

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2019 38

## Entscheid vom 13. November 2019

---

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,  
vertreten durch Rechtsanwältin lic.iur. B. \_\_\_\_\_,

**gegen**

**IV-Stelle Schwyz**, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (geb. \_\_\_\_\_ 1969) ist verheiratet und Mutter von drei Kindern (\_\_\_\_\_). Sie stammt aus U.\_\_\_\_\_. Seit 1992 lebt sie in der Schweiz (IV-act. 10 i.V.m. 17-18/20 unten). Bis zum 29. Februar 2004 war sie als Lagermitarbeiterin bei der Firma C.\_\_\_\_\_ AG angestellt gewesen, wobei ihr seit dem 6. Dezember 2002 (bis auf wenige Tage im April 2003) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (vgl. IV-act. 12; zusätzlich hatte sie noch für einen Betrieb Reinigungsarbeiten ausgeführt, IV-act. 15). Am 5. Dezember 2002 war sie als Beifahrerin an einem Autounfall auf der Autobahn involviert gewesen (vgl. IV-act. 17-18/20). Vom 12. März 2003 bis 16. April 2003 hielt sie sich in der D.\_\_\_\_\_ (Klinik) auf (IV-act. 17-9/20). Am 23. Juni 2004 unterzeichnete A.\_\_\_\_\_ eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen umschrieb sie mit "HWS-Distorsion, Kopf" (vgl. IV-act. 1-5/8).

**B.** Nach Abklärungen verfügte die IV-Stelle am 3. Januar 2006, dass kein Anspruch auf IV-Leistungen bestehe (IV-act. 27). Eine dagegen erhobene (damals mögliche) Einsprache wurde von der IV-Stelle mit Entscheid vom 31. Dezember 2008 gutgeheissen. Die IV-Stelle hielt fest, dass ab 1. Dezember 2003 Anspruch auf eine ganze IV-Rente bestehe (IV-act. 36). Dieses Ergebnis wurde dann mit Verfügungen vom 7. Mai 2009 vollzogen (vgl. IV-act. 42, 43).

In der Zwischenzeit hatte die E.\_\_\_\_\_ (Unfallversicherung) am 13. Oktober 2005 verfügt, dass zwischen dem Unfall vom 5. Dezember 2002 und den weiterhin geklagten Beschwerden kein adäquater Kausalzusammenhang gegeben sei. Dieses Ergebnis wurde von der E.\_\_\_\_\_ (Unfallversicherung) mit Einspracheentscheid vom 15. Februar 2006 bestätigt. Eine dagegen erhobene Beschwerde hat das Verwaltungsgericht mit Entscheid 327/06 vom 20. September 2006 abgewiesen (vgl. UV-act. 4-63ff./84).

**C.** Im Rahmen eines IV-Revisionsverfahrens teilte Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) der IV-Stelle am 16. Januar 2013 mit, dass A.\_\_\_\_\_ am 2. Januar 2009 als Beifahrerin eine Auffahrkollision erlitten habe (IV-act. 58-3/4). Daraufhin erachtete die IV-Stelle eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung als notwendig (IV-act. 63). Der Begutachtungsauftrag wurde der G.\_\_\_\_\_ zugestimmt (IV-act. 67). Das G.\_\_\_\_\_ -Gutachten wurde am 1. Juni 2015 erstattet (IV-act. 72). Mit Vorbescheid vom 5. Oktober 2015 kündigte die IV-Stelle an, die bisherige ganze IV-Rente auf eine halbe IV-Rente herabzusetzen (IV-act. 77). Am 18. Januar 2016 fand ein Gespräch zur Abklärung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen statt (IV-act. 86). Am 21. März 2016

holte die IV-Stelle Auskünfte von der Psychiaterin Dr. P. \_\_\_\_\_ ein, welche A. \_\_\_\_\_ seit dem 24. Februar 2015 behandelte (IV-act. 90). Zudem liess die IV-Stelle A. \_\_\_\_\_ im Jahre 2016 an mehreren Tagen observieren (mit Observationsbericht vom 27.10.2016, vgl. Vi-act. Bericht Observation).

**D.** Am 15. Februar 2017 teilte die IV-Stelle mit, dass eine polydisziplinäre Verlaufsbegutachtung bei der G. \_\_\_\_\_ als nötig erachtet werde (IV-act. 91). Das Verlaufsgutachten folgte am 14. November 2017 (IV-act. 104).

Der weitere Verlauf verzögerte sich, weil die IV-Stelle zunächst den Ausgang des laufenden, den Ehemann K. \_\_\_\_\_ betreffenden Verfahrens abwartete, welcher die gleiche Auffahrkollision vom 2. Januar 2009 erlitten hatte (der Ehemann als Lenker des Fahrzeugs, die Ehefrau als Beifahrerin). Dem Ehemann hatte die IV-Stelle bereits früher mit Verfügung vom 7. September 2007 auf der Basis eines IV-Grades von 63% mit Wirkung ab 1. Oktober 2004 eine Dreiviertelsrente zugesprochen (zuvor bezog der Ehemann seit dem 1. Juni 2000 eine Viertelsrente, nachdem er am 24. Juni 1999 bei der Arbeit von einem Dach gestürzt war, vgl. VGE 366/01+423/02 vom 19.2.2003). Am 20. März 2018 hatte die IV-Stelle verfügt, dass die bisherige IV-Rente rückwirkend per 30. April 2016 aufgehoben werde und die zu Unrecht ausgerichteten Rentenleistungen zurückgefordert würden. Im anschliessenden Beschwerdeverfahren vor Verwaltungsgericht schlossen K. \_\_\_\_\_ sowie die IV-Stelle einen Vergleich, wonach der Anspruch auf eine Dreiviertelsrente bis 30. April 2018 bejaht und ab 1. Mai 2018 ein Anspruch auf eine halbe IV-Rente (IV-Grad 55%) anerkannt wurde (ohne Rückerstattungspflicht für die bereits bezogenen Rentenleistungen). Diesem Vergleich hat das Verwaltungsgericht mit Entscheid I 2018 5+38 vom 10. Dezember 2018 zugestimmt (vgl. Archiv-Nr. 428/18).

**E.** Am 24. April 2019 verfügte die IV-Stelle, die bisherige ganze IV-Rente für A. \_\_\_\_\_ werde auf eine halbe Rente herabgesetzt, wobei die Herabsetzung mit dem ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung erfolge (vgl. Bf-act. 2 i.V.m. IV-act. 113).

**F.** Gegen diese am 26. April 2019 eingegangene Verfügung liess A. \_\_\_\_\_ rechtzeitig am 27. Mai 2019 beim Verwaltungsgericht Beschwerde einreichen mit dem Hauptbegehren, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben sowie weiterhin eine ganze IV-Rente auszurichten sei.

Mit Vernehmlassung vom 9. Juli 2019 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Mit Replik vom 26. August 2019 hielt die Beschwerdeführerin am Anspruch auf eine ganze IV-Rente fest. Im Eventualstandpunkt (S. 5, Ziff. 6 der Replik) machte

die Beschwerdeführerin im Rahmen des Einkommensvergleichs einen Anspruch auf (mindestens) eine Dreiviertelsrente geltend. Die Duplik der IV-Stelle folgte am 24. September 2019.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin erheblich, so wird nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben.

**1.2** Eine revisionsrechtliche Rentenherabsetzung oder Rentenaufhebung im Sinne von Art. 17 ATSG setzt eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse - eine objektive Verbesserung des Gesundheitszustands mit entsprechend gesteigerter Arbeitsfähigkeit oder geänderte erwerbliche Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitsbeeinträchtigung - voraus. Demgegenüber stellt eine bloss andere, abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts keine revisionsrechtlich relevante Änderung dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_149/2009 vom 14.7.2009 Erw. 3.2.1 mit Hinweisen auf BGE 112 V 372; VGE I 2012 104 vom 4.12.2013, bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_73/2014 vom 2.5.2014).

**1.3** Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29.8.2011 Erw. 3.1 mit Verweis auf BGE 133 V 108). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. SVR 2010 IV Nr. 30 S. 94, Urteil des Bundesgerichts 9C\_961/2008 vom 30.11.2009 Erw. 6.3).

**1.4** Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den - beispielsweise dem medizinischen Gutachten zu entnehmenden - Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen

gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 231 Erw. 5.1 S. 232; BGE 125 V 351 Erw. 3a S. 352), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (vgl. zit. Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 Erw. 4.2).

**1.5** 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 werden, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen 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. zit. Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 Erw. 4.3).

**1.6** Ein Sachverständiger kann eine bestimmte Entwicklung regelmässig nicht aus eigener Wahrnehmung beschreiben (ausser er sei schon als Vorgutachter tätig gewesen). Daher ist es erforderlich, dass er sich, soweit verfügbar, mit den Fakten fundiert auseinandersetzt, wie sie sich aus den für den früheren Entscheid massgebenden medizinischen Vorakten ergeben (vgl. Alfred Bühler, Beweismass und Beweiswürdigung bei Gerichtsgutachten, in: Fellmann/ Weber [Hrsg.], Der Haftpflichtprozess, 2006, S. 67). Dem Gutachten, welches die

medizinischen Vorakten unzureichend berücksichtigt, fehlt die erforderliche Überzeugungs- und Beweiskraft selbst dann, wenn die Schlussfolgerungen, welche auf der Grundlage der vom Sachverständigen selber erhobenen Befundtatsachen gezogen worden sind, an sich einleuchten und vom Rechtsanwender prüfend nachvollzogen werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C\_744/2007 vom 5.11.2008 Erw. 4.4; Urteil I 568/06 vom 22.11.2006 Erw. 5.1). Diesem Beweiswertkriterium kommt hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen namentlich in Revisionsfällen - mit Blick auf deren vergleichende Natur - eine besondere Bedeutung zu (Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 Erw. 4.3).

**1.7** Zeitliche Referenzpunkte für die Prüfung einer allfälligen anspruchserheblichen Änderung bilden im konkreten Fall hinsichtlich des Rentenanspruchs auf der einen Seite die angefochtene Verfügung vom 24. April 2019, mit welcher die bisher ganze IV-Rente auf eine halbe IV-Rente herabgesetzt wurde. Auf der anderen Seite ist der Einspracheentscheid vom 31. Dezember 2008 heranzuziehen, mit welchem die IV-Stelle ursprünglich der Versicherten eine ganze IV-Rente zugesprochen hatte (= IV-act. 36).

**1.8** Zu ergänzen ist, dass der Invaliditätsgrad, wenn die Frage nach einer anspruchsrelevanten Veränderung des Sachverhalts im Sinne einer revisionsbegründenden erheblichen Gesundheitsveränderung bejaht wird, auf der Grundlage eines richtig sowie vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln ist (siehe Urteil des Bundesgerichts 8C\_261/2017 vom 11.9.2017 Erw. 3 mit Verweis auf BGE 141 V 9 Erw. 2.3 S. 11). Wird die Beurteilung mit einer Änderung der gesundheitlichen Situation der Versicherten begründet, darf nach höchstrichterlicher Rechtsprechung eine zwischenzeitlich veränderte Rechtspraxis berücksichtigt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_698/2014 vom 11.12.2014 Erw. 4 mit Verweis auf SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81 Erw. 4.1 = Urteil 9C\_418/2010 betr. IV-Stelle Schwyz; Urteil 8C\_468/2013 vom 24.2.2014 Erw. 6). Steht das Vorliegen eines Revisionsgrundes für ein Sachverhaltselement der Anspruchsberechtigung fest, können im Revisionsverfahren auch die anderen Elemente der Anspruchsberechtigung frei überprüft werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_698/2014 vom 11.12.2014 Erw. 4 mit Hinweisen, u.a. auf das Urteil 8C\_882/2010 vom 15.4.2011 Erw. 4.3 sowie BGE 117 V 198 Erw. 4b S. 200).

**1.9** Wie das Bundesgericht in BGE 125 V 351 erkannt hat, haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, 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 es 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 Arztberichtes ist entscheidend, 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_971/2012 vom 11.6.2013 Erw. 3.1 mit Verweis auf BGE 125 V 351 Erw. 3a S. 352).

**2.1** Im vorliegenden Fall geht es darum, dass die IV-Stelle der Versicherten im damaligen Einspracheentscheid vom 31. Dezember 2008 mit Wirkung ab 1. Dezember 2003 eine ganze IV-Rente zugesprochen hat (was mit Verfügungen vom 7.5.2009 umgesetzt wurde). Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob zwischenzeitlich ein Revisionsgrund gegeben ist, welcher es rechtfertigt, die ganze IV-Rente auf eine halbe IV-Rente herabzusetzen (= sinngemässer Standpunkt der IV-Stelle), derweil die Beschwerdeführerin hauptsächlich sinngemäss argumentiert, dass kein Revisionsgrund vorliege und sie mithin weiterhin Anspruch auf eine ganze IV-Rente habe.

**2.2** Was die von der Beschwerdeführerin geäußerte Kritik an der Observation der Versicherten im Jahre 2016 anbelangt, verhält es sich so, dass gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung die damals von der IV-Stelle veranlassten Überwachungen einer genügenden gesetzlichen Grundlage entbehrten, indes deren Ergebnisse im Einzelfall nicht von vornherein unverwertbar sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_468/2017 vom 11.9.2017 Erw. 4.1 mit Verweis auf das Urteil 9C\_806/2016 vom 14.7.2017 Erw. 4 = BGE 143 I 377ff.). Davon geht konkludent auch die Beschwerdeführerin aus, da sie in der Replik *expressis verbis* darauf verzichtet hat, einen Antrag auf Entfernung des Observationsmaterials aus den Akten zu stellen (vgl. Replik, S. 2, Ziffer 1 *in fine*). Auf dieses Observati-

onsmaterial, welches in der Replik (S. 3 und 4) im Einzelnen kommentiert wurde, ist - soweit erforderlich - nachfolgend zurückzukommen.

3. Bei der Zusprechung einer ganzen IV-Rente berücksichtigte die IV-Stelle gemäss ihren Ausführungen im damaligen Einspracheentscheid namentlich sinngemäss (IV-act. 36):

- dass im Austrittsbericht der D. \_\_\_\_\_ (Klinik) vom 15. April 2003 ein cervikocephales und cervikobrachiales Schmerzsyndrom nach HWS-Distorsion am 5.12.2002 diagnostiziert wurde, indes keine eigentliche Psychopathologie festgestellt wurde, jedoch ein maladaptives Schmerzbewältigungsmuster (IV-act. 36-3/8 i.V.m. IV-act. 17-10/20);
- dass im Gutachten des Psychiaters Dr.med. H. \_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2005 als sichere Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine schwere depressive Episode aufgeführt wurden, zusätzlich als Verdachtsdiagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein Verdacht auf eine milde traumatische Hirnschädigung sowie Begabungsmängel (vgl. IV-act. 36-3/8 i.V.m. UV-act. 2-22f./67);
- dass der Neurologe Dr.med. I. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 4. Januar 2006 seine Beurteilung dahingehend zusammenfasste, dass ein Status nach Frontalkollision mit HWS-Distorsion vorliege; aus seiner Sicht seien vorwiegend eine massive myofasciale kettentendomyotische cervicobrachiale Symptomatik mit Pseudoparese vom linken Arm (durch Muskelschmerzen bedingt) sowie eine muskulär bedingte massive Einschränkung der Beweglichkeit der HWS zu diagnostizieren. Ferner berichte die Versicherte über Hyposmie seit dem Unfall (vgl. IV-act. 38-3/8 i.V.m. UV-act. 4-5/84);
- dass die Psychiaterin Dr.med. F. \_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 3. Dezember 2008 einen Status nach Frontalkollision auf der Autobahn (am 5.12.2002), eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, ICD-10 F43.1; chronifiziert, mit deutlich depressiver Stimmungslage und chronischer Suizidalität, Status nach mehreren Suizidversuchen) sowie aus somatischer Sicht ein cervicocephales- und cervikobrachiales Schmerzsyndrom links seit dem Unfall sowie kleine Diskushernien L5/S1 und L4/5 sowie L3/4 (im CT nachgewiesen am 25.5.2007) diagnostizierte (IV-act. 36-4/8 i.V.m. IV-act. 35);
- dass hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Lagermitarbeiterin folgende Angaben den Akten zu entnehmen seien (IV-act. 36-4/8):
  - Austrittsbericht D. \_\_\_\_\_ (Klinik) vom 15.4.2003: Bei Austritt Arbeitsunfähigkeit von 50% für 4 Wochen, dann eine weitere Reduktion auf eine Arbeitsunfähigkeit von 0%;
  - Gemäss Bericht vom 5. Januar 2005 werde von Dr.med. J. \_\_\_\_\_ ab 6. Dezember 2002 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert und die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar;
  - Gutachten Dr.med. H. \_\_\_\_\_ vom 27.7.2005: vollständige Arbeitsunfähigkeit als Lagermitarbeiterin wegen unfallbedingten Beschwerden;

- Bericht von Dr.med. F. \_\_\_\_\_ vom 3.12.2008: andauernde Arbeitsunfähigkeit seit dem 5.12.2005.
- dass hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer leidangepassten Tätigkeit den Akten folgende Angaben zu entnehmen seien (IV-act. 36-4f./8):
  - gemäss Dr.med. J. \_\_\_\_\_ (Bericht vom 5.1.2005) der Versicherten möglicherweise Sortierarbeiten während 2 bis 3 Stunden am Tag zumutbar seien;
  - gemäss Dr.med. H. \_\_\_\_\_ die Versicherte für jegliche Tätigkeiten ausserhalb des Hauses vollständig arbeitsunfähig sei;
  - und sich Dr.med. F. \_\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht geäussert habe.
- dass sowohl Dr.med. H. \_\_\_\_\_, als auch Dr.med. F. \_\_\_\_\_ eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert haben;
- dass eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) folgende diagnostische Kriterien voraussetze:
  - A. Die Betroffenen waren einem kurz oder lang haltenden Ereignis oder Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmass ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
  - B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flash-backs), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
  - C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.
  - D. Entweder 1. oder 2.
    1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
    2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:
      - a. Ein- und Durchschlafstörungen
      - b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
      - c. Konzentrationsschwierigkeiten
      - d. Hypervigilanz
      - e. Erhöhte Schreckhaftigkeit
  - E. Die Kriterien B., C. und D. treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf (Aus bestimmten Gründen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden).
- dass nach dieser Leitlinie eine posttraumatische Belastungsstörung nur zu diagnostizieren sei, wenn sie nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftrete, wobei in casu die Frontalkollision mit einer Geisterfahrerin als derartige Situation mit aussergewöhnlicher Bedrohung zu betrachten sei;

- dass folgende Umstände aus dem Gutachten von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ zu berücksichtigen seien (IV-act. 36-6/8):

*Die Patientin hat den Unfall, bei welchem sie ein Auto in der Nacht auf ihrer Spur entgegenkommen sah und in sie prallte, als Bedrohung des Lebens erlebt. Sie war anschliessend sehr erleichtert, dass sie ohne äussere Verletzungen überlebt hatte, bemerkte erst später die doch erlittenen leichten Verletzungen. Sie leidet heute an Alpträumen und einschliessenden Erinnerungen an den Autounfall. Bei Konfrontation mit Erinnerungen kommt es zu Wiedererleben des Unfalles, in der Nacht sieht sie Autos auf sich zukommen, sie fährt mit grosser Angst Auto, bittet den Mann auf der Normalspur zu bleiben und das Überholen zu vermeiden und hat unangenehme Gefühle beim Passieren der Unfallstelle. Sie erlebt sich allgemein überempfindlich, gereizt, nervös, auch stark lärmempfindlich.*

- dass im Bericht von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ folgende Befunde enthalten seien:

*Allseits orientiert und bewusstseinsklare gepflegte Frau. An "schlechten Tagen" immer wieder Abdriften beobachtbar, wo die Pat. kurzzeitig nicht anwesend ist, mich auch nicht hört bei normaler Lautstärke. Konzentration wechselnd innerhalb einer Therapiesitzung, gegen Ende immer schlechter als am Anfang. Merkfähigkeitsstörung, braucht immer Bestellzettel für Termine, vergisst manchmal Termine und muss anrufen und nochmals fragen. Gedächtnis selbst vermutlich wenig beeinträchtigt. Gedankengang formal nicht gestört, inhaltlich Gedankenkreisen um den Unfall und die Schmerzen vorherrschend. Stimmung meist bedrückt, ganz selten blitzt die frühere, fröhliche und humorvolle Persönlichkeit durch. Immer wieder Gedanken an Sterben, z.T. Suizidwünsche, Gefühle von Sinnlosigkeit und Lebensleere, Zorn, Fehlen von Zukunftsperspektiven. Hoffnungslosigkeit.*

*Sobald der Unfall, auch unbeabsichtigt, wenn sie z.B. über die Alpträume reden will, Thema wird: Verspannung, Unruhe, Erregung, Positionswechsel, gerötetes Gesicht, klagt über Übelkeit, muss gelegentlich zur Toilette rennen und Würgen. Beim Betreten der Praxis wiederholt Schwindel und Erbrechen auf der Toilette wegen der Zufahrt...*

*Die Pat. schildert ihre Symptome immer gleich in der ganzen Zeit, die ich sie kenne, konsistent, nachvollziehbar und differenziert, ihre Aussagen, ob es sich um gute oder schlechte Tage handelt, decken sich immer mit meinem Eindruck von ihrem Gesichtsausdruck, an schlechten Tagen sieht sie sehr gequält aus. Ich sah nie eine spontane Bewegung, sogar, als sie einmal lachen musste, hielt sie den Kopf steif.*

- dass die Tatsache, dass im Austrittsbericht der D.\_\_\_\_\_ (Klinik) vom 15. April 2003 keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wurde, die Richtigkeit der Diagnosestellung von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ und von Frau Dr.med. F.\_\_\_\_\_ nicht zu erschüttern vermöge (da nach der einschlägigen Literatur eine posttraumatische Belastungsstörung unter bestimmten Umständen auch erst nach einer gewissen Latenz auftreten könne). Zudem sei es aufgrund des für posttraumatische Belastungsstörungen typischen Vermeidungsverhaltens sehr wohl denkbar, dass die Versicherte ihre Alpträume und Wiedererinnerungen nicht äussere;
- dass sowohl Dr.med. H.\_\_\_\_\_ als auch Dr.med. F.\_\_\_\_\_ in der angestammten Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit attestieren würden, was

aufgrund des Beschwerdebildes und des Schweregrades auch für andere Tätigkeiten angenommen werden müsse (IV-act. 36-7/8, Ziff. 7);

- dass diese Schlussfolgerung auch aus anderem Grunde begründet sei; denn entscheidend sei, ob die diagnostizierte Störung mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar wäre, was hier zu verneinen sei, da bei der Versicherten chronische somatische Begleiterkrankungen wie Kopfweg, Übelkeit und Erbrechen bestünden; zudem habe sich die Versicherte weitgehend sozial zurückgezogen und trotz einer Behandlung von über 2 Jahren sei keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht worden (IV-act. 36-7/8);
- dass den Akten mehrere Hinweise zu entnehmen seien, wonach der psychische Gesundheitszustand der Versicherten bereits nach dem Unfall erheblich beeinträchtigt gewesen sei (vgl. IV-act. 36-7/8 unten);
- und dass zusammenfassend aus all diesen Gründen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen und deswegen ein Anspruch auf eine ganze IV-Rente gegeben sei.

**4.** Nach dieser Rentenzusprechung vom 31. Dezember 2008 (mit Vollzug des Ergebnisses des Einspracheentscheides in Verfügungen vom 7. Mai 2009) sind den vorliegenden Akten u.a. folgende Angaben zur gesundheitlichen Situation der Versicherten zu entnehmen:

**4.1** Die Versicherte deklarierte im Fragebogen, welcher am 19. September 2012 bei der IV-Stelle einging, dass es ihr nicht besser und nicht schlechter gehe, vielmehr der Gesundheitszustand gleich geblieben sei (IV-act. 54-1/5 oben).

**4.2** Auch der Neurologe Dr.med. I. \_\_\_\_\_ attestierte am 1. Oktober 2012, dass der Gesundheitszustand stationär sei, allerdings sprach er von einem wellen-förmigen Verlauf. Zudem verwies er u.a. auf Depression und einen Status nach Suizidversuch (13.1.2006); Diskushernien L3-S1; zudem erwähnte er, dass die Versicherte in psychiatrischer Behandlung sei (IV-act. 55).

**4.3** Dr.med. J. \_\_\_\_\_ bestätigte im Bericht, welcher der IV-Stelle am 5. Dezember 2012 zugeing, dass der Gesundheitszustand stationär sei; nach wie vor bestünden belastungsabhängige Schmerzen cervical und nuchal links sowie lumbal links mit Ausstrahlung ins linke Bein (IV-act. 56).

**4.4.1** Die Psychiaterin Dr.med. F. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 16. Januar 2013 an die IV-Stelle u.a. aus (vgl. IV-act. 58-3f./4):

1. Gesundheitszustand seither: Stationär, etwas fluktuierend (vgl. Verlauf)
2. Änderung der Diagnose: Nein, nicht grundlegend. Jedoch erneuter Autounfall am 2.1.09 erlitten als Beifahrerin (Auffahrkollision). Keine Auswirkung auf die AF, da bereits 100% AuF.

**3. Verlauf seit Dez. 08**

Am 2.1.09 wurde das Auto des Ehepaars von hinten angefahren. Bei der Pat. sofortige Verschlechterung der schon vorbestehenden Symptomatik, mit starkem

Kopfwahl, häufigem Erbrechen, Schwindel, Nackenschmerzen, Behandlung mit Halskragen, Schmerzmitteln und Schonen, durch Neurologen und HA.

Psychisch: Verschlimmerung der Depression, wieder suizidale Gedanken, was in der Therapie jedoch einigermaßen gut aufgefangen werden konnte. Genaue Instruktion über die Kragenentwöhnung und die Notwendigkeit, Pausen zu machen.

Ab April 09 Beginn mit Lyrice, Pat. ertrug die anfänglichen NW bereitwillig. Insgesamt deutliche Besserung des Zustandes mit Rückgang der Schmerzen, leicht verbesserter Belastungsfähigkeit von HWS und li Arm und psychischer Entlastung. Insbesondere Rückgang des Erbrechens von 1x tgl. zu 1x/ Monat. Sofort jedoch Gefahr, sich zu überanstrengen, deshalb Instruktion, wie die Pausen zu machen sind. Am meisten freute sie, dass sie wieder mit mehr Appetit essen konnte und dass sich wieder etwas Lebensfreude regte.

Sommer 2010 musste Lyrica leider wegen neu aufgetretenen Nebenwirkungen (Lippenschwellung, Atemnot) abgesetzt werden.

Psychische und physische Verschlechterung des Zustandes, insbesondere ertrug sie den Verlust der wiedergewonnenen Lebensfreude fast nicht.

Medikamentös konnte (nach einigem Ausprobieren) mit Tryptizol, das in niedriger Dosierung einen Effekt auf die Schmerzbahnen hat, Stugeron und Seresta zum Schlafen der Zustand einigermaßen wieder verbessert werden (...)

Ein TENS-Gerät (periphere Nervenstimulation) brachte sehr gute Linderung der lumbalen Schmerzen von der Diskushernie (Sommer 2011)

**Aktuell** ist der Zustand psychisch und physisch (punkto Schmerzen, Schwindel, Erbrechen, Belastbarkeit der HWS etc.) gegenüber meinem letzten Bericht vom Dezember 2008 wieder etwa gleich, ev. leicht verbessert, wechselhaft und stark wetter- und temperaturabhängig.

(...)

Ist die versicherte Person bei den alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen? Wenn ja, seit wann?

Ja (vgl. meinen Bericht vom Dez. 08): die Pat. braucht im Haushalt beim Heben oder Tragen von Gegenständen, die sie nicht einhändig tragen kann, ab einem Gewicht von ca. 2 kg regelmässig Hilfe, auch bei schwereren Arbeiten sonst im Haushalt (von der Familie erbracht), seit dem Unfall 2005. Seit die Familie ein Auto mit automatischem Getriebe angeschafft hat, kann sie ganz kurze Strecken selber fahren, was sie deutlich unabhängiger macht. (...)

**4.4.2** Mit Schreiben vom 17. Januar 2014 an die IV-Stelle ergänzte Dr.med. F.\_\_\_\_\_ ihren früheren Bericht vom 13. Januar 2013 u.a. dahingehend, dass die aktuellen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine post-traumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie eine depressiv gefärbte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.9) umfassen. Bis März 2013 seien bei ihr monatliche Kontrollen erfolgt, seither sei die Behandlung der Versicherten ausschliesslich durch den Hausarzt erfolgt (IV-act. 61).

**4.5.1** Am interdisziplinären MEDAS-Gutachten durch die G.\_\_\_\_\_ wirkten folgende Sachverständige mit (vgl. IV-act. 72-32/83):

- Prof. Dr.med. M.\_\_\_\_\_ (Innere Medizin FMH/ fallführender Oberarzt);

- Dr.med. N. \_\_\_\_\_ (MBA, leitende Ärztin, FMH Psychiatrie/ Psychotherapie)
- Dr.med. O. \_\_\_\_\_ (Innere Medizin FMH/ Rheumatologie FMH/ zert. med. Gutachter SIM)
- Dr.med. et MSc. L. \_\_\_\_\_ (FMH Neurologie/ Oberarzt)
- Lic.phil. R. \_\_\_\_\_ (Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP/ zert.med. Gutachter SIM)

Im Gutachten vom 1. Juni 2015 stellten diese Sachverständigen folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 72-27/83):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittlere depressive Episode (ICD-10 F33.1)
2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.2)
3. Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)
4. Chronisches, zervikovertebrales Schmerzsyndrom
  - ausgeprägte, allseitige Beweglichkeitseinschränkung der HWS mit muskulären Gegeninnervationen, nicht ablenkbar
  - muskuläre Dolenzen vor allem der linksseitigen Halsmuskulatur
  - konventionell-radiologisch Streckhaltung der HWS ohne degenerative Veränderungen (Röntgen 25.03.2015), MR-tomographisch mehrsegmentale leichte Bandscheibendegenerationen mit leichten Vorwölbungen ohne stenosierende Äquivalente (MRI 08.04.2003, CT 18.01.2006, CT 11.04.2008 und 09.01.09, MRI 15.06.2009)
5. Leichtes, chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom
  - intermittierende radikuläre Schmerzausstrahlung im Dermatome L5 links nicht auszuschliessen
  - klinisch allseitig leichte Beweglichkeitseinschränkung der LWS
  - keine anhaltende radikulären Reiz- oder Ausfallszeichen zur Zeit
  - konventionell-radiologisch deutliche Osteochondrose L5/S1, geringer L4/L5, progredient zu 2011 (Röntgen 25.03.2015 und 14.02.2011), CT-tomographisch mehrsegmentale Bandscheibenprotrusionen L3 bis S1, Höhe L4/5 radiomorphologisch mit möglicher Kompromittierung der Wurzel L5 links (CT 27.11.2014)
6. Mittelschwere neuropsychologische Störung bei Diagnosen 1-5

Als weitere Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten die Sachverständigen (IV-act. 72-27/83, Ziff. 6.2):

1. Verdacht auf Symptomverdeutlichung
2. Status nach HWS-Distorsionsereignis am 05.12.2002 (Frontalkollision Autobahn, komplexe Biomechanik,  $\Delta v$  20 bis 30 km/h) und am 02.01.2009 (leichterer Heckauffahrunfall innerorts gemäss Angaben Explorandin)
3. Leichte Rotatorenmanschetten-Tendopathie der linken Schulter
  - Impingement-Symptomatik anzunehmen, konventionell-radiologisch Acromion-Sporn (Röntgen 25.03.2015)
4. Nicht-dermatomale Dysästhesien auf Oberflächenberührung an linkem Arm und linkem Bein, rheumatologisch nicht interpretierbar
5. Verkalktes Meningeom frontotemporal links, grössenkonstant (MRI 27.06.2006, CT 18.01.2006, 12.06.2007 und 22.09.2008)

6. Status nach Tonsillektomie 1982
7. Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD 10 F17.1)
8. Tinnitus links

**4.5.2** Zur Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf (Reinigungsdienst und Mitarbeiterin im Lager einer Kleiderkette) gelangten die Sachverständigen im Rahmen einer interdisziplinären Konsens-Besprechung zum Ergebnis, dass die Versicherte arbeitsunfähig sei bzw. bleibe. In einer angepassten Tätigkeit (optimal adaptierte Verweistätigkeit mit klar strukturierten Aufgaben, ohne zeitlichen Druck, ohne Heben, Stossen, Ziehen oder Greifen von Lasten von mehr als 3-5 kg, ohne Tätigkeitsanteile oberhalb des Schultergürtels oder Über-Kopf-Arbeiten, ohne wiederholtes Bücken, Knien oder Kauern, ohne Tätigkeiten mit wiederholtem Rotieren müssen des Oberkörpers, ohne Tätigkeiten auf Stufen, Leitern oder Gerüsten [Schwindelsymptomatik], ohne Tätigkeiten mit besonders feinmotorischen Anforderungen [Schwäche und Ungeschicklichkeitsgefühl der linken Hand], ohne schulterbelastende Tätigkeiten, mit Möglichkeit zum selbständigen Wechsel der Körperposition, mit kognitiv einfachen Arbeitsabläufen, die weitgehend automatisiert sind oder allenfalls auch rein repetitiven Charakter haben, ohne Anforderungen an die geteilte Aufmerksamkeit etc.) veranschlagten die Gutachter eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50%, spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (IV-act. 72-30/83).

Des Weiteren empfahlen die Gutachter unter anderem, aus psychiatrischer Sicht sei die psychiatrische Behandlung unbedingt weiterzuführen. Ein Aufmerksamkeitstraining sollte im Rahmen einer praktisch-beruflichen Massnahme erfolgen. Zudem sei mit der Versicherten zu diskutieren, dass die verordneten Antidepressiva sich im Rahmen der Begutachtung im Serum nicht nachweisen liessen. Eine regelmässige Einnahme von Antidepressiva sei der Explorandin im Rahmen der Schadenminderungspflicht zumutbar und sollte mittels wiederholten Serumspiegelbestimmungen kontrolliert werden.

**4.6** Die Psychiaterin Dr.med. P. \_\_\_\_\_ teilte der IV-Stelle am 21. März 2016 mit, dass sie die Versicherte seit 24. Februar 2015 behandle, ungefähr einmal pro Monat mit einem längeren Unterbruch, weil die Versicherte für längere Zeit in ihrer Heimat weilte. Es werde versucht, die antidepressive Behandlung zu optimieren. Zusätzlich werde auch die posttraumatische Belastungsstörung angegangen. Die Versicherte sei aktuell mittelgradig depressiv. Seit Beginn der Behandlung sei der Zustand stationär (IV-act. 90).

**4.7.1** In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine Verlaufsbeurteilung bei der G. \_\_\_\_\_, an welcher (einmal abgesehen vom Neurologen PD Dr. med. et phil. S. \_\_\_\_\_ [unter Mitwirkung der Assistenzärztin Dr.med. Q. \_\_\_\_\_])

statt Dr.med. et MSc. L. \_\_\_\_\_) die gleichen Sachverständigen mitwirkten (IV-act. 104-15f./111). Diese Fachärzte stellten im Gutachten vom 14. November 2017 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 104-9/111):

1. Mittelschwere neuropsychologische Störung bei Diagnosen 2-5
2. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.0)
3. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.2)
4. Chronisches, zervikovertebrales Schmerzsyndrom mit Schmerzausstrahlung in den Kopf links occipitofrontal und episodewise in den linken Arm
  - klinisch inkonstante allseitige leichte muskuläre Einschränkung der HWS-Beweglichkeit mit Gegeninnervationen und muskulären Dolenzen und Verspannungen beidseits
  - konventionell-radiologisch Streckhaltung der HWS ohne degenerative Veränderungen (Röntgen 25.03.2015, 17.05.2017)
  - MR-tomographisch diskrete Osteochondrosen C3 bis C7 ohne stenosierende oder signifikante facettengelenksdegenerative Veränderungen (MRI 30.06.2016)
5. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom
  - Klinisch minime schmerzhaftige Bewegungseinschränkung der LWS, keine radikulären Zeichen, diffuse Weichteildolenzen lumbal
  - Fehlhaltung des unteren Achsenskeletts mit leichter Oberkörperinklination und lumbaler Hyperlordose
  - intermittierende Wurzelreizsymptomatik L5 links anamnestisch nicht auszuschliessen
  - radiologisch mässige Osteochondrosen L4/L5 und L5/S1 mit Bandscheibenverschmälerungen (Röntgen 17.05.2017)
  - CT-tomografisch Bandscheibenprotrusionen L3 bis S1, im Segment L4/5 mit möglicher Wurzelkompromittierung L5 links (CT 27.11.2014)

Bei den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit kam es zu folgenden Anpassungen (IV-act. 104-9/111):

6. Bekannte Hörminderung rechts nach Otitis 1990
7. Status nach Kollision mit einem entgegenkommenden Auto als Beifahrerin am 05.12.2002
8. Leichte Rotatorenmanschetten-Tendopathie der linken Schulter mit Impingement-Symptomatik und St.n. Schmerzexazerbationsphase Frühjahr 2016
  - aktuell klinisch diskrete schmerzhaftige Beweglichkeitseinschränkung links
  - konventionell-radiologisch ossärer Acromionsporn (Röntgen 25.03.2015, 08.04.2016)
  - MR-tomografisch leichtgradige Supraspinatus-Tendopathiezeichen ohne Rissbildung oder Verkalkung, Acromion Typ II mit 8 mm Subacromialraum-Weite, minimier ventraler Labrumriss (MRI 11.04.2016)
9. Leichte Epicondylopathia humeri radialis links
10. Verkalktes Meningeom frontotemporal links, grössenkonstant (MRI 27.06.2006, CT 18.01.2006, 12.06.2007 und 22.09.2008)

11. Leichte subklinische Hypothyreose

12. Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD 10 F17.1)

**4.7.2** In der Beurteilung gelangten die Gutachter u.a. zum Ergebnis, dass aufgrund der objektivierbaren Befunde am Bewegungsapparat eine verminderte Belastbarkeit des Achsenskeletts bestehe. Aus psychiatrischer Sicht könne davon ausgegangen werden, dass die Versicherte im Funktionsniveau eingeschränkt sei. Psychiatrisch bedingt sei ein sozialer Rückzug, eine herabgesetzte Durchhaltefähigkeit, eine herabgesetzte Umstellungsfähigkeit und Flexibilität (mittelgradig). Durch die mittelschwere neuropsychologische Störung sei die Funktionsfähigkeit im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen eingeschränkt. Es sei davon auszugehen, dass die Versicherte ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge aufweise. Zum Teil verhalte sie sich demonstrativ leidend, was auch eine gewisse histrionische Komponente nicht ausschliesse. Eine manifeste Persönlichkeitsakzentuierung liege jedoch nicht definitiv vor. Was die Konsistenzprüfung anbelange, würden sich sowohl aus somatischer Sicht wie auch aus psychiatrischer Sicht Hinweise für das Vorliegen von Inkonsistenzen zeigen. Es bestünden Diskrepanzen zwischen subjektiv geschilderter Intensität der Beschwerden und deren Objektivierbarkeit sowie dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe. Aus neuropsychologischer Sicht ergäben sich keine Hinweise auf eine bewusste Aggravation, jedoch müsse von einer unbewussten Symptomverdeutlichung ausgegangen werden (vgl. IV-act. 104-11/111).

Hinsichtlich der medizinischen Beurteilung des Gesundheitszustandes der Versicherten im Vergleich zur ursprünglichen Rentenzusprechung führten die MEDAS-Gutachter u.a. was folgt aus (vgl. IV-act. 104-12/111, Ziff. 6.6.2):

Wie bereits im G. \_\_\_\_\_-Gutachten von 2015 erwähnt, ist es aus psychiatrischer Sicht zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Gesundheitszustand beim Zeitpunkt der Verfügung vom 07.05.2009 [bzw. Einspracheentscheid vom 31.12.2008] gekommen. Zum einen kann die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht mehr gestellt werden, zum anderen hat sich die Depression in dem Sinne gebessert, dass aktuell nur noch eine leichte bis mittelgradige depressive Episode und keine schwere depressive Episode mehr vorliegt. Aus muskuloskelettaler Sicht ist es hingegen im Vergleich zum Jahr 2009 aufgrund der lumbovertebralen Schmerzproblematik zu einer leichten Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen, der sich im Vergleich zur Vorbegutachtung im Jahre 2015 unverändert präsentiert.

Was die Auswirkungen auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit anbelangt, argumentierten die MEDAS-Gutachter, auch wenn sich die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung aktuell nicht mehr nachweisen lasse, sei dennoch davon auszugehen, dass aus psychiatrischer Sicht im praktischen Berufsalltag unter Summation aller Einschränkungen sicher mit einer relevanten Limitation im

Rendement in unverändertem Ausmass, wie im Gutachten im Jahre 2015 angegeben, auszugehen sei. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei vor allem durch eine Verlangsamung, Fehleranfälligkeit, reduzierter Adaptionfähigkeit, Ermüdbarkeit und neuropsychologischen Defiziten bedingt (IV-act. 104-12/111, Ziff. 6.6.3). Im angestammten Tätigkeitsbereich im Textilverkaufsgewerbe, welche als muskuloskelettal belastend zu beurteilen sei, bestehe unverändert eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Hingegen in einer körperlich leichten Tätigkeit mit Hantieren von Lasten bis max. 3 bis 5 kg, ohne Überkopfarbeiten, nicht gebückt, nicht kniend, nicht kauend, ohne wiederholtes Rotieren-müssen des Oberkörpers, ohne Arbeiten auf Stufen, Leitern oder Gerüsten, ohne feinmotorische Anforderungen, ohne Belastung des Schultergürtels, mit Möglichkeit zum selbständigen Wechseln der Körperposition, mit kognitiv einfachen Arbeitsabläufen etc. sei analog wie im ersten MEDAS-Gutachten 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 50% zu veranschlagen (IV-act. 104-12f./111, Ziff. 6.7 und 6.8).

**5.1** In der angefochtenen Verfügung vom 24. April 2019 begründete die IV-Stelle das Vorliegen eines Revisionsgrundes sinngemäss damit, dass im Vergleich zur ursprünglichen Rentenzusprechung (31.12.2008 bzw. 7.5.2009) keine posttraumatische Belastungsstörung gutachtlich mehr feststellbar gewesen sei und die Zustandsbesserung auch darin zu erblicken sei, dass anstelle der ursprünglich schweren Depression nur noch eine leichte bis mittelschwere depressive Symptomatik mehr vorliege. Diese Zustandsverbesserung wurde ausführlicher in der vorinstanzlichen Vernehmlassung thematisiert (darauf ist nachfolgend zurückzukommen).

**5.2** Demgegenüber wird in der Beschwerde (S. 13) namentlich eingewendet, die Symptomatik, wie sie im Gutachten von PD Dr.med. H.\_\_\_\_\_ festgehalten worden sei, decke sich grundsätzlich mit derjenigen, wie sie sich der psychiatrischen Fachgutachterin Dr.med. N.\_\_\_\_\_ in den Jahren 2015 und 2017 präsentiert habe. Der Gesundheitszustand hinsichtlich der psychischen Beschwerden habe sich nicht gebessert, vielmehr habe die Gutachterin bei gleichem Gesundheitszustand eine andere Diagnose gestellt.

**6.** Eine gerichtliche Würdigung der medizinischen Unterlagen sowie Argumentationen der Parteien zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

**6.1.1** Was somatische Beeinträchtigungen (hinsichtlich des Kopfbereichs) anbelangt, fiel vor der Rentenzusprechung auf, dass Bewegungen der HWS grundsätzlich vermieden wurden (IV-act. 32-5/7 oben; vgl. auch IV-act. 29-6/10 unten). Analog war anlässlich der neurologischen Untersuchung vom 14. Juni 2017 bei der Aufforderung zur Rotation des Kopfes "nur eine sehr stark einge-

schränkte Beweglichkeit beziehungsweise keinerlei Beweglichkeit in der Halswirbelsäule zu erzielen" (siehe IV-act. 104-87/111 unten), allerdings konnte der G.\_\_\_\_\_ -Gutachter während der Anamnese-Erhebung "keinerlei Einschränkung der Kopfbeweglichkeit" feststellen. Vielmehr beobachtete er, dass die Versicherte "wiederholt den Kopf frei zu beiden Seiten hin drehte und auch sich frei bewegend eine Flasche aus der Tasche holte und aus dieser trank" (vgl. IV-act. 104-88/111). Mithin hat sich die (spontane) Beweglichkeit der HWS seit der Rentenzusprechung verbessert.

**6.1.2** Soweit diesbezüglich die Versicherte (jedenfalls bei der zweiten G.\_\_\_\_\_ -Begutachtung) nicht hinreichend kooperierte (was beispielsweise bei der Prüfung des Lasègue-Zeichens zutrifft, da dies nicht beurteilt werden konnte, weil die Versicherte dies aus Angst vor Schmerzen ablehnte, vgl. IV-act. 104-86/111 Mitte und gleiche Seite unten, Ziff. 4.2), kann sie daraus grundsätzlich nichts zu ihren Gunsten ableiten. Analoges gilt auch für die Diskrepanz bei der geltend gemachten Anosmie, wonach eine Geruchsprüfung mittels Sniffin'-Sticks durchgeführt wurde und die Versicherte erklärte, keinerlei Geruchsempfindung wahrnehmen zu können. Dies war auch beim Trigeminus-Reizstoff der Fall, bei welchem eine Reaktion auch bei Anosmie zu erwarten gewesen wäre, was vom Gutachter als Inkonsistenz und mangelhafte Kooperation beurteilt wurde (IV-act. 104-88/111, Mitte und Ziff. 6.5).

**6.1.3** Sodann fiel den Gutachtern auf, "dass die Explorandin angibt, aufgrund der Ängste, die sie jedoch nur auf explizite Nachfrage schildert, das Haus schlecht verlassen zu können, beziehungsweise sich zurückzuziehen, dann bei der Schilderung des Tagesablaufs jedoch angibt, eigentlich täglich mit dem Ehemann spazieren zu gehen und im Sommer auch zum Baden an den See zu gehen" (vgl. IV-act. 104-88/111).

**6.1.4** Des Weiteren verhielt es sich vor der Rentenzusprechung so, dass die Versicherte Unterstützung durch eine Haushalthilfe benötigte, und zwar an vier Stunden pro Woche (für Wohnungsputzen, Wäsche besorgen und Bügeln, vgl. IV-act. 29-5/10; siehe auch UV-act. 2-17/67, wonach die Versicherte während der Anwesenheit der Haushalthilfe das Haus verlassen müsse, da sie den Lärm des Staubsaugers nicht ertrage). Bei der Untersuchung vom 14. Juni 2017 machte die Versicherte hinsichtlich der Frage nach dem Auftreten von Schmerzen geltend, eine Verschlechterung der Schmerzen "trete bei Wetterwechsel auf, beim Bügeln und beim Halten der Arme über Kopf" (vgl. IV-act. 104-81/111). Mit diesen Äusserungen liess die Versicherte durchblicken, dass sie Haushaltarbeiten wie das Bügeln offenbar wieder selber bewältigen kann, jedenfalls erwähnte sie

in diesem Kontext keine Unterstützung durch eine Haushalthilfe. Im Einklang damit steht aber auch, dass die Versicherte bei der Frage nach der aktuellen Tagesgestaltung zur Fortsetzung nach dem Frühstück spontan ausführte: "dann putze sie etwas", um dann diese Äusserung umgehend zu relativieren ("sie würde gerne putzen, könne dies aber nicht wegen der Schmerzen"). Allein schon der Umstand, wonach die Versicherte spontan Putzarbeiten zur aktuellen Tagesgestaltung zählte, legt den Schluss nahe, dass solche Tätigkeiten der Versicherten wieder (mindestens teilweise) möglich und zumutbar sind (siehe auch IV-act. 104-6/111 Mitte "verrichte kleine Haushaltstätigkeiten").

**6.2.1** Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustands wies die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (S. 4) überzeugend darauf hin, dass vor der Rentenzusprechung gemäss Bericht der damals behandelnden Psychiaterin Dr.med. F.\_\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2008 die posttraumatische Belastungsstörung im Vordergrund stand, namentlich der Unfall omnipräsent in ihrem Leben war (mit Wut über die Unfallverursacherin, Schuldgefühle gegenüber den eigenen Kindern aufgrund dessen, dass sie nur eingeschränkt funktionieren könne). Damals berichtete die Versicherte von regelmässig 3 bis 5 Alpträumen pro Woche, von November bis Januar sogar täglich, oft mehrmals pro Nacht; sie fürchte sich vor dem Einschlafen, lasse das Licht brennen; die Träume seien flashbacks, welche filmartig ablaufen würden; sie erwache ob ihrer Schreckreaktion etc. (vgl. IV-act. 35-2/4). Sodann berichtete die Versicherte damals von Angstzuständen ("z.B. im Auto als Beifahrerin permanente Schreckreaktionen"), von Wortfindungsstörungen (vgl. IV-act. 35-3/4 oben). Sobald der Unfall (auch unbeabsichtigt z.B. im Kontext mit Alpträumen) zum Thema werde, würden folgende Zustände auftreten: "Verspannung, Unruhe und Erregung, Positionswechsel, gerötetes Gesicht, klagt über Übelkeit, muss gelegentlich zur Toilette rennen und Würgen. Beim Betreten der Praxis wiederholt Schwindel und Erbrechen auf der Toilette wegen der Zufahrt" (vgl. IV-act. 35-3/4 unten; siehe dazu auch IV-act. 32-2/7 oben und Mitte: "Im bisherigen **Therapieverlauf** zeigte sich, dass die Pat. nicht über den Unfall sprechen kann, weil es ihr sofort schlecht wird..."; IV-act. 32-2/7: "Auch im sozialen Leben reagierte sie auf das Wort 'Unfall' mit Übelkeit"; und auf der gleichen Seite unten: "Leider kam es beim blossen Sitzen auf dem Fahrersitz immer zu heftigen Angstreaktionen, Übelkeit und vermehrte Schmerzen, ohne dass sich ein Gewöhnungseffekt eingestellt hätte"...).

**6.2.2** Demgegenüber brachte die Versicherte im Rahmen der zweiten G.\_\_\_\_\_ -Begutachtung spontan keine vergleichbar einschneidenden Beeinträchtigungen vor, insbesondere nahm sie darauf bei der neurologischen Untersuchung vom 14. Juni 2017 trotz mehrfachem Nachfragen nicht Bezug (vgl. IV-

act. 104-82/111 oben, 7. Zeile: "Auf mehrfache Nachfrage nannte die Explorandin keine weiteren Probleme"). Erst als die Versicherte explizit auf Angstzustände angesprochen wurde, erwähnte sie "Schwitzen und Einschlafschwierigkeiten", "wenn sie von Unfällen höre oder 'Erinnerungen auftauchen'. Sie fühle sich dadurch eingeschränkt...". Auffallend ist jedoch, dass die Versicherte in diesem Kontext das (frühere) Auftreten von Übelkeit mit keinem Wort erwähnte, mithin diesbezüglich im Verlauf offenkundig eine Verbesserung eingetreten ist. Dafür spricht auch, dass es der Versicherten nach der Aktenlage offenbar wieder grundsätzlich möglich ist, als Beifahrerin in Fahrzeuge zu steigen (siehe auch IV-act. 72-39/83: "Fahrten mit dem Auto nach U. \_\_\_\_\_", wo die Familie ein altes Haus besitze; siehe auch Observationsergebnisse). Im Einklang damit steht auch, dass sie bei der letzten G. \_\_\_\_\_-Begutachtung das Auftreten von Albträumen spontan nicht erwähnte, sondern erst auf eine entsprechende Nachfrage hin bestätigte, "dass sie auch Albträume habe", allerdings treten sie offenkundig nicht mehr gleich häufig auf wie vor der Rentenzusprechung, andernfalls die Versicherte dies auch von sich aus spontan erwähnt hätte (vgl. IV-act. 104-83/111; siehe auch IV-act. 104-6/111 Mitte: "Es kann vorkommen, dass sie vom Unfallereignis träume...").

**6.2.3** Dieser Rückgang von psychischen Beeinträchtigungen wie Albträumen, flashbacks etc. korreliert auch mit dem Umstand, wonach die Versicherte zum einen die Kadenz der psychiatrischen Konsultationen erheblich reduziert bzw. weitgehend beendet hat (vgl. IV-act. 61-2/2 in fine; IV-act. 72-37/83 Ziff. 1.1 in fine; IV-act. 86-1/4 "Psychotherapie 1x pro Monat"; IV-act. 90; IV-act. 104-14/111 oben; IV-act. 104-49/111 oben). Zum andern verzichtet sie grundsätzlich auch auf eine konsequente psychopharmakologische Medikation, wie die Blutspiegelmessungen ergeben haben (vgl. IV-act. 104-8/111 unten; IV-act. 104-51/111 Mitte, Ziff. 4.4).

**6.3** Zu berücksichtigen ist sodann auch, dass der Schweregrad der depressiven Symptomatik im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprechung sich reduziert hat, wie die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (S. 5 Mitte) im Einzelnen nachvollziehbar dargelegt hat. Den diesbezüglichen Ausführungen der Vorinstanz ist beizupflichten. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass auch in den beiden G. \_\_\_\_\_-Gutachten diese Verbesserung der depressiven Symptomatik überzeugend thematisiert wird (vgl. u.a. IV-act. 72-15/83; IV-act. 104-95/111 Mitte; IV-act. 104-106/111 4. Abs.; IV-act. 104-52/111 Mitte).

**6.4** Im Lichte all dieser Aspekte ist es entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz im konkreten Fall vom Vor-

liegen eines Revisionsgrundes bzw. davon ausgegangen ist, dass die Voraussetzungen für die Vornahme einer IV-Rentenrevision gegeben sind. An diesem Ergebnis vermögen die weiteren Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Unbehelflich ist namentlich der Einwand in der Beschwerde (S. 15f., Ziff. 35ff.), wonach die Rheumatologin Dr.med. T.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 4. Juli 2016 das Vorliegen eines Fibromyalgiesyndroms diagnostiziert habe (IV-act. 104-35f./111). Die Beschwerdeführerin übersieht in ihrer Argumentation zum einen, dass diese Diagnose im G.\_\_\_\_\_-Gutachten vom 14. November 2017 nicht übersehen, sondern thematisiert und mit einer konkreten und nachvollziehbaren Begründung als eher unwahrscheinlich beurteilt wurde (vgl. IV-act. 104-29/111: "Bei fehlendem klinischen, entzündlichen Befund, unauffälliger Sonographie und unspezifischen Symptomen sowie erfolgtem laborklinischem Ausschluss ist ein entzündlich-dramatisches Geschehen eher unwahrscheinlich..."). Zum andern hat die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (unter Ziffer 4), worauf verwiesen wird, ergänzend erläutert, weshalb die Beschwerdeführerin aus ihrem Einwand hier nichts zu ihren Gunsten ableiten kann. Beizupflichten ist namentlich der Argumentation der Vorinstanz, wonach nicht einsichtig ist, was mit der Diagnose der Fibromyalgie anstelle einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Befunden gewonnen wäre, da letztlich nicht die Diagnose, sondern der psychopathologische Befund sowie der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen entscheidend sind. Im Übrigen fallen hier auch die bereits angesprochenen Inkonsistenzen ins Gewicht (vgl. oben, Erw. 6.1.1).

**6.5** Nach dem Gesagten hat die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zu Recht darauf abgestellt, dass von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen und die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auf grundsätzlich 50% zu veranschlagen ist. Dem Einwand in der Beschwerde (S. 20f.), wonach die erwähnte Restarbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt gar nicht verwertbar sei, ist die höchstrichterliche Rechtsprechung entgegenzuhalten, wonach der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen vonseiten des Arbeitgebers rechnen können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_568/2010 vom 3.12.2010 Erw. 3.2 mit Hinweis). Abgesehen davon hat die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (unter Ziffer 6) überzeugend auf grundsätzlich in Frage kommende Arbeitsmöglichkeiten hingewiesen. Daran ist nichts auszusetzen.

**7.1** Zu prüfen ist noch der Einkommensvergleich. In der angefochtenen Verfügung ermittelte die Vorinstanz ein massgebendes Valideneinkommen von

Fr. 52'284.-- sowie ein Invalideneinkommen von Fr. 23'527.80. Diese Einkommensgrössen leitete die Vorinstanz aus der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE/ Stand 2012, hochgerechnet für 2014) des Bundesamtes für Statistik ab, wonach eine Hilfsarbeiterin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Jahre 2014 ein Durchschnittseinkommen von Fr. 52'284.-- erzielte, was von der Vorinstanz als massgebendes Valideneinkommen berücksichtigt wurde (vgl. IV-act. 111-1f./4 i.V.m. IV-act. 75-11/11 und IV-act. 74). Zur Festlegung des Invalideneinkommens ging die Vorinstanz vom gleichen Tabellenwert (von Fr. 52'284.--) aus, wovon sie bei einer massgebenden Arbeitsfähigkeit von 50% für leidensangepasste Tätigkeiten zunächst Fr. 26'142.-- ( $52'284 : 2$ ) berücksichtigte und davon noch einen leidensbedingten Abzug von 10% (bzw. Fr. 2'614.20) vornahm ( $26'142 - 2'614.20 = 23'527.80$ ), womit eine Erwerbseinbusse von Fr. 28'756.20 bzw. ein IV-Grad von 55% resultierte ( $52'284 \text{ minus } 23'527.80 = 28'756.20$ ;  $28'756.20 : 52'284 \times 100 = 55$ ).

**7.2** Demgegenüber argumentiert die Beschwerdeführerin in der Replik (Ziff. 6), dass hinsichtlich des Valideneinkommens zusätzlich zum Tabellenlohn von Fr. 52'284.-- noch der Nebenverdienst (von Fr. 11'495.--) für die damals zusätzlich ausgeübten Reinigungsarbeiten hinzuzuzählen sei, womit ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 63'779.-- resultiere, was im Vergleich zum Invalideneinkommen von Fr. 23'527.-- (übernommen von der Vorinstanz) einen IV-Grad von 63% ergebe (vgl. Replik, S. 5 unten;  $63'779 \text{ minus } 23'527 = 40'252$ ;  $40'252 : 63'779 \times 100 = 63.11$ ).

**7.3.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung dieses Vergleichseinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst. Lediglich wenn sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierte Einkommen nicht hinreichend genau beziffern lässt, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte abzustellen, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren mitzuberücksichtigen sind (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C\_487/2014 vom 29.12.2014 Erw. 3.1.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 139 V 28).

**7.3.2** Wie die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung unwidersprochen festhielt, arbeitete die Versicherte im Jahre 2002, als sie aufgrund einer Frontalkollision (mit einer Geisterfahrerin) anhaltend arbeitsunfähig wurde, zu rund 92% als Lagermitarbeiterin bei der C.\_\_\_\_\_ AG; zusätzlich übte sie (samstags) Reinigungsarbeiten aus (anzufügen ist, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung versehentlich von "zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2012" spricht, gemeint ist aber das Unfalljahr 2002). Dabei betrug der Jahresverdienst gemäss den Abklärungen des Schadenaussendienstes des Unfallversicherers im Jahre 2002 bei der C.\_\_\_\_\_ AG Fr. 43'284.-- sowie für die Reinigungsarbeiten Fr. 10'608.-- (vgl. die Zusammenstellung in UV-act. 1-74/161 oben). Dies ergibt für das Jahr 2002 einen Gesamtverdienst von Fr. 53'892.--. Hochgerechnet nach der Entwicklung des Nominallohnindexes für Frauen (Stand 2002 = 2296; Stand 2014 = 2673) resultiert ein hochgerechnetes Valideneinkommen per 2014 von Fr. 62'741.-- ( $53'892 : 2296 \times 2673 = 62.740.99$ ). Dies ergibt im Vergleich zum von der Beschwerdeführerin im Eventualstandpunkt (Replik, S. 5 unten) akzeptierten Invalideneinkommen von Fr. 23'527.-- einen aufgerundeten IV-Grad von 63% ( $62'741 \text{ minus } 23'527 = 39'214; 39'214 : 62'741 \times 100 = 62.5$ ). Damit ist ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente ausgewiesen. An diesem Ergebnis vermögen die Einwände der Vorinstanz in der Duplik (S. 2) nichts zu ändern. Auch wenn die Teilzeitanstellung für Reinigungsarbeiten im März 2003 (und mithin rund 4 Monate nach der Frontalkollision vom 5.12.2002) einvernehmlich aufgelöst wurde (mit der geltend gemachten Begründung, dass keine Reinigung mehr nötig gewesen sei wegen Reduzierung des Betriebes, vgl. IV-act. 159), übersieht die Vorinstanz, dass ohne diesen einschneidenden Verkehrsunfall mit anhaltender Arbeitsunfähigkeit (Kollision mit Geisterfahrerin auf Autobahn) die Versicherte allfällige bei der einen Firma weggefallene Reinigungsarbeiten im Gesundheitsfall nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch andere Reinigungsarbeiten ersetzt hätte.

**8.** Aus all diesen Gründen erweist sich die Beschwerde insoweit teilweise als begründet, als im Rahmen der vorinstanzlich vorgenommenen Rentenrevision ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente resultiert. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten den Parteien je zur Hälfte auferlegt. Zudem wird der beanwalteten Beschwerdeführerin für das Teilobsiegen eine reduzierte Parteientschädigung zugesprochen. Für die Höhe der Entschädigung ist auf den kantonalen Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) abzustellen, welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht. Nach § 2 GebTRA werden als Bemessungskriterien insbesondere die Wichtigkeit der Streitsache, ihre Schwierigkeit, der Umfang und die Art der Arbeitsleistung sowie der notwendige

Zeitaufwand berücksichtigt. Zusammenfassend ist die Parteientschädigung auf insgesamt Fr. 1'850.-- zu veranschlagen (inkl. MwSt und Auslagen).

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird insoweit im Sinne der Erwägungen gutgeheissen und die angefochtene Verfügung vom 24. April 2019 dahingehend abgeändert, dass die bisherige ganze Rente auf eine Dreiviertelsrente (IV-Grad 63%) herabgesetzt wird. Der Zeitpunkt der Herabsetzung bleibt so wie er in der Verfügung vom 24. April 2019 festgelegt wurde. Die entsprechende Nachzahlung von Rentenleistungen ist Sache der Verwaltung. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und den Parteien je zur Hälfte (je Fr. 250.--) auferlegt. Dies wird zahlungsverkehrsmässig so umgesetzt, dass das Gericht den von der Beschwerdeführerin einbezahlten Kostenvorschuss von Fr. 500.-- einbehält und die Vorinstanz der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin noch Fr. 250.-- zu bezahlen hat.
3. Für das vorliegende Teilobsiegen wird der beanwalteten Beschwerdeführerin zu Lasten der IV-Stelle eine Parteientschädigung von Fr. 1'850.-- zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
5. Zustellung an:
  - die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 13. November 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 18. November 2019