



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 21. Oktober 2021 (720 21 4 / 279)

Invalidenversicherung

Bestätigung der revisionsweisen Einstellung der Anspruchsberechtigung aufgrund einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes.

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichterin Susanne Afheldt,
Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Jeannine
Gass

Parteien A._____, Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,
Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A.1 Die 1962 geborene A.____ meldete sich erstmals im September 2000 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Mit Verfügung vom 12. August 2004 wurde ihr sodann von der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) rückwirkend für den Zeitraum vom 1. August 2000 bis 30. September 2002 eine ganze IV-Rente zugesprochen. Am 17. Juni 2005 erfolgte eine erneute Anmeldung zum Leistungsbezug. Aufgrund eines ermittelten IV-Grads von 46 % sprach ihr die IV-Stelle ab 1. Juni 2004 eine Viertelsrente, ab 1. Juni 2006

eine ganze Rente und ab 1. Dezember 2006 erneut eine Viertelsrente zu. Mit Entscheid vom 4. April 2008 (720 07 319 / 110) bestätigte das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) den Anspruch auf eine Viertelsrente. Mit Mitteilung vom 17. Januar 2014 wurde der Anspruch auf eine Viertelsrente im Rahmen einer Revision des Rentenanspruchs infolge umfassender medizinischer Begutachtung vom 13. Dezember 2013 erneut bestätigt.

A.2 Mit Erhöhungsgesuch vom 15. Mai 2017 beantragte A._____ eine ganze Rente ab Januar 2017 aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Nachdem die IV-Stelle ein interdisziplinäres Fachgutachten (psychiatrisch und rheumatologisch) eingeholt hatte, kam sie mit Verfügung vom 20. November 2020 zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand von A._____ erheblich verbessert habe und die Beschwerdeführerin lediglich noch aufgrund ihrer somatischen (rheumatologischen) Beschwerden zu 20 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Demnach sei der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente per Ende Dezember 2020 einzustellen.

B. Hiergegen erhob A._____ am 5. Januar 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht mit dem Begehren, die Verfügung der IV-Stelle vom 20. November 2020 sei unter Zusprechung einer mindestens halben Invalidenrente vollumfänglich aufzuheben. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen, um ein unabhängiges psychiatrisches Gutachten erstellen zu lassen und gestützt darauf neu zu verfügen. Ferner sei die aufschiebende Wirkung der vorliegenden Beschwerde wiederherzustellen und die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren; alles unter o/e-Kostenfolge.

C. Mit Stellungnahme vom 27. Januar 2021 zum Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung beantragte die IV-Stelle die Abweisung des Gesuchs. Mit Verfügung vom 2. Februar 2021 wies das Kantonsgericht den Verfahrensantrag der Beschwerdeführerin auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 4. März 2021 schloss die IV-Stelle zudem auf Abweisung der Beschwerde.

E. Mit Schreiben vom 19. März 2021 zog A._____ das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung zurück.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons

Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 5. Januar 2021 ist demnach einzutreten.

2. Zu prüfen ist, ob und allenfalls in welcher Höhe die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine IV-Rente hat. Massgebend ist dabei jener Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. November 2020 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtssprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49, E. 1.2, 130 V 396, E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 294, E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verur-

sachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 294, E. 4c in fine).

3.1 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15, E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310, E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig oder arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche andere Erwerbstätigkeit als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden kann (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.2 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 138 V 218 E. 6 mit diversen Hinweisen). Der Untersuchungsmaxime entsprechend hat das Gericht von Amtes wegen die notwendigen Beweise zu erheben. Eine Beweislast besteht nur in dem Sinne, dass im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund

einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die hohe Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 263 E. 3b). Das schweizerische Sozialversicherungsrecht kennt demnach keinen Grundsatz, wonach die Versicherungsorgane im Zweifel zu Gunsten der Versicherten zu entscheiden haben. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind (ZAK 1983 S. 259).

4.3 Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse hat das Gericht die ihm von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellenden Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht 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 das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 f. E. 1c mit Hinweisen).

4.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So führte das Bundesgericht zu den Gerichtsgutachten aus, dass das Gericht "nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen des medizinischen Experten abweicht, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen (BGE 125 V 352 f. E. 3b/aa). Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange "nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.). Schliesslich lässt es die Natur des Begutachtungsauftrags eines amtlich bestellten fachmedizinischen Experten nicht zu (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des EVG I 506/00 vom 13. Juni 2001, E. 2b), ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn andere Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil beispielsweise die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder

ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Anpassung der Rente gibt jede tatsächliche Änderung, die sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Anspruchs (Viertelsrente, halbe Rente, Dreiviertelsrente, ganze Rente; Art. 28 Abs. 2 IVG) auswirkt (vgl. BGE 134 V 131 E. 3). Ein Revisionsgrund in diesem Sinne betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person, wozu namentlich der Gesundheitszustand gehört. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden. Umgekehrt ist – bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand – eine Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung, welche zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führt, revisionsrechtlich von Bedeutung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen). Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

5.2 Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

5.3 Liegt dagegen ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2018, 8C_145/2018, E. 3.2).

5.4 Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im

Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.2 mit Hinweis).

5.5 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Vorliegend stellte die IV-Stelle mit Mitteilung vom 17. Januar 2014 infolge einer materiellen Überprüfung des Rentenanspruchs fest, dass nach wie vor ein Anspruch auf eine Viertelsrente bestehe. Auf Gesuch der Beschwerdeführerin vom 15. Mai 2017 hin leitete die IV-Stelle erneut ein Rentenrevisionsverfahren ein. Es folgte eine einlässliche materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit einer vertieften Abklärung des medizinischen Sachverhalts. Nach Vornahme medizinischer Abklärungen stellte die IV-Stelle mit Verfügung vom 20. November 2020 fest, dass die Beschwerdeführerin aufgrund eines verbleibenden IV-Grads von 20 % keinen Anspruch mehr auf eine Rente der Invalidenversicherung habe. Da die Beschwerdeführerin von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands ab Mai 2017 ausging, sind vorliegend die Mitteilung vom 17. Januar 2014 und die Verfügung vom 20. November 2020 zu vergleichen, denn laut Art. 74^{ter} lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 bedarf es keiner Verfügung, wenn die IV-Rente nach einer von Amtes wegen durchgeführten Revision weiter ausgerichtet wird, sofern keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wird, was hier der Fall war. Eine solche Mitteilung ist, wenn keine Verfügung verlangt worden ist (Art. 74^{quater} IVV), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010, 8C_1005/2009, E. 3.2 mit Hinweis).

6. Das Administrativverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

7.1 Zur Beurteilung der strittigen Frage sind im Wesentlichen nachfolgende medizinische Unterlagen zu berücksichtigen.

7.2.1 Die IV-Stelle stützte die ursprüngliche Rentenzusprache vom 17. Januar 2014 auf die Ausführungen im bidisziplinären Gutachten von Dr. med. B.____, FMH Innere Medizin und

Rheumatologie, und Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. Dezember 2013 (Folgegutachten nach polydisziplinärer Begutachtung vom 30. Dezember 2009).

7.2.1.1 Im polydisziplinären Gutachten vom 30. Dezember 2009 wurde die Beschwerdeführerin sowohl internistisch, rheumatologisch, neurologisch als auch psychosomatisch untersucht. Gestützt auf die bereits vorhandene Aktenlage sowie auf die Ergebnisse der persönlichen Untersuchungen wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, (2) ein chronisches depressives Syndrom seit 1995, aktuell leichte depressive Episode, (3) chronische Lumbalgien mit möglicher lumboradikulärer Schmerzsymptomatik bei Status nach Fenestrierung L4/5 links bei kaudal luxierter Diskushernie sowie (4) chronische Zervikobrachialgien linksbetont mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in den linken Arm festgestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden noch (1) ein Karpaltunnelsyndrom links, (2) ein Verdacht auf eine De Quervain-Tendovaginitis im linken Daumen, (3) leichte Senk-Spreizfüsse, (4) Migräne ohne Aura, (5) Aktenanamnestisch ein Asthma bronchiale, (6) ein aktenanamnestisch Verdacht auf eine generalisierte Angststörung sowie (7) ein aktenanamnestischer Status nach zwei Gebärmutteroperationen festgehalten. Bei den Untersuchungen habe die Explorandin berichtet, dass sie Schmerzen im Lumbalbereich wie auch im Zervikalbereich verspüre und über Parästhesien im Bereich der unteren sowie oberen Extremitäten geklagt habe. Bezüglich des allergischen Asthma bronchiale seien die Angaben hinsichtlich der auslösenden Allergene auffallend unscharf gewesen. Das Vorliegen einer depressiven Erkrankung sei von der Explorandin jedoch nicht erwähnt worden. Auffallend sei, dass sich die Explorandin zum Untersuchungstermin auffallend nachlässig gekleidet habe (völlig zerknittertes T-Shirt, zerrissenes Unterhemd sowie grössere Staubflocken im Haar), was als Verdeutlichungstendenz zu interpretieren sei. Bei der psychosomatischen Begutachtung sei aufgefallen, dass die Explorandin die gestellten Fragen nur mit offensichtlichem Widerwillen und ausweichend beantwortet habe. Es hätten keine Konzentrations-, Auffassungs- oder Gedächtnisstörungen bestanden. Psychomotorisch sei die Explorandin ruhig, der Antrieb unauffällig und die Stimmung indifferent bis leicht depressiv gedrückt gewesen. Im Affekt sei sie dysphorisch gereizt und nicht schwingungsfähig aufgetreten. Inhaltlich habe sich in den geordneten, formalen Gedankengängen kein Anhalt für Wahngedanken, Halluzinationen oder Ich-Störungen finden lassen. Zwangsgedanken und Zwangshandlungen seien im Gegensatz zu einem früheren Bericht nicht erhebbar gewesen und die Explorandin sei auch bereits seit einem Jahr nicht mehr in psychiatrischer Behandlung. Aufgrund der fehlenden Kooperation der Explorandin hätten die in einem Vorgutachten gestellten Verdachtsdiagnosen einer generalisierten Angststörung und einer Zwangsstörung weder bestätigt noch verworfen werden können. Die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode seien nicht mehr erfüllt gewesen, daher sei noch von einer leicht ausgeprägten depressiven Episode auszugehen. Der Verdacht auf nicht-organische Faktoren der chronischen Schmerzkrankheit sei nicht klar bestätigt worden. Aufgrund des Vorhandenseins objektivierbarer somatischer Befunde sei daher nicht die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung, sondern die einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu stellen.

7.2.1.2 In Bezug auf die psychische Gesundheitsbeeinträchtigung wurde im Gutachten vom 13. Dezember 2013 von Dr. C.____ aufgrund der Untersuchung vom 9. August 2013 als

Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom, unter spezifischer, psychiatrischer Behandlung und Psychopharmakotherapie sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung festgehalten. Während der Exploration sei die Versicherte in einer weinerlich depressiven Grundstimmung, streckenweise auch dysphorisch und inhaltlich eingeengt gewesen. Die Explorandin habe während der Untersuchung fast durchgehend depressiv gewirkt, wobei zu Beginn und gegen Schluss der Exploration eine Weinerlichkeit bestanden habe. Subjektiv seien Gedächtnisstörungen und eine Reduktion der Konzentrationsfähigkeit beklagt worden, allerdings sei ein Abfall der Aufmerksamkeit während der dreistündigen Untersuchung nicht beobachtbar gewesen. Nebst der ausgeprägten Schmerzsymptomatik habe die Explorandin an Schlafstörungen, einer ständigen Tagesmüdigkeit und Erschöpfbarkeit gelitten. Trotz der geklagten Beschwerden habe nach wie vor ein geregelter Tagesablauf mit erheblich eingeschränkter Aktivität bestanden. Im Laufe der Exploration habe es verschiedene Hinweise für eine Verdeutlichung gegeben, so sei die Weinerlichkeit nur zu Beginn bei den ersten Fragen und ihren proaktiven Hinweisen auf ihre Gefühle aufgetreten. Die zeitlich knappe Orientierung und die auffällige Verlangsamung der Diadochokinese habe im Kontrast zu den übrigen Bewegungen gestanden. Das Unvermögen die Schmetterlingsfigur zu machen habe zudem fast grotesk gewirkt. Das völlige Versagen im Rechentest und im Merkfähigkeitstest im Gegensatz zu den übrigen Antworten hätten an der Authentizität der Resultate zweifeln lassen und weder zu einer depressionsbedingten Einschränkung noch zu einer Demenz im klinischen Sinne gepasst. Die Explorandin habe berichtet, dass sie keine Kolleginnen habe und sozial nicht gut eingebettet sei. Sie hege einen regelmässigen Kontakt zu ihren Töchtern und ihrer Cousine, mache aber selten Besuche. Mitglied in einem Verein oder einer Organisation sei sie nicht. Sie koche, aber nicht täglich, lese Bücher, auch wenn sie nicht lange lesen könne und schaue Fernseher, aber nie die Nachrichten. Hobbies habe sie im Übrigen keine. Spaziergänge mache sie nur selten. Sie mache keine Ausflüge. Im Haushalt mache sie kaum etwas selber, sie helfe lediglich mit Kleinigkeiten. Ihre Stimmung beschreibe sie selbst als schwankend, richtig gut gehe es ihr nie. Sie fühle sich innerlich oft unruhig, angespannt oder nervös und reizbar. Manchmal sei sie auch ängstlich, leide an Panikattacken und Angstzuständen. Von psychiatrischer Seite her sei es im Vergleich zum Vorgutachten vom 30. Dezember 2009 zu einer leichten Verschlechterung des Krankheitsbildes gekommen. Daher sei die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit leicht höher als im Vorgutachten zu beurteilen. Es sei allerdings darauf hinzuweisen, dass – unter adäquater Therapie der depressiven Erkrankung – der Gesundheitszustand der Explorandin besserungsfähig sei.

7.2.2 Infolge des erneuten Leistungsbegehrens wurde die Versicherte mit Schreiben vom 16. Mai 2017 dazu aufgefordert, durch Einreichen ärztlicher Unterlagen darzulegen, dass sich der Gesundheitszustand massgeblich verschlechtert hat. Der in der Folge eingereichte Bericht von Dr. med. D.____, FMH Innere Medizin, vom 14. Juni 2017 hält diesbezüglich fest, dass die Versicherte seit dem 26. April 2017 von Frau E.____, Psychologin und Psychotherapeutin FSP, psychologisch betreut werde und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jegliche Tätigkeiten bestehe.

7.2.3 Am 24. August 2017 erfolgte sodann eine psychiatrische Stellungnahme vom RAD-Arzt Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Bericht des Hausarztes Dr. D.____ vom 14. Juni 2017. Darin wurde festgehalten, dass eine gesundheitliche Verschlechterung nicht nachgewiesen sei, weil sich der Bericht des Hausarztes einzig auf die subjektiven Angaben der versicherten Person stütze und die Angaben des Hausarztes darüber hinaus nur rudimentär seien. Damit bestehe keine Vorlage, worauf eine Beurteilung einer eventuellen Verschlechterung abgestellt werden könne.

7.2.4 Dr. D.____ und Frau E.____ hielten in ihrem Bericht vom 24. September 2017 fest, dass der Gesundheitszustand der Versicherten sich zunehmend verschlechtert habe. Sie fühle sich sowohl körperlich als auch psychisch sehr angeschlagen. Bereits nach jeder geringen Anstrengung sei sie sehr müde und erschöpft. Aufgrund von Kraft-, Energie- und Lustlosigkeit wie auch Müdigkeit habe sie sich sozial sehr zurückgezogen. Sie leide unter Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Antriebslos- sowie Freudlosigkeit. Aufgrund ihrer körperlichen Beschwerden sei sie nicht flexibel genug eine Arbeit aufzunehmen. Wegen ihrer Rückenschmerzen könne sie weder lange sitzen noch stehen. Ein Gespräch könne sie nicht lange aushalten oder sich länger konzentrieren. Aufgrund ihrer körperlichen und psychischen Beschwerden sei die Versicherte erheblich beeinträchtigt, weswegen von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen sei.

7.2.5 In einer erneuten psychiatrischen Stellungnahme von Dr. F.____ vom 14. Oktober 2017 zum Bericht von Dr. D.____ und Frau E.____ vom 24. September 2017 bezüglich einer festgestellten Depression mittleren Grades wurde ausgeführt, dass kein Behandlungssetting im engeren Sinne bestehe. Weder die Sitzungsfrequenz (eher niederfrequent), noch die Pharmakotherapie (es bestehe keine aktuelle Antidepressiva Verordnung) würden für eine zu behandelnde Depression sprechen. Ein mittlerer Stärkegrad der Depression könne dem Brief nicht (ICD-10-konform) entnommen werden. Die im Weiteren attestierte volle Arbeitsunfähigkeit könne ebenfalls nicht nachvollzogen werden. Eine relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes könne nicht ausgeschlossen werden.

7.2.6 Am 7. Mai 2018 wurde die Beschwerdeführerin zunächst von Dr. med. G.____, FMH Rheumatologie, rheumatologisch untersucht, wobei als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische unspezifische Kreuzschmerzen diagnostiziert wurden, welche zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % führen würden. Am 15. Juni 2018 wurde die Beschwerdeführerin sodann von Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch begutachtet, wobei aus psychiatrischer Sicht keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert wurde. Die Explorandin habe einen gepflegten Eindruck gemacht. Sie habe ohne sichtbare Behinderung den Untersuchungsraum betreten und während der 1.75 Stunden dauernden Untersuchung mehrmals die Sitzposition gewechselt, wobei sie Schmerzen in der lumbalen Wirbelsäule angedeutet habe. Die Versicherte habe spontan viel, ungehindert und bewusstseinsklar gesprochen und in ihren Angaben jeweils weit ausgeholt, während sie auf die gestellten Fragen jedoch nicht immer direkt eingegangen sei. Zeitweise habe sie bezüglich gewisser Fragen ein ausweichendes Verhalten gezeigt. Die Stimmung sei während des Gesprächs ausgeglichen gewesen, wobei die Explorandin auch hin und wieder gelächelt habe. Der

Gedankengang sei in formaler Hinsicht weder gehemmt, verlangsamt, noch an Ideen verarmt, jedoch auf die geklagten Beschwerden eingengt gewesen. Die Beschwerdeschilderungen seien oft vage, diffus und wenig fassbar gewesen, wobei sich Dramatisierungstendenzen und Inkonsistenzen hätten erkennen lassen. Konzentrations-, Aufmerksamkeits-, Auffassungsstörungen oder Ermüdungszeichen hätten klinisch jedoch nicht festgestellt werden können. Anlässlich der Untersuchung lasse sich ein Schmerzsyndrom mit andauernden Schmerzen mittelgradiger bis erheblicher Intensität im Bereiche des Nackens, der Arme und Beine sowie des gesamten Rückens und der Sprunggelenke beidseitig sowie allgemein im ganzen Körper nachweisen. Diese würden gemäss Angaben der Versicherten seit über 20 Jahren bestehen. In diagnostischer Hinsicht sei daher von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen. In diesem Kontext sei allerdings zu erwähnen, dass die psychosoziale Funktionsfähigkeit der Explorandin in der Beziehung mit ihrem Ehemann, mit den Kindern, den Enkeln, aber auch zwei langjährigen Freundinnen und den Freundinnen und Kolleginnen des Vereins I.____ sowie in der Beziehung mit ihren drei Geschwistern als intakt zu beurteilen sei. Die Versicherte begeben sich gerne in den Verein I.____ wo sie sich jeweils eine halbe bis zwei Stunden aufhalte, gehe gerne in ein nahegelegenes Café und habe auch einen Hobbyraum gemietet, den sie nutze um sich mit ihrer Familie zu treffen und zusammen zu kochen und zu essen. Des Weiteren sei festzuhalten, dass sie auch die Haushaltsarbeiten erledigen könne, wobei sie diesbezüglich von ihren Töchtern und einer Raumpflegerin unterstützt werde. Ihre Arbeitsfähigkeit beurteile sie selbst aufgrund ihrer Kraftlosigkeit als nicht mehr gegeben, wobei sie ihre Schmerzen trotz mehrmaligem Nachfragen jedoch nicht erwähnt habe. Des Weiteren würden sich anamnestisch die Symptome der zeitweise gereizten, selten aggressiven, häufig traurigen und manchmal fröhlichen Stimmung, der häufigen Müdigkeit, der unterschiedlichen Energie, der schmerzbedingten Durchschlafstörung und der Vergesslichkeit entnehmen lassen. Diese Symptome würden die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien allerdings nicht erfüllen. Insbesondere würden sich keine andauernd bedrückt-traurige oder gereizt aggressive Stimmung, keine andauernde verminderte Energie sowie keine Freud-, Lust- oder Interesselosigkeit nachweisen lassen. Es sei zudem darauf hinzuweisen, dass die Angaben der Versicherten nicht konsistent seien und diverse Widersprüche aufweisen würden. Auch eine Konzentrationsbeeinträchtigung sei nicht zu verzeichnen. So sei die Versicherte während der ganzen Untersuchung stets sehr konzentriert gewesen. Im Vergleich mit den Befunden des psychiatrischen Gutachtens von Dr. C.____ vom 15. August 2013 sei es zu einer deutlichen Verbesserung gekommen. So beklage sich die Versicherte auch nicht mehr über Panikattacken, Schreckhaftigkeit oder ihre Weinerlichkeit zuhause. Im Gegenteil berichte sie, dass sie sehr gerne mit ihren Kindern und Enkelkindern zusammen sei und die Zeit mit ihnen ihr Freude bereite. Insgesamt lasse sich keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen feststellen. Behandlungsanamnestisch lasse sich zwar ein ausgewiesener Leidensdruck feststellen, allerdings bestehe bei der Gesprächsbehandlung bei Frau E.____ eine lediglich unregelmässige und niedrige Sitzungsfrequenz. Zudem sei keine medikamentöse antidepressive Behandlung verordnet worden. Letztere beiden Faktoren dürften als Hinweis dafür zu betrachten sein, dass sich eine Depression nicht mehr objektivieren lasse. Auch verfüge die Versicherte über Ressourcen, insbesondere die intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit. Im Gegensatz zum Bericht von Frau E.____ sei ein sozialer Rückzug nicht mehr erkennbar. Darüber hinaus lese sie Bücher, auch wenn sie jeweils nicht längere Zeit lesen könne, sei an Aktualitäten inte-

ressiert und schaue die Nachrichten. Gemäss Ratingbogen Mini-ICF-App könne aus rein psychiatrischer Sicht das Fähigkeitsniveau nicht als relevant eingeschränkt beurteilt werden. Aufgrund der Tatsache, dass sich keine Depression mehr diagnostizieren lasse, könne aus psychiatrischer Sicht auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit oder Verminderung der Leistungsfähigkeit mehr begründet werden. Die Beschwerden der somatoformen Schmerzstörung hätten ebenfalls keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit unter Mitberücksichtigung der erwähnten Faktoren und Ressourcen. Da sich – aufgrund des fehlenden Verlaufsbeschriebs in den vorhergehenden Berichten – keine verlässlichen Aussagen über den Zeitpunkt der Verbesserung machen liessen, sei ab dem Untersuchungsdatum von der Gültigkeit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Obwohl sich aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen lasse, könne die Versicherte von der weiteren Fortführung der bestehenden Gespräche bei ihrer Psychologin profitieren. Eine psychopharmakologische Behandlung sei nicht als indiziert zu betrachten, dennoch könne die Schlafqualität durch die Verordnung eines sedierenden Antidepressivums zwecks Schmerzmodulation verbessert werden.

7.2.7 Das medizinische Gutachten vom 17. bzw. 24. Juli 2018 wurde sodann dem RAD zur Prüfung vorgelegt. Dr. F.____ hielt mit Stellungnahme vom 20. Oktober 2018 fest, dass das Gutachten als fachkorrekt und nachvollziehbar einzustufen sei und kein weiterer Abklärungsbedarf bestehe.

7.2.8 Zum Einwand der Beschwerdeführerin, dass keine Testungen durchgeführt worden seien und die Untersuchung lediglich 1.75 Stunden gedauert habe, erfolgte am 29. Mai 2019 eine erneute Stellungnahme durch Dr. F.____. Die Einwände der Versicherten hätten demnach nur bedingt medizinischen Charakter und seien ärztlich weder attestiert noch bestätigt worden. Die verlangte Zusatzdiagnostik, welche auch einen testpsychologischen Fragebogen beinhalte, sei weder obligatorisch, noch habe sie bestimmenden Charakter. Im Weiteren könne es für die Aussagekraft eines Gutachtens nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommen. Daher lasse sich ein genereller Zeitraum für eine Untersuchung nicht verbindlich angeben.

7.2.9 Im Arztbericht „Berufliche Integration/Rente“ vom 2. April 2020 von Dr. D.____ und J.____, Eidg. anerkannter Psychotherapeut, wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradiger Episode mit somatischem Syndrom, eine generalisierte Angststörung, eine psychosoziale Belastungsstörung, ein chronisches Panvertebralsyndrom mit Status nach Fenestrierung/Dekompression Lendenwirbelkörper (LWK) 4/5 und chronischem Zervikobrachsialsyndrom und chronischer Coccygodynie, chronische Fusschmerzen beidseitig, chronische Gonalgie beidseitig unklarer Ätiologie, eine chronische Migräne, eine chronische Epicondylitis links, zunehmende Vergesslichkeit mit intermittierendem Schwindel unklarer Ätiologie sowie Asthma bronchiale festgestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Diabetes Mellitus, eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas Grad I, ein Status nach Eradikation bei HP-Gastritis, eine Laktoseintoleranz, eine Dyslipidämie sowie ein Eisen- Vitamin B12- und Vitamin D-Mangel diagnostiziert. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der erheblichen psychischen und körperlichen Beschwerden als sehr ungünstig einzustufen.

7.2.10 Gemäss dem Verlaufsbericht von Dr. D.____ vom 11. September 2020 fühle sich die Versicherte körperlich als auch psychisch sehr angeschlagen. Nach jeder Anstrengung sei sie sehr müde und erschöpft. Aufgrund der Kraft-, Energie- und Lustlosigkeit wie auch der Müdigkeit habe sie sich sozial sehr zurückgezogen und leide an Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Antriebslosigkeit.

7.2.11 In seiner Stellungnahme vom 17. November 2020 hält Dr. K.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, bezüglich dem Bericht von Dr. D.____ vom April 2020 und dem Verlaufsbericht vom September 2020 fest, dass eine plötzliche Zunahme von psychiatrischen Diagnosen bei der seit 2011 in der Praxis bekannten Versicherten auffallen würde. So würden akzentuierte Persönlichkeitszüge wie auch eine generalisierte Angststörung und eine psychosoziale Belastungsstörung angegeben. Allerdings sei die Bedeutung dieser Diagnosen aufgrund der fehlenden Begründung nicht ersichtlich. Auch könne nicht anhand der übrigen Angaben in den Berichten auf die Bedeutung der Diagnosen geschlossen werden. Im Weiteren würden die Angaben zur Sitzungsfrequenz (monatlich) nicht auf eine hohe Krankheitslast oder einen erhöhten Leidensdruck schliessen lassen. Am Gutachten vom August 2018 sei demnach festzuhalten.

8.1 Die IV-Stelle stütze ihre Verfügung vom 20. November 2020 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf die Ausführungen im bidisziplinären Gutachten der Dres. H.____ und G.____ vom 17. bzw. 24. Juli 2018. Im entscheiderelevanten Zeitpunkt vom 20. November 2020 ging sie daher davon aus, dass aus rheumatologischer Sicht weiterhin von einer verminderten Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule ausgegangen werden müsse, welche bis anhin eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 % in einer adaptierten Tätigkeit begründet habe. Es würden keine objektiven Befunde bestehen, die eine Änderung dieser Beurteilung rechtfertigen würden. Aus psychiatrischer Sicht könne sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit oder Verminderung der Leistungsfähigkeit mehr begründen lassen, da die bestehenden Restbeschwerden von Seiten der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung – unter Mitberücksichtigung sämtlicher relevanter Faktoren – keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten und sich eine Depression nicht mehr diagnostizieren lasse. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.4 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen sprechen.

8.2 Diese beweisrechtlichen Vorgaben erfüllt zunächst das rheumatologische Teilgutachten von Dr. G.____ vom 17. Juli 2018. Dieses weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.3 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, setzt sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander und ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in rheuma-

tologischer Hinsicht auf die Ergebnisse abstellte, zu welchen Dr. G._____ gelangte. Diese Beurteilung des rheumatologischen Gesundheitszustands wird auch von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht bestritten.

8.3 Die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen sodann den psychiatrischen Gutachtensteil nicht in Zweifel zu ziehen. Zunächst ist festzuhalten, dass Dr. H._____ das psychiatrische Teilgutachten in Kenntnis der Vorakten und nach Erhebung einer ausführlichen Anamnese erstellt hat. Zudem untersuchte er die Beschwerdeführerin eingehend und berücksichtigte die von ihr geklagten Beschwerden. Soweit die Beschwerdeführerin beanstandet, dass keine Testungen durchgeführt wurden, ist anzumerken, dass der Umstand, dass keine speziellen Tests durchgeführt wurden, nicht dazu führt, dass nicht mehr auf das Gutachten abgestellt werden kann. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung kommt dem schematischen testmässigen Erfassen der Psychopathologie nach bestimmten Skalen, die auf den Angaben und Einschätzungen der versicherten Person selbst beruhen, bei der psychiatrischen Exploration höchstens ergänzende Funktion zu. Entscheidend ist die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2008, 9C_531/2007, E. 2.2.4 mit Verweis auf Urteil vom 9. August 2006, I 391/06, E. 3.2.2).

Auch mit der Rüge, dass die psychiatrische Untersuchung lediglich 1.75 Stunden gedauert habe, vermag die Beschwerdeführerin keine Zweifel an der Zuverlässigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens zu begründen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts lässt sich ein genereller Zeitrahmen für eine psychiatrische Untersuchung nicht verbindlich angeben. Der Zeitaufwand für eine solche Untersuchung schwankt in weiten Grenzen, je nach Fragestellung und zu beurteilender Psychopathologie (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2006, I 58/06, E. 2.1).

Was die traurige Tatsache anbelangt, dass der Ehemann der Versicherten zwischenzeitlich verstorben ist, so genügt die Tatsache alleine nicht, um die psychiatrische Diagnose in Frage zu stellen oder zu überprüfen. Dazu müssten weitere konkrete medizinische Hinweise auf eine dadurch bestehende gesundheitliche Einschränkung vorgebracht werden. Diesbezüglich liegen allerdings keinerlei ärztliche Berichte vor, weswegen nicht von einer Verschlechterung der zwischenzeitlich remittierten depressiven Erkrankung auszugehen ist.

Insbesondere der Verlaufsbericht von Dr. D._____ vom 11. September 2020 vermag nicht zu überzeugen, zumal der Bericht einzig auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beruht und Beschwerdeerhebung gleichlautend ist, wie im Bericht vom 24. September 2017.

Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin entspricht das psychiatrische Gutachten von Dr. H._____ vom 24. Juli 2018 auch inhaltlich den vorgenannten bundesgerichtlichen Vorgaben an einen beweistauglichen medizinischen Bericht, weshalb darauf abgestellt werden kann. Das Gutachten hat weder formale noch inhaltliche Mängel, ist umfassend und beruht auf allseitigen Untersuchungen. Es leuchtet auch bezüglich den medizinischen Zusammenhängen bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und ist in sich schlüssig. Abweichende ärztliche Einschätzungen wurden in die Beurteilung des Gesundheitszustands einbezogen. Auf eine de-

taillierte Auseinandersetzung mit abweichenden ärztlichen (psychiatrischen) Einschätzungen – von Frau E.____ und Dr. D.____ – konnte Dr. H.____ verzichten, da diese weder Befunde noch einen Verlauf enthalten und lediglich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beruhen.

8.4 Aufgrund der vorstehenden Ausführungen kann auf das bidisziplinäre Gutachten vom 17. bzw. 24. Juli 2018 abgestellt werden.

9. Gestützt auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. H.____ vom 24. Juli 2018 und die nachfolgenden Ausführungen ist festzustellen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin relevant verbessert hat.

Während im Gutachten vom 13. Dezember 2013 noch eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelschwere Episode diagnostiziert wurde, konnte bei der Untersuchung vom 15. Juni 2018 keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr diagnostiziert werden. So konnte die Beschwerdeführerin bei Dr. H.____ den Untersuchungsraum zunächst ohne sichtbare Behinderung betreten, während bei Dr. C.____ noch eine auffällige Verlangsamung der Diadochokinese (im Kontrast zu den übrigen Bewegungen) festgestellt werden konnte. Die Stimmung der Beschwerdeführerin war im Vergleich zur Untersuchung im 2013 ausgeglichener und im Gegensatz zur durchgehend weinerlich depressiven Grundstimmung mit inhaltlicher Einengung konnte die Explorandin bei der Untersuchung im Jahr 2018 lächeln und viel und ungehindert sowie bewusstseinsklar erzählen, wobei keine andauernd bedrückt-traurige oder gereizt aggressive Stimmung, keine andauernde verminderte Energie sowie keine Freud-, Lust- oder Interesselosigkeit mehr festgestellt werden konnte. Einzig die gedankliche Einengung auf die geklagten Beschwerden bestand nach wie vor.

Während im Jahr 2013 noch ein sozialer Rückzug stattfand, indem die Beschwerdeführerin erklärte, dass sie keine Kolleginnen habe und sozial nicht gut eingebettet sei, keinem Verein angehöre und keine Besuche tätige und keine Nachrichten schaue, hat sich die psychosoziale Funktionsfähigkeit fünf Jahre später wesentlich verändert. So pflegt die Beschwerdeführerin gute Kontakte zu langjährigen Freundinnen und Kolleginnen des Vereins I.____, begibt sich auch mehrmals wöchentlich zum Verein I.____, wo sie sich jeweils eine halbe bis zwei Stunden aufhält, schaut die Nachrichten und besucht gerne ein naheliegendes Café. Auch hat sie mittlerweile einen Hobbyraum gemietet um dort ihre Familie zu treffen und zusammen zu kochen. Zudem können die Haushaltsarbeiten mittlerweile wieder selbstständig erledigt werden, zwar wird sie noch von ihren Töchtern und einer Raumpflegerin unterstützt, dennoch zeigt sich eine wesentliche Verbesserung zum Jahr 2013 in dem sie angab, im Haushalt kaum etwas selbst zu machen und lediglich Kleinigkeiten selbstständig erledigen zu können. Im Gegensatz zu früheren Begutachtungen beklagt sich die Beschwerdeführerin bei der Untersuchung bei Dr. H.____ auch nicht mehr über Panikattacken, Schreckhaftigkeit und Angstzustände. Zudem sei die Sitzungsfrequenz bei der behandelnden Therapeutin Frau E.____ unregelmässig und niedrig und es besteht – im Gegensatz zu früher – aktuell keine Notwendigkeit einer medikamentösen anti-depressiven Behandlung.

Insgesamt zeigt sich eine wesentliche Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit, erhöhte Ressourcen und eine erhebliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes, die auch durch die späteren Berichte von Dr. D.____ nicht in Zweifel gezogen wird. Die Schlussfolgerungen von Dr. H.____, wonach bei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, erscheint in Anbetracht der Untersuchung vom 15. Juni 2018 bei der weder schwerwiegenden Psychopathologien noch psychiatrische Komorbiditäten oder gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen festgestellt werden konnten und im Vergleich zum Gutachten vom 13. Dezember 2013 sowie auch in Anbetracht der weiteren bis zur Verfügung vom 20. November 2020 erstellten ärztlichen Berichte plausibel.

10. Letztlich beanstandet die Beschwerdeführerin die Ermittlung des Invalideneinkommens ohne Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs.

10.1 Wird das Invalideneinkommen 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 146 V 19 E. 4.1, 142 V 181 E. 1.3, 124 V 322 E. 3b/aa). So drängt sich ein Abzug aufgrund funktioneller Einschränkungen dann auf, wenn sie ihrer Natur nach nicht ohne Weiteres mit den Anforderungen vereinbar sind, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen in einer leidensangepassten Tätigkeit ergeben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Juli 2008, 9C_119/2008, E. 2.3.1). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 79 E. 5b/aa; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 13. August 2020, 9C_226/2020, E. 5.1). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25% nicht übersteigen (BGE 146 V 20 E. 4.1, 135 V 302 E. 5.3, 126 V 80 E. 5b/bb). Das Gericht darf dabei sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen. Es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 126 V 81 E 6, 123 V 152 E. 2).

10.2 Die Beschwerdeführerin führt an, dass sie im Vergleich zu anderen Arbeitstätigen ein höheres Krankheitsrisiko habe, was aus Sicht eines Arbeitgebers ihren Wert als Arbeitnehmerin mindere und folglich dazu führe, dass eine tiefere Entlohnung in Kauf genommen werden müsse. Dabei verkennt sie, dass ein Krankheitsrisiko allein noch keinen leidensbedingten Abzug zu begründen vermag. Des Weiteren wurde bereits der gesundheitlich bedingte erhöhte Pausenbedarf bei der zumutbaren Pensumhöhe von 80 % berücksichtigt. Ein darüberhinausgehender weiterer Abzug wegen Müdigkeit und Konzentrationsmängel ist nicht angezeigt, da dies bereits mit der Reduktion des zumutbaren Pensums abgegolten wurde.

11. Letztlich muss in diesem Zusammenhang auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung verwiesen werden, wonach bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen sind, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. 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 (vgl. zum Ganzen BGE 145 V 209 E. 5.1).

Vorliegend war die 1962 geborene Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Renteneinstellung über 55 Jahre alt und bezog seit dem 1. Juni 2004 eine Rente der Invalidenversicherung. Die von der Rechtsprechung verlangten besonderen Voraussetzungen (Vollendung des 55. Altersjahres oder Rentenbezugsdauer von mindestens 15 Jahren, vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. September 2021, 8C_198/2021, E. 10.1) sind somit erfüllt. Indes ist ihr seit Juni 2004 (mit Ausnahme des Zeitraums Juni 2006 bis Dezember 2006 eine körperlich leicht bis mittelschwer belastende Tätigkeit im Umfang von 60 %, entsprechend 5 Stunden am Tag, durchgehend zumutbar (vgl. MEDAS Gutachten vom 21. März 2006, S. 8). Trotzdem hat die Beschwerdeführerin – auch in Kenntnis des Zumutbarkeitsprofils gemäss MEDAS Gutachten vom 21. März 2006 – aufgrund ihrer subjektiven Krankheitsüberzeugung weder Anstrengungen unternommen, wieder eine Teilzeitstelle aufzunehmen, noch hat sie die IV-Stelle um Gewährung von Eingliederungsmassnahmen ersucht. Mit Blick darauf ist die langjährige Abstinenz vom Arbeitsmarkt nicht invaliditätsbedingt. Mithin ist ein Anspruch auf Abklärung bzw. Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen vor der Rentenaufhebung zu verneinen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 19. Juni 2015, 9C_819/2014, E. 4 und vom 27. Juni 2014, 9C_752/2013, E. 4.3).

12. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind 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 Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>