

# **SO\_GERICHTE VSBES.2020.186 vom 22. Oktober 2021**

SO Obergericht, 2021-10-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.186\\_d20211022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.186_d20211022)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.186 du 22 octobre 2021

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.186 del 22 ottobre 2021

## **Regeste**

Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 29. Juli 2020 sei aufzuheben.

### **E. 2**

a) Es sei die Beschwerdesache zwecks Wahrung der Gehörsrechte und korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. b) Eventualiter: Es sei der Beschwerdeführerin die bisherige (ganze) Invalidenrente auszurichten. c) Subeventualiter: Es seien neue medizinische und beruflich-konkrete Abklärungen durchzuführen. d) Subsubeventualiter: Es seien vorgängig einer allfälligen Rentenanpassung berufliche Eingliederungsmassnahmen zu prüfen und durchzuführen, unter Weiterausrichtung der bisherigen ganzen Invalidenrente während der Dauer der Massnahmen. e) Subsubsubeventualiter: Es sei die bisherige ganze IV-Rente auf eine IV-Dreiviertelsrente, eventuell auf eine halbe IV-Rente herabzusetzen.

### **E. 3**

Es sei der vorliegenden Beschwerde die aufschiebende Wirkung (wieder) zu erteilen.

### **E. 4**

Es sei der Beschwerdeführerin die ihr im Zusammenhang mit dem Privatgutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ entstandenen Kosten zu ersetzen.

### **E. 5**

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Partei- und Zeugenbefragung durchzuführen.

### **E. 5.1**

S. 390 je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_555/2020 vom 3. März 2021 E. 4.4.1 mit Hinweisen). Da die Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren vor dem über eine uneingeschränkte Kognition verfügenden Versicherungsgericht Gelegenheit hatte, sich umfassend zur Stellungnahme der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2019 zu äussern, gilt die Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt. Eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin wäre zudem als prozessualer Leerlauf zu qualifizieren, der das Verfahren verlängern würde, ohne dass irgendein Nutzen erkennbar wäre. Daran vermag auch das Vorbringen der Beschwerdeführerin (A.S. 19) nichts zu ändern, wonach sie nur durch eine Rückweisung der Beschwerdesache an die Beschwerdegegnerin noch Beweismittel einbringen könnte. So ist weder ersichtlich noch

wird durch die Beschwerdeführerin geltend gemacht, weshalb ihr das Einbringen von Beweismitteln im hiesigen Beschwerdeverfahren nicht möglich sein sollte. 6.4 Eine Partei ist aufgrund einer Gehörsverletzung insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile des Bundesgerichts 8C\_758/2009 vom 12. Februar 2010 E. 2.3 und 2.4, 8C\_714/2016 vom 16. Dezember 2016 E. 6). Der vorliegenden Gehörsverletzung ist somit allenfalls bei der Kostenverlegung Rechnung zu tragen (vgl. E. II. 13 hiernach).

7. Streitig und zu prüfen ist sodann, ob die der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 20. Juni 2006 rückwirkend ab dem 1. Dezember 2002 zugesprochene ganze Invalidenrente (IV-Nr. 53) mit der hier angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2020 zu Recht auf eine Viertelsrente herabgesetzt wurde. Diese Frage wird durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung vom 20. Juni 2006 und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung vom 29. Juli 2020 bestanden hat, beurteilt (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 f.). 7.1 Bis zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 20. Juni 2006 (IV-Nr. 53) präsentierte sich der Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: 7.1.1 Der Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, hielt in seiner Abschlussuntersuchung vom 20. April 2004 (IV-Nr. 28.3 S. 4 ff.) fest, die Beschwerdeführerin habe ihren Schongang mit Fehlbelastung des rechten Beines in leichter Beugehaltung und zudem an einer linksgetragenen Krücke beibehalten. Aus objektivierbaren Gründen sei das Schonverhalten resp. der Schongang nicht nachvollziehbar. Die Arthroskopie habe keine erhebliche Chondromalazie der Patella ergeben und es sei kein wesentlicher Reizzustand der Gelenkkapsel festgestellt worden. Deshalb wundere auch nicht, dass heute wie bereits in der kreisärztlichen Untersuchung vom letzten Dezember kein Gelenkerguss feststellbar gewesen sei. Die jetzt noch beklagten Knieschmerzen seien nur noch zu einem sehr geringen Teil durch organische Störungen und Befunde erklärbar. Es liege tatsächlich eine erhebliche Patelladysplasie mit hochstehender Patella vor, die aber auf der Gegenseite links zu keinen nennenswerten Beschwerden geführt habe, obschon kaum ein wesentlicher radiologischer Unterschied habe festgestellt werden können. Grundsätzlich sei diese Dysplasieform (Whyberg III) ungünstig und führe oft zumindest zu passageren Beschwerden insbesondere beim Kauern und Knien oder patellabelastendem Abwärtssteigen. Die jetzt festgestellten Beschwerden würden dieses Mass allerdings bei weitem überschreiten. Es müsse von einer erheblichen Somatisierung und einem Schonverhalten ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin habe sich nun zwischenzeitlich zu einer Psychotherapie angemeldet. Sie sei bei ihren chronifizierten Beschwerden in ihrer gesamten Befindlichkeit deutlich eingeschränkt; eine Psychotherapie sei jetzt dringend angezeigt. Der Beschwerdeführerin sei trotz der beklagten und vorgeführten Symptomatik ein ganztägiges Arbeiten, zurzeit hauptsächlich sitzend aber auch gehend und stehend ohne Notwendigkeit des Tragens von Gewichten über 5 – 10 kg zumutbar. Einmaliges Treppensteigen möglich, wiederholtes Treppensteigen ungünstig. Tätigkeiten in unebenem Gelände zurzeit schwierig. Tätigkeiten im Knien und Kauern auch längerfristig wahrscheinlich ungünstig. Es sei mit einer Verbesserung der Steh- und Gehfähigkeit in den nächsten Monaten bis zu 2 – 3 Jahren zu rechnen. Von Seiten des Rumpfes und der oberen Extremitäten seien keine Einschränkungen feststellbar. 7.1.2 Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, wies im psychiatrischen Gutachten vom 30. November 2004 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (gemäss ICD-10) aus (IV-Nr. 36 S. 7): 1. Depressive Episode seit Januar 2004 a. Aktuell schwere Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) b. Bei chronischem Schmerz im rechten

Kniegelenk (M25.5) nach Kniekontusionstrauma 2001 Wegen Knieschmerzen nach einem Unfall hätten diverse therapeutische Massnahmen stattgefunden, die jedoch keinen ausreichenden subjektiven Erfolg gebracht hätten. Parallel hierzu habe sich ab Januar 2004 eine depressive Episode entwickelt, die aktuell noch schwer ausgeprägt sei. Das in der aktuellen Untersuchung erkennbare depressive Syndrom werde subjektiv deutlich weniger ausgeprägt erlebt, als es objektiv beschrieben werden könne. Die aktuelle Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei krankheitsbedingt deutlich reduziert. Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht seit Januar 2004 bis aktuell nicht arbeitsfähig. Aktuell stünden ergotherapeutische, tagesstrukturierende Massnahmen im Vordergrund. Der Beschwerdeführerin seien keine anderen Tätigkeiten zumutbar.

7.2 Im zeitlichen Verlauf zwischen der letzten Rentenverfügung vom 20. Juni 2006 und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2020 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

7.2.1 Im polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle B. \_\_\_ vom 20. Oktober 2009 (Psychiatrie, Innere Medizin und Orthopädie, IV-Nrn. 65.1 – 65.2) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert (IV-Nr. 65.1 S. 25):

1. Chronische Kniegelenksschmerzen rechts (ICD-10 M79.66) – Trochleadysplasie beidseits, lateraler Tilt der Patella beidseits, vermehrte femorale Antetorsion rechts von 44° (CT 10. Januar 2002) – Status nach Kniekontusion und -distorsion am 9. Oktober 2001 – Status nach Kniearthroskopie und VMO-Plastik am 6. Februar 2002 (Spital N. \_\_\_) bei rezidivierender patellärer Instabilität – postoperativ Auftreten einer tiefen Beinvenenthrombose rechts sowie beidseitiger peripherer Lungenembolien – Status nach Kniearthroskopie und Shaving des hypertrophen Narbengewebes an der medialen Patellafacette am 24. Juli 2003 (PD Dr. [...], Spital O. \_\_\_) – Status nach Shaving der Patella und Operation nach Elmslie am 28. November 2005 (Dr. [...]) – Status nach Schraubenentfernung tibial am 2. Mai 2006 (Dr. [...]) – radiologisch deutliche femoropatelläre Knorpelveränderungen samt Patellatiefstand; Menisken und Bandapparat regelrecht (Röntgen 15. April 2009 bzw. MRI 28. Juli 2009)
2. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle (ICD-10 M54.5) – kleine Diskushernien LWK4/5 und LWK5/SWK1 ohne Neurokompression (MRI 19. Februar 2008)
3. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0, 33.1)
4. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien:

1. Verdacht auf vorsätzliche Überdosierung von Edronax – Wirkstoffspiegel mit 1206 nmol/L entspricht mehr als dem Zweifachen des oberen therapeutischen Referenzwertes von 511 nmol/L
2. Obesitas, BMI 29 (ICD-10 E66.0)
3. Leichtgradige CRP-Erhöhung mit 22 mg/L – DD in Abheilung begriffene Infektionskrankheit, oligosymptomatische vermutlich virale Infektion – grenzwertige TSH-Erhöhung – kontrollbedürftig

Aus orthopädischer Sicht wirkten sich v.a. die Veränderungen im rechten Kniegelenk mit chronischen Schmerzen bei radiologisch deutlicher femoropatellärer Knorpelveränderung samt Patellatiefstand, Status nach drei arthroskopischen Eingriffen und einer in beiden Knien vorliegenden Trochleadysplasie, in geringerem Ausmass auch das chronische lumbovertebrale Schmerzsyndrom, auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigerin, welche einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit entspreche und vorwiegend stehend und gehend ausgeübt werde, sei der Beschwerdeführerin bleibend nicht mehr zumutbar. Hierfür bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden, überwiegend sitzend auszuübenden Tätigkeit bestehe aus rein orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit.

Das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, wiederholtes Gehen auf der Treppe sowie das Arbeiten in kniender oder hockender Position sollten dabei vermieden werden. Aus psychiatrischer Sicht wirkten sich die gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung sowie die anhaltende somatoforme Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus. Diese führe in einer aus orthopädischer Sicht adaptierten Tätigkeit bei ganztägigem Einsatz zu einer Leistungseinbusse von 30 %, entsprechend einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %. Weder aus allgemeininternistischer noch aus anderweitiger somatischer Sicht lägen Befunde oder Diagnosen vor, welche die Arbeitsfähigkeit tangierten. Aus polydisziplinärer Sicht resultiere in einer körperlich leichten, wechselbelastenden und aus orthopädischer Sicht adaptierten Tätigkeit eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinbusse von 30 %, entsprechend einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %, die seit spätestens ab August 2009 mit Sicherheit bestätigt werden könne (IV-Nr. 65.1 S. 26 f.). Aus psychiatrischer Sicht habe sich die depressive Störung seit der Begutachtung durch Dr. med. J. \_\_\_ mit Bericht vom 30. November 2004 deutlich verbessert (IV-Nr. 65.1 S. 29).

7.2.2 Im versicherungspsychiatrischen Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. April 2010 (IV-Nr. 78) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 46): 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren – ICD-10 (GM 2009) F45.41, in der Folge des Unfalls von 2001 – mit generalisierten Dauerschmerzen meist bei VAS 7 – 8 – bei zahlreichen Risikofaktoren, nach mehreren invasiven Interventionen, bei psychiatrischer Komorbidität – mit sozialem Rückzug und Einschränkungen in Freizeit, Alltag und Arbeitsfähigkeit 2. Depressive Störung, gegenwärtig schwergradig – ICD-10 F32.2, seit Januar 2004 – mit ausgeprägter Antriebsstörung, Desinteresse 3. Gemischte Angststörung, ICD-10 F43.1, mit Krankheitswert seit ca. September 2004 – mit Panikattacken und Agoraphobie (beide subsyndromal) Es gebe keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im jetzigen Zustand sei sowohl aufgrund der Depression wie auch der chronischen Schmerzerkrankung keine verwertbare Arbeitsfähigkeit als Raumpflegerin vorhanden. Dazu kämen die somatischen und die agoraphobischen Einschränkungen sowie die Langsamkeit. Die Arbeitsfähigkeit werde durch depressive Beschwerden, Ängste und eine chronische Schmerzerkrankung eingeschränkt. Dem stünden im Fall der Beschwerdeführerin nur wenige Ressourcen gegenüber. Ihre Angaben seien insgesamt weitgehend konsistent zu den sonstigen Befunden, insbesondere zu den vegetativen Auswirkungen und den Einschränkungen in Alltag und Freizeit. Eine Schmerzüberwindung bei gleichzeitig schwerer depressiver Störung und Angst im Rahmen der üblichen Willensanstrengung sei nicht möglich. Im Haushalt bestehe im Sinne eines geschützten Arbeitsplatzes mit direkter Anleitung eine Arbeitsfähigkeit von ca. 10 %. Im geschützten Rahmen wäre eine Präsenzzeit von zwei bis drei Stunden täglich zumutbar, eine nennenswerte Arbeitsleistung dürfte aber auch da aktuell nicht erreicht werden. Dies unter der Annahme einer weiterhin schweren Depression. Wenn die Depression wieder mittelgradig würde, was phasenweise möglich sei, sei eine vier- bis fünfstündige Präsenzzeit im geschützten Rahmen zumutbar. Auf dem freien Arbeitsmarkt wäre aber auch dann, durch die Komorbidität mit Schmerz und Angst bedingt, keine verwertbare Arbeitsfähigkeit vorhanden (S. 52 ff.). Seit der Rentenzusprache vom 26. Juni 2006 müsse man medizinisch von einem schwankenden Verlauf der Depression ausgehen (zwischen mittel- und schwergradig). Die chronische Schmerzstörung dürfte sich eher verschlechtert haben, dies aufgrund der dazugekommenen lumbalen

Schmerzproblematik. Die seit ca. September 2004 bestehende Angststörung habe sich im letzten Jahr ebenfalls tendenziell verschlechtert. Insgesamt sei davon auszugehen, dass seit der Rentenzusprache vom 26. Juni 2006 sicher keine Besserung des Beschwerdebildes vorliege, hingegen sei eine Verschlechterung wahrscheinlich (S. 56 f.).

7.2.3 Im Rahmen des Gutachtens der Gutachterstelle D.\_\_\_\_ vom 6. September 2013 (internistisch, psychiatrisch, orthopädisch, IV-Nrn. 115.1 – 115.4) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert (IV-Nr. 115.1 S. 38 f.):

1. Chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M23.8) mit / bei – Status nach MPFL-Bandplastik Kniegelenk rechts mit Gracilissehne am 14. Juni 2011 bei – Status nach rezidivierenden Luxationen Patella rechts nach lateral bei Trochlea-dysplasie (Q74.1) – Status nach Shaving der Patella und Operation nach Elmslie am 28. November 2005 – Status nach Schraubenentfernung tibial am 2. Mai 2006 – Kniegelenksarthroskopie, Resektion einer Plica, Denervation der Patella, mediale Kapselschrumpfung des rechten Kniegelenks 19. Oktober 2010 – Status nach Kniearthroskopie und Shaving des hypertrophen Narbengewebes an der medialen Patellafacette am 24. Juli 2003 – Status nach Kniearthroskopie und VMO-Plastik am 6. Februar 2002
2. Mediane Diskushernie L4/L5, Chondrose L5/S1 mit einer medianen / medio-rechts lateralen Diskushernie mit rezessaler Kompression von S1 rechts und beginnender rezessaler Einengung von S1 links (M51.1)
3. Status nach undislozierter Sakrumfraktur nach Sturz am 1. September 2012 (S32.1)

Weitere Diagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) seien:

1. Adipositas
2. Verdacht auf arterielle Hypertonie, kontrollbedürftig
3. Postoperativ tiefe Beinvenenthrombose rechts sowie beidseitige periphere Lungenembolien nach OPs 6. Februar 2002

Aufgrund der Gesamtbeschwerdesymptomatik am Bewegungsapparat mit eingeschränkter Sitzfähigkeit (nachvollziehbare Steissbeinbeschwerden bei nicht dislozierter Sakrumfraktur), eingeschränkter Gehfähigkeit (LWS-Beschwerden und Knieproblematik) und der Unfähigkeit auf unebenem Gelände, Treppen, Leitern zu laufen oder in der Hocke zu arbeiten (Kniebeschwerdesymptomatik) werde in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Zumutbar seien leichte körperliche Arbeiten zu 50 % halbtags in Wechselbelastung, teilweise stehend, teilweise gehend, teilweise sitzend mit einer Hebe- / Tragelimiten von 10 kg. Mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten seien nicht mehr zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Die attestierte 50%ige Einschränkung könne aus somatischer Sicht ab September 2012 angenommen werden (IV-Nr. 115 S. 44 f.).

Gegenüber dem Zeitpunkt der Rentenzusprache sei von einer Verschlechterung auszugehen, indem neu eine lumbospondylogene Problematik sowie eine posttraumatische undislozierte Sakrumfraktur S5 anlässlich eines Sturzes aufs Gesäss vom 1. September 2012 hinzugekommen seien. Erstmals erwähnt werde dieses lumbale Problem im Bericht Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 25. März 2009 (IV-Nr. 59 S. 1 ff.), dort als lumboradikuläres Syndrom L5 rechts eingestuft. Die entsprechenden Abklärungen erfolgten am 19. Februar 2008 (MRI der LWS, IV-Nr. 59 S. 5) mit Nachweis einer kleinen medianen bis leicht paramedianen rechtsdominant kaudal luxiert-subluxierten Diskushernie L5/S1 mit leichtgradiger rechtsseitiger Wurzelreizung ohne mechanische Beeinträchtigung. Diese Symptomatik sei durch die Gutachterstelle B.\_\_\_\_ zeitnahe nachvollziehbar beurteilt und eine 30%ige Leistungsminderung für realistisch erachtet worden. In der Zwischenzeit sei es aber nach einem Sturz aufs Gesäss am 1. September 2012 zu einer deutlichen Verschlechterung dieser Problematik sowie aufgrund der erlittenen undislozierten Sakrumfraktur S5 zu einer zusätzlichen Schmerzkomponente gekommen, welche v.a. eine

sitzende Tätigkeit deutlich erschwere. Damit erscheine aufgrund der neuen Befunde eine zeitlich volle Arbeitsfähigkeit mit Leistungsminderung von 30 % in einer Verweistätigkeit aktuell nicht mehr aufrecht zu erhalten. Die für eine volle Rentenzusprache massgebende volle Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht könne aus heutiger Perspektive aufgrund der aktuellen psychiatrischen Beurteilung in diesem Mass aktuell nicht begründet werden. Diese Einschätzung (Verbesserung) könne in Ermangelung von fachpsychiatrischen Beurteilungen in der jüngeren Vergangenheit resp. sich erheblich widersprechender Ansichten (Gutachten Gutachterstelle B.\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2009, Arbeitsunfähigkeit psychiatrisch 30 % / Bericht Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 14. April 2010, Arbeitsfähigkeit 50 % nur in geschütztem Rahmen) ab dem Datum dieses Gutachtens angenommen werden (IV-Nr. 115.1 S. 44 f.). 7.2.4 Im polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 10. März 2016 (orthopädisch, angiologisch, neurologisch, pneumologisch, psychiatrisch, allgemeinmedizinisch und kardiologisch, IV-Nrn. 183.1 – 183.6) wurden folgende Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (IV-Nr. 183.1 S. 81): – Chronische lumbospondylogene Schmerzen bei Diskopathie L4-S1, Spondylarthrose im MRI LWS (November 2015): Narbenstenosen, klinisch mittelgradige Belastungsinsuffizienz, neurologisch Zeichen einer L5- und S1-Radikulopathie rechtsseitig bei – Status nach Entfernen eines perforierten Massenprolaps L5/S1 (Januar 2014) – Status nach periradikulärer Therapie 19. Dezember 2012, Status nach Sakrumfraktur September 2012 nach Sturz aufs Gesäss – Chronifizierte Knieschmerzen rechts bei femoropatellar-Arthrose, Trochleadysplasie – Status nach mehrmaliger Knieoperation rechts (2002 – 2006) – Muskelminderung Oberschenkel rechts -2 cm – Status nach Kniearthroskopie und VMO-Plastik am 5. Februar 2002 (Spital O.\_\_\_\_) bei rezidivierender patellarer Instabilität mit postoperativ Auftreten einer tiefen Beinvenenthrombose rechts sowie beidseitiger peripherer Lungenembolien – Status nach Kniearthroskopie und Shaving des hypertrophen Narbengewebes an der medialen Patellafacette am 24. Juli 2003 ([...], Spital O.\_\_\_\_) – Status nach Shaving der Patella und Operation nach Elmslie am 28. November 2005 ([...]) – Status nach Schraubenentfernung tibial am 2. Mai 2006 ([...]) – Status nach Femoropatellarprothese Kniegelenk rechts – radiologisch 2014 korrekte Lage – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig (ICD-10 F33.00) – Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.1) Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seien: – Leichtgradige mediale Gonarthrose beidseits – Muskuläre Dysbalance Lenden-, Becken-, Beinregion mit – Trochantertendinose beidseits und Gluteal-Myalgien – Status nach drei-Etagen-tiefer Beinvenenthrombose rechts Februar 2002 und Januar 2014 mit aktuell geringgradigen postthrombotischen Residuen (Farbduplexsonografisch festgestellt), angiologisch Ausschluss einer arteriellen Erkrankung – Status nach zweimaliger Lungenembolie (2002, 2012 [recte: 2014]) mit aktuell – pulmonologisch normaler Lungenfunktion, kein Hinweis auf pulmonale arterielle Hypertonie – Adipositas WHO-Stadium I mit einem BMI von 30.4 kg/m<sup>2</sup> – Leichte Hyperurikämie – Arterielle Hypertonie, zurzeit medikamentös gut eingestellt – Kopfschmerzen unklarer Klassifikation und Ätiologie Aus orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in einer leichten adaptierten Tätigkeit in ihrem Leistungsvermögen unter Berücksichtigung des Leistungsprofils zu mindestens 30 % eingeschränkt. In adaptierter Tätigkeit betrage die psychiatrische Leistungsminderung 30 %. Im polydisziplinären Konsens sei die Beschwerdeführerin auch in adaptierter Tätigkeit aufgrund der bleibenden Gesundheitsstörungen insgesamt zu 70 % arbeitsfähig beurteilt worden (IV-Nr. 183.1

S. 86). Polydisziplinär seien die somatischen Störungen vorrangig, hierbei die Einschätzung aus orthopädischer Sicht. Die Beschwerdeführerin werde in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Reinigungsdienst ab dem Arbeitsunfall 2001 als 100 % arbeitsunfähig beurteilt. Dies auch nach den Knie-Operationen. Es habe ab September 2012 nach der Sakrumfraktur, des Massenprolapses L5/S1 und der nachfolgenden Operation, sowie der p. OP Infarktpneumonie bis zum November 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Spätestens nach der gutachterlichen Untersuchung sei unter Berücksichtigung aller Befunde – ab März 2016 – eine adaptierte Tätigkeit zumutbar. Voll adaptiert sei eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitive Rotations-, Beugebewegungen, Zwangshaltungen der Wirbelsäule, ohne schweres Heben und Tragen von Lasten bis maximal 5 kg oder ohne einseitige Zwangshaltung, regelhaftes Treppen-, Leitersteigen. Die Umsetzbarkeit sei in freier Wirtschaft möglich. Eine stufenweise Wiedereingliederung werde empfohlen. Beginn mit 2.3 Stunden täglich, Steigerung nach zwei Wochen (IV-Nr. 183.1 S. 87 f.).

7.2.5 Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, RAD, hielt in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 3. Oktober 2017 (IV-Nr. 214 S. 2 f.) u.a. fest, bei fehlender objektiver Begründbarkeit der angegebenen persistierenden Schmerzen, fehlender klinischer und apparativer Begründung der postulierten Atemnot und fehlender psychiatrischer Betreuung seit Februar 2017, trotz angeblich mittelschwerer Depression und einer Angststörung, sei die von Dres. med. P.\_\_\_\_, Neurologie FMH, und R.\_\_\_\_, Neurochirurgie FMH, beurteilte gänzliche Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht nachvollziehbar. Diese Widersprüchlichkeit im Vergleich zur Begutachtung vom 10. März 2016 müsse unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich am 23. Januar 2017 erfolgten Operation am 23. Januar 2017 [recte: 21. Januar 2017] und der postoperativ festgestellten Rezidivhernie L5/S1, der angegebenen Anstrengungsdyspnoe und der angeblichen psychischen Verschlechterung (Bericht Dr. med. S.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 10. Januar 2017, IV-Nr. 205 S. 2 ff.) erneut polydisziplinär (allgemeininternistisch, kardiologisch, psychiatrisch, orthopädisch und neurologisch) verlaufsbegutachtet werden.

7.2.6 Im polydisziplinären Verlaufsgutachten vom 10. Dezember 2018 (internistisch, kardiologisch, psychiatrisch, orthopädisch und neurologisch, IV-Nrn. 239.1 – 239.9) der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-Nr. 239.2 S. 5 f.): – Chronisches lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Syndrom (ICD-10 M54.80) bei degenerativen Veränderungen ossärer (ICD-10 M47.86) und discogener (ICD-10 M51.3) Art nach operativer Dekompression auf den Höhen L4/L5 und L5/S1 sowie multiplen Infiltrationen im Bereich der distalen LWS – Persistierende Beschwerden am rechten Kniegelenk im Sinne von Schmerzen (ICD-10 M25.56), Ergussbildung (ICD-10 M25.46) und Bewegungseinschränkung (ICD-10 M25.66) nach multiplen Eingriffen wegen rezidivierender Patella-Luxation mit konsekutiver Chondromalazia patellae (ICD-10 M22.4), letztlich Implantation einer femoropatellären Prothese (ICD-10 Z96.65) – Radikulopathie L5 > S1 rechts mit neuropathischen Schmerzen bei Zustand nach operativer Intervention LWK4/5 (Januar 2017) und LWK5/SWK1 (Januar 2014) ohne noch bestehende Wurzelkompression bei Prolaps LWK5/SWK1 rechts (MRI vom 5. Februar 2017) – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) – Chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41) Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Inaktivitätsatrophie rechter Oberschenkel bei Knieleiden rechts – Status nach zweimaliger TVT am rechten Unterschenkel mit konsekutiven Lungenembolien 2002 und 2014 unter Xarelto 20 mg –

Arterielle Hypertonie unter Covaltan und Metoprolol gut eingestellt – konzentrische linksventrikuläre Hypertrophie – gute links- und rechtsventrikuläre Funktion (LVEF 79 %) – Adipositas mit einem BMI von 34.7 kg/m<sup>2</sup> – Morphin- und Tramal-Allergie – DD restless legs-Syndrom Bereits in den vorherigen Gutachten sei festgehalten worden, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin keine Arbeitsfähigkeit mehr aufweise (angestammte Arbeitsunfähigkeit sei mit 100 % zu bemessen). Diese Einschätzung sei, ebenfalls in Einklang mit den vorhergehenden Gutachten, auf das Unfalldatum, also den 9. Oktober 2001, festzusetzen. Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit betrage bis Dezember 2016 70 % und ab Januar 2017 60 %. Die leidensangepasste Tätigkeit müsste folgende Kriterien erfüllen: Wechselbelastend, körperlich leicht mit der Möglichkeit des Wechselns zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, kein Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, keine Zwangspositionen der Wirbelsäule, namentlich keine Inklinations- und Rotationsbewegungen, kein Absolvieren längerer Gehstrecken, kein Überwinden von Höhendifferenzen wie Treppen, Leitern oder Gerüste, keine Zwangspositionen der Wirbelsäule (kein Knien, Abhocken oder Kauern). Weiterhin sollten keine Tätigkeiten unter Zeitdruck, mit Überwachungsfunktion, mit besonderer Verantwortung oder eigenen Entscheidungsbefugnissen zugemutet werden. Die Arbeitsatmosphäre sollte freundlich sein. Es sollte die Möglichkeit zu selbstbestimmter Unterbrechung der Arbeitsabläufe für Pausen gegeben sein (IV-Nr. 239.2 S. 7 f.). Die Gesamt-Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit entstehe durch die orthopädischen Leiden am Skelett, vorwiegend der LWS und des rechten Knies. Dabei sei eine Besserung der Schmerzsymptomatik möglicherweise noch zu erreichen, jedoch keine Verbesserung der Skelettschäden. Die Gesamt-Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit sei durch die orthopädischen und psychiatrischen Leiden massgeblich bestimmt. Durch die orthopädischen Leiden bestehe zwar keine Änderung im Vergleich zum Vorgutachten vom 10. März 2016, jedoch hätten die psychiatrischen Gesundheitsstörungen retrospektiv ab Januar 2017 zugenommen, sodass sich die Gesamtarbeitsfähigkeit ab Januar 2017 auf 60 % – unter Berücksichtigung der qualitativen Leistungseinschränkungen – etwas abgesenkt habe. Die von neurologischer Seite formulierte, schmerzbedingte leichtere Einschränkung der Leistungsfähigkeit führe schon optisch aufgrund von Überlagerungen nicht mehr zu einer weiteren Senkung der Gesamt-Arbeitsfähigkeit. Zudem seien durch schmerztherapeutische Massnahmen auch noch Besserungen möglich. Orthopädisch werde hinsichtlich einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit keine Besserungsmöglichkeit gesehen. Psychiatrisch wäre eine Anhebung der Arbeitsfähigkeit denkbar. Allerdings würden hinsichtlich einer Besserung die prognostisch ungünstigen Faktoren überwiegen (IV-Nr. 239.2 S. 8). Zu berücksichtigen sei die Situation im Vergleich zur Begutachtung vom 10. März 2016 der Gutachterstelle E. \_\_\_ resp. zum Vorbescheid vom 6. Oktober 2016. Orthopädisch, allgemein-internistisch und kardiologisch ergäben sich im Vergleich keine Veränderungen von Befunden und Diagnosen. Kardiologisch sei die Velo-Ergometrie wegen Schmerzen im Knie, und weil die Beschwerdeführerin schlecht velofahren könne, nicht möglich. Im Januar 2016 habe aber ein Befund mit einer guten ergometrischen Belastbarkeit bis 130 vorgelegen. Die Einschränkungen bei der Ergometrie hätten sehr wahrscheinlich muskuloskelettale Gründe. Psychiatrisch liege eine Veränderung im Sinne einer Verschlimmerung vor, da aktuell eine mittelgradige (bei der Beurteilung im März 2016 eine «leichte») depressive Episode bestehe und auch das chronische Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren mehr in den Vordergrund trete. Neurologisch bestehe eine Verschlimmerung durch eine therapierefraktäre neuropathische Schmerz- und

Parästhesie-Symptomatik L5/S1 rechts, sehr wahrscheinlich in Kombination mit einem restless legs-Syndrom. Eine Veränderung des Gesundheitszustandes sei psychiatrisch ab Januar 2017, neurologisch ab 22. Dezember 2016, anzunehmen (IV-Nr. 239.2 S. 9). 7.2.7 Mit Schreiben vom 5. April 2019 (IV-Nr. 247) wiesen die Gutachter der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ in Bezug auf den vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin gemachten Vorwurf eines falschen massgeblichen Referenzzeitpunktes darauf hin, dass die Beschwerdegegnerin explizit nach der Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Gutachten vom 10. März 2016 gefragt habe. Tatsache sei, dass im Jahre 2006 aus orthopädischer Sicht lediglich die Situation bezüglich des rechten Kniegelenks einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt habe. Auskünfte über die entsprechende gesundheitliche Situation fänden sich im IV-Arztbericht vom 30. November 2005, Ambulatorium der Psychiatrischen Dienste [...] (IV-Nr. 46), in welchem eine chronische Schmerzsituation im rechten Kniegelenk beschrieben werde, welche von «diversen Orthopäden in [...]» behandelt werde. Auch Dr. med. J.\_\_\_\_ habe sich im psychiatrischen IV-Gutachten vom 30. November 2004 in diesem Sinn geäußert. Ausführliche Angaben über die somatische Situation fänden sich im Bericht über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 20. April 2004. Anamnestisch würden peripatellär gelegene Schmerzen, eine eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Kniegelenks sowie nächtliche Wadenkrämpfe angegeben. Klinisch werde ein stark rechts hinkendes Gangbild (bei Stockhilfe links) beschrieben. Am rechten Kniegelenk kein Erguss, schmerzhafte Patellabeweglichkeit mit positivem Zohlen-Zeichen, gute Bandstabilität, Extension voll, Flexion bis 110° (Gegenseite 140°) möglich, Umfangminus am rechten Oberschenkel im Vergleich zu links 1 cm, symmetrische Verhältnisse bezüglich Unterschenkel. Zu jenem Zeitpunkt sei ein «ganttägliches Arbeiten, zurzeit hauptsächlich sitzend, aber auch gehend und stehend ohne Notwendigkeit des Tragens von Gewichten über 5 bis 10 kg» als zumutbar erachtet worden. Wiederholtes Treppensteigen, Tätigkeiten in unebenem Gelände sowie im Knien und Kauern seien als ungünstig angesehen worden. Im orthopädischen Gutachten vom 10. Dezember 2018 (Untersuchung am 8. November 2018) sei dargelegt worden, dass die Beschwerdeführerin über Schmerzen im Bereich des Rückens, namentlich der LWS, sowie am rechten Kniegelenk geklagt habe. Am rechten Kniegelenk und an der LWS seien diverse interventionelle und operative Eingriffe durchgeführt worden, die im Gutachten (S. 33 / 34) aufgeführt würden. Unter den gegebenen Umständen sei es aus orthopädischer Sicht also gerechtfertigt, von einer Veränderung des Gesundheitszustandes gegenüber 2006 auszugehen, v.a. da nun auch das Achsen skelett, namentlich die LWS, betroffen sei. Am rechten Kniegelenk seien nach der Verfügung 2006 weitere Eingriffe durchgeführt worden – objektiv seien die Veränderungen am rechten Kniegelenk (abgesehen vom Zustandsbild nach Implantation einer femoropatellären Prothese) im Vergleich zur Kreisarztuntersuchung von 2004 allenfalls knapp erheblich (diskrete Ergussbildung, Flexion bis 100°, etwas verstärkte Bandinstabilität lateral). Im Gutachten vom 10. März 2016 seien vergleichbare Befunde beschrieben worden, so dass es gerechtfertigt sei, davon auszugehen, dass aus orthopädischer Sicht bereits zu jenem Zeitpunkt von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber 2006 auszugehen sei. In Bezug auf die Berichte vom 27. September 2018 von Dr. med. R.\_\_\_\_ und vom 26. November 2018 von Dr. med. L.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH (IV-Nr. 244 S. 4 ff.), würden aus gutachterlicher Sicht keine grundlegend neuen Informationen geliefert. Dass die Implantation eines Neurostimulators vorgesehen gewesen sei, sei im Gutachten (S. 31) festgehalten worden. Die Dokumente beschrieben kein klinisches Zustandsbild, über den Verlauf nach der Implantation des (provisorischen)

Neurostimulators seien sie nicht informiert. Sie wüssten also nicht, ob eine definitive Implantation erfolgt sei, oder ob die Elektroden wegen Unwirksamkeit entfernt worden seien. Es könne jedoch festgehalten werden, dass durch den Eingriff keine Veränderungen am Achsenskelett durchgeführt worden seien, die Auswirkungen auf die Statik der LWS hätten; in anderen Worten, mit einer Verschlechterung des Zustandsbildes sei wegen des Eingriffes nicht zu rechnen. Bei Erfolg wäre eine Schmerzminderung zu erwarten – aus orthopädischer Sicht sei dadurch jedoch nicht mit einer relevanten Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Anlässlich der jetzigen psychiatrischen Untersuchung hätten eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert werden können. Die daraus abgeleitete, im Vergleich zu den Gutachten aus dem Jahre 2013 und 2016 verminderte Arbeitsfähigkeit, bringe eine Verschlechterung zum Ausdruck. Ergänzend bestünden multipel wirksame belastende psychosoziale Faktoren (mangelnde Sprachkenntnisse, ungelernt, bereits vor der Krankheitsphase habe die Beschwerdeführerin über geringe Ressourcen verfügt), die das regressiv-hilflose Verhalten seitens der Beschwerdeführerin mitbedingten, einer depressiven Symptomatik Vorschub leisteten und damit auch einer erfolgreichen psychiatrischen Behandlung all die Jahre entgegengestanden hätten. Auf neurologischem Gebiet ergebe sich vor dem 13. Dezember 2013 (ab der Dokumentation ab 2001) kein Hinweis für eine persistierende lumboradikuläre Kompression (oder sonstige die Arbeitsfähigkeit einschränkende Erkrankung – die Kopfschmerzsymptomatik sei auch bis anhin übereinstimmend als nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit gesehen worden). Im Februar 2008 sei es allerdings zu einer lumboradikulären Irritation (fraglich Kompression) L5 rechts gekommen, jedoch nur temporär. Im Gutachten der Gutachterstelle B. \_\_\_ vom 20. Januar 2009 werde auch kein radikuläres Syndrom erwähnt. Nach der Sakrumfraktur, nachgewiesen in der MRT im Oktober 2012, seien ebenfalls keine radikulären Defizite, entsprechend dem Gutachten der Gutachterstelle B. \_\_\_ vom Juni 2013 [wohl: Gutachterstelle D. \_\_\_ vom September 2013], aufgeführt worden. Somit ergebe sich auf neurologischem Gebiet im Zeitraum von 2006 bis zum 12. Dezember 2013 keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und angepassten Tätigkeit. Vom 13. Dezember 2013 bis zum 21. Dezember 2016 gelte auf neurologischem Gebiet weiterhin die Einschätzung im Vorgutachten der Gutachterstelle E. \_\_\_ vom 10. März 2016 und ab dem 22. Dezember 2016 die im aktuellen Gutachten vorgeschlagene, da sich aus den nachgereichten Unterlagen keine neuen Erkenntnisse ergäben.

7.2.8 Dr. med. K. \_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 22. Mai 2019 (IV-Nr. 250) Folgendes fest: In der ergänzenden Stellungnahme des Psychiaters der Gutachterstelle E. \_\_\_ vom April 2019 (vgl. E. II. 9.7 hiervor) werde explizit darauf hingewiesen, dass es sich im Verlauf um eine leichte bis schwere (zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung um eine mittelschwere) rezidivierende depressiven Störung (d.h. wiederkehrend und nicht dauerhaft!) handle. Aufgrund dieser Tatsache sei die Arbeitsfähigkeit durch den Psychiater im Vergleich zu den Gutachten der Jahre 2013 und 2016 reduziert worden. Zudem weise der Psychiater auf IV-fremde Faktoren (mangelnde Sprachkenntnisse, die eine suffiziente psychiatrische Behandlung über die Jahre erschwerten) hin, die im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beachtet werden müssten. Insofern seien die durch den Rechtsvertreter gemachten validen Punkte nicht allein psychischer / psychiatrischer Natur, sondern zum Teil auch auf IV-fremde Faktoren zurückzuführen. Insofern könne der RAD weiterhin auf das Gutachten abstellen.

7.2.9 Im

«Infiltrationsbericht» vom 2. Juli 2019 (IV-Nr. 254 S. 13 f.) stellte Dr. med. L.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, folgende Diagnosen: Chronische lumboschialgiforme Schmerzsymptomatik rechts – Fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1 und Diskopathie L4/5 – mehrere epidurale Infiltrationen L5/S1 rechts mit abnehmendem Ansprechen – kleine Rezidiv-Diskushernie L5/S1 rechts nach kranial sequestriert – mikrochirurgische Dekompression L5/S1 rechts im 2014 bei Massenprolaps mit cauda-Symptomatik – mikrochirurgische Dekompression L4/5 rechts im 2017 bei Rezessusstenose L4/5 rechtsbetont – Implantation von zwei epiduralen SCS-Elektroden am 26. November 2018 – Implantation eines Intellis-Neurostimulators glutaal rechts am 3. Dezember 2018 Es sei eine CT-gestützte Infiltration der Intervertebralgelenke L5/S1 durchgeführt worden. Die Beschwerdeführerin habe seit einigen Tagen wieder einen invalidisierenden Schmerz, diesmal von der Beschreibung her im lumbosakralen Übergang beidseits; kein Schmerz im rechten Bein, aber eine Hyposensibilität an Oberschenkel- und Unterschenkelaussenseite. Es sei nicht wirklich herauszubekommen, ob es wirklich bewegungs- und belastungsabhängig sei, wohl seien alle Bewegungen schmerzhaft. Keine Paresen, keine Parästhesien, Stuhlgang und Wasserlassen könnten kontrolliert werden. Im Spital N.\_\_\_\_ habe man den Verdacht auf einen Rezidivprolaps gehabt und deswegen eine MRI machen wollen. Wegen des implantierten Stimulators sei darauf verzichtet und eine Schmerzmedikation etabliert worden. Damit gehe es besser. Die Medikamente würden vertragen. Leider sei wie immer bei der Beschwerdeführerin eine adäquate Beurteilung nicht möglich, da sie immer sehr dramatisiere. Offensichtlich funktioniere die Neurostimulation. Die MRI habe nun nur den kleinen bekannten Rezidivprolaps gezeigt, aber auch die Spondylarthrose. Deswegen sei die Behandlung der Gelenke vorgeschlagen worden. Direkt nach der Infiltration sei die Neurologie intakt. Austritt nach Hause in gutem Allgemeinzustand. 7.2.10 Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Orthopädie, hielt im Bericht vom 11. Juli 2019 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 254 S. 7 f.): – Erneut Schmerzen über Kniegelenk rechts, Kniegelenkschwellung, Status nach PFJ-Patellaprothese, Status nach MPFL-Bandplastik, Kniegelenk rechts mit diversen Voroperationen – Osteochondrose L5/S1, Status nach mehrmaliger epiduraler Infiltration, Status nach mikrochirurgischer Dekompression – L5/S1 vom 16. Januar 2014 bei Massenprolaps mit Kaudasymptomatik, Status nach mikrochirurgischer Dekompression L4/5 rechts am 23. Januar 2017 Es bestehe eine Reizung des rechten Kniegelenks. Bei der Beschwerdeführerin trete dies ja relativ häufig auf, dann habe sie aber auch wieder Phasen, in denen es ihr relativ gut gehe. Es werde auf jeden Fall empfohlen, weiter konservativ zu bleiben. Ein SPECT-CT 2018 habe keine Lockerung der femoralen oder patellären Prothesenkomponente gezeigt. Bei den Beschwerden, welche wahrscheinlich teilweise auch durch die LWS verursacht seien, werde weiter konservativ behandelt und es werde zusätzlich eine patellastabilisierende Kniegelenksbandage rezeptiert. 7.2.11 Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Gutachterstelle E.\_\_\_\_, hielt im Schreiben vom 14. Oktober 2019 (IV-Nr. 259) fest, er komme nach dem Studium der erwähnten Unterlagen aus orthopädischer Sicht zum Schluss, dass weder anamnestisch noch klinisch eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur gutachterlichen Untersuchung vom 8. November 2018 (Bericht vom 10. Dezember 2018) festgestellt werden könne. Der im Gutachten erwähnte Neurostimulator sei zwischenzeitlich implantiert worden; Komplikationen in Zusammenhang mit dem Eingriff würden nicht beschrieben. Es sei unklar (auch dem behandelnden Schmerzspezialisten), inwieweit der Neurostimulator seine Wirksamkeit entfalte. In Bezug auf die Beurteilung der

Arbeitsfähigkeit ergäben sich daraus keine relevanten Konsequenzen: Bestehe keine Wirksamkeit, sei die Situation im Vergleich zum Gutachten unverändert; sei die Neurostimulation wirksam, so dürfte sich dadurch die Schmerzsituation gebessert haben, eine Steigerung der Belastbarkeit der Wirbelsäule werde dadurch jedoch nicht bewirkt. Zusammenfassend sei also festzuhalten, dass sich die Situation im Bereich des Achsenskeletts seit der Begutachtung von November / Dezember 2018 aus orthopädischer Sicht nicht relevant verändert habe. Aus orthopädischer Sicht sei in Bezug auf den Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2019 (vgl. E. II. 9.10 hiervor) festzuhalten, dass Dr. med. H.\_\_\_\_ diese Schmerzen und Schwellungszustände bereits in seinem Gutachten vom 10. Dezember 2018 (Untersuchungsdatum 8. November 2018) beschrieben habe. Klinisch habe er seinerzeit am rechten Kniegelenk eine diskrete Ergussbildung beschrieben; die Flexion habe 100° betragen und es habe ein leichtes Extensionsdefizit von 5° vorgelegen. Dies könne aber nicht als Veränderung der Situation interpretiert werden, sondern liege im Rahmen des Spielraumes bei der Messgenauigkeit. Der Patellaverschiebeschmerz, respektive das positive Zohlen-Zeichen (Schmerzangabe bei Bewegung und Anpressen der Patella) seien auch bereits von ihm beschrieben worden. Unter den gegebenen Umständen komme Dr. med. H.\_\_\_\_ zum Schluss, dass seitens des rechten Kniegelenks anhand des erwähnten Berichtes nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Gutachten von November / Dezember 2018 ausgegangen werden könne.

7.2.12 Dr. med. K.\_\_\_\_, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 12. Dezember 2019 (IV-Nr. 261) fest, der RAD halte weiterhin an seiner Beurteilung fest. Der orthopädische Gutachter habe das Festhalten am Gutachten nachvollziehbar und ausführlich anhand der nachträglichen Befunde begründet.

8. Zur Beurteilung einer allfälligen – seit der letzten Rentenverfügung vom 20. Juni 2006 eingetretenen – revisionsrelevanten Veränderung des Gesundheitszustandes holte die Beschwerdegegnerin insgesamt vier polydisziplinäre Gutachten ein, deren Beweiswert nachfolgend zu prüfen ist. Hierbei ist vorab anzumerken, dass vorliegend kein unrechtmässiger Rentenbezug und / oder eine Meldepflichtverletzung in Frage steht (vgl. Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV), weshalb keine rückwirkende Rentenherabsetzung, sondern nur eine Rentenaufhebung ex nunc bzw. eine solche per ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der angefochtenen Verfügung strittig ist (vgl. Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV). Demnach kommt den beiden Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 10. März 2016 und 10. Dezember 2018 aufgrund ihrer zeitlichen Nähe zur angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2020 bei der Beurteilung einer allfälligen revisionsrelevanten gesundheitlichen Veränderung erhöhte Relevanz zu.

8.1 Im polydisziplinären B.\_\_\_\_-Gutachten vom 20. Oktober 2009 (IV-Nr. 6.1; s. auch E. II. 7.2.1 hiervor) wurde aus orthopädischer Sicht festgehalten, radiologisch zeigten sich am rechten Kniegelenk ein deutlicher Patellatiefstand sowie Knorpelalterationen im femoropatellären, nicht jedoch medialen oder lateralen Kompartiment. An der Lendenwirbelsäule bestünden kleine Diskusprotrusionen LWK4/5 und LWK5/SWK1, jedoch keine Neurokompression. Die von der Explorandin geschilderten Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenkes liessen sich durch die objektivierbaren Befunde und vorliegenden Bilddokumente gut begründen. Die bei der heutigen Untersuchung von der Explorandin geschilderten rechtsseitigen Lumboischialgien entsprechend dem Dermatome L5 könnten jedoch keinesfalls objektiviert werden, da eine diffuse rechtsseitige Hemihypästhesie angegeben werde, das Reflexbild symmetrisch regelrecht sei, Paresen fehlten und der Lasegue klar negativ sei. Auch könne die vom Neurologen Dr. med. P.\_\_\_\_ angegebene Einschränkung der LWS-Beweglichkeit nicht

bestätigt werden, vielmehr seien sämtliche Wirbelsäulenabschnitte frei beweglich. Aufgrund dieser Ausführungen und der gutachterlich erhobenen Befunde erscheint die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht nachvollziehbar: Die Tätigkeit als Raumpflegerin könne als die angestammte angesehen werden. Für diese Tätigkeit bestehe aufgrund der heutigen Untersuchung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten unter Wechselbelastung bestehe dagegen aus rein orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Sodann wurde im psychiatrischen Teilgutachten ausgeführt, das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, überhaupt nicht mehr arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht vollständig objektiviert werden, sodass eine gewisse psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Vor dem Hintergrund der langjährigen psychosozialen Belastungssituation könne daher die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werden. Später sei auch eine depressive Störung hinzugekommen. Die Explorandin sei erstmals 2004 stationär psychiatrisch behandelt worden, befinde sich seither in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne somit eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert werden, die zurzeit leicht- bis mittelgradig ausgeprägt sei. Die in den Akten erwähnte schwere depressive Störung habe sich zurückgebildet. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen und die erhobenen Befunde wurde zur Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht einleuchtend festgehalten, aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, die zurzeit leicht- bis mittelgradig ausgeprägt sei, und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung habe sich die psychiatrische Situation zwischenzeitlich deutlich gebessert. Eine genaue Rückdatierung sei mangels fachärztlicher Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nach Dezember 2005 nicht möglich. Die Explorandin sei 2004 psychiatrisch begutachtet worden. Damals habe die Explorandin unter einer schweren depressiven Episode gelitten. Die depressive Störung habe sich seither deutlich verbessert. Zum jetzigen Zeitpunkt könne nur eine leichte bis mittelgradige depressive Störung festgestellt werden. Der die Explorandin seit 2007 behandelnde Psychiater habe zur Arbeitsfähigkeit nicht Stellung nehmen wollen. Gestützt auf diese Ausführungen vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Schlussfolgerung der Gutachter zu überzeugen, wonach die festgestellte Restarbeitsfähigkeit von 70 % in einer aus orthopädischer Sicht adaptierten Tätigkeit spätestens ab August 2009 mit Sicherheit bestätigt werden könne. Im Übrigen erscheint das B. \_\_\_-Gutachten auch im Lichte der im damaligen Zeitpunkt geltenden Rechtsprechung (u.a. Förster-Kriterien, vgl. u.a. BGE 131 V 49) nachvollziehbar. 8.2 Im polydisziplinären Gutachten des D. \_\_\_ vom 6. September 2013 wurde in psychiatrischer Hinsicht nachvollziehbar ausgeführt, es bestünden deutliche Diskrepanzen zwischen fremdanamnестischen Angaben und den Angaben der Explorandin, zwischen den Angaben der Explorandin in verschiedenen Untersuchungssituationen, sowie zwischen den Angaben und dem Verhalten der Explorandin. Insgesamt seien die Angaben der Versicherten diffus, detailarm und wenig plastisch. Es gebe zahlreiche Hinweise auf eine erheblich eingeschränkte Beschwerdevalidität im Sinne von mindestens deutlicher Aggravation. Hierdurch werde darüber hinaus eine Diagnosestellung deutlich erschwert. Eine psychiatrische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe nicht mit ausreichender Sicherheit festgestellt werden können. Es lägen deutliche Hinweise darauf vor, dass eine schwere bzw. mittelgradige depressive Episode derzeit nicht vorliege. Eine

anamnestisch wiederholt festgestellte depressive Episode sei aktuell allenfalls als leichtgradig einzuschätzen. Die anamnestisch vorhandene Schmerzstörung sei aufgrund der diffusen Angaben der Explorandin und der eingeschränkten Beschwerdevalidität gegenwärtig nicht mit ausreichender Sicherheit zu konstatieren. Die für die volle Rentenzusprache massgebende volle Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht könne aus heutiger Perspektive aufgrund der aktuellen psychiatrischen Beurteilung in diesem Mass aktuell nicht begründet werden. Zwar werde im psychiatrischen Parteigutachten von Dr. med. C. \_\_\_ vom 14. April 2010 unter anderem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, mit sozialem Rückzug und Einschränkungen in Freizeit, Alltag und Arbeitsfähigkeit sowie eine depressive Störung, gegenwärtig schwergradig, seit 01/2004 mit ausgeprägter Antriebsstörung, Desinteresse und eine gemischte Angststörung mit Krankheitswert seit ca. 09/2004 mit Panikattacken und Agoraphobie (beide subsyndromal) diagnostiziert und der Beschwerdeführerin im Haushalt eine Arbeitsfähigkeit von ca. 10 % attestiert. Zudem sei im Bericht des Schmerzzentrums T. \_\_\_ vom 8. Juni 2011 als Diagnose eine schwere Depression gestellt und eine Arbeitsfähigkeit von 1 – 2 Stunden pro Tag attestiert worden. Aufgrund des aktuellen psychiatrischen Gutachtens des D. \_\_\_ könnten die diagnostische Einschätzung und auch die Schlussfolgerung bezüglich der höchstgradigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit jedoch nicht nachvollzogen werden. Mit den gegenwärtig angegebenen und in der gutachterlichen Untersuchung nachvollziehbaren Symptomen erreiche die Explorandin einen Schweregrad einer leichtgradigen Depression ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Sodann wurde im orthopädischen Teilgutachten ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin könnten Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule, im Bereich des Steissbeins und im Bereich des Kniegelenks rechts objektiviert werden, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Die von der Beschwerdeführerin berichteten Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule und im Bereich des Kniegelenks würden zwar sehr akzentuiert, aber gesamthaft glaubhaft und gut passend zum klinischen Erfahrungsbild geschildert. Somit könne man die Beschwerden an sich als glaubhaft und realistisch einstufen. Die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule seien mit der klinischen Untersuchung sowie den radiologisch/kernspintomographischen Befunden einer rezessalen Einschränkung kongruent und liessen sich gut objektivieren. Klinisch berichte sie über Beschwerden im Bereich des Beines mit Ausstrahlung bis in die Zehen, eine klare neurologische Ausfallsymptomatik liege jedoch aktuell nicht vor. Es zeige sich eine schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit mit positivem Lasègue. Kernspintomographisch finde sich eine rezessale Einschränkung mit Kompression der Wurzel S1 bei Osteochondrose L4/L5, L5/S1 und Diskushernie. Die Beschwerden im Bereich des Kniegelenks mit diffuser Weichteilkonturverstreicherung, diffusem Druckschmerz, bei etwas vermehrter medialer Aufklappbarkeit und schwach positivem Apprehension entsprächen dem Krankheitsbild einer residualen Beschwerdesymptomatik bei Status nach Patellainstabilität und multiplen Operationen. Der Druckschmerz im Bereich des Steissbeins bei Status nach S5-Fraktur stehe ebenfalls klinisch, radiologisch und anamnestisch im Einklang. Insgesamt sei die Beschwerdesymptomatik im Bereich der Lendenwirbelsäule im Vergleich zu den Voruntersuchungen bei progredientem Befund stärker ausgeprägt als zum Zeitpunkt der Stellungnahme des B. \_\_\_ vom 8. November 2010, des Berichts von Dr. med. F. \_\_\_ vom 30. März 2011 und des Berichts von Dr. med. U. \_\_\_ vom 19. Dezember 2012. Auch seien zu den Voruntersuchungen noch Beschwerden im Bereich des Sakrums bei St.n. nach undislozierter Sakrumfraktur am 1. September 2012 hinzugetreten. Gestützt auf diese

einleuchtenden Ausführungen vermag schliesslich auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht zu überzeugen: Aufgrund der Gesamtbeschwerdesymptomatik mit eingeschränkter Sitzfähigkeit (nachvollziehbare Steissbeinbeschwerden), eingeschränkter Gehfähigkeit (LWS-Beschwerden und Knieproblematik) und der Unfähigkeit auf unebenem Gelände, Treppen, Leitern zu laufen oder in der Hocke zu arbeiten (Kniebeschwerdesymptomatik) sei die Beschwerdeführerin für leichte körperliche Arbeiten halbtags wechselseitig belastend, teilweise stehend, teilweise gehend, teilweise sitzend mit einer Belastungslimite von 10 kg zu 50 % arbeitsfähig. Mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten – und auch die bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft – seien der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Da aus internistischer Sicht keine zusätzlichen Einschränkungen erhoben werden konnten, entsprach dieses Zumutbarkeitsprofil sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit – 50 % in einer angepassten Tätigkeit – schliesslich auch der gutachterlichen Gesamtbeurteilung, was im Lichte der vorstehend aufgeführten nachvollziehbaren Teilgutachten nicht zu beanstanden ist.

8.3 Sodann ist auf das polydisziplinäre Gutachten der E. \_\_\_ vom 10. März 2016 (IV-Nr. 183.1 ff; vgl. E. II. 7.2.4 hiervor) einzugehen und zu prüfen, ob diesem Beweiswert zukommt. Darin kommen die Gutachter gesamthaft zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei auch in adaptierter Tätigkeit aufgrund der bleibenden Gesundheitsstörungen insgesamt zu 70 % arbeitsfähig. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Reinigungsdienst ab dem Arbeitsunfall 2001 sei sie 100 % arbeitsunfähig. Diese Beurteilung vermag gestützt auf die Teilgutachten, deren Beweiswürdigung nachfolgend vorzunehmen ist, zu überzeugen:

8.3.1 Im orthopädischen Teilgutachten wurde dargelegt, aus orthopädischer Sicht stünden aktuell die chronischen lumbospondylogenen Schmerzen bei Diskopathie L4-S1, Spondylarthrose im MRI LWS (11/2015), Narbenstenosen mit Nervenwurzelreizung im Vordergrund. Klinisch bestehe eine mittelgradige Belastungsinsuffizienz bei neurologischen Zeichen einer L5- und S1-Radikulopathie rechtsseitig. Hinzu kämen die belastungsabhängigen therapierefraktären chronifizierten Knieschmerzen des rechten Kniegelenks, die seit vielen Jahren unverändert seien. Gestützt darauf hielten die Gutachter weiter nachvollziehbar fest, diese Störungen schränkten die Versicherte in der Tätigkeit im Reinigungsdienst erheblich ein. Auch in einer adaptierten Tätigkeit sei die Versicherte aufgrund der Funktionsbeeinträchtigungen und chronifizierten Schmerzen mittelgradig beeinträchtigt. In einer leichten adaptierten Tätigkeit sei die Versicherte aus orthopädischer Sicht zu mindestens 30 % in ihrem Leistungsvermögen unter Berücksichtigung des Leistungsprofils eingeschränkt. Diese Beurteilung vermag auch im Lichte der Vorakten zu überzeugen. So finden sich diesbezüglich keine wesentlich anderslautenden Einschätzungen oder Diagnosestellungen. Die festgestellten chronifizierten Knieschmerzen rechts wurden bereits im Rahmen des Gutachtens des B. \_\_\_ vom 20. Oktober 2009 (vgl. E. II. 9.1 hiervor) als «chronische Kniegelenksschmerzen rechts» und im Gutachten der D. \_\_\_ vom 6. September 2013 (vgl. E. II. 9.3 hiervor) als «chronische Kniebeschwerden rechts» ausgewiesen. Zudem geht aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin im Bereich des rechten Knies bereits mehrmals operativ versorgt wurde. Auch die diagnostizierten «chronisch lumbospondylogenen Schmerzen» finden sich bereits anlässlich der Begutachtung der Gutachterstelle B. \_\_\_ im Rahmen eines «chronisch lumbovertebralen Schmerzsyndroms ohne radikuläre Ausfälle» und wurden im Gutachten des D. \_\_\_ von 2013 als «Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule» beschrieben (IV-Nr. 115.4 S. 13).

8.3.2 Im neurologischen Teilgutachten wurde festgehalten, die Berichte nach dem Unfall mit Massenprolaps, welcher im Januar 2014 zur

Operation geführt habe, führten nicht detailliert die neurologische Ausfallssymptomatik auf, welche die Indikation zur Operation gestellt habe. Es werde eine Blasenstörung und eine S1-Ausfallssymptomatik beschrieben, wobei die einzelnen Auffälligkeiten in einem neurologischen Befund fehlten. Aktuell lasse sich der klinische Befund bei Aggravation, mangelnder Mitarbeit und Nichtbefolgen von Aufforderungen nur eingeschränkt verwerten, was berücksichtigt werden müsse. Eine Blasen- oder Mastdarmstörung werde aktuell nicht beschrieben. In der Einzelkraftprüfung, die nur sehr eingeschränkt verwertbar sei, zeige sich allenfalls eine minime Asymmetrie der Grosszehenhebung zu Ungunsten von rechts, was einer L5-Radikulopathie entsprechen würde, bei fehlenden Hinweisen auf eine Problematik des N. peroneus rechts. Als Zeichen für eine S1-Radikulopathie zeige sich der Achillessehnenreflex rechtsseitig im Seitenvergleich abgeschwächt. Die Versicherte sei zuletzt als Reinigungskraft tätig gewesen, so dass hier aufgrund der möglichen Radikulopathie aus rein neurologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % bestehe. In einer angepassten Tätigkeit sei die Versicherte uneingeschränkt arbeitsfähig. Diese Beurteilung vermag auch im Lichte der Vorakten zu überzeugen. Bezüglich des im Rahmen der orthopädischen Begutachtung der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2009 erhobenen neurologischen Status (IV-Nr. 65.1 S. 21) hielten die neurologischen Gutachter der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ einleuchtend fest, es sei eine rechtsseitige Hypästhesie an Gesicht, der gesamten oberen Extremität bis in sämtliche Fingerspitzen sowie von der unteren Thoraxapertur in sämtliche Zehenspitzen angegeben worden, wobei die weiteren neurologischen Befunde alle als unauffällig gewertet worden seien. Dieser Befund lasse sich aktuell zum Teil nachvollziehen. Auch hier werde eine Sensibilitätsstörung der rechten Körperhälfte angegeben, wobei zudem auch noch eine Schwäche beschrieben werde, die jedoch bei eingeschränkter Mitarbeit nicht objektivierbar sei bzw. die klinischen Befunde seien nur eingeschränkt verwertbar. Die oben genannte Begutachtung des B.\_\_\_\_ liege vor dem genannten Unfall 2013 [recte: 2012], der schlussendlich zur Operation im Januar 2014 bei sensomotorischen Ausfällen geführt habe. Festzuhalten bleibe, dass die Beschwerdeführerin in der aktuellen Begutachtung seit ca. 2012 Rückenschmerzen angebe, wobei im Gutachten von 2009 bereits Rückenschmerzen beschrieben worden seien, was insgesamt diskrepant sei (IV-Nr. 183.1 S. 72). Diesen Ausführungen kann gefolgt werden: So klagte die Beschwerdeführerin im Rahmen der orthopädischen Exploration vom 11. August 2009 u.a. bereits über Kreuzschmerzen, die von der Mittellinie in beide Flanken und über die Aussenseite von Ober- und Unterschenkel bis zur Grosszehe rechts ausstrahlten (IV-Nr. 65.1 S. 18). Insgesamt wird der Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens durch den erhobenen neurologischen Status im Gutachten der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ somit nicht geschmälert.

### 8.3.3 Aufgrund des sich als weitgehend normal und unauffällig präsentierenden internistischen Status unter Einbezug der Ergebnisse aus den angiologischen und pneumologischen Teilgutachten mit gut palpablen peripheren Pulsen, ohne Strömungsgeräusche, normakzentuierten Herztönen, Vestikuläratmen ohne Rasselgeräusche, regelrechten Darmgeräuschen und klopfindolenten Nierenloggen, ist es sodann nachvollziehbar, dass diesbezüglich keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden konnte (IV-Nr. 183.1 S. 78 f.). In Bezug auf die pneumologischen und angiologischen Teilgutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ (IV-Nrn. 183.4, 183.5) finden sich in den vorliegenden Akten keine Berichte aus diesen medizinischen Fachgebieten. Den medizinischen Vorakten ist einzig zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nach den operativen Eingriffen vom 6. Februar 2012 (Kniearthroskopie und VMO-Plastik) und Januar 2014 (Entfernung eines perforierten

Massenprolapses) je eine Thrombose und eine Lungenembolie erlitten hat. Diese Diagnosen werden im Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Weiter wurde diesbezüglich festgehalten, dass aktuell geringgradige postthrombotische Residuen bestünden, eine relevante periphere arterielle Verschlusskrankung indes ausgeschlossen werden könne (IV-Nr. 183.5 S. 1 f.). Im Rahmen der pulmologischen Exploration wurde zudem festgehalten, dass normale statische wie dynamische Lungenvolumina vorlägen (IV-Nr. 183.4 S. 2). Der Beweiswert sowohl des angiologischen als auch des pneumologischen Teilgutachtens wird durch die medizinischen Vorakten demnach nicht beeinträchtigt.

8.3.4 Im kardiologische Teilgutachten konnten sodann keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (IV-Nr. 183.2). Dies steht denn auch im Einklang mit den medizinischen Vorakten. Daraus ist zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin seit Längerem eine arterielle Hypertonie besteht. So wurde bereits im Gutachten der Gutachterstelle D.\_\_\_\_ vom 6. September 2013 ein «Verdacht auf eine arterielle Hypertonie, kontrollbedürftig» diagnostiziert. Im kardiologischen Teilgutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ wurde diesbezüglich lediglich festgehalten, die arterielle Hypertonie sei seit ca. sechs Jahren bekannt und zurzeit medikamentös gut eingestellt (IV-Nr. 183.2 S. 2).

8.3.5 Im psychiatrischen Teilgutachten wurde ausgeführt, aus psychiatrischer Sicht habe sich zur Situation zu dem Gutachten im D.\_\_\_\_ bzw. B.\_\_\_\_ kaum etwas Wesentliches verändert. Es zeige sich bei der Versicherten weiterhin eine deutliche Symptomausweitung, die sich bei Anwesenheit von bestimmten Personen noch akzentuiere. Im Rahmen des familiären Systems werde sie umsorgt und es würden Hilfeleistungen geleistet, die nicht nötig wären. Dies zeige sich auch beim heutigen Untersuchungstermin, als die Tochter der Versicherten der Auffassung sei, dass man die Mutter stützen müsse, damit sie ins Untersuchungszimmer gelange. Auch ohne diese Hilfe sei sie ohne Probleme gelaufen. Zudem habe sich gezeigt, dass die Versicherte anfänglich einen sehr leidenden, schwer kranken Eindruck gemacht habe, der sich auch im Verhalten, in Mimik und Gestik, in der Stimmung gezeigt habe, der sich ändere und ein anderes Auftreten sichtbar werde, wenn man direkt nachfrage und sie konfrontiere. Aufgrund der heutigen Exploration und den erhobenen Befunden im Psychostatus sei davon auszugehen, dass bei der Versicherten eine leichtgradige depressive Störung mit leicht herabgesetzter Grundstimmung, leicht eingeschränkter Schwingungsfähigkeit, leichter Verlangsamung im formalen Denken und fehlender Motivation bestehe. Weiter wurde im Teilgutachten festgehalten, daneben bestünden relevante IV-fremde Faktoren wie fehlende Schulbildung, fehlende Integration, fehlende Sprachkenntnisse und insbesondere aber auch die soziokulturelle Ebene, in der die Versicherte in ihrem familiären Rahmen in einer Krankenrolle sei und auch durch das Umfeld darin unterstützt werde. Neben der leichten depressiven Störung gebe es im Rahmen der Schmerzproblematik Hinweise, dass eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren bestehen könnte. Aufgrund des erhobenen Psychostatus mit unauffälligem quantitativem Bewusstsein, zeitlich / örtlich / autopsychisch und situativer Orientierung, ohne Hinweise auf wesentliche Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, geordnetem, einfach strukturiertem und leicht verlangsamtem formalem Denken sowie fehlenden inhaltlichen Denkstörungen (Wahn-, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen) im Sinne von Gedankeneingebung, -ausbreitung und -beeinflussung oder Derealisation und Depersonalisation, leicht nach unten geschobener Grundstimmung und leicht eingeschränkter Schwingungsfähigkeit (IV-Nr. 183.1 S. 62 f.), vermag die Diagnosestellung des psychiatrischen Gutachters zu

überzeugen. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen erscheint auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar, wonach die Beschwerdeführerin aus rein psychiatrischer Sicht in der bisherigen wie auch in einer adaptierten Tätigkeit 30 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Sodann vermag die Beurteilung aus dem psychiatrischen Teilgutachten auch im Lichte der Vorakten zu überzeugen: In Bezug auf das versicherungspsychiatrische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 14. April 2010 (vgl. E. II. 9.2 hiervor) ist zunächst festzuhalten, dass es sich hierbei um ein durch die Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenes Gutachten handelt. In diesem Sinn hielt auch der psychiatrische Gutachter der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ fest (IV-Nr. 183.1 S. 65), es handle sich um ein Parteigutachten. Dr. med. C.\_\_\_\_ schreibe, dass seine Vorgehensweise die Gefahr von suggerierenden Antworten beinhalte. Dabei werde die Frage offengelassen, inwieweit er selbst dieser Problematik erlegen sei, insbesondere, ob er die Schulbildung und die intellektuellen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin miteinbeziehe. Auffallend an diesem Gutachten sei, dass die Beschwerdeführerin eine fehlende Motivation zeige, die als Leidensdruck und depressive Selbstaufgabe und Motivationslosigkeit interpretiert werde, ohne zu hinterfragen, ob auch ein anderer Grund dabei sein könnte. Im ausführlichen AMDP-Status versuche Dr. med. C.\_\_\_\_ die subjektiven Angaben zu objektivieren, ohne diese selbstkritisch zu hinterfragen. Z.B. interpretiere er die Schwierigkeiten bei den Aufgaben mit Zahlen als deutliche Antriebsstörung und Verlangsamung, ohne sich bewusst zu sein, dass die Beschwerdeführerin eine minimale Schulbildung genossen habe und gemäss ihren Angaben nur bis ca. 30 oder 40 zählen könne. Diesen Ausführungen und Einschätzungen des psychiatrischen Gutachters der E.\_\_\_\_ kann gefolgt werden. So ist es nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. med. C.\_\_\_\_ einen allfälligen Zusammenhang zwischen der durch Beschwerdeführerin angegebenen geringen Schulbildung (vier Jahre Schulbesuch, IV-Nr. 78 S. 31) und den objektivierbaren Ergebnissen der durchgeführten klinischen Testungen zur Konzentration und Merkfähigkeit (Benennen der Monatsnamen rückwärts und Rückwärtszählen ab 20) mit deutlichen Störungen von Konzentration und Gedächtnis nicht zumindest diskutierte. Zudem ging Dr. med. C.\_\_\_\_ auf seine Feststellungen, wonach die Angaben der Beschwerdeführerin oft diffus und ungenau sowie z.T. widersprüchlich zu den Akten seien (IV-Nr. 78 S. 42 oben), nicht weiter ein, sondern hielt in allgemeiner Weise einzig fest, dass diese Unschärfen wahrscheinlich auf das niedrige Bildungs- und Sprachniveau zurückzuführen seien. Das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vermag somit insgesamt nicht zu überzeugen und schmälert den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ nicht. Des Weiteren wurde Im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens der Gutachterstelle D.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2013 (vgl. E. II. 9.3 hiervor, IV-Nr. 115.3) keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Bei der Verhaltensbeobachtung während der psychiatrischen Exploration wurde u.a. festgehalten, es falle eine theatralische Symptompräsentation auf. Der psychiatrische Gutachter der E.\_\_\_\_ hielt seinerseits fest, es werde detailliert aufgeführt, wo die Schwierigkeiten lägen. Es gebe viele Inkonsistenzen, die Beschwerdeführerin sei wahrscheinlich in einer Krankenrolle und zeige in diesem Rahmen eine Symptomausweitung. Somit ergäben sich zur psychiatrischen Begutachtung der D.\_\_\_\_ keine wesentlich voneinander abweichenden Feststellungen. Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. So wurde auch bei der psychiatrischen Begutachtung durch die E.\_\_\_\_ weiterhin eine deutliche Symptomausweisung festgestellt und ausgeführt, dass sich diese bei Anwesenheit bestimmter Personen noch konzentriere (IV-Nr. 183.1 S. 66). So werde die Beschwerdeführerin im familiären System umsorgt und es würden

Hilfeleistungen erbracht, die nicht nötig wären. Anders als der begutachtende Psychiater der D.\_\_\_\_ ging der psychiatrische Gutachter der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ indes nicht von einer Aggravation oder Ähnlichem aus, sondern von einer Überforderungssituation mit minimaler Schulbildung und fehlenden intellektuellen Möglichkeiten. Es kann somit tendenziell von einer anderen Bewertung desselben Sachverhalts durch die psychiatrischen Fachpersonen ausgegangen werden. Der Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ wird durch das psychiatrische Gutachten der Gutachterstelle D.\_\_\_\_ demnach nicht geschmälert 8.3.5.1 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts BGE 143 V 409 sind sodann sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann den gutachterlichen Ausführungen entnommen werden, im Rahmen einer psychiatrischen Krankheit sei die Versicherte leicht eingeschränkt in der Durchhaltefähigkeit und in der Anwendung fachlicher Kompetenzen. Die weiteren Einschränkungen bestünden nicht im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung, sondern zum einen in der minimalen Schulbildung, zum anderen aber auch im Rahmen ihrer Krankenrolle. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz wird psychiatrischen Teilgutachten ausgeführt, gemäss Akten suche die Versicherte ihren Psychiater seit 2007 auf, ohne dass er relevante Veränderungen habe herbeiführen können. Diesbezüglich stelle sich die Frage, inwieweit ein erneuter stationärer Aufenthalt sinnvoll wäre, der bereits 2004 im Rahmen der Suizidalität erfolgt sei und gemäss dem Schreiben auch Erfolg gebracht habe. Die Versicherte lebe in einer Krankenrolle und es müsse darauf geachtet werden, dass diese nicht unterstützt werde. Die medikamentöse Therapie wäre nochmals zu überlegen und eventuell ein Medikamentenwechsel indiziert. Eingliederungsmassnahmen seien bisher

nicht durchgeführt worden. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Versicherte im Rahmen ihrer Arbeitsfähigkeit eingliederungsfähig. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen ist bei der Beschwerdeführerin somit weder von einer Behandlungs- noch von einer Eingliederungsresistenz auszugehen. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Im Gutachten wird keine ressourcenhemmende Wirkung der verschiedenen Diagnosen beschrieben. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich wird im Gutachten festgehalten, es handle sich um eine Frau aus einem anderen Kulturkreis, mit minimaler Schulbildung, wenig intellektuellen Ressourcen und schneller Überforderung in schwierigen Situationen. Dabei sei zu berücksichtigen, dass unter Umständen das soziale Umfeld die Problematik verschlechtere, indem die Versicherte in ihrer Krankenrolle unterstützt werde. Die Versicherte sei in der Schweiz wenig integriert, von ihrer Familie abhängig und binde ihre Familie durch ihre Krankenrolle an sich. Sie sei selbst zum Teil auch aus somatischen Gründen nicht in der Lage, für sich finanziell zu sorgen und damit auch überfordert. Die Versicherte sollte wenn möglich aus ihrem sozialen Netz herausgeholt werden, wieder an eine einfache Tätigkeit herangeführt werden, um Fortschritte machen zu können. Gestützt auf diese Ausführungen erscheinen die persönlichen Ressourcen der Beschwerdeführerin eher eingeschränkt zu sein. Dagegen ist bei der Beschwerdeführerin durch ihre familiäre Einbindung im sozialen Kontext von positiven Ressourcen auszugehen. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Wie diesbezüglich im Gutachten ausgeführt wurde, habe die Beschwerdeführerin im Explorationsgespräch unterschiedliche

Verhaltensweisen und Aktivitätsniveaus gezeigt. In der Konfrontation könne die Versicherte reagieren und sich auch wehren. Sie lebe in einer Krankenrolle und werde vom Umfeld darin auch unterstützt. Dies spricht somit gegen eine gleichmässige Einschränkung in allen Lebensbereichen. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorstehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden. Gestützt darauf ist von einem mittelschweren Leidensdruck auszugehen. 8.3.5.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt, womit die psychiatrische Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit von 70 % nachvollziehbar ist, so dass darauf abgestellt werden kann. 8.3.6 Wie bereits unter E. II. 8.3. festgehalten, vermag gestützt auf die beweismässigen Teilgutachten schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung im Gutachten der E. \_\_\_ vom 10. März 2016 zu überzeugen, wonach die Beschwerdeführerin in adaptierter Tätigkeit aufgrund der bleibenden Gesundheitsstörungen insgesamt zu 70 % arbeitsfähig sei. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Reinigungsdienst ab dem Arbeitsunfall 2001 sei sie dagegen 100 % arbeitsunfähig. 8.4 Schliesslich ist auf den Beweiswert des von der Beschwerdegegnerin veranlassten polydisziplinären Verlaufsgutachtens der Gutachterstelle E. \_\_\_ vom 10. Dezember 2018 (IV-Nr. 239.2 ff.) einzugehen. Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass anhand einer Verlaufsbeurteilung durch die bereits mit dem Fall vertrauten medizinischen Vorgutachter zu prüfen ist, ob sich seit der letzten Beurteilung des Gesundheitszustandes eine gesundheitliche Veränderung ergeben hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_1032/2010 vom 1. September 2011 E. 4.1). Folglich vermag die Beschwerdeführerin aus ihrem Vorbringen (vgl. E. II. 5.2 hiervor), wonach es sich beim massgeblichen Referenzzeitpunkt um den Erlass der Verfügung vom 20. Juni 2006 handle, nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. 8.4.1 Im orthopädischen Verlaufsgutachten der Gutachterstelle E. \_\_\_ vom 11. November 2018 (IV-Nr. 239.5) wurde nachvollziehbar dargelegt, dass die klinische Situation im Vergleich zur orthopädischen Untersuchung vom 20. Januar 2016 weitgehend unverändert sei (S. 13). Zugenommen hätten die subjektiven Beschwerden der Beschwerdeführerin, welche Ende Januar 2017 zu einer erneuten operativen Dekompression geführt hätten. Dieser Eingriff habe weder die gewünschte Beschwerdefreiheit gebracht, noch zu einer verschlechterten neurologischen Situation geführt. Es ist daher seit dem Gutachten der Gutachterstelle E. \_\_\_ vom 10. März 2016 von einer unveränderten orthopädischen gesundheitlichen Situation und der bereits damals statuierten Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. 8.4.2 Sodann wurde aus neurologischer Sicht festgehalten (IV-Nr. 239.7 S. 8), im Vergleich zum Vorgutachten vom 10. März 2016 sei eine persistierende und therapierefraktäre Schmerzsymptomatik am rechten Bein neu. Es handle sich am ehesten um neuropathische Schmerzen, residuell nach stattgehabter Kompression der Wurzel L5 rechts, die aber nach erfolgter Dekompression – nach myelographischem Befund – nicht mehr komprimiert sei.

Dadurch werde verständlich, dass diese Schmerzsymptomatik auch nicht vorwiegend belastungsabhängig sei, sondern – entsprechend einem mehr neuropathischen Schmerzbild – spontan mit einer auffälligen Ruhebetonung. Diese Ruhebetonung, insbesondere auch bei längerem Sitzen und Liegen, sei untypisch für eine lumboradikuläre Irritation, könne aber Ausdruck eines restless legs-Syndroms sein, wodurch sich weitere therapeutische Optionen ergäben. Restless legs-Syndrome manifestierten sich häufig erst durch periphere Nervenschäden, weil diese die Auftretensschwelle dafür herabsetzten. Es sei aber nach Darstellung von einer zusätzlichen residuellen neuropathischen Schmerzsymptomatik auszugehen. Beim Untersuchungsbefund neu festzustellen sei eine leichte Muskelatrophie am rechten Oberschenkel gegenüber links ohne Hinweise für eine Parese der Oberschenkelmuskulatur rechts. Somit handle es sich um eine Inaktivitätsatrophie bei muskulärer Minderbelastung infolge bekannter Kniegelenkserkrankung rechts. Diese Einschätzungen vermögen zu überzeugen. So wurde bereits am 22. Dezember 2016 (IV-Nr. 200 S. 3 f.) durch den Neurochirurgen Dr. med. R. \_\_\_ ein persistierendes lumboradikuläres Reizsyndrom L5 rechts mit sensiblem Defizit diagnostiziert, welches durch die Rezessusstenosen L4/5 bedingt sei. Dieses wurde sodann mittels epiduraler Infiltration am 30. Dezember 2016 (IV-Nrn. 202 S. 2 f., 205 S. 5 f.) und mikrochirurgischer Dekompression L4/5 vom 23. Januar 2017 (IV-Nr. 209 S. 6 f.) erfolglos behandelt. In der am 5. Februar 2017 durchgeführten MRI der LWS (IV-Nr. 207 S. 3 ff.) zeigten sich sodann eine fragliche Tangierung der L5-Wurzel rechts auf der Höhe LWK5/SWK1 sowie adäquate postoperative Verhältnisse bei Status nach Dekompression LWK4/5. Demzufolge präsentiert sich die neurologische Situation der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des neurologischen Verlaufs-Teilgutachtens der Gutachterstelle E. \_\_\_ vom 15. November 2018 gegenüber dem am 21. Januar 2016 verfassten neurologischen Teilgutachten als seit dem 22. Dezember 2016 (erstmalige Mitteilung der Problematik der Beinschmerzen, Bericht Dr. med. R. \_\_\_, IV-Nr. 212 S. 17 f.) verschlechtert (vgl. IV-Nr. 239.7 S. 11). Dementsprechend erscheint auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht nachvollziehbar: In einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine Minderung der Leistungsfähigkeit um 20 %, sodass bei nicht eingeschränkter zeitlicher Präsenz eine Arbeitsfähigkeit von 80 % entstehe, dies seit 22. Dezember 2016. Zu vermeiden seien LWS belastende Tätigkeiten, insbesondere Arbeiten in Haltungskonstanz und mit häufig mittelschweren (bis schweren) Belastungen. 8.4.3 Aus allgemein-internistischer und kardiologischer Sicht ergeben sich im Vergleich zum Vorgutachten vom 10. März 2016 keine Veränderung von Befunden und Diagnosen. So legte der internistische Gutachter im Teilgutachten vom 8. November 2018 nachvollziehbar dar, dass aus allgemein-internistischer Sicht keine negative klinische Veränderung bestehe (IV-Nr. 239.6 S. 9). Auch der kardiologische Gutachter hielt im Verlaufsgutachten vom 7. November 2018 fest, es bestünden seitens der arteriellen Hypertonie und der Lungenembolien keine Änderungen des Gesundheitszustandes in den objektiv erbrachten Befunden. Die Velo-Ergometrie sei wegen der Schmerzen im Knie, und weil die Beschwerdeführerin schlecht velofahren könne, nicht möglich gewesen. Im Januar 2016 sei aber ein Befund mit einer guten ergometrischen Belastbarkeit bis 130 vorgelegen. Von kardialer Seite her sei die fehlende ergometrische Belastbarkeit nicht erklärbar (IV-Nr. 239.2 S. 9). 8.4.4 In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ergibt sich Folgendes: Im Verlaufsgutachten vom 10. Dezember 2018 wurde im Vergleich zum Vorgutachten vom 10. März 2016 (vgl. E. II. 9.4 hiervor) anstelle der damals ausgewiesenen «gegenwärtig leichtgradigen» eine «gegenwärtig mittelgradige» Episode einer rezidivierenden

depressiven Störung diagnostiziert und die noch im Vorgutachten als Verdachtsdiagnose qualifizierte chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen nun als gesicherte Diagnose bezeichnet. Diesen Einschätzungen kann gefolgt werden, da sich die Untersuchungsbefunde im Rahmen der psychiatrischen Verlaufsbeurteilung vom 7. November 2018 (IV-Nr. 239.4 S. 5) gegenüber dem Psychostatus vom 20. Januar 2016 (vgl. IV-Nr. 183.1 S. 62) als verschlechtert präsentierten. So wurde im psychiatrischen Verlaufsgutachten u.a. ausgeführt, die affektive Schwingungsfähigkeit sei deutlich eingeschränkt und reduziert. Die Stimmung sei zum unteren Pol hin ausgelenkt. Die Beschwerdeführerin beschreibe Angst in Bezug auf Aussagen und Urteile von Ärzten sowie, wenn sie sich in einem kleinen Aufzug befinde. Sie zittere z.T. auch bei einer Ansammlung vieler Leute. Demgegenüber wurde im Gutachten vom 10. Mai 2016 festgehalten, es bestehe eine leicht eingeschränkte Schwingungsfähigkeit und die Grundstimmung sei leicht nach unten geschoben. Über Ängste berichtete die Beschwerdeführerin nicht. Es ist somit aufgrund der Verlaufsbeurteilung vom 10. Dezember 2018 insgesamt von einer Verschlechterung des psychischen Zustandes der Beschwerdeführerin gegenüber dem Vorgutachten vom 10. März 2016 auszugehen. Diese Veränderungen bestünden seit Januar 2017 (IV-Nr. 239.4 S. 8 unten). Diese Ausführungen erscheinen nachvollziehbar, zumal der behandelnde Psychiater Dr. med. S.\_\_\_\_ im Bericht vom 10. Januar 2017 (IV-Nr. 205 S. 2 ff.) sowohl eine «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» als auch eine «affektiv-kognitive Restsymptomatik einer rezidivierenden depressiven Episode mit unvollständiger Remission zwischen den Episoden (aktuelle mittelschwere depressive Symptomatik) und stressassoziierte Dissoziativen und Paniktendenzen» und eine «stark akzentuierte ängstlich-vermeidende Persönlichkeit mit konversiven Anteilen und einem passiv-regressiven Bewältigungsmuster» diagnostizierte und den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der psychiatrischen Beurteilung im Rahmen der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2016 als «klinisch relevant verschlechtert» qualifizierte. Dementsprechend erscheint auch die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbar, wonach die Arbeitsunfähigkeit ab Januar 2017 40 % betrage. 8.4.4.1 Sodann ist wiederum zu prüfen, ob die Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten auch im Rahmen der durchzuführenden Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 zu überzeugen vermag. Vorweg ist auf die detaillierten Angaben zu dieser Rechtsprechung in E. II. 8.3.5.1 zu verweisen. Bezüglich der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde kann den gutachterlichen Ausführungen entnommen werden, es zeige sich bei der Versicherten weiterhin eine deutliche Symptomausweitung, die sich bei Anwesenheit von bestimmten Personen noch akzentuiere. Zudem habe sich gezeigt, dass die Versicherte anfänglich einen sehr leidenden, schwer kranken Eindruck gemacht habe, der sich auch im Verhalten, in Mimik und Gestik, in der Stimmung gezeigt habe, der sich aber ändere und ein anderes Auftreten sichtbar werde, wenn man direkt nachfrage und sie konfrontiere. Bei der Versicherten liege eine leichtgradige depressive Störung mit leicht herabgesetzter Grundstimmung, leicht eingeschränkter Schwingungsfähigkeit, leichter Verlangsamung im formalen Denken und fehlender Motivation vor. Daneben bestünden relevante IV-fremde Faktoren wie fehlende Schulbildung, fehlende Integration, fehlende Sprachkenntnisse und insbesondere aber auch die soziokulturelle Ebene, in der die Versicherte in ihrem familiären Rahmen in einer Krankenrolle sei und auch durch das Umfeld darin unterstützt werde. Neben der leichten depressiven Störung gebe es im Rahmen der Schmerzproblematik Hinweise, dass eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren

bestehen könnte. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz wird im Verlaufsgutachten ausgeführt, die laufende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung solle fortgesetzt werden und es werde eine Intensivierung mit engermaschigen Terminen als sinnvoll erachtet. Zudem sollte eine stationäre psychiatrische Behandlung diskutiert werden, wobei dies vermutlich aufgrund der sprachlichen Schwierigkeiten und geringen Ressourcen wenig erfolgversprechend sei. Auf alle Fälle sollte eine Anpassung der Medikamente (Ergänzung durch andere Antidepressiva, Substitution sowie ggf. auch Erhöhung) thematisiert werden (IV-Nr. 239.4 S. 8). Spezifische Eingliederungsmassnahmen seien bislang nicht durchgeführt worden, vermutlich auch vor dem Hintergrund mangelnder Ressourcen. Da die Versicherte schon frühzeitig eine volle IV-Rente erhalten habe, sei dadurch auch eine regressive, eher passiv leidende Haltung verstärkt worden. Nach einer derartigen Chronifizierung und Dekonditionierung seien die Heilungschancen perspektivisch trotz des noch recht jungen Alters leider als sehr kritisch und zurückhaltend zu sehen. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen ist bei der Beschwerdeführerin somit nicht von einer Behandlungsresistenz auszugehen. Bezüglich einer allfälligen Eingliederungsresistenz ist dem Verlaufsgutachten sodann keine klare Antwort zu entnehmen, so dass diesbezüglich auf das erste Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 10. März 2016 zu verweisen ist, worin die Gutachter festhielten, Eingliederungsmassnahmen seien bisher nicht durchgeführt worden, aus rein psychiatrischer Sicht sei die Versicherte im Rahmen ihrer Arbeitsfähigkeit eingliederungsfähig. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität wurde Im Verlaufsgutachten vom 10. Dezember 2018 keine ressourcenhemmende Wirkung der verschiedenen Diagnosen beschrieben. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» mit den Komplexen «Persönlichkeit» und «Sozialer Kontext» wurde im Verlaufsgutachten festgehalten, die Beschwerdeführerin stamme aus einfachen Verhältnissen, habe nur wenige Jahre die Schule besucht und keine spezifische Ausbildung absolviert und spreche kein Deutsch. Sie habe keine spezifischen Kompetenzen erwerben können – weder sprachliche noch berufliche. Der Schwerpunkt sei auf dem Erhalt und Aufbau der Familie gelegen. In diesem Kontext werde sie nun auch (durch die Tochter) versorgt. Eigene Fähigkeiten und Kompetenzen, welche ihr selbst eine Verbesserung ihrer Situation erlauben könnten, fänden sich nicht. Regression und Resignation träten verstärkt in den Vordergrund (IV-Nr. 239.2 S. 6 f.). Es würden keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsakzentuierung erkannt. Die persönlichen Ressourcen werden im Verlaufsgutachten aufgrund der durch die schon viele Jahre bestehende 100%ige Rente und der eingetretenen Dekonditionierung als eingeschränkt bezeichnet. Dagegen ist bei der Beschwerdeführerin durch ihre familiäre Einbindung im sozialen Kontext von positiven Ressourcen auszugehen. Bezüglich des Indikators einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus wurde im Verlaufsgutachten ausgeführt, dass die von der Beschwerdeführerin geschilderten üblichen Tagesaktivitäten (Mithilfe beim Kochen durch die Tochter, Fernsehen und Ausruhen auf dem Sofa, gelegentliches Kümmern um die Enkelkinder, teilweises Begleiten der Tochter beim Einkaufen, Unterstützen der Tochter bei Reinigungsarbeiten, IV-Nr. 239.4 S. 4) zur depressiven Störung passten. Auch in der Untersuchung habe eine u.a. deutlich eingeschränkte und reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit festgestellt werden können (IV-Nr. 239.4 S. 5). Es wurde festgehalten, dass keine demonstrative oder gravierende Beschwerdedarstellung erfolgt sei und die somatischen Befunde im Wesentlichen die vorgebrachten Beschwerden erklärten (IV-Nr. 239.2 S. 7). Es ist somit von einer gleichmässigen Einschränkung in allen

Lebensbereichen auszugehen. Betreffend den Indikator des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks kann auf das vorstehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden. Gestützt darauf ist von einem mittelschweren Leidensdruck auszugehen. 8.4.4.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten des Verlaufsgutachtens der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2018 genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt, womit die psychiatrische Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit von 60 % nachvollziehbar ist, so dass darauf abgestellt werden kann.

8.4.5 Gestützt auf die beweismässigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die gutachterliche Gesamtbeurteilung im Verlaufsgutachten der E.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2018 zu überzeugen, wonach die Gesamtarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ab Januar 2017 60 % beträgt (vgl. E. II. 7.2.6).

8.4.6 Sodann ist auf die weiteren, zeitlich nach dem Verlaufsgutachten vom 10. Dezember 2018 verfassten medizinischen Berichte einzugehen und zu prüfen, ob diese dem Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ entgegenstehen: In den medizinischen Berichten vom 2. und 11. Juli 2019 (vgl. E. II. 9.9 und 9.10 hiervor) von Dr. med. L.\_\_\_\_ bzw. Dr. med. F.\_\_\_\_ wird im Wesentlichen über die bereits im Verlaufsgutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2018 beschriebenen, zunehmenden lumbalen Rücken- sowie Kniegelenkschmerzen berichtet. So hielt Dr. med. L.\_\_\_\_ im «Infiltrationsbericht» vom 26. Juli 2019 fest, eine adäquate Beurteilung der Rückenschmerzen sei nicht möglich, da die Beschwerdeführerin wie immer sehr dramatisiere. Ausserdem legte er dar, dass die MRI nur den bereits bekannten kleinen Rezidivprolaps und eine Spondylarthrose gezeigt habe und am 2. Juli 2019 eine Infiltration der Intervertebralgelenke L5/S1 erfolgt sei. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurde indes nicht ausgewiesen. Auch der Orthopäde Dr. med. F.\_\_\_\_ attestierte im Bericht vom 11. Juli 2019 keine Arbeitsunfähigkeit. Er berichtete von einer bei der Beschwerdeführerin relativ häufig auftretenden Reizung des rechten Kniegelenks. Aus diesen Berichten lässt sich somit gegenüber der Verlaufsbeurteilung vom 10. Dezember 2018 keine Veränderung des somatischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ableiten. Dies bestätigt auch der orthopädische Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_, Gutachterstelle E.\_\_\_\_, mit Schreiben vom 14. Oktober 2019, indem er ausführte, er habe die durch Dr. med. F.\_\_\_\_ beschriebenen Schmerzen und Schwellungszustände bereits in seinem Gutachten vom 10. Dezember 2018 beschrieben. Bei den klinischen leicht anderslautenden Befunden von Dr. med. F.\_\_\_\_ handle es sich um Abweichungen im Rahmen des Spielraumes der Messgenauigkeit und auch die Situation im Bereich des Achsenskeletts habe sich seit der Begutachtung im November / Dezember 2018 nicht relevant verändert. In Bezug auf das rechte Kniegelenk sei im Vergleich zum Gutachten von 2018 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen. Die Beschwerdeführerin vermag aus ihrem Vorbringen (A.S. 29), wonach Dr. med. H.\_\_\_\_ in seiner Aktenbeurteilung vom 14. Oktober 2019 angebe, wesentliche Elemente des Krankheitsverlaufes nicht zu kennen, so z.B., ob der Neurostimulator gewirkt habe, nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. So führten die Gutachter der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ bereits im Schreiben vom 5. April 2019 aus, dass wegen des Neurostimulators nicht mit einer Veränderung des Zustandsbildes zu rechnen sei. Dies bestätigte Dr. med. H.\_\_\_\_ sodann in seinem Schreiben vom 14. Oktober 2019, indem er darlegte, der Neurostimulator habe

keinen Einfluss auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und die Situation im Bereich des Achsenskeletts habe sich seit der Begutachtung vom Dezember 2018 aus orthopädischer Sicht nicht verändert. Zusammenfassend kann somit auf das voll beweismässige Verlaufsgutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2018 abgestellt werden.

8.5 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob sich – gestützt auf die vorgehend aufgeführten beweismässigen Gutachten – der Sachverhalt im hier relevanten Zeitpunkt vom 29. Juli 2020 gegenüber demjenigen der rentenzusprechenden Verfügung vom 20. Juni 2006 wesentlich verändert hat. Betreffend die somatische gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin ist zunächst auf den orthopädischen Gesundheitszustand einzugehen: Im Zeitpunkt der ursprünglichen Verfügung vom 20. Juni 2006 bestand einzig eine schmerzhafte Problematik des rechten Knies der Beschwerdeführerin. So hielt der Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ aufgrund seiner Abschlussuntersuchung vom 20. April 2004 fest, der Beschwerdeführerin sei trotz der beklagten und vorgeführten Symptomatik ein ganztägiges Arbeiten, zurzeit hauptsächlich sitzend aber auch gehend und stehend, ohne Notwendigkeit des Tragens von Gewichten über 5 – 10kg, zumutbar. Einmaliges Treppensteigen sei möglich, wiederholtes Treppensteigen ungünstig. Tätigkeiten in unebenem Gelände zurzeit schwierig. Tätigkeiten im Knien und Kauern auch längerfristig seien wahrscheinlich ungünstig. Im Rahmen der orthopädischen Verlaufsbeurteilung der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 10. November 2018 (IV-Nr. 239.2) bestanden nebst den Schmerzen im rechten Knie auch Schmerzen im Rücken, v.a. im Bereich der LWS. Folglich hat sich die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache vom 20. Juni 2006 aus orthopädischer Sicht verschlechtert. In diesem Sinn hielten auch die Gutachter der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ im Schreiben vom 5. April 2019 fest, es sei aus orthopädischer Sicht gerechtfertigt, von einer Veränderung des Gesundheitszustandes gegenüber 2006 auszugehen, v.a. da nun auch das Achsenskelett, namentlich die LWS, betroffen sei. Zudem seien nach der Verfügung im Jahr 2006 am rechten Kniegelenk weitere Eingriffe durchgeführt worden. Die Veränderungen am rechten Kniegelenk seien im Vergleich zur Kreisarztuntersuchung von 2004 jedoch allenfalls knapp erheblich. Eingehend auf die neurologische gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin bestanden im Zeitpunkt der ursprünglichen Verfügung vom 20. Juni 2006 bei der Beschwerdeführerin keinerlei Einschränkungen. Jedenfalls sind solche in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Erst anlässlich der polydisziplinären Begutachtung bei der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 10. März 2016 wurden «neurologische Zeichen einer L5- und S1-Radikulopathie rechtsseitig» ausgewiesen und im Verlaufsgutachten vom 10. Dezember 2018 bestätigt (Radikulopathie L5 > S1 rechts mit neuropathischen Schmerzen). Es ist somit von einer verschlechterten neurologischen Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin auszugehen. Dies bestätigten auch die Gutachter der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ im Schreiben vom 5. April 2019. Sie hielten fest, es habe sich ab der Dokumentation von 2001 vor dem 13. Dezember 2013 kein Hinweis für eine persistierende lumboradikuläre Kompression gezeigt. 2008 sei es nur temporär zu einer lumboradikulären Irritation (fragliche Kompression) L5 gekommen. Daher ergebe sich im Zeitraum von 2006 bis zum 12. Dezember 2013 keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Vom 13. Dezember 2013 bis 21. Dezember 2016 gelte die Einschätzung im Vorgutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ und ab dem 22. Dezember 2016 die Einschätzung im Verlaufsgutachten. Diesen gutachterlichen Einschätzungen kann gefolgt werden, da am 13. Dezember 2013 ein Massenprolaps vorlag und Dr. med. R.\_\_\_\_ im Bericht vom 22. Dezember 2016 (IV-Nr. 200 S. 3 f.) ein «persistierendes lumboradikuläres Reizsyndrom L5 rechts mit sensiblem Defizit»

diagnostizierte. In Bezug auf die psychische gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 20. Juni 2006 einzig eine seit Januar 2004 bestehende depressive Episode dokumentiert, die sich im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung bei Dr. med. J. \_\_\_ vom 30. November 2004 als schwere Episode ohne psychotische Symptome präsentierte und ab Januar 2004 zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % führte. Es wurde von einer gleichgültigen und distanzierten Interaktion mit der Beschwerdeführerin berichtet (IV-Nr. 36 S. 5 f.). Sie sei antriebsarm, verlangsamt und wirke geistig abwesend. Ein flüssiges Gespräch komme nicht zustande. Gestik und Mnestik seien reduziert. Es komme kein Augenkontakt zustande. Die Beschwerdeführerin sei wortkarg bis mutistisch, ihre Antworten seien leise, einsilbig und undifferenziert. Die Fragen müssten oft wiederholt werden, bevor die Beschwerdeführerin reagiere. Im formalen Denken sei sie verlangsamt, Auffassung und Konzentration seien vermindert, im Affekt sei sie starr, flach, bedrückt wirkend und interesselos. Sie bagatellisiere ihre Beschwerden: es gehe schon besser, meine sie. Sie fühle sich kraftlos. Die Grundstimmung sei gleichgültig und resigniert. Die Beschwerdeführerin schildere Schlafstörungen v.a. wegen ihrer Kniegelenke. Im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2020 liegen gestützt auf das Verlaufsgutachten der Gutachterstelle E. \_\_\_ vom 10. Dezember 2018 sowohl eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradig, als auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor, die bis Ende 2016 zu einer Arbeitsfähigkeit von 70 % und ab Januar 2017 zu einer solchen von 60 % führten. Es wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei in der Interaktion eher verhalten, distanziert, unsicher. Die Kooperation sei gut. Aufmerksamkeit und Mnestik wirkten reduziert. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei deutlich eingeschränkt und reduziert. Die Beschwerdeführerin wirke meist traurig, sitze z.T. unbeweglich, dann aber auch wieder mit der rechten Hand an den Rücken fassend. Dann aber auch mit Vorsicht bittend, aufstehen zu dürfen, um die Position – insbesondere gegen Ende des Gesprächs – verändern zu können. Angst werde in Bezug auf Aussagen und Urteile von Ärzten beschrieben. Die Ansammlung vieler Leute bringe sie z.T. zum Zittern, auch wenn sie in einem kleinen Aufzug sei, habe sie Angst. Keine Hinweise für formale oder inhaltliche Denkstörungen. Aufgrund dieser Untersuchungsbefunde ist im Zeitpunkt vom 29. Juli 2020 gegenüber der Verfügung vom 20. Juni 2006 davon auszugehen, dass sich die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zumindest in gewissen Punkten in revisionsrelevanter Weise verbessert hat. Zusammenfassend hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache mit Verfügung vom 20. Juni 2006 in somatischer Hinsicht verschlechtert, jedoch in psychiatrischer Hinsicht verbessert. Es liegt somit ein erheblich veränderter revisionsrelevanter Sachverhalt vor. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu geprüft hat. 9. Nachfolgend ist auf den durch die Beschwerdegegnerin vorgenommenen Einkommensvergleich einzugehen und zu prüfen, ob sie den IV-Grad von 40 % korrekt errechnet hat (A.S. 2). Dieser wird durch die Beschwerdeführerin insgesamt nicht beanstandet. Beantragt wird einzig ein Tabellenlohnabzug von 15 % (vgl. E. II. 5.2 hiervor). 9.1 In Bezug auf das Valideneinkommen ist aufgrund der vorliegenden Akten davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin keine Lehre / Ausbildung absolvierte, und 1992 in die Schweiz kam (IV-Nrn. 7, 239.3 S. 3, 239.4 S. 3, 239.5 S. 4). Die Beschwerdeführerin gab an, ab 1995 stets im Service und in der Reinigung gearbeitet zu haben (IV-Nrn. 239.3 S. 3, 239.4 S. 3, 239.5 S. 4). Dem entspricht die Angabe im

Abklärungsbericht Haushalt vom 15. März 2006 (IV-Nr. 49 S. 3), wonach die Beschwerdeführerin von 1995 bis 1998 Tätigkeiten im Gastgewerbe ausgeübt und ca. ein Jahr arbeitslos gewesen sei. Vom 6. September 2001 bis 31. Januar 2002 war sie bei der Firma V.\_\_\_\_, [...], als Reinigerin in Teilzeit beschäftigt (IV-Nr. 13). Dieses Arbeitsverhältnis wurde per 31. Januar 2002 durch die Arbeitgeberin aufgelöst (IV-Nr. 13 S. 5). Von Oktober 2001 bis September 2002 war die Beschwerdeführerin als Reinigungsmitarbeiterin bei der Firma W.\_\_\_\_, [...], tätig (IV-Nr. 10). Dieses Arbeitsverhältnis wurde durch die Arbeitgeberin aufgrund des am 9. Oktober 2001 erlittenen Arbeitsunfalls der Beschwerdeführerin per 30. September 2002 aufgelöst (IV-Nr. 10 S. 5 f.). Vom 4. Januar 1999 bis 15. Juli 2003 war die Beschwerdeführerin als Raumpflegerin bei der Firma X.\_\_\_\_, [...], angestellt. Diesen Vertrag kündigte die Beschwerdeführerin aus privaten Gründen am 15. Juli 2003 (IV-Nr. 15 S. 14). Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin für die Festsetzung des Valideneinkommens auf die statistischen Löhne abgestellt hat. Da rechtsprechungsgemäss sowohl bei erstmaligen Leistungsprüfungen als auch bei Revisionen immer die aktuellsten, im Verfügungszeitpunkt vorliegenden Daten massgebend sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_500/2018 vom 31. Januar 2019 E. 6.2) und die LSE 2016 bei Verfügungserlass vom 29. Juli 2020 bereits erschienen war, ist diese vorliegend beizuziehen. Das Heranziehen der LSE 2014 und anschliessende Hochrechnen auf das Jahr 2018 durch die Beschwerdegegnerin erweist sich somit als nicht korrekt, zumal als Zeitpunkt der massgeblichen Veränderung der Berechnungsgrundlage das Jahr 2017 gilt. So ist der Beschwerdeführerin bis am 31. Dezember 2016 eine adaptierte Tätigkeit zu 70 % und ab 1. Januar 2017 eine solche zu 60 % zumutbar. Gemäss LSE 2016, TA1\_tirage\_skill\_level, Total Frauen, Niveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art» ist von einem Erwerbseinkommen von CHF 4'363.00 x 12 auszugehen. Dieses ist auf den üblichen Stundenlohn von 41.7 Stunden im Jahr (: 40 x 41.7) sowie auf den Nominallohnindex 2017 (:104.4 x 104.8) aufzurechnen. Damit resultiert ein Valideneinkommen von total CHF 54'790.25. 9.2 In Bezug auf das Invalideneinkommen ist der Beschwerdeführerin wie erwähnt ab 1. Januar 2017 eine angepasste Tätigkeit zu 60 % zumutbar. Sie hat aber bislang keine Tätigkeit in einem ihr zumutbaren Pensum aufgenommen. Deshalb muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Unter Berücksichtigung der hier ebenfalls anzuwendenden LSE 2016, TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art» und unter Aufrechnung auf den üblichen Stundenlohn von 41.7 Stunden im Jahr (: 40 x 41.7) sowie auf den Nominallohnindex 2017 (:104.4 x 104.8) ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 32'874.15 (vorbehältlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn; s. Ausführungen hiernach). Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg

verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich aus den genannten Gründen ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht demnach mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen. Im vorliegenden Fall gebietet das Alter der Beschwerdeführerin von 48 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da die Beschwerdeführerin über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (IV-Nrn. 7 S. 1, 65.1 S. 12, 115.1 S. 31, 239.5 S. 5) und somit im Anforderungsniveau 1 nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (LSE 2008 TA12). Die bei der Beschwerdeführerin ausgewiesenen mangelnden Sprachkenntnissen sind nicht geeignet, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Ebenfalls kein Abzug rechtfertigt sich aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin nur noch teilweise erwerbstätig sein kann. So ergibt sich aus der LSE T18 (Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) aus dem Jahr 2016, dass Frauen ohne Kaderfunktion in einem Pensum von 50 – 74 % nicht weniger verdienen, als Frauen, die einem 100%-Pensum tätig sind. Im vorliegend relevanten Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2018 (IV-Nr. 239.2) wurde sodann bezüglich einer leidensangepassten Tätigkeit folgendes Zumutbarkeitsprofil statuiert: Wechselbelastend, körperlich leicht mit der Möglichkeit des Wechsels zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, kein Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, keine Zwangspositionen der Wirbelsäule, namentlich keine Inklinations- und Rotationsbewegungen, kein Absolvieren längerer Gehstrecken, kein Überwinden von Höhendifferenzen wie Treppen, Leitern oder Gerüste, keine Zwangspositionen der Wirbelsäule (kein Knien, Abhocken oder Kauern). Weiterhin sollten keine Tätigkeiten unter Zeitdruck, mit Überwachungsfunktion, mit besonderer Verantwortung oder eigenen Entscheidungsbefugnissen zugemutet werden. Die Arbeitsatmosphäre sollte freundlich sein. Es sollte die Möglichkeit zu selbstbestimmter Unterbrechung der Arbeitsabläufe für Pausen gegeben sein. Zwar umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbare Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2012, 8C\_870/2011 E 4.1 mit Hinweisen). Da bei der Beschwerdeführerin aber gemäss Zumutbarkeitsprofil die genannten, nicht unerheblichen zusätzlichen Einschränkungen vorliegen, erscheint ein diesbezüglicher leidensbedingter Abzug von 10 % gerechtfertigt, 9.3 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 54'790.25 und einem Invalideneinkommen von CHF 29'586.75 (CHF 32'874.15 abzüglich des leidensbedingten Abzugs von 10 %) ein IV-Grad von 46 %. Die in der Verfügung vom 29. Juli 2020 vorgenommene revisionsweise Herabsetzung auf eine Viertelsrente erweist sich daher im Resultat grundsätzlich als

korrekt. 10. Die Beschwerdeführerin beantragt des Weiteren die vorgängige Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen (vgl. E. I. 3 Ziff. 2.d hiervor).

10.1 Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder, wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (SVR 2015 IV Nr. 41 S. 139, 9C\_183/2015 E. 5, SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220, 9C\_228/2010 E. 3, SVR 2011 IV Nr. 30 S. 86, 9C\_163/2009 E. 4.2.2; Urteile des Bundesgerichts 8C\_582/2017 vom 22. März 2018 E. 6.3, 8C\_394/2017 vom 8. August 2017 E. 4.2, 9C\_412/2014 vom 20. Oktober 2014 E. 3.1, 8C\_855/2013 vom 30. April 2014 E. 2.2, 9C\_367/2011 vom 10. August 2011 E. 3.2 je mit Hinweisen). Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_819/2014 vom 19. Juni 2015 E. 4 mit Hinweisen), wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_68/2011 vom 16. Mai 2011 E. 3.3) oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.2). Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und / oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren (SVR 2015 IV Nr. 41 S. 139, 9C\_183/2015 E. 5). Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 S. 211 f.).

10.2 Die Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt der Verfügung vom 29. Juli 2020 (A.S. 1 ff.) 48 Jahre alt und bezog seit dem 1. Dezember 2002 – folglich seit 17 Jahren und sieben Monaten – eine ganze IV-Rente. So gilt als relevanter Anknüpfungspunkt für den über 15-jährigen Rentenbezug der Beginn des Rentenanspruchs und nicht das Datum der (rechtskräftig erlassenen) Rentenverfügung (BGE 139 V 442 E. 4.3). Damit gilt wie vorstehend dargelegt die Vermutung, dass die Beschwerdeführerin nicht ohne vorherige Eingliederungsmassnahmen in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin kann auch nicht gesagt werden, aufgrund dessen, dass der Beschwerdeführerin die Rentenaufhebung bereits im Jahr 2010 erstmals in Aussicht gestellt worden sei, hätte sie sich um eine entsprechende Stelle bemühen müssen, weshalb die arbeitsmarktliche Desintegration nicht invaliditätsbedingt sei. So hat das Bundesgericht für die Ermittlung, ob der Eckwert des 55. Altersjahres oder des 15-jährigen Rentenbezugs vorliegt, stets auf den Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung resp. auf den darin verfügbaren Zeitpunkt der Rentenaufhebung abgestellt (vgl. etwa SVR 2012 IV Nr. 25 S. 104, 9C\_363/2011 E. 3.2.1, sowie Urteile 9C\_178/2014 vom 29. Juli 2014 E. 7.2; 9C\_920/2013 vom 20. Mai 2014 E. 4.5; 9C\_128/2013 vom 4. November 2013 E. 4.2.1; 8C\_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.2 und 9C\_254/2011 vom 15. November 2011 E. 7.2). Denn massgeblicher Gedanke bei der Einführung dieser zu berücksichtigenden Parameter ist der Schutz der versicherten Person, welcher infolge eines langjährigen Rentenbezugs eine

Eingliederung in den Arbeitsmarkt nicht mehr zugemutet werden kann (vgl. BGE 139 V 442 E. 4.2.2.2 S. 448). Bei Einleitung des Revisionsverfahrens ist der Ausgang der Überprüfung in aller Regel noch offen und die versicherte Person muss namentlich bei den periodisch durchgeführten Revisionen nicht von vornherein mit der Aufhebung ihrer Rente rechnen. Auch die Erstattung des medizinischen Gutachtens kann nicht als massgebend erachtet werden, da zu diesem Zeitpunkt das Ergebnis der Rentenüberprüfung ebenfalls noch nicht abschliessend feststeht, weil bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades noch weitere Faktoren mitspielen (etwa Abklärungen zur Festlegung der anwendbaren Methode [z.B. Haushaltsabklärung] oder zu den beruflichen Einsatzmöglichkeiten). Mit Erlass der rentenaufhebenden Verfügung ist jedoch für die versicherte Person ohne Zweifel klar, dass ihr Rentenanspruch unsicher ist und sie sich neu orientieren muss (BGE 141 V 5 E. 4.2.1). Auch stellt diese Anknüpfung an die rentenaufhebende Verfügung einen klar terminierten Fixpunkt dar (vgl. BGE 139 V 442 E. 4.2.2.2 S. 449). Es bleibt daher bei der Vermutung der Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung der Beschwerdeführerin. Gestützt auf die durch die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichten Dokumente (Beschwerdebeilagen Nrn. 3 und 5 «Nachweis der persönlichen Arbeitsbemühungen») ist zudem ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin sowohl im Juli 2019 als auch im August 2020 Anstrengungen unternommen hat, eine geeignete Stelle zu finden. Dabei spielt es keine Rolle, dass es sich hierbei um «Arbeitsbemühungen» zuhanden der Arbeitslosenversicherung handelt. Zudem hat die Beschwerdeführerin die Beschwerdegegnerin u.a. mit Eingaben vom 10. November 2016 oder 27. Februar 2019 (IV-Nrn. 195 und 244) darauf hingewiesen, dass vor einer allfälligen Rentenaufhebung oder -herabsetzung Eingliederungsmassnahmen durchzuführen seien (vgl. E. II. 5.2 hiervor). Unter diesen Umständen ist nicht einzusehen, weshalb die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen verneint hat. In diesem Zusammenhang verfährt auch der Verweis der Beschwerdegegnerin nicht, wonach die Beschwerdeführerin im Revisionsgespräch vom 16. April 2009 mitgeteilt habe, dass es ihr unmöglich sei zu arbeiten. Dieses in der Abklärung des Rentenanspruchs gezeigte Verhalten hätte indes (aber immerhin) Anlass gegeben, die Motivation der Beschwerdeführerin für Eingliederungsmassnahmen näher zu prüfen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_235/2019 vom 20. Januar 2020 E. 3.2.3). Aus den Äusserungen der Beschwerdeführerin im Revisionsgespräch von 2009 durfte die Beschwerdegegnerin somit nicht ohne Weiteres auf eine fehlende subjektive Eingliederungsbereitschaft der Beschwerdeführerin im Jahr 2020 schliessen. 10.3 Da der Eingliederungswille bzw. die subjektive Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im vorliegenden Fall nicht abgeklärt worden sind, darf die Rente ohne vorgängige Prüfung von Massnahmen der (Wieder-) Eingliederung und ohne Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nach Art. 21 Abs. 4 ATSG nicht herabgesetzt oder aufgehoben werden (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C\_541/2020 E. 4.4.2). Da bei der Beschwerdeführerin bisher weder konkrete berufliche Massnahmen noch ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt worden sind, ist die Sache zu diesem Zweck an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerde ist in diesem Sinn gutzuheissen. Der Beschwerdeführerin ist vorderhand die ganze Rente weiterhin auszurichten. 11. Auf das durch die Beschwerdeführerin beantragte Ersetzen der ihr im Zusammenhang mit dem Privatgutachten von Dr. med. C. \_\_\_ entstandenen Kosten (vgl. E. I. 3 Ziff. 4 hiervor) wird in der Beschwerdeschrift nicht weiter eingegangen. Da diese Frage nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung bildet und somit auch nicht zum

Anfechtungs- und Streitgegenstand gehört, ist in diesem Punkt nicht auf die Beschwerde einzutreten. 12. Im Übrigen ist betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211; Urteil des Bundesgerichts 8C\_364/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1). Da von den durch die Beschwerdeführerin beantragten (vgl. E. I. 3 Ziff. 2.c hiervor) weiteren medizinischen und beruflich-konkreten Abklärung keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist auf diese zu verzichten. Dies gilt auch in Bezug auf die beantragte Zeugenbefragung von Frau G.\_\_\_\_. 13. Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. 13.1 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Claude Wyssmann, macht in seiner Kostennote vom 25. Februar 2021 (A.S. 66 f.) einen Aufwand von 13.65 Stunden geltend. Dieser erscheint aufgrund des Umfangs der Akten und im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen als angemessen. In Bezug auf die geltend gemachten Auslagen von CHF 147.80 werden die insgesamt 103 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 vergütet (§ 160 Abs. 5 Gebührentarif [GT, BGS 615.11]) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Damit reduzieren sich die Auslagen um CHF 51.50 auf total CHF 96.30. Damit beträgt die Entschädigung bei einem Honoraransatz von CHF 250.00 CHF 3'412.50. Unter Berücksichtigung des Aufwandes von CHF 96.30 und der MwSt von 7.7 % beläuft sich die Kostenforderung auf total CHF 3'779.00. 13.2 Aufgrund von 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 CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 wird dieser zurückerstattet. 14. Nachdem die Beschwerdeführerin in der Hauptsache obsiegt, erübrigt sich die Durchführung einer Verhandlung. Der diesbezügliche Antrag ist obsolet.

## **E. 6**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. U.K.u.E.F. 4. Mit Verfügung vom 15. Oktober 2020 (A.S. 38 ff.) weist die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts das Begehren der Beschwerdeführerin um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab. 5. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 16. Oktober 2020 (A.S. 42 f.) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung sowohl des Gesuchs um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung als auch der Beschwerde in allen Punkten und zugleich die Bestätigung der Verfügung und der Rentenherabsetzung. 6. Die Beschwerdeführerin lässt mit Replik vom 4. Dezember 2020 (A.S. 51 ff.) vollumfänglich an den Rechtsbegehren in der Beschwerde festhalten und folgende Anträge stellen: 1. Es sei Frau G.\_\_\_\_, [...], als Zeugin / Auskunftsperson gerichtlich zu befragen. 2. Es sei das beiliegende Schreiben der [...] Arbeitslosenkasse vom 14. Oktober 2020 in Kopie als Urkunde 4 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. 3. Es sei das beiliegende Formular «Nachweis der persönlichen Arbeitsbemühungen» für Juli 2019 in Kopie als Urkunde 5 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. 7. Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Duplik vom

13. Januar 2021 (A.S. 56) die Abweisung der Beschwerde in allen Punkten und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung und der Rentenherabsetzung. 8. Die mit Eingabe vom 25. Februar 2021 (A.S. 64 ff.) eingereichte Kostennote des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin geht mit Verfügung vom 26. Februar 2021 (A.S. 68) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 9. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend soweit erforderlich eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 29. Juli 2020) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 144 V 224 E. 6.1.1 S. 232, 131 V 242 E. 2.1 S. 243). 2. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 3. Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 seit Zuspriechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit weiteren Hinweisen). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit weiteren Hinweisen). Die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 lit. a Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]); Urteil des Bundesgerichts 9C\_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1). 4. 4.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht

dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C\_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126 f., 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.).

4.3 In Revisionsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die von einer früheren abweichenden ärztlichen Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O., E. 2.4). 5. In ihren Rechtschriften machen die Parteien im Wesentlichen folgendes

geltend: 5.1 Die Beschwerdegegnerin hält in ihrer Verfügung vom 29. Juli 2020 (A.S. 1 ff.) fest, das Gutachten der Gutachterstelle E. \_\_\_ vom 10. Dezember 2018 bestätige die Einschätzung der somatischen Situation des Vorgutachtens, wonach in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bestehe. Im psychiatrischen Teilgutachten werde eine leichte Verschlechterung der psychischen Situation festgestellt. Seit Januar 2017 liege eine mittelgradige depressive Episode vor. Die Arbeitsfähigkeit sowohl in einer angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit werde auf 60 % festgelegt. Die Tätigkeit als Raumpflegerin könne der Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht nicht mehr zugemutet werden. In einer angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit bis Dezember 2016 70 % und ab Januar 2017 60 %. Die Gesamtarbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit sei durch die orthopädischen und psychiatrischen Leiden massgeblich bestimmt. Durch die orthopädischen Leiden bestehe im Vergleich zum Vorgutachten vom 10. Juni 2016 [recte: 10. März 2016] keine Änderung, jedoch hätten die psychiatrischen Gesundheitsstörungen retrospektiv ab Januar 2017 zugenommen, so dass sich die Gesamtarbeitsfähigkeit ab Januar 2017 auf 60 % etwas abgesenkt habe. Im Revisionsgespräch vom 16. April 2009 habe die Beschwerdeführerin erklärt, sie könne nicht mehr arbeiten. Wenn sich die versicherte Person selber als völlig arbeitsunfähig erachte, so sei dem entgegenzuhalten, dass die subjektiven Wertungen der versicherten Person nicht massgebend seien; entscheidend sei einzig das objektive Mass des Zumutbaren. Betreffe die revisionsweise Herabsetzung der Invalidenrente eine versicherte Person, die das 55. Altersjahr zurückgelegt habe oder die Rente mehr als 15 Jahre bezogen habe, sei der Eingliederungsbedarf abzuklären. Die Beschwerdeführerin erfülle diese Voraussetzungen inzwischen grundsätzlich. Jedoch sei ihr die Aufhebung der Rente 2010 erstmals in Aussicht gestellt worden; sie habe somit mehr als neun Jahre Zeit gehabt, sich mit diesem Gedanken auseinanderzusetzen und es wäre ihr möglich und zumutbar gewesen, bereits anfällige erste Schritte Richtung Arbeitsmarkt zu unternehmen. Die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit sei der Beschwerdeführerin seit Jahren zumutbar und die berufliche Selbstintegration seither allein aus IV-fremden Gründen unterblieben. Die arbeitsmarktliche Desintegration sei nicht invaliditätsbedingt. Aus diesem Grund bestehe vor der Rentenherabsetzung kein Anspruch auf Abklärung bzw. Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen.

5.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerdeschrift vom 14. September 2020 (A.S. 10 ff.) entgegenhalten, nach dem Erhalt der Einwandbegründung vom 22. Juli 2019 habe die Beschwerdegegnerin die Gutachterstelle E. \_\_\_ am 17. September 2019 im Geheimen zur Abgabe einer Stellungnahme zu den von der Beschwerdeführerin neu eingereichten Unterlagen aufgefordert. Der Beschwerdeführerin sei die Teilnahme an diesen Beweismassnahmen verweigert worden. Ihr sei nicht einmal die Stellungnahme der Gutachterstelle E. \_\_\_ vom 14. Oktober 2019 zur Kenntnis- und Stellungnahme unterbreitet worden. Angesichts der Schwere der Gehörsverletzung rechtfertige sich eine Rückweisung der Beschwerdesache an die Beschwerdegegnerin. Diese werde expressis verbis nicht als «formalistischer Leerlauf» angesehen, zumal die Beschwerdeführerin nur so – in den massgeblichen zeitlichen Beurteilungsgrenzen – noch Beweismittel einbringen könne, wozu sie bis zum Verfügungszeitpunkt keine Veranlassung habe sehen müssen. Ausserdem könne nur die Rückweisung die unrechtmässige Rentenaufhebung durch die Gehörsverletzung sanktionieren. Sollte das Gericht zu einem anderen Schluss kommen, wären der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung zuzusprechen und der Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten aufzuerlegen (A.S. 18 f.). Im Zeitpunkt des Erlasses der

angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2020 sei die Beschwerdeführerin seit 17 Jahren und sieben Monaten Bezügerin einer ganzen IV-Rente gewesen. Auch, wenn man auf den Zeitpunkt des Gutachtens der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2018 abstellen würde, hätte bereits ein 16-jähriger Rentenbezug bestanden und die Beschwerdeführerin hätte frühestens in diesem Zeitpunkt davon ausgehen müssen, dass man von ihr eine 70%ige Arbeitstätigkeit in angepasster Tätigkeit erwarte. Es seien weder zuvor noch nachher invaliditätsfremde Gründe gewesen, sondern die fehlende Selbsteingliederungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin habe die Beschwerdegegnerin immer wieder aufgefordert, so u.a. mit Eingaben vom 10. November 2016 und 27. Februar 2019, nun endlich Eingliederungsmassnahmen an die Hand zu nehmen, was diese aber unterlassen habe. Das Argument der Beschwerdegegnerin, die Beschwerdeführerin habe es unterlassen, Eigenanstrengungen zur Eingliederung zu unternehmen, taue somit nicht. Die Rente sei der Beschwerdeführerin auf der Basis einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet worden, so dass der Anspruch auf Abklärung bzw. Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen trotz fehlenden Eingliederungsanstrengungen bestehe. Ausserdem habe die Beschwerdeführerin (als Analphabetin ohne Deutschkenntnisse) auch Arbeitsbemühungen über ihre Tochter getätigt, jedoch erfolglos. Die Beschwerdeführerin sei in lebenspraktischer Hinsicht völlig hilflos, was von der Beschwerdegegnerin durch Zusprache einer Hilflosenentschädigung anerkannt worden sei (A.S. 23 f.). Im Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2018 sei die Frage der Beschwerdegegnerin nach der Veränderung seit der «massgeblichen Verfügung» nicht beantwortet worden resp. es sei der Sinn und Zweck der Begutachtung verkannt worden. So sei ausgeführt worden, dass «wohl die Situation im Vergleich zur Begutachtung vom 10. März 2016 resp. im Vorbescheid vom 6. Oktober 2016» gemeint sei. Beides sei natürlich falsch. Beim massgeblichen Referenzzeitpunkt handle es sich um den Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 20. Juni 2006. Die Beschwerdegegnerin habe die Gutachterstelle mit Schreiben vom 5. April 2019 darum gebeten, diesbezüglich Stellung zu beziehen. Im Schreiben vom 5. April 2019 werde von Dr. med. H.\_\_\_\_ klargemacht, dass nur nach einer Veränderung seit dem Gutachten vom 10. März 2016 gefragt worden sei. Aus psychiatrischer Sicht gebe Dr. med. I.\_\_\_\_ wiederum keine klare Antwort. Eine Verbesserung seit 2006 habe er nicht bestätigt. Er habe festgehalten, dass sich die depressive Störung «wechselhaft zwischen einer schweren, mittleren und leichten Episode» darstelle und damit auch, dass keine (dauerhafte) Remission von einer schweren auf eine mittelschwere Depression stattgefunden habe. Daraus folge die zwingende Konklusion, dass keine relevante, beständige resp. dauerhafte Verbesserung eingetreten sei. Es komme hinzu, dass Dr. med. I.\_\_\_\_ selbst wiederholt auf die Schwankungen hinweise. Mehr noch habe er festgehalten, dass er – anders als noch Dr. med. J.\_\_\_\_ im Gutachten aus dem Jahre 2004 – einen Teil der Symptomatik unter die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren subsumiert habe. Wenn nun Dr. med. K.\_\_\_\_, RAD, am 22. Mai 2019 behaupte, bei der aktuellen Begutachtung resp. derjenigen aus dem Jahr 2016 seien IV-fremde Faktoren abgezogen worden, vermöge dies ebenfalls nur die Ermessensausübung zu beschlagen und wäre im Übrigen auch nicht nachvollziehbar, weil alle der genannten Gründe (mangelnde Sprachkenntnisse, usw.) auch bereits im Zeitpunkt der Begutachtung im Jahre 2006 vorgelegen hätten. Bei einer derart vorgenommenen anderen Ermessensausübung resp. bei reinen Mutmassungen, ohne dass die Gründe genannt würden, aufgrund welcher Elemente in der Krankheitsentwicklung es zu einer erheblichen und dauerhaften Verbesserung der Erwerbsfähigkeit gekommen sei, könne kein

Revisionsgrund abgeleitet werden (A.S. 26 ff.). Die gesundheitliche Entwicklung seit dem letzten Gutachten präsentiere sich aktuell wiederum derart, dass die Ausführungen von Dr. med. H.\_\_\_\_ revidiert werden müssten, insbesondere könne nicht ausgeschlossen werden, dass der in der MRI festgestellte Rezidivprolaps L5/S1, die Spondylarthrose sowie von Dr. med. L.\_\_\_\_ vermutete Beschwerdeverursachung durch die Intervertebralgelenke zu einer anderen gutachtlichen Einschätzung führten. Mit anderen Worten müsste ein weiteres Gutachten in Auftrag gegeben werden. Dies gelte unisono auch für die im Gutachten S. 59 geforderten neuen Abklärungen radiologischer Art bez. eines restless legs Syndroms. Daran ändere die theoretische Behandelbarkeit nichts. Die von der Beschwerdegegnerin hierzu eingeholte Aktenbeurteilung reiche nicht aus. Denn von einem «an sich feststehenden medizinischen Sachverhalt», bei welchem eine blossе Aktenbeurteilung noch als rechtsgenügend angesehen werden könnte, könne vorliegend nicht ausgegangen werden. So habe Dr. med. H.\_\_\_\_ in seiner Aktenbeurteilung vom 14. Oktober 2019 angegeben, wesentliche Elemente des Krankheitsverlaufs nicht zu kennen, so z.B. ob der Neurostimulator gewirkt habe (A.S. 28 f.). Es werde ein Tabellenlohnabzug von mindestens 15 % verlangt. Die Beschwerdeführerin sei laut dem Gutachten vom 10. Dezember 2018 auf vorwiegend sitzende und leichte Tätigkeiten angewiesen, zusätzlich in Wechselposition. Tätigkeiten im industriellen Bereich bzw. Überwachungsarbeiten würden «aufgrund der konzentrativen Mängel» ausscheiden (vgl. Gutachten, S. 60). Somit dürften nur noch die Tabellenlöhne im Dienstleistungsbereich herangezogen werden. Ausserdem müsse infolge der gutachtlich bestätigten geringen Flexibilität ein Abzug von 15 % gewährt werden (A.S. 29 f.).

6. Einzugehen ist vorab auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach eine schwere Verletzung ihres rechtlichen Gehörs vorliege (vgl. E. II. 5.2 hiervor). So habe die Beschwerdegegnerin die Gutachterstelle E.\_\_\_\_ nach dem Erhalt der Einwandbegründung vom 22. Juli 2019 im Geheimen um eine Stellungnahme gebeten und diese sodann der Beschwerdeführerin nicht zur Kenntnisnahme unterbreitet.

6.1 Gemäss Art. 29 Abs. 2 BV haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung; andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, der in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 370 f. mit zahlreichen Hinweisen). Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst mithin als zentralen Teilgehalt das Recht auf Akteneinsicht. Eine notwendige Bedingung für dessen Wahrnehmung sowie für die Ausübung des damit in engem Zusammenhang stehenden Rechts auf Äusserung besteht darin, dass die Behörde die Parteien davon in Kenntnis setzt, wenn sie dem Dossier neue Akten beifügt, die für die Entscheidungsfindung wesentlich sind (BGer-Urteil vom 29. April 2011, 8C\_1030/2010, E. 2.2., mit Hinweisen).

6.2 Gemäss den vorliegenden Akten liess die Beschwerdeführerin am 1. Juli 2019 (IV-Nr. 252) gegen den vom 27. Mai 2019 datierenden Vorbescheid (IV-Nr. 251) Einwände erheben und am 22. Juli 2019 (IV-Nr. 254) eine Einwandergänzung einreichen. Aufgrund der anschliessenden Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 10. September 2019 (IV-Nr. 256) bat die Beschwerdegegnerin die Gutachterstelle E.\_\_\_\_ am 17. September 2019 (IV-Nr. 257), sich zu den durch die Beschwerdeführerin neu eingereichten medizinischen Berichten zu äussern. Zur entsprechenden Stellungnahme vom

14. Oktober 2019 (IV-Nr. 259) äusserte sich Dr. med. K.\_\_\_\_, RAD, am 12. Dezember 2019 (IV-Nr. 261). Daraufhin wurde die hier angefochtene Verfügung vom 29. Juli 2020 erlassen (A.S. 1 ff.). Aufgrund der Akten ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin über das Einholen einer Stellungnahme bei der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ betreffend die durch sie neu eingereichten medizinischen Berichte vorgängig nicht in Kenntnis gesetzt wurde und sie diese erst im Rahmen der hier angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2020 einsehen konnte. Somit hatte sie zuvor keine Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen. Das von der Beschwerdegegnerin gewählte Vorgehen stellt eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör dar, zumal nicht gesagt werden kann, die Stellungnahme der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 17. September 2019 (IV-Nr. 257) sei bei der Entscheidungsfindung nicht relevant gewesen. So setzte sich der orthopädische Gutachter darin eingehend mit den nach der Begutachtung eingereichten Berichten auseinander und kam zum Schluss, dass im Vergleich zum Gutachten vom 10. Dezember 2018 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden könne. Zwar ist die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2020 nicht vom Vorbescheid vom 27. Mai 2019 abgewichen und hat die Stellungnahme der E.\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2019 in ihrer Verfügungsbegründung auch nicht explizit erwähnt. Dennoch war diese Stellungnahme für die Entscheidungsfindung der Beschwerdegegnerin relevant, stand doch für sie erst nach deren Vorliegen fest, dass im Vergleich zum Gutachten vom 10. Dezember 2018 eben nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden kann. Damit ist im Resultat festzuhalten, dass der Beschwerdeführerin vor dem Erlass der Verfügung entscheidungswesentliche Unterlagen nicht zur Stellungnahme zugestellt wurden. Unter diesen Umständen liegt eine mindestens mittelschwere Gehörsverletzung vor. Des Weiteren wurde der Beschwerdeführerin, wie vorstehend erwähnt, die Stellungnahme des RAD vom 12. Dezember 2019 (IV-Nr. 261) vor Erlass der Verfügung ebenfalls nicht zur Kenntnis gebracht. Inhaltlich führte die RAD-Ärztin darin jedoch lediglich aus, der RAD halte weiterhin an seiner Beurteilung fest. So habe der orthopädische Gutachter das Festhalten an dem Gutachten auch orthopädischerseits nachvollziehbar und ausführlich anhand der nachträglichen Befunde begründet. Damit stellt die Stellungnahme der RAD-Ärztin an sich kein neues Beweismittel dar, sondern beinhaltet lediglich eine Würdigung der Akten. Der RAD-Bericht musste der Beschwerdeführerin somit nicht zwingend zugestellt werden, so dass diesbezüglich keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegt.

6.3 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung der aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 61 lit. h ATSG sowie Art. 112 Abs. 1 lit. b Bundesgesetz über das Bundesgericht (BGG, SR 173.110) abgeleiteten Prüfungs- und Begründungspflicht durch das kantonale Gericht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_393/2017 vom 20. September 2017 E. 4.2, 9C\_416/2012 vom 19. November 2012 E. 4.1 mit Hinweisen) führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst grundsätzlich zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Es kommt nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für die materielle Entscheidung von Bedeutung ist, ob das vorinstanzliche Gericht oder sonst eine mitwirkende Behörde also zu einer Änderung der bisherigen Ansicht veranlasst werden oder nicht (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390, 127 V 431 E. 3d/aa S. 437 f.). Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser

Voraussetzung ist darüber hinaus – im Sinne einer Heilung des Mangels – selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 136 V 117 E. 4.2.2.2 S. 126 f., 133 I 201 E. 2.2 S. 204 f., 132 V 387 E.

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