

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 50

Entscheid vom 10. August 2023

Besetzung

lic.iur. Thomas Rentsch, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
lic.iur. Prisca Reichlin Brügger, Gerichtsschreiberin

Parteien

C._____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwältin lic.iur. D._____

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Einstellung der IV-Rente)

Sachverhalt:

A. C._____ (geb. xx 1970, verh.) lebt seit 1988 in der Schweiz und hat - nachdem sie sich vorerst um die Kinder von Verwandten gekümmert hat - ab 1991 bis ca. Mai 2002 diverse Hilfstätigkeiten ausgeführt (Gastronomie, Bäckerei, Schmuckmanufaktur u.ä.). Im Mai 2002 erkrankte sie und war im Juni 2002 in der Psychiatrischen Klinik Oberwil hospitalisiert. Das bisherige 100%-ige Arbeitsverhältnis bei der A._____, Wollerau, kündigte sie per Ende August 2002 (Vi-act. 7-4/5). Ab Mai 2003 nahm sie die Erwerbstätigkeit in reduziertem und wechselndem Pensum (ca. 3h/Tag) als Hilfskraft in einem Restaurant wieder auf (Vi-act. 25). Am 23. Dezember 2003 meldete sie sich wegen psychischer Beschwerden bei der IV-Stelle Schwyz zum Bezug von IV-Leistungen an (Vi-act. 1). Mit Verfügungen vom 26. August 2004 wurde C._____ für den Zeitraum vom 1. April bis 31. August 2003 und dann vom 1. Oktober 2003 bis auf Weiteres eine halbe Rente ausgehend von einem IV-Grad von 53% zugesprochen (Vi-act. 19 und 20). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

In der Folge hat die Versicherte eine Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in wechselnden Pensen (maximal 50%) in verschiedenen Betrieben ausgeführt (Vi-act. 37, 39, 47, 54, 55, 56). Ab 2011 war sie bei verschiedenen Privatpersonen als Reinigungsfrau tätig (vgl. Vi-act. 76-2/4).

B. Mit Mitteilung vom 19. September 2005 bestätigte die IV-Stelle den Anspruch auf die bisherige halbe Invalidenrente (Vi-act. 27), ebenso mit Mitteilung vom 26. August 2008 (Vi-act. 42), vom 26. August 2010 (Vi-act. 58), vom 14. Mai 2012 (Vi-act. 71) und vom 7. August 2018 (Vi-act. 94).

Mit Eingabe vom 13. September 2018 erhob das Sozialzentrum Höfe im Namen von C._____ "Einsprache" gegen die Verfügung vom "9.8.2018" (Vi-act. 95). Am 20. September 2018 verlangte C._____ Akteneinsicht, welche ihr am 26. August 2018 gewährt wurde (Vi-act. 96 und 97).

C. Mit Eingabe vom 27. August 2019 stellte der Hausarzt von C._____ bei der IV-Stelle das Gesuch um Ausrichtung einer vollen Rente, da sich deren psychischer und physischer Gesundheitszustand verschlechtert habe (Vi-act. 98). C._____ bestätigte ihr Einverständnis zu diesem Gesuch mit Eingabe vom 2. September 2019 (Vi-act. 101). In der Folge veranlasste die IV-Stelle die Durchführung einer psychiatrischen Begutachtung (vgl. Auftrag v. 11.2.2020, Vi-act. 107). Nach Vorliegen des Gutachtens v. 2. Juni 2020, gemäss welchem keine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bestehe (Vi-act. 114), wurde C._____ mit Schreiben vom 4. August 2020 zu einem Gespräch zur Frage der Wiedereingliederung eingeladen (Vi-act. 118). Der Ehemann teilte in der Folge telefonisch

mit, dass seine Frau nicht in der Lage sei, zu arbeiten und sie sei auch nicht in der Lage, ein persönliches Gespräch durchzuführen (Vi-act. 119). Mit Schreiben vom 12. August 2020 hat die IV-Stelle C._____ auf ihre Mitwirkungspflicht im Zusammenhang mit Wiedereingliederungsmassnahmen hingewiesen und eine Frist angesetzt, dieser Pflicht nachzukommen (Vi-act. 120). Innert Frist liess C._____ mitteilen, dass sie an den Wiedereingliederungsmassnahmen teilnehmen werde (Vi-act. 121).

D. In der Folge wurde eine niederschwellige Eingliederung in der B._____ vereinbart (2x2h/Woche), welche allerdings nach kurzer Zeit scheiterte (vgl. Vi-act. 124-4/5). Die berufliche Integration wurde damit abgeschlossen (Vi-act. 124-4/5). Mit Vorbescheid vom 27. Januar 2021 stellte die IV-Stelle die Aufhebung der Rente in Aussicht (Vi-act. 127). Dagegen liess C._____ am 26. Februar 2021 Einwand erheben (Vi-act. 134); eine Ergänzung der Begründung erfolgte am 24. April 2021 (Vi-act. 139).

E. Mit Verfügung vom 28. Juli 2022 hat die IV-Stelle Schwyz die bisherige halbe Rente per 31. August 2022 aufgehoben (Vi-act. 155).

F. Dagegen lässt C._____ mit Eingabe vom 13. September 2022 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgemäss Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung vom 28. Juli 2022 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei die ihr zustehende halbe Rente weiterhin auszurichten.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

In verfahrensrechtlicher Hinsicht wurde die Durchführung eines zweiten Schrittenwechsels sowie die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Rechtsverbeiständung beantragt.

G. Die IV-Stelle Schwyz beantragt mit Vernehmlassung vom 12. Oktober 2022 die Abweisung der Beschwerde unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Die Beschwerdeführerin hält mit Replik vom 9. November 2022 an ihren Anträgen fest. Zusätzlich beantragt sie:

Die Kosten des durch die Beschwerdeführerin in Auftrag gegebene Drogen- und Alkoholscreenings seien durch die Beschwerdegegnerin zu übernehmen.

Die Vorinstanz verzichtete mit Mitteilung vom 1. Dezember 2022 auf die Einreichung einer Duplik.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1 vom 6. Oktober 2000), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV; SR 830.11 vom 11. September 2002), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20 vom 19. Juni 1959) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201 vom 17. Januar 1961) in Kraft getreten. Die Revision umfasst u.a. eine Änderung der Bestimmung von Art. 17 Abs. 1 ATSG. Mit dem Wegfall der Rentenstufen der IV wurde eine Neudefinition der Erheblichkeitsschwelle einer Änderung des Invaliditätsgrades erforderlich. Anstelle der Verwendung des Begriffs der «Erheblichkeit» werden die revisionsauslösenden Invaliditätsgradänderungen neu direkt im Gesetz aufgezählt. Der revidierte Art. 17 Abs. 1 ATSG sieht nun – anknüpfend an die Rechtsprechung im Bereich der UV – dementsprechend vor, dass Invalidenrenten für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben werden, wenn der Invaliditätsgrad der rentenbeziehenden Person sich um mindestens 5 Prozentpunkte ändert (lit. a) oder auf 100% erhöht (lit. b). Für den Bereich der IV, welche ja bereits ab einem Invaliditätsgrad von 70% eine ganze Rente vorsieht, ist lit. b allerdings bedeutungslos (vgl. Studhalter, Ausgewählte IV-Leistungen nach Inkrafttreten der WE IV samt einigen Koordinationsaspekten / I. - III., in: Beck/Décaillet/Rothenberger, 3. Tagung zum Koordinationsrecht, HAVE 2022, S. 7).

Gemäss den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 (Weiterentwicklung der IV) lit. b Abs. 1 bleibt der Rentenanspruch für Rentenbezüglerinnen und -bezügler, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr noch nicht vollendet haben, solange bestehen, bis sich der Invaliditätsgrad nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ändert. Dabei wird auf die revidierte Version von Art. 17 Abs. 1 ATSG verwiesen. Daraus ergibt sich, dass für Bezügerinnen und Bezüger von IV-Leistungen, welche noch nicht 55-jährig sind, im Falle einer Rentenrevision grundsätzlich nach neuem Recht abzuklären ist, ob sich der Rentenanspruch ändert. In einem zweiten Schritt wäre dann über entsprechende Anpassungen zu entscheiden. Dies entspricht im Ergebnis der allgemeinen prozessualen Grundregel, wonach das anwendbare Recht durch den Zeitpunkt der Verfügung respektive - sofern diese angefochten wird - den Zeitpunkt des Einspracheent-scheides bestimmt wird (vgl. BGE 147 V 278 E. 21 m.H.; Urteil BGer 9C_390/2021 v. 8.2.2022 E. 8.2.1).

Dementsprechend ist die Rechtmässigkeit der Revisionsverfügung vom 28. Juli 2022 grundsätzlich nach neuem Recht zu prüfen. Im Ergebnis hat die Rechtsänderung jedoch keine Auswirkungen auf das vorliegende Verfahren.

Die bisherige bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Rentenrevision bleibt im Übrigen weiterhin anwendbar, da sich die Revision von Art. 17 Abs. 1 ATSG auf eine Neudefinition der Erheblichkeitsschwelle beschränkt.

2.1.1 Anlass zur Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad um mindestens 5 Prozentpunkte zu ändern und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen geänderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (SVR 2022 IV 19 Nr. 60, BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteile BGer 9C_212/2021 E. 4.4.1; 8C_384/2022 v. 9.11.2022 E. 2.3 m.H.). 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. zum Ganzen Urteile BGer 8C_815/2011 vom 7.2.2012 E. 3.2; 8C_567/2011 vom 3.11.2012 E. 4.2 m.H.).

2.1.2 Nach der Rechtsprechung kann ein früher nicht gezeigtes Verhalten unter Umständen eine im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG relevante Tatsachenänderung darstellen, wenn es sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Rentenanspruchs auswirken kann. Dies trifft etwa zu bei Versicherten mit einem Beschwerdebild, auf das die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 anwendbar ist, wenn ein Ausschlussgrund vorliegt, d.h. die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht, die eindeutig über die bloss (unbewusste) Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung hinausgeht (Urteile BGer 8C_553/2021 v. 13.4.2023 V. 4.2.3; 8C_517/2021 v. 10.

6.2022 E. 2.2; 8C_564/2021 v. 27.4.2022 E. 3.2; 9C_302/2021 v. 11.11.2021 E. 4.2; 8C_198/2021 v. 15.9.2021 E. 6.2.1; 8C_380/2019 v. 11.10.2019 E. 4.1; 8C_825/2018 v. 6.3.2019 E. 6.1; 9C_621/2018 v. 27.11.2018 E. 5.3.1 je m.H.).

2.1.3 Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 9 E. 2.3 m.H.; BGE 117 V 198 E. 4b S. 200).

2.2 Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil BGer 9C_273/2014 v. 16.6.2014 E. 3.1.1 m.H.; BSK ATSG, Flückiger, Art 17 Rz 19 m.H.).

2.3 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 (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht. Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; Urteil BGer 9C_540/2020 v. 18.2.2021 E. 2.3 m.H.).

2.4 Bei der Beurteilung der Arbeits (un) fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 140 V 193 E. 3.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a; Urteil BGer 9C_26/2022 v. 30.5.2022 E. 4.1).

2.5 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörte-

rung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswür- digung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zu- verlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb; Urteil BGer 9C_278/2016 vom 22.7.2016 E. 3.2.2).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4 m.w.H.).

2.6 Die Prüfung, ob eine psychische Erkrankung eine rentenbegründende Inva- lidität zu begründen vermag, hat grundsätzlich anhand eines strukturierten Be- weisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (BGE 143 V 409 E. 4.5; 143 V 418 E. 6 ff.).

Bei psychiatrischen Diagnosen ist zudem zu berücksichtigen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei er- folgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch- psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Entsprechend kann die ärztliche Beurtei- lung abhängig von der Gutachterperson und von den Umständen der Begutach- tung eine grosse Varianz aufweisen und trägt deshalb ebenfalls von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.1.2 mit Hinweisen). Abweichende Beurteilungen behandelnder Ärzte vermögen unter Beachtung der Divergenz von medizinischen Behandlungs- und Abklärungsauf- trag ein Gutachten nach Art. 44 ATSG grundsätzlich nicht in Frage zu stellen und Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben (vgl. Urteil des BGer 9C_794/2012 vom 4.3.2013 E. 4.2 mit Hinweisen). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen die be- handelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Exploration unerkannt oder ungewürdigt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteile des BGer 9C_246/2018 vom 16.8.2018 E. 4.1; 8C_29/2018 vom 6.7.2018 E. 3.2.2; 9C_353/2015 vom 24.11.2015 E.4). Es bleibt darauf hinzuweisen, dass es bei der Beurteilung einer invalidisierenden gesundheitlichen Einschränkung in erster Linie nicht auf die Diagnoseeinstellung ankommt, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Denn zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit besteht keine Korrelation (BGE 140 V 193 E. 3.1). Massgebend ist der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schwere-

grad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (Urteil 9C_273/2018 vom 28.6.2018 E.4.2 mit Hinweisen; so schon BGE 127 V 294 E. 4c).

2.7 Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt 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, 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 Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen geänderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteile BGer 8C_553/2021 v. 13.4.2023 E. 4.2.3; 9C_26/2022 v. 30.5.2022 E. 4.1; 8C_328/2016 v. 6.10.2016 E. 3.2.1 je m.H.).

3. Aus den vorliegenden Akten ist zu entnehmen, dass die am 26. August 2004 zugesprochene halbe IV-Rente u.a. auf den nachfolgenden Abklärungsergebnissen basierte:

3.1 Im Arztbericht von Dr.med. E. _____, Sozialpsychiatrischer Dienst des Kantons Schwyz (SPD), vom 10. Februar 2004, wurden bei der Versicherten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

Diagnose:	bestehend seit:
Depressives Zustandsbild bei schizoaffektiver Störung (ICD-10 F25.1)	Juni 2002
Zwangshandlung (ICD-10 F42.1)	ca. Sept. 03
Verdacht auf gemischte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0)	ca. 1990

Es wurden Arbeitsunfähigkeiten in unterschiedlichem Grad attestiert (100% ab 7.5.2002, ab 5.12.2002 steigend bis wieder 0% ab 24.8.2003, ab 14.10.2003 dann 50%, Vi-act. 5-1/5). Zur Anamnese wird ausgeführt, dass es nach Aufnahme der Arbeitstätigkeit in einer Schmuckmanufaktur als Reinigerin zu Anspannungen gekommen sei mit körperlichen und psychischen Symptomen. Im Mai 2002 sei dann eine Hospitalisation im Spital Lachen (leichtes depressives Zustandsbild) erfolgt. Nach der Entlassung habe sich der Zustand verschlechtert

(Suizidalität, Antriebsstörung, Konzentrationsstörung, Zukunftsängste, massive Körperfühlstörungen, Hinweise für psychotische Symptome). Im Juni 2002 sei die Versicherte in der Psychiatrischen Klinik hospitalisiert gewesen (für ca. 10 Tage). Es sei ein akutes psychotisches Zustandsbild bei Verdacht auf beginnende Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert worden. Im Rahmen verschiedenster medikamentöser Behandlungsversuche habe sich der Zustand im September 2002 langsam verbessert. Die Versicherte habe dann eine stundenweise Aushilfstätigkeit aufgenommen. Die neuroleptische Medikation sei im August 2003 vollständig abgesetzt worden; zudem sei die Arbeit an einem zweiten Arbeitsplatz (Bäckerei) aufgenommen worden, habe aber nach wenigen Tagen wegen massiver Überlastung und Überforderung aufgegeben werden müssen. Die psychotische Symptomatik (mit Denkstörungen, Beeinflussungserleben, Ich-Störungen, ausgeprägtem Tief) habe sich verstärkt. In der Folge habe die Versicherte zudem zunehmend Zwangssymptome entwickelt (Kontrolle am Arbeitsplatz, Herdplatten, Händewaschen etc.). Die Patientin traue sich nun kaum mehr aus dem Haus, habe Angst vor Dunkelheit, sei im Antrieb massiv behindert und in der Konzentration und Ausdauer stark eingeschränkt. Sie ziehe sich bei einem Gespräch oft nach einer halben Stunde zurück, da sie Mühe habe, dem Gespräch zu folgen. Den Haushalt könne sie nur mit Unterstützung des Mannes führen. Mit Zwangshandlungen versuche sie die Angst zu reduzieren. Auf Fehler reagiere sie mit Panik. Aktuell bestünden keine Suizidalität und auch keine psychotischen Symptome. Es bestünden aber ein starkes Misstrauen, Selbstunsicherheit und ein sozialer Rückzug. Aus Angst vor einer erneuten Zustandsverschlechterung wie nach dem Arbeitsversuch im Herbst 2003 vermeide sie jede Konfrontation. Es bestehe aktuell eine ungünstige Prognose, zumal jede Änderung angstbesetzt sei. Berufliche Massnahmen wären zwar indiziert, zum aktuellen Zeitpunkt erlebe die Patientin allerdings vieles als Überforderung und benötige Anleitung und Unterstützung. Die bisherige Tätigkeit sei im Umfang von 3-4 h/Tag zumutbar (Vi-act. 5-4/5).

3.2 Zum Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik Oberwil vom 17. Juni bis 26. Juni 2002 wird im Arztbericht vom 28.1.2004 ausgeführt, die Patientin sei aufgrund eines akut psychotischen Zustandsbildes mit Suizidalität hospitalisiert worden. Es habe sich eine ausgeprägt negative Symptomatik mit depressiver Stimmungslage, Angstzuständen, sozialem Rückzug sowie Denkstörungen und wahnhaften Denkinhalten gezeigt. Es sei während des Aufenthaltes eine leichte Regredienz der Symptomatik eingetreten, allerdings hätten die Wahrnehmungsveränderungen persistiert und es fehle an Krankheitseinsicht. Die Patientin habe nicht zu einer Therapie motiviert werden können und sei gegen den ärztlichen Rat aus der Klinik ausgetreten (Vi-act. 6-2/2).

3.3 Der Hausarzt der Versicherten (Dr.med. F._____, Wollerau) führt im Arztbericht vom 30. April 2004 aus, dass keine manifesten organischen Befunde vorlägen. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund einer depressiven Störung im Rahmen einer konflikthafter Arbeitsplatzsituation bis auf Weiteres um 50% eingeschränkt (Vi-act. 12).

4. Die am 26. August 2004 zugesprochene halbe Invalidenrente ab 1. Oktober 2003 wurde im Rahmen der IV-Revisionsverfahren in den Jahren 2005, 2008, 2010, 2012 und 2018 bestätigt (vgl. Ingress lit. B). Nachdem C._____ 2019 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend machen liess, leitete die IV-Stelle ein Revisionsverfahren ein und veranlasste eine psychiatrische Begutachtung. Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin kann den vorliegenden Akten seit Zusprache der halben IV-Rente u.a was folgt entnommen werden:

4.1 Mit Verlaufsbericht vom 23. Juni 2005 hielt der Hausarzt Dr.med. F._____, Wollerau, fest, dass bei Fortsetzung der Therapie und medikamentöser Therapie eine Stabilisierung der psychischen Situation eingetreten sei, so dass die Belastbarkeit zugenommen habe (Vi-act. 23).

Dr.med. E._____ hielt mit Verlaufsbericht vom 29. Juli 2005 fest, dass die depressive Symptomatik etwas in den Hintergrund getreten sei. Die Versicherte arbeite stundenweise in einem Café. Eine Erhöhung dieser Tätigkeit auf 50% wäre wünschenswert. Bei bekannter schizoaffektiver Störung sei von einer anhaltenden, chronischen, psychischen Erkrankung auszugehen, deren Verlauf durch Fluktuation geprägt sei. Zusätzlich erschwere die Persönlichkeitsstörung den Verlauf. Bedeutsam sei die Fortführung der neuroleptischen Medikation (vi-act. 24).

Gestützt auf diese Verlaufsberichte wurde der Anspruch auf eine halbe Rente am 19. September 2005 bestätigt.

4.2 Mit Verlaufsbericht vom 7. Juli 2008 bestätigte der Hausarzt der Versicherten das Vorliegen einer fortbestehenden physischen und psychischen Stabilisierung (Vi-act. 38).

Dr.med. E._____ hielt mit Verlaufsbericht vom 14. August 2008 fest, dass sich der Gesundheitszustand insofern leicht verbessert habe, als die Patientin etwas mehr Zutrauen habe und in der Stimmung ausgeglichener wirke. Das Arbeitspensum habe leicht erhöht werden können (auf 50%). Die Versicherte werde weiterhin kombiniert antidepressiv/neuroleptisch behandelt und es finde ca. alle

zwei Monate eine therapeutische Sitzung statt. Eine Prognose sei nicht möglich. Mit einer raschen Verbesserung sei nicht zu rechnen. Eine Steigerung des Arbeitspensums sei aufgrund der kombinierten Störung bestenfalls langsam, evtl. aber auch gar nicht möglich (Vi-act. 40).

Am 26. August 2008 wurde der Anspruch auf eine halbe IV-Rente wiederum bestätigt.

4.3 Auch mit Verlaufsbericht vom 16. April 2010 bestätigte der Hausarzt einen stationären Gesundheitszustand (Vi-act. 49).

Dr.med. E. _____ beschreibt mit Verlaufsbericht vom 7. Juli 2010 seit Januar 2009 eine leichte Verschlechterung des Gesundheitszustandes, weshalb die neuroleptische Medikation kurzzeitig habe erhöht werden müssen. Die Versicherte habe intermittierend versucht, diese Medikation zu stoppen, was zu Schlafstörungen und starken Ängsten geführt habe (Vi-act. 52). Die Arbeitstätigkeit wurde reduziert.

Am 26. August 2010 wurde der Anspruch auf eine halbe Rente bestätigt.

4.4 Mit Bericht vom 20. September 2010 hielt Dr.med. E. _____ gegenüber Dr.med. F. _____ fest, dass die Patientin im Sommer 2010 den Arbeitsplatz gewechselt habe. Den neuen Arbeitsplatz habe sie infolge eines persönlichen Konflikts mit einer Arbeitskollegin, welche auch ihre Nachbarin sei, als zunehmend belastend empfunden und deshalb die Kündigung eingereicht. Die bisherigen Diagnosen wurden bestätigt und es wurde eine Steigerung der neuroleptischen Medikation (Zyprexa) besprochen (Vi-act. 68-7/8).

Am 18. November 2010 war die Versicherte notfallmässig wegen Atemnot und Erbrechen im Spital Lachen hospitalisiert. Es wurde eine Panikattacke diagnostiziert (Vi-act. 68-3/8 ff.)

Dr.med. F. _____ berichtet am 6. Juli 2012 von einem wellenförmigen, belastungsabhängigen aber insgesamt stationären Verlauf (Vi-act. 68-1/8).

Der RAD-Arzt Dr.med. G. _____ führte in seiner Stellungnahme vom 12. Juli 2012 aus, die Diagnose einer schizoaffektiven Störung schein adäquat. Unter Belastung entwickle die Versicherte Beziehungsideen und Beziehungswahn, daneben bestehe eine ängstliche und zwanghafte Symptomatik. Es persistiere eine Minderbelastbarkeit. Wahnhafte Dekompensationen hätten durch Entlastung und medikamentöse Therapien vermieden werden können. Eine Arbeitsfähigkeit von 50% schein richtig (Vi-act. 70-3/3).

Mit Mitteilung vom 17. Juli 2012 wurde ein gleichbleibender IV-Grad festgehalten (Vi-act. 71).

4.5.1 Im Rahmen der 2017 eingeleiteten Revision bestätigte der Hausarzt Dr.med. F._____ wiederum einen stationären Verlauf (Vi-act. 79). Von Seiten des behandelnden Psychiaters (neu Dr.med. R._____, SPD Lachen) wurde demgegenüber am 31. Oktober 2017 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes attestiert (Vi-act. 80-1/2). Er bestätigte die Diagnose einer langjährigen schizoaffektiven Störung und hielt fest, dass sich die Situation in den letzten Monaten insbesondere im Bereich der Entwicklung von paranoiden Ängsten und optischen Verkennungen instabiler zeige, weshalb die Patientin ihre wenigen Arbeitsstunden (Putzen ca. 6 h alle zwei Wochen) nicht mehr regelmässig habe leisten können. Die Patientin erscheine seit Beginn der Behandlung im Juli 2017 zu 90% arbeitsunfähig. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung finde aktuell wöchentlich statt. Zusätzlich werde die psychopharmakologische Medikation (Fluoxetin und Olanpax) weitergeführt (vi-act. 80-2/2).

Nachdem von Seiten der IV-Stelle ein ausführlicherer psychiatrischer Bericht insbesondere auch bezüglich des Verlaufs verlangt worden war, führte Dr.med. R._____ mit Bericht vom 22. Februar 2018 (Vi-act. 83) aus, dass die Patientin von 2008 bis 2010, vom Dezember 2015 bis Januar 2016 und neu seit Juli 2017 beim SPD Lachen (bzw. neu Triaplus AG, Lachen) in ambulanter Behandlung sei. Zuletzt seien paranoide Ängste sowie überwertige Ideen und Körpermissempfindungen im Vordergrund gestanden. Die Tätigkeit als Putzfrau könne sie inzwischen nicht mehr ausführen. Eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik erscheine auch wahnhaft überlagert und immer problematischer im Verlauf. Die Patientin habe den Hausarzt gewechselt, da sie das Personal paranoid wahnhaft wahrgenommen habe. Nach einer Schmerzmittelinjektion durch den Hausarzt im Januar 2018 sei es zu einem verstärkten Schmerzempfinden in der rechten Hand mit Durchblutungsstörungen und zu einer deutlichen Verschlechterung des psychischen Zustandes mit paranoiden Ideen, Katastrophenängsten und sich daraus entwickelnden Suizidgedanken gekommen. Zudem werde die Patientin gerade wegen der Verdachtsdiagnose eines Morbus Parkinson neurologisch abgeklärt. In diesem Zusammenhang habe die Patientin die Dosierung des Neuroleptikums eigenmächtig reduziert aufgrund eines Restless Legs-Syndroms. Es werde eine Umstellung der neuroleptischen Medikation in Absprache mit der Neurologin geplant. Infolge der Verschlechterung des Zustandes bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Auch werde eine psychiatrische Hospitalisation erwogen.

4.5.2 Aus den Berichten von Dr.med. H._____, Fachärztin für Neurologie, ergibt sich, dass diese die Versicherte im Februar 2018 mehrmals untersucht und dabei die Verdachtsdiagnose eines beginnenden Parkinsonsyndroms rechts ge-

stellt hat. Eine entsprechende medikamentöse Behandlung wurde begonnen und zugleich eine rheumatologische Abklärung veranlasst (vgl. Vi-act. 85).

4.5.3 Die RAD-Ärztin Dr.med. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie, hielt mit Stellungnahme vom 26.4.2018 fest (Vi-act. 88-6/7), die schizoaffektive Psychose sei von Beginn an durch einen fluktuierenden Verlauf mit einem breiten Spektrum psychopathologischer Phänomene unterschiedlichster Intensität geprägt gewesen. Wesentliche neue Aspekte würden im neusten Bericht von Triaplus nicht ausgewiesen, weshalb die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100% nicht nachvollziehbar sei. Das aktuelle Zustandsbild unterscheide sich nicht vom Zustandsbild im Referenzzeitraum (2002 ff.).

In der Folge teilte die IV-Stelle der Versicherten mit Schreiben vom 3. Mai 2018 mit, dass gemäss Dr.med. H. _____ die Wirkung des verordneten Medikamentes (Requib) noch drei Monate abgewartet werden müsse. Danach werde man bei Frau Dr.med. H. _____ einen neuen Bericht einverlangen. Zudem werde auch ein Bericht des beigezogenen Rheumatologen eingeholt (Vi-act. 89). Der Ehemann teilte der Vorinstanz daraufhin am 8. Mai 2018 mit, dass die Versicherte nicht mehr bei Dr.med. H. _____ in Behandlung sei und auch das verordnete Medikament infolge starker Nebenwirkungen nicht mehr einnehmen. "Der Termin bei Frau Dr. H. _____ sei nur Geldmacherei" gewesen. Den Termin beim Rheumatologen habe sie abgesagt (Vi-act. 90).

4.5.4 Dr.med. H. _____ bestätigte auf Anfrage der IV-Stelle mit Arztbericht vom 20. August 2018 (Vi-act. 91) sinngemäss die Verdachtsdiagnose einer Parkinsonerkrankung. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde allerdings nicht attestiert. Die Prognose sei offen. Wenn sich in den nächsten Jahren die Diagnose definitiv bestätigen lasse, sei mit einer kontinuierlichen Zunahme der Steifigkeit und Verlangsamung zu rechnen.

4.5.5 Der RAD-Arzt Dr.med. G. _____ führte in seiner Stellungnahme vom 30. August 2018 aus, dass weder aus neurologischer, noch aus rheumatologischer Sicht verwertbare Angaben zu Diagnosen und Arbeitsfähigkeit vorlägen. Die Versicherte habe sowohl die neurologischen als auch die rheumatologischen Abklärungen abgebrochen. In psychiatrischer Hinsicht liege keine Veränderung vor. Er schlage deshalb vor, weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit von 50% auszugehen. Die Versicherte sei für das Vorliegen einer Verschlechterung beweispflichtig.

Entsprechend dieser Stellungnahme wurde der Anspruch auf eine halbe IV-Rente mit Mitteilung vom 7. September 2018 bestätigt.

5.1 Mit Eingabe vom 27. August 2019 liess die Versicherte via Hausarzt bei der IV-Stelle das Gesuch um Ausrichten einer vollen Rente stellen (Vi-act. 98). Dabei wird zum einen auf den Sprechstundenbericht vom 16. August 2019 von Dr.med. J._____, Facharzt für Neurochirurgie und interventionelle Schmerztherapie, verwiesen, wonach bei der Versicherten die Diagnose eines chronischen cervikalen Schmerzsyndroms gestellt wurde, welches mittels einer Infiltration behandelt wurde und sich in der Folge stark verbesserte (Vi-act. 99-3/11 ff.). Andererseits wird auf den Verlaufsbericht vom 19. August 2019 von Dr.med. K._____ und der Assistenzärztin S._____, Triaplus, an den Hausarzt verwiesen, wonach die Patientin im Oktober 2018 von der Tagesstätte Lachen zur Tagesstätte Einsiedeln gewechselt habe. Im Juli 2019 habe sie sich auch von der Tagesstätte in Einsiedeln abgemeldet. Im Verlauf sei es zu einer Verschlechterung der psychischen Gesamtsituation gekommen; vor allem seien intensivere paranoide Ängste, überwertige Ideen und Körpermissempfindungen aufgetreten. Es liege auch eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik, teilweise wahnhaft überlagert, vor. Zur Zeit komme die Patientin ein- bis zweimal wöchentlich zu psychotherapeutischen Gesprächen. Eine stationäre Behandlung werde von der Patientin abgelehnt (Vi-act. 99-1/11 f.).

5.2 In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine psychiatrische Begutachtung durch Dr.med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Meggen. Nach Durchführung einer Untersuchung am 6. Mai 2020 erstattete Dr.med. L._____ am 2. Juni 2020 sein Gutachten (Vi-act. 114).

Im Rahmen der Begutachtung konnten gemäss Dr.med. L._____ keine Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsstörungen festgestellt werden. Der formale Gedankengang sei nicht depressiv gehemmt und es sei kein Dissoziieren festzustellen. Realitätsverkennungen seien nicht objektivierbar. Auch wahnhaftes Erleben könne nicht festgestellt werden. Insgesamt konnte der Gutachter keine psychiatrische Diagnose stellen (Vi-act. 114-25/41).

Im Gutachten bemängelt Dr.med. L._____ vorab, dass die Versicherte entgegen der Aufforderung im Einladungsschreiben kein Screening auf illegale Drogen habe durchführen lassen. Dies wäre erforderliche gewesen zur Abgrenzung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis gegenüber suchtmittelbedingten Störungen.

Eine Persönlichkeitsstörung konnte der Gutachter nicht feststellen. Gegen eine Persönlichkeitsstörung spreche auch der Umstand, dass die Versicherte eine mehrjährige Ehe führe. Zudem sei sie bis zur IV-Anmeldung immer wieder vollschichtig arbeitstätig gewesen. Ein seit der Jugend und Adoleszenz sich wie ein roter Faden durch die Biographie ziehende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F6),

die zahlreiche Lebensbereiche gleich durchdringe, sei nicht überwiegend wahrscheinlich.

Des Weiteren hält der Gutachter fest, dass die durchgeführte Beschwerdevalidierung ergeben hat, dass die Beschwerdeangaben der Versicherten mit praktischer Sicherheit ungültig seien. Psychopathologische Befunde, welche für das Vorliegen einer manifesten psychotischen Plussymptomatik oder eine depressive Episode sprechen würden, hätten zudem im klinischen Untersuchungsgespräch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden können. Eine krankhafte Fehlbeurteilung der Wirklichkeit liege bei der Versicherten nicht vor. Eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis bzw. schizoaffektiven Spektrum liege bei der Versicherten überwiegend wahrscheinlich nicht (mehr) vor.

Auch ein depressives Syndrom konnte der Gutachter nicht feststellen. Die Versicherte habe einen weitschweifigen und sprunghaften Gedankengang präsentiert, welcher nicht plausibel für eine depressive Episode sei. Die Bearbeitung des Beschwerdevalidierungsfragebogens sei ihr ohne Schwierigkeiten gelungen, was gegen höhergradige kognitive Auffälligkeiten spreche. Das Hautkolorit sei sonnengebräunt, was gegen einen sozialen Rückzug mit dem Narrativ "nur im Bett liegen" spreche. Auch eine dissoziative Symptomatik liege nicht vor. Die präsentierten formalgedanklichen Auffälligkeiten mit Sprunghaftigkeit und Weitschweifigkeit hätten durch strukturierte Befragung beendet werden können. Das Denkziel habe erreicht werden können, was gegen die Einordnung hin zu Zerfahrenheit spreche.

Im Weiteren weist der Gutachter darauf hin, dass das geschilderte soziale Funktionsniveau mit dem Focus auf reinen Defiziten und den Generalisierungen, überhaupt nichts mehr zu können, sehr unwahrscheinlich sei. Auch an leistungseinschränkenden psychischen Störungen leidende Betroffene hätten in der Regel eine Tagesstruktur. Die Versicherte habe jedoch erklärt, weitgehend nichts mehr zu machen und im Bett zu liegen, was nicht mit einer authentischen Schilderung von Ressourcen und Defiziten korreliere.

Gemäss dem Gutachter würden die von der Versicherten erzeugten Widersprüche (nicht authentische Beschwerdeschilderung) und unlogischen Angaben (u.a. das Äussern einschränkender psychopathologischer Symptome bei objektiv unauffälligem klinischem Untersuchungsbefund, nicht authentische Angaben in der Beschwerdevalidierung SRSI, mangelnde Mitwirkung: kein Drogen-UP vorgelegt) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegen die Authentizität der geltend gemachten psychischen Beschwerden sprechen. Die Versicherte habe anlässlich der Untersuchung angegeben, regelmässig und täglich die ihr verordnete Psy-

chopharmakotherapie einzunehmen. Die Medikamentenblutspiegelwert betr. Fluoxetin sei dabei ausserhalb des Referenzbereichs gewesen. Bei leistungseinschränkenden psychischen Gesundheitsstörungen würden in der Regel die Medikamentenblutspiegel aller eingenommenen Psychopharmaka im therapeutischen Bereich liegen und überdies würde eine Historie mehrerer stationärer psychiatrischer Behandlungen ohne zeitlichen Bezug zu einem IV-Revisionsverfahren vorliegen.

Da der Gutachter keine IV-relevante psychiatrische Gesundheitsstörung feststellen konnte, attestierte er eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in den bisherigen Tätigkeitsbereichen.

Eine Auseinandersetzung mit den divergierenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte findet zunächst insofern statt, als Dr.med. L. _____ festhält, die behandelnden Ärzte würden ihre Beurteilungen weitgehend auf die subjektiven Angaben der Versicherten abstützen, was im therapeutischen Kontext nachvollziehbar sei. Subjektive Angaben seien aber keine objektiven Befunde. Versicherungsmedizinisch sei daher eine Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung der Diagnosen auf Grundlage aller Fakten durchzuführen, die bei der Versicherten ergeben habe, dass ihre Beschwerdeangaben mit praktischer Sicherheit ungültig seien.

Im Weiteren nimmt der Gutachter Bezug zum Bericht der Klinik Oberwil vom 28. Januar 2004 betr. der Hospitalisation vom Juni 2002 (vgl. Vi-act. 6). Das dort geschilderte psychotische Zustandsbild mit Suizidalität habe bei der Untersuchung nicht festgestellt werden können. Eine differenzialdiagnostische Abgrenzung hin zu einer suchtmittelbedingten Verursachung könne dem Bericht vom 28. Januar 2004 nicht entnommen werden. Die Versicherte habe bei der gutachterlichen Untersuchung angegeben, "früher" vermehrt alkoholische Getränke konsumiert zu haben. Alkoholüberkonsum sei geeignet zur Auslösung der geschilderten Symptome. Bezüglich des SPD-Berichts vom 10. Februar 2004 (Dr.med. E. _____), in dem eine psychotische Symptomatik geschildert wird, verweist der Gutachter auf ein Schreiben des damaligen Arbeitgebers an die IV-Stelle, in welchem dieser festhält, die Versicherte habe exakt gearbeitet und man sei mit ihr zufrieden gewesen. Aufgrund von Telefonaten des Ehemannes sei das Arbeitsverhältnis wieder aufgelöst worden. Der Arbeitgeber kam zum Schluss, dass es sich bei der Anstellung nur um eine Alibiübung gehandelt habe (vgl. Vi-act. 10). Aus dem Schreiben zieht der Gutachter den Schluss, dass eine leistungseinschränkende IV-relevante psychische Störung aus dem schizoaffektiven Spektrum nicht vorgelegen habe; eine solche müsse sich auch in konkreten Verhaltensbeobachtungen im Alltag zeigen. Dies sei hier nicht der Fall gewesen. Der

damaligen Stellungnahme des RAD, wonach schizoaffektive Störungen von Ausen nicht unbedingt feststellbar seien und trotzdem eine wesentliche Krankheit darstellten, könne nicht gefolgt werden.

In Bezug auf den Bericht von Dr.med. E. _____ vom 20. September 2010 hält der Gutachter fest, dass darin verschiedene psychosoziale Faktoren erwähnt würden (Angst vor Arbeitslosigkeit, Loyalitätskonflikte), welche nicht losgelöst von der Beschwerdesymptomatik seien. Des Weiteren hält er fest, dass nach der IV-Revision im Jahr 2012 bis zur Behandlungsaufnahme im Jahr 2017 keine länger andauernden bzw. stationären psychiatrischen Behandlungen mehr dokumentiert seien. Die Angaben der Versicherten, wonach mehrere stationäre psychiatrische Hospitalisationen (2002, 2015 und 2016) stattgefunden hätten, hätten sich nicht verifizieren lassen. Die Versicherte sei dann erst wieder im Jahr 2017 psychiatrisch behandelt worden. Die von Dr.med. R. _____ erwähnten optischen Verknüpfungen und Ängste habe die Versicherte anlässlich der gutachterlichen Untersuchung nicht geschildert. Entgegen den Ausführungen im Bericht von Dr.med. R. _____ vom 22. Februar 2018 habe die Versicherte auch nicht ihren Hausarzt gewechselt. Die Versicherte habe die Laboruntersuchung für die Begutachtung durch ihren langjährigen Hausarzt Dr.med. F. _____ vornehmen lassen.

Als Fazit schliesst der Gutachter, dass die attestierten höhergradigen (Teil-) Arbeitsunfähigkeiten spätestens seit dem Referenzzeitpunkt der letzten IV-Revision nicht überwiegend wahrscheinlich mit einer IV-relevanten psychiatrischen Gesundheitsstörung zu erklären seien. Die psychischen Einschränkungen, die in den Befundberichten festgehalten worden seien, könnten - neben einem passageren Alkoholmissbrauch - nicht losgelöst von psychosozialen Belastungsfaktoren (Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzkonflikte) beurteilt werden. Eine Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit aufgrund einer IV-relevanten psychischen Erkrankung sei spätestens seit dem Referenzzeitpunkt der IV-Revision nicht überwiegend wahrscheinlich. Ob die bisherige medizinische Sachverhaltsdarstellung in den Akten, die als Grundlage der bisherigen IV-Verfügungen dienten, zweifellos unrichtig waren, sei seitens der Versicherungsmedizin anhand der ins Recht gelegten Unterlagen retrospektiv nicht konkreter zu beurteilen.

5.3 Der RAD-Arzt Dr.med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie, erachtete das Gutachten als nachvollziehbar und schlüssig (Stellungnahme v. 25.6.2020, Vi-act. 116).

5.4.1 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte die Versicherte ein ärztliches Zeugnis von Dr.med. N. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,

Einsiedeln, vom 25. März 2021 ein, wonach bei der Versicherten neu eine progrediente Osteochondrose C 5/6 und progrediente Diskusprotrusionen C 3-5 mit Kontakt zu den Nervenwurzeln C4 und C5 beidseits aufgetreten seien (Vi-act. 140-2/6).

5.4.2 Des Weiteren wird im Vorbescheidverfahren von Seiten der die Versicherte beratenden/unterstützenden Mitarbeiters der Pro Infirmis auf ein Telefongespräch vom 24. März 2021 mit dem Hausarzt Dr.med. F._____ verwiesen, welcher schilderte, dass die Versicherte dauernd seine Angestellten beschimpft habe und es auch immer wieder zu Beziehungsabbrüchen gekommen sei. Die Versicherte verhalte sich mit Sicherheit nicht wie eine gesunde Person (Vi-act. 139-2/4).

5.4.3 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens liess die Versicherte zudem eine Stellungnahme von Dr.med. K._____ und MSc T._____, Triaplus, vom 18. März 2021 zum Gutachten von Dr.med. L._____ einreichen (Vi-act. 140-3/6 ff.). Diese zeigten sich vorab überrascht, dass keine psychiatrische Diagnose bestehen soll. Dies widerspreche massiv dem dokumentierten Längsverlauf und der Einschätzung von diversen Behandlern. Es entstehe der Eindruck, dass der Gutachter vor allem die Glaubwürdigkeit der Patientin in Frage stellen und eine Begehrungshaltung beschreiben wolle. Es wird im Weiteren auf verschiedene Fehleinschätzungen verwiesen:

- Entgegen der sinngemässen Vermutung von Dr.med. L._____ sei die Versicherte im September 2019 in der Klinik Zugersee hospitalisiert gewesen.
- Die Zurückhaltung bei der Beschreibung der Tagesstruktur und der Biographie sei durch Misstrauen gegenüber dem Gutachter erklärbar.
- Für die Schmerzen bestünden objektivierbare Befunde. Dass sie diese nicht spontan geschildert habe, hänge möglicherweise mit der Begutachtung zusammen.
- Die Beschwerdeschilderung der Patientin sei seit Jahren durch die paranoid-misstrauische Verarbeitungsweise sowie eine ängstlich-depressive Fokussierung auf kognitive Defizite, fehlende Kraft und Schmerzen eingeeengt. Ihre "nicht-authentische Beschwerdeschilderung" sei durch die psychiatrische Problematik bedingt.
- Entgegen dem Gutachten habe mehrfach eine mehrjährige psychiatrische Behandlung bestanden. Im Wesentlichen sei die Patientin seit Mai 2002 bis aktuell bei ihnen in Behandlung. Zwischenzeitlich sei sie zudem bei einer ambulanten Psychotherapeutin ausserhalb der Triaplus in Behandlung gewesen. Zudem sei es zu sechs Hospitalisierungen gekommen. Bei chronifi-

zierten Verläufen sei es nicht ungewöhnlich, dass sich Patienten einer Behandlung entziehen oder auf niedrigem Funktionsniveau ohne Behandlung leben würden. Die Patientin sei in Bezug auf die psychiatrische Problematik dissimulierend. Sie sei trotz mehrfacher Hospitalisierung auch mit psychotischen Symptomen insbesondere bezüglich ihrer paranoiden Verarbeitungsweise nicht krankheitseinsichtig. Die psychopharmakologische Behandlung sei auch während den "Behandlungsunterbrüchen" über den Hausarzt unverändert weitergelaufen. Die Compliance sei im Laufe der Jahre gestiegen.

- Der Vorwurf an die Patientin, zur Begutachtung kein Drogenscreening mitgebracht zu haben, erscheine unangebracht. Die Patientin habe sich einer mangelnden Mitwirkung nicht bewusst sein können, da sie die Einladung ihrem Hausarzt abgegeben habe im Vertrauen darauf, dass dieser die notwendigen Tests veranlassen werde.
- Die langjährige Beziehung zum Ehemann spreche nicht gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung. Die Patientin habe nur diese eine stabile Beziehung. Das Ehepaar lebe sehr isoliert und der Ehemann sei häufig überfordert. Er könne sich den misstrauischen Befürchtungen der Patientin nicht entgegensetzen. Im Behandlungssetting sei es häufig zu Beziehungsabbrüchen gekommen (Therapeutenwechsel). Die Aufenthalte in der Tagesstätte seien aufgrund von sexualisierten Beziehungsideen abgebrochen worden. Die Praxisassistentin des Hausarztes sei von der Patientin verdächtigt worden, ihr schaden zu wollen (sie wolle, dass sie mit den abgegebenen Medikamenten Suizid begehe / habe ihr Medikamente vorenthalten / habe sie grob behandelt / habe sie angeschrien). Es sei zudem über schwierige Beziehungen zu verschiedenen Nachbarn berichtet worden. Der Kontakt zu den Herkunftsfamilien (abgesehen von einer Schwester) sei abgebrochen. Der Ehemann habe den Hausarzt wechseln müssen, da die Patientin überzeugt sei, er nehme die negative Energie von der Hausarztpraxis nach Hause.
- Dass im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung keine paranoiden Symptome festgestellt werden konnten, wird auf die Dissimulierung zurückgeführt, welche auch im therapeutischen Kontext geschehe und jeweils durch die Schilderungen aus dem persönlichen Umfeld, der Tagesstätte oder den ärztlichen Behandlern habe erkannt werden können. Für sämtliche Behandler sei eine paranoide Störung klar gegeben.
- Bei der Beurteilung des Medikamentenblutspiegels seien teilweise Werte für Medikamente beigezogen worden, welche der Patientin zum Zeitpunkt der Begutachtung entweder nicht verordnet waren (Lorazepam) oder ledig-

lich als Bedarfsmedikation abgegeben worden seien (Alprazolam). Auf den Spiegel von Pregabalin sei indes nicht eingegangen worden. Offensichtlich nehme die Patientin die Medikamente aber ein.

5.4.4 Mit Schreiben vom 21. September 2021 nahm Dr.med. L. _____ Stellung zu den Ausführungen von Dr.med. K. _____ und MSc T. _____ (Vi-act. 146). Dabei führt er u.a. aus:

- bezüglich des fehlenden Drogenscreenings habe er gegenüber der Versicherten keinen Vorwurf erhoben;
- eine Persönlichkeitsstörung sei nicht allein wegen der stabilen Beziehung zum Ehemann verneint worden, sondern weil die Katamnese der Versicherten weitgehend unauffällig verlaufen sei. Auffälligkeiten bezüglich des Charakters seit der Kindheit und Jugend würden fehlen und sie sei bis zur 1. IV-Anmeldung während zwei Jahren in einem vollen Pensum in einer Schmuckfabrik erwerbstätig gewesen;
- eine Dissimulation sei nicht plausibel, da die Versicherte selbst ein Rentenbegehren geäussert habe. Im Self-Report Symptom Inventory Test habe die Versicherte zudem nahezu alle potenziell genuinen Beschwerden und Pseudobeschwerden gezeigt, weshalb gerade keine Dissimulation von Beschwerden vorliege;
- die vom Hausarzt geschilderten Eindrücke seien überwiegend wahrscheinlich nicht mit einer psychiatrischen Diagnose zu erklären, welche sich auf die berufliche Leistungsfähigkeit auswirke.

5.4.5 Gemäss Arztbericht vom 15. Oktober 2021 von Dr.med. N. _____, hat die Versicherte im Februar 2021 in seine Hausarztpraxis gewechselt. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führt er eine langjährige schizoaffektive Störung (F25.3) sowie ein chronisches cervicospondylogenes Syndrom (progreredient) an. Zur Arbeitsfähigkeit äussert er sich nicht, sondern verweist auf die Beurteilung durch die Triaplus (Vi-act. 147). Auf Nachfrage hielt Dr.med. N. _____ fest, dass bezüglich der HWS-Beschwerden keine Behandlung bei ihm stattfinde (Vi-act. 149-2/2).

5.5 Der RAD-Arzt Dr.med. P. _____ hält mit Stellungnahme vom 15. Juli 2022 fest, dass die fachpsychiatrische Auseinandersetzung von Dr.med. L. _____ mit den Einwänden umfassend und nachvollziehbar sei. Bezüglich der HWS-Problematik bestehe weder eine fach- noch eine hausärztliche Behandlung (Vi-act. 153).

6.1 Die Vorinstanz geht in der angefochtenen Verfügung gestützt auf das psychiatrische Gutachten davon aus, dass im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprechung eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten sei und eine volle Arbeitsfähigkeit in den bisherigen Tätigkeiten wie auch in allen bildungsangepassten Verweistätigkeiten bestehe. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und damit ein IV-Grad sei nicht gegeben (Vi-act. 155).

6.2 Die Beschwerdeführerin wendet ein, das Gutachten vom 2. Juni 2020 spreche sich nicht hinreichend darüber aus, inwiefern eine Verbesserung des Gesundheitszustandes stattgefunden habe. Im Gutachten erfolge eine Neubeurteilung des Sachverhaltes, wie er zum Zeitpunkt der Rentenzusprache bestanden habe. Der Gutachter würde zwar keine IV-relevanten Diagnosen aus dem psychiatrischen Fachgebiet mehr feststellen, dies sei jedoch nicht auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes, sondern auf die von den behandelnden Fachärzten abweichende Einschätzung zurückzuführen. Das Gutachten setze sich nicht mit der Entwicklung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der letzten Rentenzusprache (letzte Revision vom 7.9.2018) auseinander. Der Gutachter verneine vielmehr die bisherige Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, wobei sich der Gutachter nicht mit dem beruflichen und persönlichen Werdegang der Beschwerdeführerin auseinandersetze. Es finde auch keine Auseinandersetzung mit den Befunden der Behandler statt. Indem der Gutachter sich im Wesentlichen auf den früheren Alkoholmissbrauch und die damaligen psychosozialen Belastungsfaktoren (Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzkonflikte) berufe, führe er eine Neubeurteilung desselben Sachverhaltes durch. Mangels Änderung der tatsächlichen Verhältnisse seien die Voraussetzungen für die Anpassung der laufenden Rente nicht erfüllt.

Für den Fall, dass eine Revision als zulässig erachtet werde, sei das Gutachten von Dr.med. L. _____ als unvollständig, nicht nachvollziehbar und widersprüchlich zu qualifizieren. Es stehe im Widerspruch zu sämtlichen anderen aktenkundigen Unterlagen, welche eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen anerkennen würden. Der Gutachter scheine voreingenommen. Er verliere sich in Details, mit den zahlreichen fundierten Berichten der behandelnden Fachärzte setze er sich aber nicht auseinander. Die Berichte der stationären Aufenthalte habe er nicht eingeholt. Auch die Laborwerte betr. Alkohol- bzw. Suchtmittelmissbrauch habe er nicht eingeholt. Die Beschwerdeführerin verweist zudem auf die Stellungnahme von Dr.med. K. _____ und MSc T. _____, Triplus, vom 18. März 2021.

Zu Unrecht sei im Gutachten verkannt worden, dass ihr Lebenslauf durch viele berufliche Wechsel geprägt sei. Auch ergebe sich aus den Berichten der psychiatrischen Klinik, dass die Beschwerdeführerin zwischenmenschliche Konflikte mit ihrem Umfeld habe (Nachbarn, Verwandte, Tagesstätte Lachen und Einsiedeln), was immer wieder zu Problemen am Arbeitsplatz geführt habe.

6.3 Die Vorinstanz hält vernehmlassend fest, der Gutachter habe spätestens im Zeitpunkt seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21. September 2021 von den stationären Aufenthalten Kenntnis gehabt. Wäre er davon ausgegangen, dass diese von Relevanz für seine Beurteilung seien, hätte er diese noch einholen können. Indem er dies unterlassen habe, sei davon auszugehen, dass die Berichte nichts an der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin geändert hätten.

7.1.1 Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass die Versicherte seit vielen Jahren in psychiatrischer Behandlung ist und bis anhin sieben Mal in der Klinik Zugersee hospitalisiert war, wobei lediglich zwei dieser stationären Aufenthalte in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem vorliegend zu beurteilenden Revisionsverfahren gestellt werden können. Eine Hospitalisation fand statt, nachdem der Hausarzt das Gesuch um Ausrichtung einer vollen Rente für die Versicherte gestellt hat, wobei die Versicherte zunächst eine stationäre Behandlung - welche von Dr.med. K. _____ als notwendig erachtet wurde (vgl. Vi-act. 99-1/11 f.) - abgelehnt hatte. Der Gutachter hat diese stationären Behandlungen (abgesehen von der ersten aktenmässig erstellten stationären Behandlung von 2002) bei seiner Beurteilung nicht berücksichtigt. Vielmehr führt er im Gutachten aus, dass bei leistungseinschränkenden psychischen Störungen in der Regel eine Historie mehrerer stationärer psychiatrischer Behandlungen ohne zeitlichen Bezug zu einem IV-Revisionsverfahren vorliegen würden, was er für die Beschwerdeführerin zu Unrecht verneint (Vi-act. 114-29/41). Er hat auch der Schilderung der Versicherten, wonach sie 2019 in der Klinik Zugersee hospitalisiert gewesen sei, offensichtlich nicht geglaubt, denn er hat die entsprechende Schilderung der Versicherten mit dem Vermerk "sic" versehen und keine weitergehende Abklärung bei der Klinik gemacht (bzw. insbesondere keinen Bericht bei der Klinik eingeholt). In Bezug auf die Angaben der Versicherten, wonach Hospitalisationen in den Jahren 2015 und 2016 stattgefunden hätten, hielt der Gutachter fest, diese hätten sich nicht "verifizieren lassen". Offensichtlich hat er aber bei der Klinik Zugersee gar nicht nachgefragt.

7.1.2 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens hat die Versicherte folgende Berichte der Klinik Zugersee eingereicht, welche vom Gutachter unstri-

tig nicht berücksichtigt worden sind und keine Aufnahme in der Anamnese fanden (berücksichtigt hat er einzig den ersten Klinikaufenthalt von 2002):

- Mit Bericht vom 25. November 2015 wird gegenüber dem Hausarzt über den Aufenthalt vom 14. bis 24. November 2015 berichtet (Bf-act. 2). Dabei wurde die Diagnose einer schizofaktiven Störung, gegenwertig depressiv (F25.1) gestellt. Zum Verlauf wird ausgeführt, die Patientin habe sich zu Beginn paranoid-wahnhaft präsentiert. Im Rahmen der psychotherapeutischen Interventionen sei bei der Patientin eine deutliche Externalisierung negativer Denkinhalte nach Aussen im Sinne eines expansiv-paranoiden Syndroms festgestellt worden. Die Patientin habe jedoch ihre Ressourcen wieder aktivieren können (durch eine Aufdosierung von Olanzapin).
- Die dritte Hospitalisation in der Klinik Zugersee fand vom 21. bis zum 26. Juli 2016 statt (Bf-act. 3). Es wurde wiederum die Diagnose einer schizoaffektiven Störung gestellt. Zum Verlauf wird festgehalten, dass die Versicherte an olfaktorischen Halluzinationen leide. Nach einer Aufdosierung von Olanzapin sei die Patientin motorisch und innerlich ruhiger sowie adäquater im Gespräch geworden. Die olfaktorischen Halluzinationen seien kurz nach der Erhöhung der Medikation verschwunden. Der Gedankengang sei inkohärent und eingeengt geblieben.
- Die vierte Hospitalisation in der Klinik Zugersee dauerte vom 30. Mai bis 7. Juni 2018. Erneut wurde die Diagnose einer schizoaffektiven Störung mit gegenwärtig depressiver Episode gestellt, neu wurde zudem die Verdachtsdiagnose einer psychischen und Verhaltensstörung durch Sedative oder Hypnotika (Abhängigkeitssyndrom F13.2) gestellt. Die zunehmende Verschlechterung des psychischen Zustandes mit Traurigkeit, Schlafstörungen, Erschöpfung und paranoiden Wahngedanken wurde im Rahmen der Grunderkrankung gesehen. Die Patientin habe über Schmerzen im Bereich Thorax, Rücken und Bauch berichtet, für welche keine organische Genese auffindbar gewesen sei. Möglicherweise handle es sich um eine Somatisierung im Rahmen der depressiven Entwicklung. Die Patientin habe Alprazolam eher regelmässig eingenommen, so dass möglicherweise bereits eine Benzodiazepinabhängigkeit bestehe. Für ein kontrolliertes Ausschleichen der Benzodiazepine sei die Patientin aktuell nicht zu gewinnen. Durch psychotherapeutische Behandlung inkl. medikamentöse Unterstützung habe die wahnhaft-paranoide Symptomatik deutlich reduziert werden können. Am 7. Juni 2018 habe die Patientin berichtet, dass sie sich wieder stabil fühle und am Folgetag zur Arbeit gehen wolle. Es wurde für den Austrittszeitpunkt eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert. Die Laborkontrolle ergab unauffällige Befunde.

- Die fünfte Hospitalisation in der Klinik Zugersee dauerte vom 23. September bis zum 1. Oktober 2019. Wiederum wurde die Diagnose einer schizoaffektiven Störung, gegenwärtig depressiv, gestellt (Bf-act. 5). In der Beurteilung wird ausgeführt, dass durch die medikamentöse Neueinstellung und die psychotherapeutische Behandlung rasch eine Besserung der Symptomatik eingetreten sei. Im Austrittsbericht wird zudem ausgeführt, dass über die Tagesstruktur der Patientin nach dem Austritt gesprochen worden sei. In der Vergangenheit habe sie die Tagesstätte in Lachen besucht, aufgrund eines Konflikts mit einer Leiterin aber abgebrochen und in die Tagesstätte nach Einsiedeln gewechselt. Dort sei es ebenfalls zu einer Konfliktsituation mit einer Leiterin gekommen, welche die Patientin an eine Konfliktsituation mit ihren Mitarbeiterinnen im Jahr 2002 erinnert habe. Aufgrund dessen habe die Patientin den Besuch in der Tagesstätte Einsiedeln auch abgebrochen. Auch bestehe eine belastende Wohnsituation in U. _____; die Patientin fühle sich von den Nachbarn beobachtet, weshalb sie nach Lachen ziehen möchte. Es wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert.
- Die sechste Hospitalisation zur Krisenintervention dauerte vom 8. Mai bis zum 15. Mai 2020 (Bf-act. 6). Es wurde wiederum die Diagnose einer schizoaffektiven Störung, gegenwärtig depressiv, gestellt. Psychotische Symptome wurden allerdings nicht beschrieben. Die Aufnahme erfolgte aufgrund eines depressiven Syndroms. In den psychotherapeutischen Einzelgesprächen habe die Patientin als Auslöser der aktuellen Krise ein Gespräch mit dem IV-Gutachter genannt, welches zwei Tage vor Eintritt stattgefunden habe. Dieser habe sie ausführlich nach möglichem Drogenkonsum befragt. Dies habe sie stark verunsichert, sie habe starkes Gedankenkreisen betreffen dem Inhalt des Gesprächs entwickelt und habe sich nicht abgrenzen können.
- Im Rahmen einer Notfallzuweisung von Dr.med. N. _____ ins Spital Einsiedeln wurde die Versicherte am 2. August 2022 durch Dr.med. Q. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht. Dieser stellte die Diagnose eines aktuell gemischten Zustands bei vordiagnostizierter schizoaffektiver Störung F31.6. Zum Procedere führte Dr.med. Q. _____ aus, aktuell sei die Situation kurz vor der psycho-sozialen Volldekomensation, in welcher es der Patientin nicht mehr möglich sein werde, einer Hospitalisation zuzustimmen. Er empfehle deshalb unbedingt eine möglichst schnelle stationäre Unterbringung. Wenn sie, wie angedeutet, unmittelbar von einem schwer depressiven Zustand in eine manische Krise wechsele, würde eine Hospitalisation gegen ihren Willen wahrscheinlich (Bf-act. 8).

In der Folge war die Versicherte vom 2. August bis zum 12. August 2022 zum siebten Mal in der Klinik Zugersee hospitalisiert. Im Austrittsbericht werden neben der Hauptdiagnose einer schizoaffektiven Störung, gegenwärtig depressiv, die Nebendiagnose einer psychischen Verhaltensstörung durch Sedative oder Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom (F13.2) genannt (Bf-act. 9). Die Versicherte hat gegenüber den Behandlern erwähnt, dass sie am 29. Juli 2022 von der IV-Stelle den Entscheid bekommen habe, wieder 100% arbeiten zu können. In der Beurteilung wird ausgeführt, dass die Versicherte aufgrund depressiver Dekompensation bei vorbekannter schizoaffektiver Störung aufgenommen worden sei. Die Aufnahme habe zu einer Entlastung geführt, wobei insbesondere die Spezialtherapien und die medikamentöse Optimierung zu einer Stabilisation des Zustandsbildes geführt habe. Noxen werden verneint, Laboruntersuchungen wurden gemacht.

Im vorliegenden Verfahren wurde zudem ein Bericht von Dr.med. K. _____ und MSc T. _____, Triplus, vom 8. September 2022 eingereicht, in dem ausgeführt wird, dass die Patientin in den letzten Wochen zunehmend paranoid dekompenziert sei. Sie habe sich von einem Nachbarn ständig beobachtet gefühlt. Als dann auch noch ein negativer IV-Entscheid dazu gekommen sei, sei sie vom Ehemann in den Notfall des Spitals Einsiedeln gebracht worden. Beim Erstgespräch habe die Patientin angegeben, dass sie wieder wie gewohnt im Haushalt funktionieren könne. Die Patientin erlebe sich deutlich stabiler und könne sich von ihren zuvor bestehenden paranoiden Gedanken distanzieren (Bf-act. 10).

7.1.3 Die fehlende Berücksichtigung der über die Jahre immer wieder durchgeführten stationären Behandlungen und der Umstand, dass der Gutachter ohne weitere Abklärungen die entsprechenden Schilderungen der Versicherten gar bestreitet, stellen einen erheblichen Mangel des Gutachtens dar. Der Gutachter geht davon aus, dass bei der Versicherten überhaupt keine psychische Erkrankung vorliegt und vormals von den behandelnden Ärzten festgestellte psychotische Episoden mit dem übermässigen Konsum von Alkohol oder Drogen in Zusammenhang stehen könnten. Aus den diversen Berichten der Klinik Zugersee ergibt sich, dass regelmässig Laborbefunde erhoben wurden. Die Ergebnisse werden zwar nicht in allen Berichten erwähnt, es ist aber davon auszugehen, dass Laborwerte, welche aus psychiatrischer Sicht von Relevanz wären (insbesondere Substanzmissbrauch), erwähnt worden wären. Auch insofern vermag das Gutachten nicht zu überzeugen.

7.2 Der Gutachter hält korrekt fest, dass gemäss der Medikamentenspiegelmessung entgegen den Angaben der Versicherten, keine Antidepressiva eingenommen wurden. Allerdings weisen Dr.med. K._____ und MSc T._____ in ihrer Stellungnahme vom 18. März 2021 korrekt darauf hin, dass auf das verschriebene Medikament Pregabalin nicht eingegangen werde. Dieses nehme die Versicherte offensichtlich ein. Aus den Messdaten ergibt sich zudem, dass Alprazolam (Xanax) im unteren Referenzbereich und die Ratio von Olanzapin innerhalb des Referenzbereiches lagen (Vi-act. 114-25/41). Es ist mithin nicht so, dass die Versicherte überhaupt keine Medikamente einnahm. Aus den Resultaten der Messung des Medikamentenspiegels kann mithin entgegen der Ansicht des Gutachters nicht ohne Weiteres auf einen fehlenden Leidensdruck geschlossen werden.

7.3 Der Gutachter erachtete im Weiteren die Durchführung eines Drogenscreenings zur Abgrenzung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis als obligat. Es ist unbestritten, dass die Versicherte beim Hausarzt zwar eine Blutentnahme veranlasst hat, dann jedoch nur eine Messung des Medikamentenspiegels und kein Drogenscreening durchgeführt wurde. Es ist ebenfalls unbestritten, dass in der Einladung zur Begutachtung die Durchführung eines Drogenscreenings verlangt wurde. Es ist aber nicht ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin ein solches absichtlich nicht hat durchführen lassen. Wenn der Gutachter festhält, die Versicherte habe "in Ermangelung ihrer Mitwirkung" die Objektivierung eines etwaigen Suchtmittelgebrauchs "verunmöglicht", kann ihm nicht gefolgt werden und entgegen seiner Stellungnahme vom 21. September 2021 ist seinen Ausführungen zum unterbliebenen Drogenscreening im Gutachten durchaus ein Vorwurf gegenüber der Versicherten zu entnehmen. Weshalb die Versicherte anlässlich der Begutachtung kein Drogenscreening vorlegen konnte, wird von den Dr.med. K._____ und MSc T._____ in der Stellungnahme vom 18. März 2021 nachvollziehbar dargelegt und es kann darauf verwiesen werden (vgl. Vi-act. 150-3/6 ff.). Nachdem der Gutachter das Vorliegen eines Drogenscreenings für die diagnostische Abgrenzung aber offenkundig als "obligat" erachtete, ist nicht nachvollziehbar, weshalb er die Begutachtung ohne Durchführung dieser Labortests gemacht hat. Auch insofern ist das Gutachten als unvollständig zu erachten. Die Versicherte hat im Übrigen im vorliegenden Verfahren ein entsprechendes Screening (Drogen und Alkohol) eingereicht, welches keine auffälligen Befunde ergab (Bf-act. 11 und 12).

7.4 Der Krankheitsverlauf wird von den behandelnden Ärzten durchwegs als erheblich fluktuierend beschrieben, was gerade ein Wesenselement der schizoaffektiven Störung - welche in Episoden auftritt - ausmacht (vgl. Dil-

ling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Auflage, S. 152). Dass der Gutachter im Zeitpunkt seiner Untersuchung eine psychotische Symptomatik nicht feststellen konnte, spricht deshalb für sich nicht gegen das Vorliegen dieser Krankheit.

Andererseits ist nicht zu verkennen, dass der Gutachter eine Beschwerdevalidierung durchgeführt hat und danach die Beschwerdeangaben der Versicherten als unglaubwürdig zu qualifizieren sind. Soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, liegt keine Gesundheitsstörung vor. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns (dazu BGE 140 V 193 E. 3.3) ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Beschwerden angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49 E. 1.2) Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag eine versicherte Gesundheitsschädigung allerdings nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. Urteile BGER 8C_95/2019 v. 3.6.2019 E. 6.2 und 6.3.3; 8C_445/2018 v. 6.11.2018 E. 5.4; 9C_154/2016 v. 19.10.2016 E. 4.3). Vorliegend ist aber gestützt auf den langjährigen, dokumentierten Krankheitsverlauf nicht auszuschliessen, dass das vom Gutachter festgestellte aggravatorische Verhalten auf eine krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen ist bzw. mit dieser zusammenhängt. Eine Auseinandersetzung mit dieser Frage findet im Gutachten nicht statt. Entgegen der sinngemässen Ansicht des Gutachters ist die Versicherte seit vielen Jahren in psychiatrischer Behandlung. Die Medikation wurde immer wieder angepasst, allerdings war die Compliance nicht durchwegs gegeben, was allerdings für sich allein nicht gegen die Krankheitswertigkeit der Störung spricht, zumal gerade bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis die Compliance häufig nicht gut ist, was gerichtsnotorisch ist. Die Versicherte war diverse Male wegen psychischen Erkrankungen hospitalisiert, wobei sie teilweise verfrüht und gegen die Empfehlung der Ärzte

wieder austrat. Dokumentiert sind im Übrigen auch ein sozialer Rückzug (Kontakt nur zum Ehemann, kein Familienkontakt), wiederkehrende soziale Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, welche zu wiederholten Arbeitsplatzwechseln führten (z.T. weil sie sich von anderen Arbeitnehmern belästigt oder bedroht fühlte) sowie familiäre und nachbarschaftliche Konflikte, wobei irrationale Ängste und Unterstellungen der Beschwerdeführerin mit diesen Konflikten in Zusammenhang stehen. Die Schilderungen des Hausarztes Dr.med. F._____, wonach die Versicherte seine Angestellten wiederholt beschimpft habe und es immer wieder zu Beziehungsabbrüchen gekommen sei, hat der Gutachter nicht akzeptiert. Gestützt auf den Umstand, dass sie die Laboruntersuchung vor der Begutachtung durch Dr.med. F._____ durchführen liess, ging er davon aus, dass es keinen Hausarztwechsel gegeben habe. Aus den medizinischen Akten ergibt sich aber, dass es immer wieder zu Behandlungs- bzw. Beziehungsabbrüchen mit verschiedenen Ärzten gekommen ist und die Versicherte insbesondere auch somatisch empfohlene Abklärungen und Behandlungen abgebrochen hat. Es bestand zwar eine langjährige Betreuung durch den Hausarzt Dr.med. F._____, dann hat die Versicherte während kurzer Zeit zu Dr.med. V._____, U._____, gewechselt (dieser hat die neurologische Abklärung veranlasst, vgl. Vi-act. 85-6/8), dann wechselte sie wieder zu Dr.med. F._____ (Vi-act. 98), anschliessend zu Dr.med. N._____, Einsiedeln (vgl. Vi-act. 140-2/6). Zudem hat die Versicherte die neurologische Behandlung, welche grundsätzlich erfolgreich begonnen wurde, nach kurzer Zeit ohne nachvollziehbare Begründung abgebrochen, obwohl eine grundsätzlich schwerwiegende Verdachtsdiagnose gestellt worden ist. Dieses Verhalten lässt sich mit der vom Gutachter aufgestellten These der Aggravation kaum erklären. Der Gutachter setzt sich mit der neurologischen Situation der Versicherten bzw. mit der Verdachtsdiagnose Parkinson und dem Behandlungsabbruch durch die Versicherte im Übrigen nicht auseinander. Auch insofern ist das Gutachten nicht überzeugend bzw. weist Lücken auf.

7.5 Nicht zu überzeugen vermag das Gutachten auch insofern, als dass er die Beschreibung der psychotischen Symptomatik im Bericht von Dr.med. E._____ vom 10. Februar 2004 mit einem Schreiben eines Arbeitgebers vom 2. März 2004 zu widerlegen versucht. Der Arbeitgeber (Bäckerei W._____) hält im fraglichen Schreiben fest, die Versicherte habe am 1. Oktober 2003 ihre Arbeit aufgenommen und sie habe exakt gearbeitet. Er sei dann aber vom Ehemann telefonisch kontaktiert worden und anschliessend habe die Versicherte den Arbeitsvertrag wieder auflösen wollen. Der Arbeitgeber stellte die Vermutung auf, die Anstellung sei nur eine "Alibiübung" gewesen und der Ehemann habe gar keine Anstellung für seine Frau organisieren wollen (Vi-act. 10-1/2). Die Vorinstanz hat diesem Schreiben nach Rücksprache mit dem RAD keine Beachtung

geschenkt. Der RAD-Arzt hielt damals fest, schizoaffektive Störungen seien von Aussen nicht unbedingt feststellbar und stellten trotzdem eine wesentliche Krankheit dar (Vi-act. 16-3/3). Es ist diesbezüglich nochmals darauf hinzuweisen, dass die schizoaffektive Störung in Episoden auftritt. Die Versicherte war beim fraglichen Arbeitgeber gemäss IK-Auszug nur wenige Stunden beschäftigt (sie hat insgesamt ein Einkommen von Fr. 279 erzielt, Vi-act. 75). Sie war im Übrigen neben dieser Tätigkeit im Restaurant X. _____ erwerbstätig. Diese Tätigkeit hat sie bis Ende 2006 ausgeübt. Das fragliche Schreiben vermag die fachärztliche Einschätzung der behandelnden Psychiaterin nicht zu widerlegen. Die anderslautende Schlussfolgerung des Gutachters ist nicht überzeugend.

7.6 Insgesamt weist das psychiatrische Gutachten zahlreiche Ungereimtheiten auf. Es geht in diversen Punkten von falschen Annahmen aus, wobei sich der Gutachter nicht die Mühe gemacht hat, von ihm als falsch vermutete Angaben der Versicherten zu überprüfen (z.B. Hospitalisationen in der psychiatrischen Klinik, diverser Ärzteswechsel, Drogenscreening, Dauer der psychiatrischen Behandlung). Die Anamnese weist erhebliche Lücken auf und die Beurteilung ist aufgrund der verschiedenen Lücken und fehlerhaften Annahmen des Gutachters nicht einleuchtend. Einem 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 nachvollziehbar sind (Urteil BGer 9C_418/2010 v. 29.8.2011 E. 4.3 m.H.).

Wie vorstehend in E. 2.1.2 dargelegt, kann gemäss der Rechtsprechung eine früher nicht gezeigte Aggravation oder eine ähnliche Konstellation, die eindeutig über die blosser Tendenz zur Beschwerdeausweitung und -verdeutlichung hinausgeht, eine relevante Tatsachenänderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG darstellen. Indem sich das Gutachten mit dieser Problematik auseinandersetzt, bezieht es sich grundsätzlich genügend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhaltes. Nach den medizinischen Akten bestanden vor der Begutachtung im Mai 2020 keine hinreichend klaren Hinweise für das Vorliegen eines (krankheitsunabhängigen) aggravatorischen Verhaltens. Allerdings vermag das vom Gutachter festgestellte aggravatorische Verhalten der Versicherten für sich aufgrund der aufgezeigten Mängel des Gutachtens den Nachweis eines (neu eingetretenen) Ausschlussgrundes nicht zu erbringen. Insofern kommt dem Gutachten kein Beweiswert zu. Die Mängel des Gutachtens lassen es nicht zu, gestützt darauf eine revisionsrechtlich erhebliche Verbesserung des Gesund-

heitszustandes anzunehmen. Im Übrigen ist auch die neurologische Situation völlig ungeklärt.

7.7. Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es - wie vorstehend in E. 2.2 dargestellt - nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteile BGer 9C_540/2020 v. 18.2.2021 E. 4.2; 9C_273/2014 v. 16.6.2014 E. 3.1.1 m.H.; BSK ATSG, Flückiger, Art 17 Rz 19 m.H.).

Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die aktenkundigen anderen medizinischen Unterlagen eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung zulassen. Es liegen diesbezüglich die Berichte der behandelnden Ärzte vor. Die Behandler der Triaplus gehen von einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus; mit Stellungnahme vom 23. April 2021 halten sie fest, dass eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt nicht dauerhaft gegeben sei (Vi-act. 140-1/6). Diese Einschätzung, welche grundsätzlich von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgeht, wird allerdings nicht begründet. Der aktuellste in den Akten befindliche Bericht der Triaplus Klinik Zugersee vom 23. August 2022 spricht sich zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten nicht aus (Bf-act. 9). Auch der Bericht von Dr.med. K. _____ und MSc T. _____ vom 8. September 2022 zu Händen der Triaplus Klinik Zugersee, nimmt keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit (Bf-act. 10). Insgesamt lassen die vorhandenen medizinischen Akten keine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung zu. Der Sachverhalt ist ungenügend abgeklärt. Die IV-Stelle wird weitere Abklärungen zu treffen und erneut über den Rentenanspruch zu entscheiden haben, zumal auch die neurologische Situation der Versicherten ungeklärt ist.

8.1 Zu prüfen bleibt noch der Antrag der Beschwerdeführerin, die Kosten des von ihr nach der Begutachtung in Auftrag gegebenen Drogen- und Alkoholscreenings (vgl. Bf-act. 11 und 12) seien durch die Vorinstanz zu übernehmen. Gemäss den Ausführungen des Gutachters sei es unerlässlich gewesen, ein Drogen- und Alkoholscreening durchzuführen, um die schizoaffektive Störung zu beurteilen. Es wäre Aufgabe des Gutachters gewesen, ein solches Screening durchzuführen oder zu veranlassen.

Die Vorinstanz wendet ein, die Beschwerdeführerin habe selber dazu beigetragen, dass ein Screening nicht durchgeführt werden können.

8.2 Gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die

Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden.

Mit der Einladung zur Begutachtung wurde die Versicherte aufgefordert, Laborbefunde hinsichtlich der eingenommenen Medikamente und ein Screening des Urins in Bezug auf die Bewusstseinstätigkeit beeinträchtigende Substanzen (es folgt dabei eine lange Auflistung diverser Substanzen) sowie weiterer Werte mitzubringen (Vi-act. 109). Die Versicherte liess die Laboruntersuchungen beim Hausarzt durchführen, allerdings wurde kein Alkohol- und Drogenscreening durchgeführt. Wie bereits erwähnt, ist nicht ersichtlich, dass die Versicherte sich diesbezüglich unkorrekt verhalten hätte. Sie bzw. die behandelnden Ärzte der Triplus legen nachvollziehbar dar, dass die Versicherte die umfangreiche und für einen medizinischen Laien fremder Muttersprache kaum in allen Teilen verständliche Aufforderung des Gutachters in der Hausarztpraxis abgegeben hat, im Vertrauen darauf, dass die erforderlichen Laboruntersuchungen veranlasst würden. Nachdem das Drogen- und Alkoholscreening vom Gutachter als obligat erachtet worden war und von diesem auch angeordnet worden ist, sind die fraglichen Kosten dafür auch vom Versicherungsträger zu übernehmen, nachdem der Versicherten das Versehen der Hausarztpraxis und die Untätigkeit des Gutachters nicht angelastet werden kann und das Screening gemäss Gutachter für die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten "obligat" ist.

9. Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten (wie auch der Zusprechung einer Parteientschädigung) als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei, und zwar unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wurde (vgl. u.a. Urteil BGer 8C_78/2009 v. 31.8.2010, teilw. publ. in BGE 136 II 393ff. E. 12.1, m.H. auf BGE 132 V 235 E. 6.1). Dementsprechend sind die Verfahrenskosten der Vorinstanz aufzuerlegen.

Zudem ist der Beschwerdeführerin zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen. In Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411), welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 15 GebTRA einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht sowie unter Beachtung der in § 2 GebTRA enthaltenen Kriterien (Wichtigkeit der Streitsache, Schwierigkeit, Umfang und der Art der Arbeitsleistung, notwendiger Zeitaufwand) und in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens ist das Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) auf Fr. 2'800.-- festzulegen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

- 1.1 Die Beschwerde wird gutgeheissen und die Verfügung vom 28. Juli 2022 wird aufgehoben. Die Sache wird zur neuen Entscheidung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen.
- 1.2 Die Vorinstanz wird verpflichtet, die Kosten für die Durchführung des von der Beschwerdeführerin veranlassten Alkohol- und Drogenscreenings zu übernehmen.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz auferlegt, welche diesen Betrag innert 30 Tagen seit Zustellung dieses Entscheids zu bezahlen hat.
3. Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung (inkl. Auslagen und MwSt) von Fr. 2'800.-- 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, 10. August 2023

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: 25. August 2023