklagten belastungsabhängigen lumbalen Schmerzen seien mit den durch die Bildgebung dokumentierten degenerativen Veränderungen vereinbar. Hingegen ergäben sich nach dem Charakter und dem Verteilungsmuster keine radikulären Reizsymptome bzw. Hinweise auf ein radikuläres Schmerzsyndrom an den unteren Extremitäten (IV-act. 286-53). Die erwähnte L4-Symptomatik war im Vorgutachten auf die Operation von 1988 zurückgeführt worden (vgl. IV-act. 221-48); sie bestand demnach schon im Referenzzeitpunkt. Der neu eingereichte MRI-Befund vom 3. März 2020 dokumentiert im Wesentlichen aktivierte Facettengelenksarthrosen LWK 2 bis LWK 4 sowie mögliche Reizungen bzw. Kompressionen der Wurzeln L3, L4 und L5 rechts sowie L5 und S1 links (act. G 8.2). Weiter berichtet Dr. I. ___ im Attest vom 3. März 2020 unter anderem von einer ISG-Arthrose links (act. G 8.1). Der MRI-Befund vom 3. März 2020 verzeichnet eine leicht progrediente Arthrose des linken ISG (vgl. act. G 8.2), während die ISG im der Verlaufsbeurteilung zugrundeliegenden MRI-Befund vom 1. September 2017 noch unauffällig waren (IV-act. 258-2). Insgesamt ist festzuhalten, dass die Facettengelenksarthrosen der LWS schon im Zeitpunkt der Verlaufsbeurteilung symptomatisch waren und sich aus dem Attest von Dr. I. ___ vom 3. März 2020 nicht ergibt, dass zu diesem Zeitpunkt eine massgebliche ISG-Symptomatik bestanden hätte. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass grundsätzlich der Sachverhalt massgebend ist, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Verfügungslasses (hier am 8. November 2019) präsentiert hat. (vgl. BGE 131 V 243 E. 2.1; BGE 129 V 4 E. 1.2 und Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.1, mit Verweisen). Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach diesem Zeitpunkt wäre allenfalls Anlass für ein neues Revisionsgesuch. Vorliegend ist nachvollziehbar, dass sich mit Bezug auf die LWS der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im massgeblichen Zeitraum nicht beträchtlich verschlechtert hat. Weiter diagnostizierten die Gutachter ein cervikovertebrogenes Syndrom ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik bei u.a. symptomatischen Facettenarthrosen, oligosegmentaler Osteochondrose und Unkovertebralarthrose, linksmediolateraler Diskusprotrusion HWK 6/7 mit Einengung des linken Neuroforamens sowie eine Diskusprotrusion HWK 5/6 rechts (IV-act. 286-38, 52). Im der Verlaufsbeurteilung zugrunde gelegenen MRI vom 27. Oktober 2016 waren in den Segmenten C5 bis C7 Osteochondrosen, eine initiale Spondylosis, Unkovertebralarthrosen und Diskusprotrusionen mit möglicher Irritation der Wurzeln C7 links und C6 rechts ersichtlich. Im Befundbericht wurde festgehalten, im Vergleich zur Voruntersuchung (vom 6. November 2014, IV-act. 204-6; vgl. auch IV-act. 221-40, 47) bestehe keine wesentliche

Progredienz (IV-act. 259). Im klinischen Befund erhob der Gutachter keine Einschränkung der Beweglichkeit und Druckschmerzen an den cervikothorakalen Facetten und Dornfortsätzen (IV-act. 286-35). Er führte aus, die cervikale Symptomatik sei leichtgradig und wäre einer adäquaten Therapie zugänglich (IV-act. 286-40). Die degenerativen Veränderungen führten auch hier ausschliesslich zu einer qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 286-54). Im Zusammenhang mit den HWS-Befunden stehe auch die diffuse tendomyotische Schmerzhaftigkeit im Schulterbereich bei Verkürzung des Musculus pectoralis, Schulterprotraktion und ACG-Irritation, die ihre Entsprechung finde in den funktionellen Ultraschall-Untersuchungen vom 28. Februar 2018. Diese hätten lediglich eine ACG-Arthrose beidseits ergeben. Somit sei der Schmerzkomplex im HWS-/Schulterbereich in erster Linie durch die muskuläre Dysbalance bei Haltungsinsuffizienz und Adipositas geprägt (IV-act. 286-40). Im klinischen Befund des Referenzgutachtens wurden Druckschmerzen suboccipital an den Muskelansätzen, an den cervicothoracalen Facetten und den Dornfortsätzen erhoben (IV-act. 221-38). Ebenfalls schon im Referenzgutachten von 2016 beschrieben wurden damals seit eineinhalb Jahren bestehende, für eine Haltungsinsuffizienz charakteristische Schulterbeschwerden mit entsprechenden Druckdolenzen und bei uneingeschränkter Funktion der Schultergelenke (IV-act. 221-42). Es wurde festgehalten, radiologisch lasse sich eine radikuläre Irritation und sensible Symptomatik in C6 vermuten, nennenswerte radikuläre Ausfälle seien (jedoch) nicht objektivierbar (IV-act. 221-48 f.). Im Attest vom 3. März 2020 zitierte Dr. I. ___ einen weiteren MRI-Befund vom 25. Februar 2020, wonach progrediente Veränderungen mit Kompression C6 rechts und C7 beidseits vorliegen würden (act. G 8.1). Dass sich die Kompression der Wurzel C7 neu auch rechts auf die Beschwerdesymptomatik und damit auf die Arbeitsfähigkeit in einer im Verlaufsgutachten nicht berücksichtigten Weise auswirken würde, wird nicht dargetan. Somit ist auch für den Bereich HWS/Schultern keine massgebliche Verschlechterung anzunehmen. Die Beschwerdeführerin schilderte bei der Verlaufsbeurteilung Schmerzen an der Aussenseite beider Hüften, die sich nach der zweiten Bandscheibenoperation entwickelt und sich seither stetig verstärkt hätten (IV-act. 286-33). Es fand sich eine Trochanterdynie beidseits bei initialer Coxarthrose beidseits, ohne dass die Beweglichkeit der Hüfte relevant eingeschränkt war (IV-act. 286-38, 41). Bei der Vorbeurteilung wurde eine damals symptomfreie Coxarthrose rechts mit Osteophyten an Hüftkopf und -pfanne erhoben (IV-act. 221-41, 43). Bezüglich der Kniegelenke beklagte die Beschwerdeführerin Schmerzen nach Belastung. Im Röntgenbefund vom 15. Mai 2019 wurde eine Gonarthrose medial und femoropatellär festgestellt, jedoch wurden wie in der Vorbeurteilung lediglich geringe Symptome geschildert (IV-act. 286-33, 38, 41). Insoweit nachvollziehbar hielten die Gutachter fest, im somatischen Bereich ergebe sich im Vergleich zu der Mitteilung vom 29. Dezember 2016 zugrunde liegenden Aktenlage keine wesentlichen Veränderungen des Gesundheitszustandes. Es handle sich weitgehend um Verschleissprozesse, welche naturgemäss langsam progredient seien. Entscheidende Veränderungen mit relevanter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten jedoch nicht erkannt werden können (IV-act. 286-14 f.). Insgesamt lässt sich somit in somatischer Hinsicht seit 2016 keine wesentliche Verschlechterung ausmachen (vgl. auch IV-act. 286-14, 41). Vielmehr stellten die Gutachter Inkonsistenzen fest: So liessen sich die angegebenen extrem starken Schmerzen bei den Untersuchungen nicht feststellen. Die Waddellzeichen fielen teilweise positiv aus (IV-act. 286-13). Aus neurologischer Sicht waren die geklagten Beschwerden nur teilweise objektivierbar (IV-act. 286-7). Die psychiatrische Gutachterin diagnostizierte

in der Verlaufsbeurteilung eine Agoraphobie mit/bei abhängiger Persönlichkeitsstörung sowie eine Lese- und Rechtsschreibstörung (IV-act. 286-66). Im Referenzgutachten hatte sie nebst der Lese- und Rechtsschreibstörung eine Agoraphobie und akzentuierte Persönlichkeitszüge bei Verdacht auf Persönlichkeitsstörung (ICD-10: Z73.1) gesondert diagnostiziert (IV-act. 221-55) und festgehalten, es bestehe der Verdacht, dass die Beschwerdeführerin eine Persönlichkeitsstörung habe. Wegen fehlender entsprechender Vorberichte könne keine definitive Diagnose gestellt werden (IV-act. 221-67). Im Verlaufsgutachten begründete sie die Änderung der Diagnose mit dem Verlauf und dem mässigen Therapieerfolg (IV-act. 286-15). Zusätzlich zu den Diagnosen der Gutachterin diagnostizierten die behandelnden Fachärzte eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichter bis mittelgradiger (Arztbericht SPD vom 22. Dezember 2014 [Posteingang], IV-act. 205-2 f.) bzw. mittelgradiger Episode (Arztbericht des Psychiatrie-Zentrums J.____ vom 15. Oktober 2018, IV-act. 271). Die Gutachterin hielt im Verlaufsgutachten fest, im Vergleich zur Vorbeurteilung habe sich der Befund verbessert (IV-act. 286-69). Während sie im Referenzgutachten noch eine abnehmende Konzentration feststellte, war dies in der Verlaufsbeurteilung - entgegen der neuropsychologische Testergebnisse und der Schilderung der Beschwerdeführerin - nicht mehr der Fall; unverändert bestanden keine Hinweise auf Aufmerksamkeits- oder Merkfähigkeitsstörungen (IV-act. 286-66; IV-act. 224-54). Hinweise auf eine depressive Symptomatik oder eine Somatisierungsstörung fand die Gutachterin nicht (IV-act. 286-68). Sie hielt fest, die Stimmungslage sei ausgeglichen und lediglich bei belastenden Themen bedrückt, dazwischen könne die Beschwerdeführerin auch Freude zeigen. Ein affektiver Rapport sei herstellbar und unauffällig. Es würden Zukunftsängste und finanzielle Ängste angegeben. Ob ein sozialer Rückzug vorliege, sei unklar, da die Beschwerdeführerin immer mit ihrem Ehemann unterwegs sei (IV-act. 286-66). Das Psychiatrie-Zentrum berichtete im Befund vom 29. August 2018 über mittelgradige Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, das Gedächtnis sei intakt, das Denken leicht verlangsamt und stark eingengt auf die aktuell belastende Situation und die körperlichen Beschwerden. Es bestünden starke existentielle Ängste und Angst, zu stürzen und sich dabei zu verletzen mit gekoppeltem Vermeidungsverhalten. Der affektive Rapport sei herstellbar, die Schwingungsfähigkeit sei leicht eingeschränkt, die Vitalgefühle seien gestört. Die Beschwerdeführerin sei mittelgradig deprimiert, ängstlich, dysphorisch, gereizt, innerlich unruhig und klagsam. Es finde sich eine leichte Affektlabilität und der Antrieb sei reduziert (IV-act. 271-3). In Anbetracht der im Verlaufsgutachten und durch die behandelnden Ärzte dokumentierten Befunde ist nachvollziehbar, dass die psychiatrische Gutachterin insgesamt von einem gebesserten psychischen Zustand ausgeht (IV-act. 286, 10, 64) und es ist davon auszugehen, dass sich im Zeitraum zwischen der Referenz- und der Verlaufsbeurteilung zwar vorübergehend eine leichte bis mittelgradige Depression einstellte, jedoch nicht mit andauernder wesentlicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und mit Remission bis zur Verlaufsbeurteilung. Soweit die Beschwerdeführerin die Schlüssigkeit des Verlaufsgutachtens mit dem Argument anzweifelt, die Dauer der Explorationsgespräche sei zu kurz gewesen, ist ihm entgegenzuhalten, dass es nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Mai 2020, 8C_767/2019, E. 3.4, mit weiteren Hinweisen). Die neuropsychologische Gutachterin kam zum Ergebnis, gemessen an den objektivierbaren testpsychologischen Befunden liege eine mittel- bis schwergradige neuropsychologische Störung vor. In der Verhaltensbeobachtung hätten sich

keine Hinweise auf eine bewusste Selbstlimitierung bzw. Symptomverdeutlichung ergeben. Im Symptomvalidierungsverfahren hätten sich jedoch Auffälligkeiten gezeigt, mit Testleistungen im Bereich einer Ratewahrscheinlichkeit. Diese belegten zwar keine definitive Simulation, gäben aber dennoch Hinweis auf eine Antwortverzerrung. Ausserdem scheine der Beschwerdeführerin nicht bewusst gewesen zu sein, dass sie durch bestimmte Aussagen bei der Untersucherin den Eindruck einer verminderten Leistungsbereitschaft hinterlassen habe. Unter Berücksichtigung der Auffälligkeiten im Symptomvalidierungsverfahren mit einem Resultat im Bereich der Ratewahrscheinlichkeit und der massiven Inkonsistenzen zwischen der 2015 mit einem Gesamtintelligenzquotienten von 98 stattgefundenen und der aktuellen Intelligenztestung mit einem IQ von 65 sei die Validität der Befunde nicht gegeben und das tatsächliche kognitive Leistungsniveau somit nicht abschätzbar (IV-act. 286-80 f.). Die Beschwerdeführerin bemängelt die fehlende Kohärenz dieser Aussagen und die nicht erfolgte Substantiierung der auf eine verminderte Leistungsbereitschaft hindeutenden Aussagen. Dies dürfte im Zusammenhang mit dem als teilweise willkürlichen Antwortverhalten gesehen werden, das die Gutachterin einleitend beschrieb (IV-act. 286-76). Insgesamt lassen sich die Aussagen der neuropsychologischen Gutachterin dahingehend verstehen, dass sie nicht den Eindruck hatte, die Beschwerdeführerin wolle Ergebnisse verfälschen, sondern dass diese die Aufgaben zu wenig ernst nahm beziehungsweise dazu motiviert werden musste. So betrachtet erscheint die Unterscheidung zwischen Simulation und Antwortverzerrung schlüssig. Nachvollziehbar ist auch, dass eine quantitative Einschätzung neurokognitiver Einschränkungen nicht möglich war, auch wenn die aufgezeigten Inkonsistenzen nicht bewusst oder absichtlich hervorgerufen wurden. Folglich konnte die geltend gemachte verstärkte neuropsychologische Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit durch die psychiatrische Gutachterin nicht berücksichtigt werden. Die psychiatrische Gutachterin führte aus, die Beschwerdeführerin sei in der Lage, sich an alltägliche Regeln und Routine anzupassen. Manchmal reagiere sie impulsiv, dies vor allem wenn sie sich ungerecht behandelt fühle. Trotz der Schwierigkeiten beim Schreiben und Lesen sei sie in der Lage, die Administration zu erledigen und sich entsprechend Hilfe zu suchen. In Begleitung könne sie sich frei bewegen und alle Dinge des täglichen Bedarfs erledigen. Das soziale Leben sei auf den Partner zentriert. Die Beschwerdeführerin habe selbständig Portugiesisch gelernt und lebe in einer stabilen Partnerschaft. Wie aus den Akten hervorgehe, sei sie zuverlässig und pünktlich, zeige Einsatzbereitschaft und erfasse die Aufgaben schnell (IV-act. 286-69). Sie attestierte unverändert zum Vorgutachten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (IV-act. 286-69). Die behandelnde psychiatrische Fachärztin des SPD begründete ihre Einschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit mit Einschränkungen der kognitiven Funktionen, verminderter Belastbarkeit, Müdigkeit, starken Schmerzen und Immobilität (IV-act. 205-4 f.). Im Arztbericht des Psychiatrie-Zentrums J.____ vom 15. Oktober 2018 wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin werde seit dem 12. Juli 2017 (aufgrund des Wohnortwechsels) in monatlichem Rhythmus mit bedarfsweise zusätzlichen ärztlichen Konsultationen ambulant behandelt. Der chronische Verlauf, die körperlichen Beeinträchtigungen sowie das aktuelle klinische Bild und die Rückmeldungen der Verantwortlichen auf dem zweiten Arbeitsmarkt sprächen für Einschränkungen hinsichtlich der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit und der Kontaktfähigkeit zu Dritten.

Aus diesen Gründen sei die Prognose für den ersten Arbeitsmarkt eher ungünstig. Eine Tätigkeit im geschützten Rahmen scheine eher möglich (IV-act. 271). Gegenüber dem Gutachten vom 7. Januar 2017 hatten sie sich insoweit kritisch geäußert, als die psychischen und körperlichen Defizite nicht kumuliert und die Persönlichkeitsstörung sowie die ca. zehnjährige Abhängigkeitserkrankung durch Alkohol zuwenig beachtet worden seien (Schlussbericht Behandlung vom 29.2017 [richtig wohl: 29. Juni 2017], IV-act. 263-16 f.). Zusammenfassend macht die Beschwerdeführerin eine Zunahme der Einschränkungen geltend, die sich jedoch nicht durch Befunde objektivieren lässt. Entgegen der Angaben der Beschwerdeführerin konnte die psychiatrische Gutachterin keine Aufmerksamkeits-, Konzentrations- oder Merkstörungen während der zweistündigen Untersuchung feststellen (siehe auch E. 5.4.1). Im Übrigen würde die von der Beschwerdeführerin angebotene Befragung an den von der Fachperson erhobenen Befunden nichts ändern. Die psychiatrische Gutachterin schildert verständlich die dysfunktionalen Auswirkungen des Verhaltens des Ehemannes, welcher die Selbstlimitierung und das Vermeidungsverhalten der Beschwerdeführerin unterstütze (IV-act. 286-67 f.). Der Vergleich der Angaben zum Tagesablauf im Vorgutachten (IV-act. 221-51 f.) und im Verlaufsgutachten (IV-act. 286-27, 61 f.) lassen ebenfalls nicht auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes schliessen. Sodann fällt auf, dass im Verlaufsgutachten im Gegensatz zum Vorgutachten mehr Inkonsistenzen aufgeführt wurden. Die neuropsychologische Testung vom 2. November 2015 ergab eine durchschnittliche Intelligenz, eine deutliche Leseschwäche, Schreiben sei nicht möglich, die selektive Aufmerksamkeit und die Merkfähigkeit von Wörtern seien deutlich vermindert. Die Validitätsprüfung war dazumal unauffällig (IV-act. 221-62). Die psychiatrische Gutachterin begründete die damalige Einschätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit mit der Agoraphobie und der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin (IV-act. 221-56), nicht aber mit kognitiven Einschränkungen. Nachdem die neuropsychologische Testung im Rahmen der Verlaufsbeurteilung nicht mehr valide war, ist diesbezüglich nicht von einer Änderung auszugehen. Allerdings wurden die im neuropsychologischen Gutachten festgestellten Beeinträchtigungen (Adaptionskriterien, IV-act. 286-83) in den Bereichen Lesen und Rechtschreibung auch im psychiatrischen Gutachten erhoben und fanden Eingang in die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Inkonsistenzen wurden auch in der orthopädischen und neurologischen Verlaufsbeurteilung festgestellt (vgl. E. 5.3). Sodann gab die Beschwerdeführerin an, dass sie aufgrund des niedrigen Lohnes nicht bereit wäre, im zweiten Arbeitsmarkt tätig zu sein (IV-act. 286-9, 63), und die psychiatrische Gutachterin konstatierte keinen grossen Leidensdruck (IV-act. 286-9). Im Konsens kamen die Gutachter überein, die somatisch und die psychiatrisch begründeten Arbeitsunfähigkeiten würden sich nicht addieren (IV-act. 286-13). Die Beschwerdeführerin lässt diesbezüglich vorbringen, die Arbeitsunfähigkeiten im somatischen und im neuropsychologisch/psychiatrischen Bereich seien zu addieren, weil die zunehmende Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit auch die Fähigkeit herabsetze, die aus somatischer Sicht vorhandene 50%ige Leistungsfähigkeit auszunutzen (act. G 8-8). Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Beurteilung mitwirkenden Fachärzte erfolgt. Häufig besteht kein Anlass, unter verschiedenen medizinischen Titeln ausgewiesene Teilarbeitsunfähigkeiten zu kumulieren, da der Umfang der grössten Teileinschränkung auch die weiteren Entlastungserfordernisse abdeckt. Selbst wenn sich beispielsweise neben einer aus psychiatrischer Sicht

eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zusätzlich noch eine somatisch begründbare "quantitative" Arbeitsunfähigkeit isoliert darstellen liesse, könnte daraus nicht ohne weiteres auf eine Erhöhung der insgesamt, aus sämtlichen Beschwerden resultierenden Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden. Ob sich die einzelnen aus mehreren Behinderungen resultierenden Einschränkungsggrade summieren und in welchem Masse, betrifft eine spezifisch medizinische Problematik und Einschätzung, von der das Gericht grundsätzlich nicht abrückt (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Oktober 2020, 8C_483/2020, E. 4.1, mit weiteren Hinweisen). Bereits im Referenzgutachten wurde festgehalten, die somatisch und die psychiatrisch begründeten Arbeitsunfähigkeiten seien nicht zu addieren (IV-act. 221-68). Gegenüber diesem ist nach dem Gesagten keine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Im Schlussbericht des SPD vom 29.2017 (richtig wohl: 29. Juni 2017, IV-act. 263-16 f.) wird zwar moniert, dass die Arbeitsunfähigkeiten nicht zusammengezählt worden seien; eine Begründung hierfür lässt sich dem Bericht jedoch nicht entnehmen. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass im Revisionsverfahren nach Art. 17 ATSG nur seit dem Referenzzeitpunkt eingetretene Änderungen massgeblich sind. Dass sich seit der Referenzbegutachtung in objektiver Hinsicht neue Befunde ergeben hätten, welche nunmehr eine Kumulation der Arbeitsunfähigkeiten begründen würden, ist nach dem Gesagten weder den Berichten der behandelnden Ärzte noch dem Verlaufsgutachten zu entnehmen. Insgesamt ist daher mit den Gutachtern von einer nach wie vor 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Zusammenfassend lässt sich gegenüber 2016 weder im somatischen noch im psychischen Gesundheitszustand eine relevante Veränderung erheben. Die Beschwerdeführerin hat unverändert Anspruch auf eine halbe Rente. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung des Kantons St. Gallen (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin der

Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 3'200.--
(inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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