

SO_GERICHTE VSBES.2024.186 vom 4. Februar 2025

SO Obergericht, 2025-02-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.186_d20250204

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.186 du 4 février 2025

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.186 del 4 febbraio 2025

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 22

Oktober 2021 (IV-Nr. 288) gut und wies die Beschwerdesache zur Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen und Weiterausrichtung der bisherigen ganzen Rente während der Dauer derselben an die Beschwerdegegnerin zurück. Zur Begründung hielt das Versicherungsgericht im Wesentlichen fest, die in der Verfügung vom 29. Juli 2020 vorgenommene revisionsweise Herabsetzung auf eine Viertelsrente erweise sich im Resultat grundsätzlich als korrekt. Die Beschwerdeführerin sei aber im Zeitpunkt der Verfügung vom 29. Juli 2020 (A.S. 1 ff.) 48 Jahre alt gewesen und habe seit dem 1. Dezember 2002 – folglich seit 17 Jahren und sieben Monaten – eine ganze IV-Rente bezogen. Damit gelte rechtsprechungsgemäss die Vermutung, dass die Beschwerdeführerin nicht ohne vorherige Eingliederungsmassnahmen in der Lage sei, das medizinisch-theoretisch ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten. Aus den Äusserungen der Beschwerdeführerin im Revisionsgespräch von 2009 habe die Beschwerdegegnerin nicht ohne Weiteres auf eine fehlende subjektive Eingliederungsbereitschaft der Beschwerdeführerin im Jahr 2020 schliessen dürfen. Da der Eingliederungswille bzw. die subjektive Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im vorliegenden Fall nicht abgeklärt worden seien, dürfe 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 seien, sei die Sache zu diesem Zweck an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerde sei in diesem Sinn gutzuheissen. Der Beschwerdeführerin sei vorderhand die ganze Rente weiterhin auszurichten. 3. Mit Verfügung vom 10. Dezember 2021 (IV-Nr. 297) hielt die Beschwerdegegnerin fest, gestützt auf das Urteil des Versicherungsgerichts vom 22. Oktober 2021 werde der Beschwerdeführerin die ganze Invalidenrente (Invaliditätsgrad 100 %) ab Zeitpunkt der Rentenaufhebung vorderhand wieder ausgerichtet. Sodann holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Unterlagen ein und stellte der Beschwerdeführerin ein Formular betreffend berufliche Massnahmen zu, worauf die Beschwerdeführerin am 31. Mai 2023 unterschriftlich erklärte, sie könne sich den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess mit Hilfe der IV-Stelle Solothurn vorstellen und sei bereit und motiviert, an beruflichen Eingliederungsmassnahmen mitzuwirken (IV-Nrn. 334 und 336). Mit Mitteilung vom 12. September 2023 (IV-Nr. 341)

sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Kostenübernahme für 10 Stunden Coaching (Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes) bei der F.____, [...], zu. Mit Abschlussbericht vom 6. November 2023 (IV-Nr. 343) hielt die Eingliederungsfachperson der Beschwerdegegnerin fest, es sei von Beginn weg allen Involvierten klar gewesen, dass aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, der geringen beruflichen Ressourcen sowie der fehlenden Deutschkenntnisse nur sehr geringe Chancen bestünden, eine für die Beschwerdeführerin mögliche Anstellung zu finden. Das Coaching im Umfang von 10 Stunden sei per 1. September 2023 gestartet und habe per 31. Oktober 2023 geendet. Ein Bewerbungsdossier mit einem Lebenslauf und einem Kurzprofil sei erstellt worden. Die Beschwerdeführerin sei somit befähigt worden, sich künftig selbst für Stellen im 1. Arbeitsmarkt zu bewerben. Das Dossier in der beruflichen Eingliederung werde abgeschlossen. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 346) wies die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 7. Juni 2024 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) ab und setzte die bisherige ganze Invalidenrente auf eine Rente von 40 % einer ganzen Invalidenrente herab (Invaliditätsgrad 46 %). Weiter hielt die Beschwerdegegnerin in der Verfügung fest, die Herabsetzung der Leistung erfolge mit dem ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung (Art. 88 bis Abs. 2, Bst. a der Verordnung über die Invalidenversicherung IVV).

4. 4.1 Dagegen lässt die Beschwerdeführerin am 11. Juli 2024 (A.S. 12 ff.) Beschwerde beim Versicherungsgericht erheben. Sie stellt folgende Rechtsbegehren: 1. Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 7. Juni 2024 sei aufzuheben. 2. a) Es sei der Beschwerdeführerin die bisherige (ganze) Invalidenrente auszurichten. b) Eventualiter: Es sei die Beschwerdesache zu ergänzenden medizinischen und beruflich-konkreten Abklärungen an die IV-Stelle Solothurn zurückzuweisen. c) Subeventualiter: Es sei die Beschwerdesache zur Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahme (Potentialabklärung, Belastbarkeits- und Aufbautraining, usw.) an die IV-Stelle Solothurn zurückzuweisen, unter Weiterausrichtung der bisherigen ganzen Invalidenrente während der Dauer der beruflichen Massnahmen. d) Subsubeventualiter: Es sei die bisherige ganze IV-Rente auf eine Rente von mindestens 50 % einer ganzen Invalidenrente herabzusetzen. 3. Es sei der vorliegenden Beschwerde die aufschiebende Wirkung (wieder) zu erteilen. 4. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen. 5. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

4.2 Mit Verfügung vom 16. Juli 2024 (A.S. 26 f.) stellt die Präsidentin des Versicherungsgerichts fest, dass die Beschwerdegegnerin in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. Juni 2024 der Beschwerde die aufschiebende Wirkung nicht entzogen habe. Der von der Beschwerdeführerin gestellte Antrag auf Wiederstellung der aufschiebenden Wirkung sei somit gegenstandslos.

4.3 Mit Eingabe vom 8. August 2024 (IV-Nr. 30 f.) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf Einreichung einer begründeten Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. Ergänzend stellt sie den prozessualen Antrag, der Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung zu entziehen.

4.4 Mit Stellungnahme vom 27. September 2024 (A.S. 41 f.) lässt sich die Beschwerdeführerin abschliessend vernehmen und hält an ihren bereits gestellten Rechtsbegehren fest.

4.5 Mit Verfügung vom 3. Oktober 2024 (A.S. 43) wird das Begehren der Beschwerdegegnerin vom 8. August 2024 gutgeheissen und der Beschwerde gegen die Verfügung vom 7. Juni 2024 die aufschiebende Wirkung entzogen.

4.6 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. 2. 2.1 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen. Im vorliegenden Fall ist unter anderem eine revisionsweise Herabsetzung einer ganzen Invalidenrente auf eine Rente von 40 % einer ganzen Invalidenrente per 1. August 2024 strittig (vgl. E. I. 3 hiervor), womit das nach dem 1. Januar 2022 geltende Recht anwendbar ist. 2.2 Mit dem ab 1. Januar 2022 eingeführten stufenlosen Rentensystem in der IV wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen (Art. 28b Abs. 1 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad von 50 – 69 Prozent entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent besteht wie bis anhin ein Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad von 40 bis 49 Prozent gilt eine Abstufung des Rentenanteils von 25 bis 47,5 Prozent (Abs. 4). 3. 3.1 Für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 entstanden ist und die zu diesem Zeitpunkt das 55. Altersjahr noch nicht vollendet haben, bleibt der bisherige Rentenanspruch auch ab dem 1. Januar 2022 so lange bestehen, bis sich der Invaliditätsgrad nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ändert (vgl. IVG, Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV], lit. b Abs. 1). 3.2 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 Zuspreehung 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. 88 bis 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 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

5. Streitig und zu prüfen ist vorliegend einerseits, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Massnahmen zu Recht verneint hat und 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 7. Juni 2024 zu Recht von einer

ganzen Rente auf eine Rente von 40 % einer ganzen Invalidenrente 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 7. Juni 2024 bestanden hat, beurteilt (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 f.). Vorweg ist diesbezüglich festzuhalten, dass das Versicherungsgericht in seinem rechtskräftigen Urteil VSBES.2020.186 vom 22. Oktober 2021 (IV-Nr. 288) bereits den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung vom 20. Juni 2006 und demjenigen, wie er zur Zeit der im dortigen Verfahren streitigen Revisionsverfügung vom 29. Juli 2020 bestanden hat, vorgenommen hat (s. E. I 2.2 hiervor). Somit ist insoweit auf das genannte Urteil vom 22. Oktober 2021 zu verweisen. Darin wurde den von der Beschwerdegegnerin eingeholten polydisziplinären Gutachten des B.____ vom 20. Oktober 2009 (IV-Nr. 65.1), des D.____ vom 6. September 2013 (IV-Nr. 114.1) sowie der E.____ vom 10. März 2016 (IV-Nr. 182.1 ff.) und vom 10. Dezember 2018 (IV-Nr. 238.2) voller Beweiswert zuerkannt. Weiter hielt das Versicherungsgericht im vorgenannten Urteil in E. 8.5 zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand im dort relevanten Zeitpunkt vom 29. Juli 2020 gegenüber demjenigen der rentenzusprechenden Verfügung vom 20. Juni 2006 wesentlich verändert hat, Folgendes fest: «(...) 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 schmerzhafteste Problematik des rechten Knies der Beschwerdeführerin. So hielt der Kreisarzt Dr. med. G.____ 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 Beurteilung 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. H.____ 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. I.____ 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.» Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen kam das Versicherungsgericht nach Vornahme des Einkommensvergleichs zum Schluss, es ergebe sich ein IV-Grad von 46 %, womit sich die in der Verfügung vom 29. Juli 2020 vorgenommene revisionsweise Herabsetzung auf eine Viertelsrente im Resultat grundsätzlich als korrekt erweise. 6. Nachfolgend ist nun zu prüfen, ob seit der Beurteilung im beweiskräftigen Gutachten der E. ___ vom 10. Dezember 2018 eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Hierbei stellt sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, zur diesbezüglichen Beurteilung könne immer noch auf das polydisziplinäre Verlaufsgutachten vom 10. Dezember 2018 (internistisch, kardiologisch, psychiatrisch, orthopädisch und neurologisch, IV-Nrn. 238.1 – 238.9) der Gutachterstelle E. ___ abgestellt werden. Dagegen vertritt die Beschwerdeführerin die Ansicht, seit dem vorgenannten Gutachten der E. ___ habe sich ihr Gesundheitszustand geändert, womit neue Abklärungen unabdingbar gewesen wären. 6.1 Im Gutachten der E. ___ vom 10. Dezember 2018 wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-Nr. 238.2 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/m² - Morphin- und Tramal-Allergie - DD restless legs-Syndrom Zur interdisziplinären Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, bei der Versicherten bestehe eine LWS-Degeneration mit St. n. zweimaliger Dekompression im Bereich des unteren LWS mit der Folge einer verminderten Belastbarkeit des Achsenskelettes. Letztmalig sei bei nachgewiesener Diskushernie Ende Januar 2017 eine operative Dekompression auf Höhe L4/L5 durchgeführt worden. Danach persistierten die lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein, wobei die MRI-Untersuchung keine eindeutige neurale Kompression, aber postoperatives Narbengewebe zeige. Eine Indikation zur Dekompression sei somit nicht zwingend gegeben und dürfte wenig erfolgversprechend sein; der durch die Schmerzen bedingte Leidensdruck habe zum Vorschlag der Implantation eines Neurostimulators geführt, was unter den gegebenen Umständen als ein weiteres schmerztherapeutisches Verfahren nachvollziehbar sei. Andererseits liege im Bereich des rechten Kniegelenkes ein Zustandsbild nach acht Operationen wegen rezidivierender Patella-Luxationen bei Patella-Dysplasie vor. Zuletzt sei eine femoropatelläre Prothese

implantiert, zudem habe im Mai 2018 eine störende Exostose operativ entfernt werden müssen. Unter Berücksichtigung dieser Gesamtsituation sei der Gesundheitsschaden sowohl im Bereich der LWS als auch im Bereich des rechten Kniegelenkes als mittelschwer einzuschätzen mit verminderter Belastbarkeit der LWS und auch der rechten unteren Extremität. Daher könne die Versicherte keine Zwangspositionen der Wirbelsäule, namentlich im Sinne der Inklination, weniger auch der Rotation, durchführen; längeres Sitzen, das Absolvieren von längeren Gehstrecken, das Überwinden von Höhendifferenzen und Zwangspositionen im rechten Kniegelenk seien nur noch sehr eingeschränkt möglich (IV-Nr. 238.2, S. 4). Als Ressource zu werten sei aus orthopädischer Sicht, dass an den oberen Extremitäten keine relevanten pathologischen Befunde erhoben werden könnten. Motorische Ausfälle der Muskulatur an den Beinen, wie im Vorgutachten beschrieben, bestünden nicht mehr. Als Zeichen einer erfolgten radikulären Läsion L5/S1 rechts lasse sich die bekannte Minderung der Fussreflexe rechts gegenüber links weiter feststellen und es werde eine diffuse sensible Störung am rechten Bein ohne Betonung im Dermatombereich L5 rechts angegeben. Das Nervendehnungszeichen nach Lasègue werde zwar im Liegen als positiv angegeben, sei aber im Sitzen negativ, sodass nicht von einem Nervendehnungsschmerz auszugehen sei. Neu im Vergleich zum Vorgutachten sei eine persistierende und therapierefraktäre Schmerzsymptomatik am rechten Bein, am ehesten zu bewerten als neuropathisches Schmerzresiduum bei Status nach Kompression der Wurzel L5 rechts. Ein radiculärer Schmerz sei nach erfolgter Dekompression und myelographisch nicht mehr feststellbarer Kompression nicht anzunehmen. Passend zu einem neuropathischen Schmerz sei der Schmerz auch nicht belastungsabhängig, sondern spontan mit einer auffälligen Ruhebetonung. Bei der Schmerzzunahme bei längerem Sitzen und Liegen könne auch ein restless legs-Syndrom überlagernd sein, wodurch sich weitere therapeutische Optionen ergäben. Restless legs-Syndrome manifestierten sich gelegentlich erst nach einer peripheren Nervenschädigung, da diese die Auftretensschwelle dafür herabsetze. Vor der geplanten Implantation eines Neurostimulators sollten daher zunächst weitere schmerztherapeutische Massnahmen und neurologische Vorstellung erfolgen. Leider wird sich aber auch bei erfolgreicher Reduktion der Schmerzintensität keine Verbesserung der Belastbarkeit der Skelettveränderungen einstellen, sodass es bei der orthopädischen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verbleibe. Die im Vorgutachten berichtete sensible Störung der restlichen Halbseite rechts sei ebenso wie eine Kopfschmerzsymptomatik nicht mehr vorgetragen. Es lägen auch keine typischen Symptome einer hirnsubstantiell bedingten neurokognitiven Leistungsminderung vor. Die berichteten unspezifischen (und zudem schwankenden) Einschränkungen höherer cerebraler Funktionen seien am ehesten im Rahmen der subjektiven psychischen Erkrankungen zu sehen. Bei der Versicherten fänden sich aktuell psychiatrisch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) sowie eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10: F45.1). Aktenkundig finde sich erstmals im März 2016 im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der E. ____, [...], die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, damals leichtgradig sowie der Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10: F45.1). Retrospektiv sei seit Januar 2017 eine Verschlechterung anzunehmen mit aktuell mittelgradiger (bei der Beurteilung im März 2016 einer «leichten») depressiver Episode. Zudem sei das chronische Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren mehr in den Vordergrund gestanden. Die Verschlechterung auf psychiatrischem Gebiet führe zu einem Absinken der Arbeitsfähigkeit ab Januar 2017 sowohl in

angestammter als in angepasster Tätigkeit. 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. Anamnestisch bestehe die arterielle Hypertonie seit 10 – 15 Jahren und sei auch seit dieser Zeit medikamentös behandelt. Nach Angaben der Versicherten sei der Blutdruck aber nie normoton gewesen (sondern meist um 160 – 180/120 mmHg) entsprechend dem Wert bei der Begutachtung (Blutdruck 178/100 mmHg, 10 Minuten später 150/100 mmHg). Es sei zunächst nicht damit zu rechnen, dass die Versicherte ohne Unterstützung nicht die notwendigen Anstrengungen unternehme, um diese Blutdruckwerte aktiv in den Normbereich zu bringen, was medizinisch bei guter Compliance aber möglich wäre. Seitens der arteriellen Hypertonie sollte die Beschwerdeführerin lediglich mittelschwere bis schwere körperliche Belastungen meiden, um nicht massive Blutdruckanstiege zu riskieren. Die Versicherte könne aus kardiologischen Gründen dagegen sitzende Tätigkeiten mit bis zu leichter körperlicher Ausdauerbelastung absolvieren, ohne eine Verschlimmerung der arteriellen Hypertonie zu riskieren. Gleiches Belastbarkeitsprofil gelte für die rezidivprophylaktisch ausreichend behandelte zweifache postoperative Lungenembolie 2002 und 2014. Aus internistischer Sicht bestehe weiter eine Adipositas mit einem BMI von 34,7 kg/ m². Sodann hielten die Gutachter zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fest, 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 %. Nach zweimaliger Dekompression im Bereich des unteren LWS sei eine verminderte Belastbarkeit des Achsenskelettes bedingt, weiter auch nach acht operativen Eingriffen am rechten Kniegelenk eine verminderte Belastbarkeit des gesamten rechten Beines. Zu vermeiden seien daher Zwangspositionen der Wirbelsäule, namentlich im Sinne der Inklination, weniger auch der Rotation, längeres Sitzen, Absolvieren von längeren Gehstrecken, das Überwinden von Höhendifferenzen und Zwangspositionen im rechten Kniegelenk (s. IV-Nr. 238.2, S. 6). Die leidensangepasste Tätigkeit müsste folgende Kriterien erfüllen: 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 (IV-Nr. 238.2 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. 238.2 S. 8).

6.2 Zur Beurteilung einer allfälligen gesundheitlichen Veränderung seit dem Gutachten der E.____ vom 10. Dezember 2018 sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang:

6.2.1 Im Bericht des J.____ vom 25. Februar 2022 wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Kardiopathie - Seit 2-3 Monaten belastungsabhängige Thorakalgien, Anstrengungsatemnot progredient - Ergometrie 16. Februar 2022: Abbruch bei 50 Watt bei thorakalem Oppressionsgefühl, Anstrengungsatemnot Dekonditionierung, klinisch positiv, elektrisch nicht konklusive Ergometrie - Im Rahmen eines Unwohlsein-Zustandes am 4. Februar 2022
- Repolarisationsstörungen V3/V6 II/III AVF - TTE 16. Februar 2022: Normale LV-Funktion EF 65 %, keine LV-Hypertrophie, diastolische Dysfunktion, normale RV-Funktion, Aortenklappe Kuspidae nicht konklusiv beurteilbar, keine Stenose, leichte Insuffizienz, Aortensinus-Ektasie max 38 mm nach sinutubulärem Übergang 34 mm erneut normal dimensioniert, leichte MI, leichte TI, RV/RA-Gradient 25 mmHg, kein Perikard-, kein Pleuraerguss - Koronarangiographie 18. Februar 2022: Ektasie Aorta ascendens leichte AI; keine relevante Koronarstenose - CvRf: Adipositas BMI 36.3kg/m², arterielle Hypertonie, Nichtraucherin · Refluxsymptomatik - Dauer-PPI-Therapie · Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - St n. Dekompressionsoperation 2013 sowie 01/2017 (K.____) - St n. Implantation 12/2018 Neurostimulator · Bei Gonarthrose links geplante Knie-TP Operation

6.2.2 Mit Bericht vom 31. Oktober 2022 (IV-Nr. 319) diagnostizierte Dr. med. L.____, FMH Orthopädie, einen St.n. Tuberositasosteotomie (Implantation einer femoropatellären Prothese Typ PFJ, Femur 2 links, Patella Onlay Persona 29/8 mm Kniegelenk links vom 13. September 2022). Weiter führte er aus, sechs Wochen postoperativ nach Implantation einer femoropatellären Prothese Knie links könne die Beschwerdeführerin axial voll belasten, die Patella sei stabil, radiologisch fänden sich keine Auffälligkeiten. Somit könne die Mecron-Schiene weggelassen werden.

6.2.3 Im Bericht vom 2. Dezember 2022 (IV-Nr. 322) hielt Dr. med. L.____, FMH Orthopädie, fest, die Tuberositasosteotomie zeige radiologisch keine Dislokation, die Beschwerdeführerin könne nun voll belasten und auch mit einer Quadrizepskräftigung beginnen. Die Stöcke könne sie zunehmend weglassen.

6.2.4 Mit Aktennotiz vom 15. Dezember 2022 (IV-Nr. 324) führte Dr. med. M.____, Praktische Ärztin und Fachärztin Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), aus, es bestehe ein guter Heilungsverlauf: es seien im Gegensatz zum Behandlerbericht 10/22 keine Schmerzen mehr dokumentiert, reizloser und guter klinischer Befund (Vollständige Extension. Zentrierte Patella. Flexion bis knapp 100°). Vollbelastung möglich. Stockentwöhnung. Belastbarkeitstraining in zunächst überwiegend sitzender, nicht beinbelastender Tätigkeit sei aus RAD-Sicht sinnvoll.

6.2.5 Mit Bericht vom 5. April 2023

(IV-Nr. 329) führte Dr. med. L.____, FMH Orthopädie, aus, in der klinischen Untersuchung falle eine diffuse Druckdolenz über den Weichteilen auf, eventuell bestehe zusätzlich eine weichteilrheumatische Komponente. Radiologisch fänden sich keine Auffälligkeiten. Die volle Belastbarkeit sei noch nicht gegeben, die Arbeitsunfähigkeit sei bis 30. Juni 2023 verlängert worden.

6.2.6 Mit Aktennotiz vom 18. April 2023 (IV-Nr. 330) hielt Dr. med. M.____, Praktische Ärztin und Fachärztin Arbeitsmedizin, RAD, fest, aus RAD-Sicht könne an der RAD-Stellungnahme vom 15. Dezember 2022 weiterhin festgehalten werden: Die Verlaufsberichte dokumentierten einen stabilen Heilungsverlauf, im aktuellen Bericht vom 5. April 23 von Dr. med. L.____ werde ein diffuser (ggf. weichteilrheumatischer) Schmerz in den Unterschenkeln sowie in den Seitenbändern beschrieben. Objektivierbar im linken Knie sei eine vollständige Extension und eine Flexion über 120° möglich bei zentrierter Patella. Die noch bestehenden Restbeschwerden um Unterschenkel / Kniebereich sollten durch eine nicht das Bein / Knie belastende Tätigkeit beachtet werden. Gemäss dem Behandler Dr. med. L.____ habe die Physiotherapie sistiert werden können und ein Vollbelastung sei möglich. Somit sei eine nicht bein- / kniebelastende Tätigkeit, in körperlich leichter Wechselbelastung ohne Einnahme von Zwangshaltungen und überwiegend sitzend mit der Möglichkeit des Positionswechsels bei Schmerzzunahme weiterhin indiziert. Es sollten keine Nutzung von Treppen, Leitern o.ä. erforderlich sein und keine knienden oder kauernenden Tätigkeiten, die das Knie und die Unterschenkel belasteten. Weiterhin seien gemäss dem Gutachten aus 2018 keine Tätigkeiten unter Zeitdruck, mit Überwachungsfunktion, mit besonderer Verantwortung oder eigenen Entscheidungsbefugnissen zumutbar. Die Arbeitsatmosphäre sollte freundlich sein. Es sollte die Möglichkeit zu selbst bestimmter Unterbrechung der Arbeitsabläufe für Pausen gegeben sein. Fazit: Es könne aus RAD-Sicht wegen der langen Abwesenheit vom 1. Arbeitsmarkt und der einhergehenden Dekonditionierung mit mindestens 50 % im Belastbarkeitstraining unter Beachtung des obengenannten Zumutbarkeitsprofils gestartet werden, das aktuelle Zumutbarkeitsprofil decke sich somit im Wesentlichen grundsätzlich mit der Verweistätigkeit aus dem Gutachten aus 2018.

6.2.7 Mit Schreiben vom 5. Mai 2023 an die IV-Stelle führte Dr. med. L.____, Orthopädie FMH, aus, die Beschwerdeführerin zeige mechanisch eine gute Funktion im Kniegelenk links. Trotzdem habe sie noch Schmerzen, wahrscheinlich brauche es längerfristig auch eine schmerztherapeutische Behandlung. Aktuell sei die Arbeitsfähigkeit nicht gegeben, eine definitive Aussage betreffend möglicher Eingliederungsmassnahmen sei zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht machbar.

6.2.8 Mit Aktennotiz vom 23. Mai 2023 (IV-Nr. 333) führte Dr. med. M.____, Praktische Ärztin und Fachärztin Arbeitsmedizin, RAD, aus, in Hinblick auf die Schmerzproblematik handle es sich ausschliesslich um eine sog. Druckdolenz (d.h. Schmerzen bei Druckbelastung: «Diffuse Druckdolenz über dem medialen und lateralen Seitenband, Patellaverschiebeschmerz. Druckdolenz über den Weichteilen des Unterschenkels.») und diese sei verbesserbar (Schmerztherapie etc.). In Ruhe, d.h. bei nicht belastender Tätigkeit würden keine Schmerzen beschrieben, so dass das festgelegte Zumutbarkeitsprofil ohne entsprechende Belastung weiterhin seine Gültigkeit behalten.

6.2.9 Dr. med. N.____, O.____, stellte im Bericht vom 28. September 2023 (IV-Nr. 351, S. 21) im Wesentlichen folgende Diagnosen: · Asthma bronchiale; ED 05/2023 - Mit zusätzlicher Anstrengungsdyspnoe im Rahmen der Adipositas beziehungsweise einer Dekonditionierung - 05/2023 Lungenfunktionsprüfung: normale Atemmechanik. FEV1 2.13 Liter (94 % Soll). - Inflammometrie: FeNO 5 ppb (Norm 5-25 ppb) - 05/2023 CO-Diffusionskapazität: DLCO 71 % Soll - 05/2023 Methacholinprovokationstest:

Mittelschwere bronchiale Hyperreagibilität - 05/2023 Röntgen Thorax:
altersentsprechender Herz-/Lungenbefund - 05/2023 ABGA: pH 7.39, pCO₂ 39 mmHg,
pO₂ 77 mm Hg -

E. 27

September 2023 6-Minuten-Gehtest: 368 m (76 % Soll), SpO₂ Nadir 94 % - Aktuell (09/2023): klinisch gemäss GINA-Richtlinien gut kontrolliertes Asthma bronchiale · Leichtes obstruktives Schlafapnoe-Hypopnoesyndrom, ED 09/2023 - Klinik initial: Schnarchen mit Atemaussetzern, Tagesschläfrigkeit - 15. Mai 2023 ABGA: pH 7.39, pCO₂ 39 mmHg, pO₂ 77 mmHg - 26. September 2023 respiratorische Polygraphie: AHI 12.9/h (in Rückenlage 22.0/h, in Nicht-Rückenlage 7.3/h), GDI 13.7/h - Nächtliche CPAP-Therapie von der Patientin für den Moment abgelehnt Zur Beurteilung führte Dr. med. N. ___ aus, das Asthma bronchiale beschreibe die Beschwerdeführerin als gut kontrolliert. Sie sei aber nach wie vor relativ rasch ausser Atem. Der heute durchgeführte 6-Minuten-Gehtest zeige eine knapp erhaltene Gehstrecke von 368 m. Dabei komme es zu keiner Desaturation und in der ABGA gar zu einem Anstieg des Sauerstoffpartialdrucks. Beides spreche gegen eine Lungengerüsterkrankung oder eine relevante pulmonale Hypertonie als Ursache der Anstrengungsdyspnoe. Hingegen passe der Befund sehr gut zu einer Umverteilungsstörung im Rahmen der Adipositas. Aufgrund der Tagesschläfrigkeit sei eine respiratorische Polygraphie durchgeführt worden. Diese bestätige den Verdacht eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms. Aufgrund der vorhandenen Klinik sei eine nächtliche CPAP-Therapie indiziert. Die Beschwerdeführerin könne sich aber heute nicht für eine nächtliche CPAP-Therapie entscheiden. 6.2.10 Mit Aktennotiz vom 25. April 2024 (IV-Nr. 354) führte Dr. med. M. ___, Praktische Ärztin und Fachärztin Arbeitsmedizin, RAD, zu den im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwänden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin aus, bezüglich des behaupteten progressiven Verlaufs der degenerativen LWS-Beschwerden lägen keine neuen diesbezüglichen medizinischen Unterlagen vor. Ebenfalls lägen keine neuen psychotherapeutischen / psychiatrischen Befundergebnisse vor. Sodann lägen betreffend die Patellaluxation links vom 24. September 2021 und der Knie-Teilprothese vom 13. September 2022 keine neuen medizinischen Erkenntnisse vor. Diesbezüglich werde auf die RAD-Stellungnahme vom 23. Mai 2023 verwiesen. Des Weiteren sei hinsichtlich der neuen Diagnosen Schlafapnoe, Asthma und Kardiopathie Folgendes festzuhalten: Gemäss Bericht der O. ___ vom 28. September 2023 sei das Asthma bronchiale gut kontrolliert und habe somit keine IV-Relevanz. Betreffend das leichte obstruktive Schlafapnoesyndrom werde die Therapie von der Beschwerdeführerin abgelehnt. Die Kardiopathie (Bericht J. ___ vom 25. Februar 2022) sei nur unter Belastung / Anstrengung symptomatisch. Das Zumutbarkeitsprofil (s. RAD-Stellungnahme vom 18. April 2023) beziehe sich explizit auf Tätigkeiten ohne relevante Belastung/Anstrengungen: Körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten (...) keine Tätigkeiten unter Zeitdruck, mit Überwachungsfunktion, mit besonderer Verantwortung oder eigenen Entscheidungsbefugnissen seien zumutbar. Die Arbeitsatmosphäre sollte freundlich sein. Es sollte die Möglichkeit zu selbst bestimmter Unterbrechung der Arbeitsabläufe für Pausen gegeben sein. Insofern der Rechtvertreter geltend mache, das Zumutbarkeitsprofil des RAD sei zu dem aus dem Gutachten diskrepant, sei festzuhalten, dass im Zumutbarkeitsprofil des RAD die wechselbelastende Tätigkeit bestätigt werde. Zusammenfassend könne am Zumutbarkeitsprofil vom 18. April 2023 weiterhin festgehalten werden. 6.3 Die Beschwerdegegnerin stützt ihre angefochtene Verfügung im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilungen ihrer RAD-Ärztin,

Dr. med. M.____, Praktische Ärztin und Fachärztin Arbeitsmedizin, vom 15. Dezember 2022, 18. April 2023, 23. Mai 2023 und 25. April 2024, weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist. Hinsichtlich der aktenkundigen LWS-Beschwerden wies die RAD-Ärztin grundsätzlich zu Recht darauf hin, dass bezüglich des von der Beschwerdeführerin behaupteten progressiven Verlaufs in den Akten keine medizinischen Unterlagen vorliegen, welche eine diesbezügliche Progression belegen könnten. Von der Beschwerdeführerin wurde denn auch nur pauschal vorgebracht, bei den degenerativen Veränderungen der LWS sei zu beachten, dass es sich um Krankheiten mit progressivem Verlauf handle, sodass bald sechs Jahre nach dem Gutachten des Jahres 2018 die Ausgangslage eben eine andere sei. Eine diesbezügliche konkrete Verschlechterung macht sie nicht geltend, zumal sie hinsichtlich dieser Beschwerden in den letzten Jahren offenbar auch keine weiteren ärztlichen Abklärungen veranlassen liess. Somit ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bezüglich dieser Beschwerden davon ausging, dass seit der Beurteilung im Gutachten der E.____ vom 10. Dezember 2018 keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Das Gleiche gilt auch hinsichtlich der neuen Diagnosen Schlafapnoe, Asthma und Kardiopathie. Wie die RAD-Ärztin korrekt ausführte, sei das Asthma bronchiale gemäss Bericht der O.____ vom 28. September 2023 gut kontrolliert und die Kardiopathie (Bericht J.____ vom 25. Februar 2022) sei nur unter Belastung / Anstrengung symptomatisch. Das Zumutbarkeitsprofil (s. RAD-Stellungnahme vom 18. April 2023) beziehe sich explizit auf Tätigkeiten ohne relevante Belastung / Anstrengungen. Anders sieht dagegen die Sachlage hinsichtlich des linken Knies der Beschwerdeführerin aus. So wurde bei der Beschwerdeführerin aufgrund einer symptomatischen femoropatellären Arthrose bei Trochleadysplasie Kniegelenk links am 13. September 2022 eine Implantation einer femoropatellären Prothese vorgenommen. Zwar zeigte sich der Heilungsverlauf in der Folge im Wesentlichen regelrecht. Der behandelnde Orthopäde, Dr. med. L.____, attestierte in seinem Schreiben vom 5. Mai 2023 aber immer noch eine volle Arbeitsunfähigkeit und hielt weiter fest, eine definitive Aussage betreffend möglicher Eingliederungsmassnahmen sei zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht machbar. Eine abschliessende Aussage zur Gesamtarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit liegt von Dr. med. L.____ nicht vor. Ein diesbezügliches Zumutbarkeitsprofil wurde einzig von der RAD-Ärztin, Dr. med. M.____, festgelegt. Wie die Beschwerdeführerin diesbezüglich zu Recht rügt, vermag dieses Zumutbarkeitsprofil nicht vollständig zu überzeugen. Laut der RAD-Ärztin sei die Versicherte in einer nicht bein- / kniebelastenden Tätigkeit, in körperlicher Wechselbelastung ohne Zwangshaltungen und überwiegend sitzend mit der Möglichkeit des Positionswechsels bei Schmerzzunahme aus orthopädischer Sicht zu 70 % arbeitsfähig. Damit steht dieses Zumutbarkeitsprofil aber in teilweisem Widerspruch zu dem im Gutachten der E.____ vom 10. Dezember 2018 aus orthopädischer Sicht statuierten Zumutbarkeitsprofil. So wurde in der Gesamtbeurteilung der Gutachter festgehalten, die Versicherte dürfe keine Zwangspositionen der Wirbelsäule, namentlich im Sinne der Inklination, weniger auch der Rotation, durchführen; längeres Sitzen, das Absolvieren von längeren Gehstrecken, das Überwinden von Höhendifferenzen und Zwangspositionen im rechten Kniegelenk seien nur noch sehr eingeschränkt möglich (IV-Nr. 238.2, S. 4 und 6). Dem widerspricht die RAD-Ärztin ohne weitere Begründung teilweise, wenn sie «überwiegend sitzende Tätigkeiten» als zumutbar erachtet. Bereits dies vermag relativ geringe Zweifel an der Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin zu begründen, was bei versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen rechtsprechungsgemäss genügt, dass ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. II. 4.3 hiervor). Wie die

Beschwerdeführerin sodann zurecht darauf hinweist, bestand gemäss dem Gutachten der E. ___ vom 10. Dezember 2018 schon ein Knieleiden rechts, welches die körperliche Leistungsfähigkeit bereits erheblich beeinträchtigte. So bestehe im Bereich des rechten Kniegelenkes nach acht Operationen wegen rezidivierender Patella-Luxationen bei Patella-Dysplasie eine verminderte Belastbarkeit des gesamten rechten Beines. Die Beschwerdeführerin fügt hierzu weiter zu Recht an, dass die gegenüber 2018 nun nicht nur einseitigen, sondern neu beidseitigen Knieaffektionen grundsätzlich dazu geeignet seien, eine höhere Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Denn jede doppelseitige Affektion im Bewegungsapparat wirke sich wesentlich stärker auf die Leistungsfähigkeit aus, weil der Ausgleich durch die gesunde Gegenseite nicht mehr möglich sei (vgl. Herrmann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage, Bern 2003, S. 229). Diesbezügliche Ausführungen sind den Aktenbeurteilungen der RAD-Ärztin jedoch nicht zu entnehmen. Hinzukommt, dass Dr. med. M. ___ nicht über einen orthopädischen Facharztstitel verfügt, was bei dem vorliegenden komplexen orthopädischen Beschwerdebild zur Beurteilung des Zumutbarkeitsprofils aber unabdingbar erscheint, zumal sich nach Einsetzung der Knieprothese links bislang kein orthopädischer Facharzt abschliessend zur verbleibenden Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und zu einem ideal angepassten Tätigkeitsprofil äusserte.

6.4 Zusammenfassend bestehen im orthopädischen Fachgebiet somit zumindest relativ geringe Zweifel an den Aktenbeurteilungen der RAD-Ärztin. Demnach ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie diesbezüglich ergänzende medizinische Abklärungen tätigt. Zudem wird die Beschwerdegegnerin beim behandelnden Psychiater der Beschwerdeführerin einen aktuellen Verlaufsbericht einzuholen haben. Zwar hält die Beschwerdegegnerin dem diesbezüglichen Beweisanspruch der Beschwerdeführerin grundsätzlich zu Recht entgegen, die Beschwerdeführerin mache selbst keine Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustandes geltend. Jedoch kann es im Lichte dessen, dass im Gutachten der E. ___ vom 10. Dezember 2018 aus psychiatrischer Sicht eine 40%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert wurde und die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 7. Juni 2024 – und damit mehr als fünfzehn Jahre später – erneut über allfällige Einschränkungen im psychiatrischen Fachbereich zu befinden hatte, nicht angehen, dass keinerlei aktuelle psychiatrischen Unterlagen eingeholt wurden. Alleine der Umstand, dass das Versicherungsgericht mit Urteil vom 22. Oktober 2021 das Gutachten der E. ___ vom 10. Dezember 2018 als voll beweiswertig erachtete und gestützt darauf festhielt, die in der Verfügung vom 29. Juli 2020 vorgenommene revisionsweise Herabsetzung auf eine Viertelsrente erweise sich im Resultat grundsätzlich als korrekt, entbindet die Beschwerdegegnerin nicht von der Pflicht, den massgeblichen Sachverhalt bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 7. Juni 2024 rechtsgenügend abzuklären. Nach Einholung des psychiatrischen Verlaufsberichts wird die Beschwerdegegnerin somit darüber zu befinden haben, ob es im psychiatrischen Fachbereich ebenfalls weiterer Abklärungen bedarf. Nach Vornahme aller notwendigen medizinischen Abklärungen wird die Beschwerdegegnerin erneut über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu befinden haben.

7. Auch wenn angesichts der Rückweisung der Angelegenheit zu weiteren medizinischen Abklärungen nicht über den subeventualiter gestellten Antrag der Beschwerdeführerin, ihr seien weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen zu gewähren, entschieden werden muss, rechtfertigen sich diesbezüglich dennoch einige ergänzende Anmerkungen. So rügt die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang zu Recht, dass nach einem mehr als 21 Jahre andauernden Rentenbezug und dementsprechend langer Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und

aktenkundiger Dekonditionierung ein Bewerbungscoaching kaum als angemessene Eingliederungsmassnahme angesehen werden kann. So hielt denn auch die RAD-Ärztin mit Aktennotiz vom 18. April 2023 fest, es könne aus RAD-Sicht wegen der langen Abwesenheit vom 1. Arbeitsmarkt und der einhergehenden Dekonditionierung mit mindestens 50 % im Belastbarkeitstraining unter Beachtung des obengenannten Zumutbarkeitsprofils gestartet werden. Wenn die Beschwerdegegnerin nun diesbezüglich nachträglich mit fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit argumentiert, so ist ihr entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin im Formular vom 31. Mai 2023 noch ihre Eingliederungsbereitschaft erklärte und ihr hiernach dennoch nur ein Bewerbungscoaching gewährt wurde. Die Beschwerdegegnerin ist somit gehalten, bei allfälligen weiteren Eingliederungsmassnahmen den genannten Umständen angemessen Rechnung zu tragen, natürlich immer vorausgesetzt, bei der Beschwerdeführerin besteht im betreffenden Zeitpunkt eine subjektive Eingliederungsfähigkeit. 8. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 7. Juni 2024 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen verfare und anschliessend über den Anspruch der Beschwerdeführerin neu entscheide.

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang (formelles Obsiegen) steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 2'389.25 festzusetzen (8.57 Stunden zu CHF 250.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen von CHF 67.70 und MwSt). Der Unterschied zur eingereichten Kostennoten ergibt sich unter anderem daraus, dass verschiedene der geltend gemachten Positionen Kanzleiaufwand darstellen (Orientierungskopien bzw. Kurzbriefe an die Klientin und an die Rechtsschutzversicherung, Fristerstreckungsgesuche, Einreichung der Kostennote), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Sodann sind Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird.

8.2 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 – 1'000 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist der Beschwerdeführerin der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zurückzuerstatten.

9. Nachdem die Beschwerdeführerin obsiegt, erübrigt sich die Durchführung einer Hauptverhandlung. Der diesbezügliche Antrag ist obsolet.

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