

SO_GERICHTE VSBES.2023.282 vom 24. Oktober 2024

SO Obergericht, 2024-10-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.282_d20241024

FR: SO_GERICHTE VSBES.2023.282 du 24 octobre 2024

IT: SO_GERICHTE VSBES.2023.282 del 24 ottobre 2024

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 3

Mai 2000, IV-Nr. 7, S. 2 ff.) sowie Erwerbsunfähigkeitsleistungen der privaten Unfallversicherung B.____ (s. Schreiben der B.____ vom 24. März 2022, IV-Nr. 55).

2. In den Jahren 1998 und 2002 erfolgten revisionsweise Überprüfungen des Invaliditätsgrades, welche keine rentenbeeinflussenden Veränderungen ergaben (IV-Nrn. 1.9 S. 1 und 13).

3. Im Mai 2009 leitete die Beschwerdegegnerin erneut ein Revisionsverfahren ein (IV-Nr. 19 ff.) und veranlasste bei der Begutachtungsstelle C.____ ein polydisziplinäres Gutachten (Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie; IV-Nrn. 28 f.), welche von dieser am 9. August 2010 erstattet wurde (IV-Nr. 30.1 ■ 30.4). Mit Schreiben vom 24. Februar 2011 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, dass sich bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades keine rentenbeeinflussenden Veränderungen ergaben (IV-Nr. 32).

E. 4

4.1 Im Januar 2021 leitete die Beschwerdegegnerin erneut ein Revisionsverfahren ein (IV-Nr. 42 ff.). Sie holte ärztliche Berichte ein und führte mit der Beschwerdeführerin am 1. Juni 2021 ein Revisionsgespräch durch (IV-Nr. 47). Am 24. März 2022 liess die B.____ der Beschwerdegegnerin ihre Akten zukommen. Darin war unter anderem ein Observationsbericht vom 6. Oktober 2021 (IV-Nr. 60) enthalten, woraus hervorgeht, dass die Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 1. Juni 2021 bis 28. August 2021 an insgesamt fünf Tagen durch eine externe Ermittlungsfirma observiert worden war. Gestützt auf dieses Observationsmaterial und der von Dr. med. D.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, verfassten Aktenbeurteilung vom 11. Februar 2022 (IV-Nr. 67) trat die B.____ infolge betrügerischer Anspruchsbegründung vom Vertrag mit der Beschwerdeführerin zurück (Schreiben der B.____ vom 24. März 2022, IV-Nr. 55).

4.2 In der Folge leitete die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen ein. Mit Vorbescheid vom 14. Juni 2022 (IV-Nr. 68) teilte sie der Beschwerdeführerin mit, dass der Verdacht eines unrechtmässigen Leistungsbezugs im Raum stehe und diesbezüglich weitere Abklärungen notwendig seien. Die laufenden Rentenleistungen würden ab sofort sistiert. Mit Verfügung vom 18. August 2022 wurden die Rentenzahlungen sistiert (IV-Nr. 84). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; IV-Nr. 66) veranlasste die Beschwerdegegnerin bei der Begutachtungsstelle E.____ ein polydisziplinäres Gutachten

(Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Neuropsychologie, Orthopädie, Rheumatologie, und Psychiatrie), welche von dieser am 14. März 2023 erstattet wurde (IV-Nr. 96.1 ■ 96.9).

4.3 Mit Vorbescheid vom 30. März 2023 stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in Aussicht, die Rente werde rückwirkend per 31. Mai 2021 aufgehoben (IV-Nr. 98). Mit Schreiben vom 4. Mai 2023 (IV-Nr. 103) liess die Beschwerdeführerin dagegen Einwand erheben. Mit Verfügung vom 18. Oktober 2023 (IV-Nr. 107; Aktenseite [A.S.] 1 ff.) bestätigte die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid.

5. Gegen die genannte Verfügung lässt die Beschwerdeführerin am 20. November 2023 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 10 ff.):

6. Am 25. Januar 2024 beantragt die Beschwerdegegnerin unter Verweis auf die Akten und die Begründung in der angefochtenen Verfügung, die Beschwerde sei abzuweisen (A.S. 27). Gleichzeitig reicht sie die Verfügung der Suva vom 10. Januar 2024 zu den Akten.

7. Mit Eingabe vom 5. Februar 2024 reicht die Vertreterin der Beschwerdeführerin eine Kostennote zu den Akten (A.S. 33 ff.).

8. Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

1.

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 18. Oktober 2023 eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach den Bestimmungen des IVG und denjenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung zu beurteilen.

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind

ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in Kraft bis 31. Dezember 2021) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

3.2 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im gerichtlichen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. mit weiteren Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_360/2015 vom 7. April 2016 E. 3.1 mit Hinweis, 9C_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2).

3.3 Im Sozialversicherungsverfahren sind die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG). 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 er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 (BGE 125 V 351 E. 3a).

4.4.1 Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass gestützt auf das beweiswertige Gutachten der E.____ vom 14. März 2023 von einer bewusstseinsnahen Aggravation auszugehen sei. Vor der E.____-Begutachtung hätten keine hinreichend klaren Hinweise auf ein aggravatorisches Verhalten bestanden. Mit der anlässlich der E.____-Begutachtung neu gezeigten Aggravation liege ein Verhalten vor, das die Beschwerdeführerin anlässlich der letzten Begutachtung in der C.____ (Gutachten vom 9. August 2010) noch nicht gezeigt habe. Somit sei von einer revisionsrechtlich relevanten Tatsachenänderung im Sinne eines früher nicht gezeigten Verhaltens auszugehen. Der Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sei zu bejahen und der Rentenanspruch umfassend zu prüfen. Gestützt auf das beweiswertige E.____-Gutachten sei demnach auf die gutachterliche Schlussfolgerung abzustellen, dass keine Gesundheitsstörung auf somatischem oder psychiatrischem Fachgebiet feststellbar sei. Seit wann die Aggravation bestehe, könne nicht genau festgelegt werden. Diese sei jedoch spätestens durch die Observation ab Juni 2021 nachweislich belegt.

4.2 Die Beschwerdeführerin stellt sich in ihrer Beschwerdeschrift demgegenüber auf den Standpunkt, dem Gutachten der E.____ könne kein Revisionsgrund abgeleitet werden, so dass die Rentenaufhebung ab Juni 2021 nicht rechtmässig sei. Würde das Gutachten so ausgelegt werden, dass eine Aggravation im Sinne eines Ausschlussgrundes vorliege, so könnte aufgrund der sich daraus ergebenden Widersprüche nicht darauf abgestellt werden und es müsste ein neues Gutachten erstellt werden.

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 18. Oktober 2023 die laufende ganze Rente der Beschwerdeführerin zu Recht rückwirkend per 31. Mai 2021 aufgehoben hat.

5.1 Eine Invalidenrente kann gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG (Anpassung an geänderte tatsächliche Verhältnisse), Art. 53 Abs. 1 ATSG (prozessuale Revision) oder Art. 53 Abs. 2 ATSG (Wiedererwägung) ■ mit Wirkung ex nunc et pro futuro oder allenfalls ex tunc (Art. 88bis Abs. 2 IVV) ■ herabgesetzt oder aufgehoben werden (vgl. ULRICH MEYER, Die Abänderung formell rechtskräftiger Verfügungen in der Sozialversicherung, ZBl 1994 S. 337 ff.). Die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente gemäss Art. 88bis Abs. 2 lit. b IVV in der seit 1. Januar 2015 in Kraft stehenden Fassung erfolgt rückwirkend ab Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung, wenn der Bezüger oder die Bezügerin die Leistung zu Unrecht erwirkt hat oder der ihm oder ihr nach Art. 77 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist, unabhängig davon, ob die Verletzung der

Meldepflicht oder die unrechtmässige Erwirkung ein Grund für die Weiterausrichtung der Leistung war.

5.2 Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Liegt dagegen ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2018, 8C_145/2018, E. 3.2). Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.2 mit Hinweis). Ein früher nicht gezeigtes Verhalten der versicherten Person kann nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung 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 auszuwirken vermag. Dies trifft etwa zu, wenn ein Ausschlussgrund vorliegt, d.h. die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht, die eindeutig über die bloss (unbewusste) Tendenz zur Beschwerdenausweitung und -verdeutlichung hinausgeht (vgl. Urteile Bundesgerichts 8C_198/2021, 8C_200/2021 vom 15. September 2021, E. 6.2.1 und 8C_380/2019 vom 11. Oktober 2019 E. 4.1).

5.3 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 23. Dezember 1997 ab 1. Juli 1997 eine ganze Rente zu. Der Rentenanspruch wurde in den Jahren 1998 und 2002 revisionsweise überprüft und bestätigt, wobei jedoch keine einlässlichen materiellen Abklärungen erfolgten. Eine solche erfolgte im Rahmen des im Mai 2009 eingeleiteten Revisionsverfahrens, indem die Beschwerdegegnerin bei der Begutachtungsstelle C.____ ein polydisziplinäres Gutachten veranlasste, welches von dieser am 9. August 2010 erstattet wurde (IV-Nr. 30.1 ■ 30.4). Im Rahmen der aktuellen Rentenrevision hob die IV-Stelle nach Vornahme einer umfassenden medizinischen und erwerblichen Abklärung die

laufende ganze Invalidenrente der Versicherten mit Verfügung vom 18. Oktober 2023 rückwirkend per 31. Mai 2021 auf. Da die Rentenaufhebung rückwirkend per 31. Mai 2021 zu prüfen ist, beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Aufhebung der Invalidenrente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Mitteilung vom 24. Februar 2011 (IV-Nr. 32) bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der Observation vom 1. Juni 2021 bis 28. August 2021, auf deren Grundlage die rückwirkende Rentenaufhebung per 31. Mai 2021 beruht.

E. 6

6.1 Die entscheidende, von den Parteien unterschiedlich beantwortete Frage des vorliegenden Verfahrens ist, ob ein Revisionsgrund im Sinne des Art. 17 ATSG gegeben ist. In diesem Zusammenhang ist zu klären, ob sich der Gesundheitszustand und der Grad der Arbeitsfähigkeit der Versicherten in einer anspruchserheblichen Weise verändert haben. Grundlage für die Mitteilung vom 24. Februar 2011 war das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C. ___ vom 9. August 2010 (IV-Nr. 30.1 ■ 30.4). Demnach wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen gestellt:

Persistierende Cervicalgie mit spondylogener Schmerzausstrahlung in die Arme links mehr als rechts (ICD-10 M 53.1)

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Der Konsensbeurteilung im C. ___-Gutachten lässt sich Folgendes entnehmen: Die aktuelle psychiatrische Evaluation durch Dr. med. F. ___, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ergebe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht. Es könnten allenfalls aus neuropsychologischer Sicht eine verminderte Belastbarkeit, ein erhöhter Pausenbedarf und verminderte kognitive Fähigkeiten angenommen werden, wodurch sich doch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für jede Tätigkeit begründen lasse. Die Explorandin dürfte auch nicht in der Lage sein, komplexe Tätigkeiten durchzuführen. Eine Verbesserung seit der ersten neuropsychologischen Abklärung im Jahre 1996 sei kaum zu erwarten, insbesondere eine Interaktion als mögliche Genese dieser kognitiven Beschwerden angesehen werden müsse. Die aktuelle rheumatologische Beurteilung durch Dr. med. G. ___, FMH für Rheumatologie, ergebe, dass der Versicherten die ursprünglich durchgeführte Tätigkeit als Damenschneiderin entsprechend der Aktenlage nicht mehr zugemutet werden könne. Unter der Voraussetzung, dass auch die Tätigkeit bei der Firma H. ___ (Vertrieb von Brillengläsern) nicht rückenadaptiert gewesen sei, gelte hier die gleiche Beurteilung. Wie im Fachgutachten von Dr. med. G. ___ umfangreich dargelegt, bestehe aus rein rheumatologischer Sicht in einer rückenadaptierten leichten Tätigkeit eine Teilarbeitsfähigkeit, wobei es schwierig sei, diese prozentuell genau zu beziffern. Aufgrund der langjährigen klinischen Erfahrung des Gutachters dürfte sich diese Teilarbeitsfähigkeit im Bereich um 50 % bewegen. Es sei davon auszugehen, dass ca. zwei bis drei Monate, d.h. ab Herbst 2007, nach dem erwähnten operativen Eingriff, diese theoretische Teilarbeitsfähigkeit in einer adaptierten leichten Tätigkeit bestehe. Es sei aber darauf hinzuweisen, dass nicht eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei, sondern aufgrund der Diskrepanzen bezüglich der funktionellen Einschränkungen und der klinischen Untersuchungsbefunde sowie des vorliegenden Röntgendossiers rheumatologischerseits von einer 50%igen Teilarbeitsfähigkeit auszugehen sei. Die derart ausgeprägte Einschränkung, wie sie die Explorandin beschreibe, könne rein aufgrund der

organischen Befunde nicht nachvollzogen werden. Gesamtmedizinisch sei als erstes festzuhalten, dass keine Änderung des Gesundheitszustandes seit der Rentenzusprechung im Jahre 1997 eingetreten sei. Nach wie vor und wohl andauernd könne der Versicherten die Tätigkeit als Damenschneiderin sowie auch eine vergleichbare nicht rückenadaptierte Tätigkeit nicht zugemutet werden. Ebenfalls ausgeschlossen blieben aufgrund der möglichen leichten neurokognitiven Einschränkungen komplexe Tätigkeiten. Wie im Fachgutachten dargelegt, bestehe medizinisch-theoretisch ab Herbst 2007 in einer rückenadaptierten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Noch einmal sei darauf hingewiesen, dass diese Einschätzung nicht auf einer Verbesserung des Gesundheitszustandes beruhe, sondern auf der Tatsache, dass die geltend gemachten Einschränkungen klinisch nicht nachvollzogen werden könnten.

6.2 Während des aktuellen Revisionsverfahrens wurde die Beschwerdeführerin durch die B.____ observiert. Die B.____ liess das Observationsmaterial von Dr. med. D.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, Zertifizierter Medizinischer Gutachter SIM, medizinisch beurteilen. Dr. med. D.____ erstatte seine versicherungsmedizinische Stellungnahme in Kenntnis des Observationsmaterials. In seiner Stellungnahme vom 11. Februar 2022 (IV-Nr. 67) hielt er fest, der aktenkundige Schulterschiefstand der Versicherten habe auch im Observationsmaterial gesehen werden können. In allen Sequenzen wirke das Gangbild der Versicherten normal, und sie sei in der Lage gewesen, ihren Kopf in alle Richtungen dynamisch und ohne Einschränkungen zu bewegen. Ausser in der ersten Sequenz, als die Versicherte bei der IV-Stelle Solothurn vorstellig geworden sei. Dort wirke ihr Gangbild ausnehmend langsam und ihr Kopf eher steif. Die Versicherte habe während mindestens 23 Minuten einem Tennisspiel als Zuschauerin beiwohnen können, wobei sie die Ballbewegung mit ihrem Kopf mitverfolgt habe. Bei einer Steifigkeit der HWS, wie sie die Versicherte geklagt habe, wäre dies sicher nicht möglich gewesen. Die Versicherte habe z.B. in der Einkaufssequenz gezeigt, dass sie ohne Einschränkungen in eine Kauerposition gehen könne. Als sie Gegenstände in einen Kofferraum verbracht habe, habe sie ihren Rücken problemlos fast auf die Horizontale bringen können. Sichtbare Schmerzbekundungen seien nicht zu erkennen gewesen. In wenigen Szenen sei ein leichtes Hinken zu sehen gewesen. Überwiegend wahrscheinlich werde dieses Hinken durch den Beckenschiefstand bewirkt. Bereits 1996 sei eine Dorsalgie bei Kyphoskoliose der BWS festgehalten worden. Diese sei nur fraglich im Rahmen des rubrizierten Ereignisses zu sehen. Vielmehr sei eine Beinlängendifferenz ursächlich für den Beckenschiefstand und den daraus resultierenden Schultertiefstand. Weiter führte Dr. med. D.____ aus, die Angaben der Versicherten, sie nehme regelmässig Schmerzmittel ein, zuletzt dreimal täglich Ponstan, widerspreche dem Leistungsauszug der Krankenversicherung. Laut diesem habe die Versicherte nämlich in den fünf Jahren von 2015 bis 2019 lediglich 282 Schmerztabletten bezogen. Im Bezugszeitraum vom 1. Januar 2020 bis 25. Oktober 2021 ■ notabene liege die Observation in jenem Zeitraum ■ habe die Versicherte lediglich 20 Schmerztabletten bezogen, notabene weder Ponstan noch ein andere Mittel mit dem Wirkstoff Mefenacid. Der Leistungsauszug spreche also gegen eine tägliche Schmerzmitteleinnahme. Hierbei sei jedoch nicht bekannt, ob die Versicherte evtl. Schmerzmedikamente zu Lasten der Unfallversicherung abrechne. Dies müsste bei der zuständigen Unfallversicherung abgeklärt werden. Die Angaben der Versicherten über ihre Beschwerden und ihre massiven Einschränkungen im Alltag stünden in starkem Widerspruch zu den Ergebnissen der Videobeobachtung. Diese spreche nämlich dafür, dass keinerlei Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule, insbesondere der HWS, vorliege, wenn sich die Versicherte unbeobachtet

wähne. Auch eine offenkundige Einschränkung der Beweglichkeit aufgrund der veränderten LWS könne im Beobachtungsmaterial nicht verifiziert werden. Videobeobachtungen seien wohlgerne keine ärztlichen Untersuchungen. Sie könnten aber als Ersatz für die ungezielte Untersuchung während einer ärztlichen Untersuchung dienen. Ein Explorand sollte in aller Regel ungezielt beobachtet werden, wenn gerade keine durch ärztliche Aufforderung gezielte Untersuchung durchgeführt werde, oder aber wenn eine spezifische Untersuchung durchgeführt werde, die ein anderes Untersuchungsergebnis verifizieren solle. Im vorliegenden Fall sei die Dokumentation einer relevanten ungezielten Beobachtung anlässlich der rheumatologischen Teilgutachtenuntersuchung im Sommer 2010 geschehen: seinerzeit habe die Versicherte zwar ein positives Ergebnis beim Lasègue-Test bei lediglich 45° in Form von Schmerzen im unteren LWS-Bereich gezeigt. Unter Ablenkung habe die Versicherte dann zwar auch den Langsitz nicht einnehmen, die gestreckten Beine im Hüftgelenk beidseits aber bis 70° ohne Schmerzen beugen können. Für diese erhebliche Diskrepanz gebe es keine organische Erklärung, worauf dann der rheumatologische Gutachter hingewiesen habe. In seinem Fazit hielt Dr. med. D.____ fest, die Versicherte habe zwar beim rubrizierten Ereignis vom 17. Januar 1996 ein HWS-Distorsionstrauma QTF II erlitten und beklage seither eine persistierende Zervikalgie und eine spondylogene Schmerzausstrahlung in die Arme. Zudem habe sie im Verlauf ein chronisches Lumbovertebralsyndrom entwickelt, über dessen erstmaliges Auftreten widersprüchliche Angaben bestünden. Am 8. Mai 2007 sei eine Dekompression mit Laminektomie LWK5 beidseits mit PLIF LWK4/5 und LWK5/S1 durchgeführt worden bei radikulärem Schmerzsyndrom L5 und S1 rechts und lytischer Listhesis LWK5/S1 Grad I bei Diskusprotrusion LWK4/5 links betont. Seither bestünden ein weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom und eine muskuläre Dysbalance. Weiter bestehe eine BWS-Skoliose. Trotz dieser a prima vista als relevant imponierenden Diagnosen könne der Referent die von der Versicherten angegebenen massiven Einschränkungen anhand der vorliegenden Akten ■ ausgenommen seien rein subjektive Angaben der Versicherten, die nicht überprüfbar seien ■ und vor allem anhand des Observationsmaterials nicht nachvollziehen. Aufgrund der fehlenden Beeinträchtigung der Versicherten im Observationsmaterial und aufgrund der massiven Diskrepanz zwischen Angaben über Medikamenteneinnahme und den Leistungsnachweisen der Krankenversicherung sei im vorliegenden Fall von einer erheblichen Beschwerdeaggravation auszugehen.

6.3 Am 14. Juni 2022 nahm RAD-Arzt Dr. med. I.____, Praktischer Arzt, zum Observationsmaterial der B.____ Stellung (IV-Nr. 66). Er führte aus, zusammenfassend zeige das Observationsmaterial, dass die Versicherte ihre Halswirbelsäule völlig normal (dynamisch und repetitiv) bewegen könne. Es gebe keinerlei Hinweise auf eine Steifigkeit oder eine Bewegungseinschränkung. Einzig im Rahmen des Revisionsgesprächs bei der IV-Stelle Solothurn am 1. Juni 2021 habe sie sowohl beim Betreten als auch beim Verlassen des Gebäudes ein langsames Gangbild mit steifer Kopfhaltung gezeigt. Auch im Gesprächsprotokoll sei von der Gesprächsführenden festgehalten (Zitat): «Während dem Gespräch hat sie ihren Kopf nie bewegt (wie steif, sass auf dem Stuhl). Sie hatte jeweils einen etwas starren Blick, als würde sie durch mich hindurch schauen. Nach einer guten Stunde beendeten wir das Gespräch. Sie erhob sich ganz langsam vom Stuhl. Verlangsamtes Gangbild beim Verlassen des Besprechungszimmers; sie zeigte eine etwas steife Körperhaltung». Auch die Angabe der Versicherten, dass sie beim nach unten sehen einen starken Schmerz verspüre, als würde der Wirbel brechen, und sich dann anschliessend auf den Boden legen müsse, werde durch das vorliegende Videomaterial widerlegt. Auch

ihre Angabe, dass Stehen für sie ganz schlimm sei, sei nicht nachvollziehbar, nachdem sie sich laut Observationsmaterial 46 Minuten lang stehend angeregt (zum Teil mit dem rechten Arm gestikulierend) mit einer anderen Frau auf dem Tennisplatz unterhalten habe. Auch die Einkäufe seien offensichtlich problemlos machbar, inklusive Treppengehen mit voller Einkaufstasche und Zwangshaltung beim Beladen des Kofferraums in knapp 90° gebückter Haltung. Einzig auffällig sei, dass die Versicherte ihr rechtes Knie überwiegend (immer?) in leichter Beugstellung halte, und ein Schultertiefstand rechts vorliege. Beides schein jedoch keine Funktionseinschränkungen zu verursachen. Insgesamt seien im gesamten vorliegenden Observationsmaterial keinerlei Funktionseinschränkungen im Alltag erkennbar. Die Versicherte habe im Revisionsgespräch angegeben, unter ständigen Schmerzen zu leiden, jedoch seien zu keiner Zeit sichtbare Schmerzbekundungen, wie zum Beispiel auffällige Mimik oder Gestik, Zuckungen, oder eine Schonhaltung zu erkennen gewesen (ausser beim Termin bei der IV Stelle). Nachdem bei der Rentenzusprache (Verfügung vom 23. Dezember 1997) praktisch ausschliesslich auf die von der Versicherten beklagten subjektiven Funktionseinschränkungen abgestellt worden sei (siehe hierzu auch RAD-Stellungnahme vom 5. Januar 2011 und Bericht der Rehaklinik J.____ vom 17. Dezember 1996), sei der damalige tatsächliche objektive Gesundheitszustand unklar, und somit kein direkter Vergleich mit dem heutigen Gesundheitszustand möglich. Die einzige objektiv feststellbare Veränderung sei, dass aufgrund eines chronischen Lumbovertebralsyndroms (dessen Beginn aufgrund unterschiedlicher Angaben der Versicherten gegenüber den Gutachtern im polydisziplinären Gutachten vom 9. August 2010 unklar sei) mit radikulärem Schmerzsyndrom L5/S1 rechts bei Diskusprotrusion L4/5 linksbetont, lytischer Spondylolisthesis (Wirbelgleiten) L5/S1 Grad I und thorakolumbaler Kyphoskoliose am 8. Mai 2007 eine Spondylodese L4-S1 (operative Versteifung) erfolgt sei. Zur objektiven und umfassenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit halte der RAD eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung durch die Fachdisziplinen Orthopädie, Neurologie, Rheumatologie, und Psychiatrie für erforderlich.

6.4 Die Beschwerdegegnerin beauftragte die Begutachtungsstelle E.____ mit einem polydisziplinären Gutachten (Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Neuropsychologie, Orthopädie, Rheumatologie, und Psychiatrie; Gutachten vom 14. März 2023, IV-Nr. 96.1 ■ 96.9). Auch diese Untersuchungen erfolgten in Kenntnis des Observationsmaterials. Die E.____-Gutachter kamen in ihrer Konsensbeurteilung zum Ergebnis, dass keine versicherungsmedizinisch relevanten Diagnosen festgestellt werden konnten, welche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen gestellt:

Weiter führten die E.____-Gutachter in ihrer Konsensbeurteilung aus, zusammenfassend könne hinsichtlich der Konsistenz / Plausibilität gesagt werden, dass sich gewisse Inkonsistenzen dahingehend ergäben, dass trotz der geschilderten Schmerzsymptomatik keine regelmässige Schmerzmedikation etabliert sei. Auch weitere Therapiemassnahmen fänden nicht statt. Die Versicherte absolviere lediglich eigene Entspannungsübungen und gehe auf eigene Kosten zur Massagetherapie. Zudem hätten Diskrepanzen zwischen den subjektiv geschilderten Beschwerden und dem vorliegenden Observationsmaterial sowie dem rheumatologischen Untersuchungsbefund festgestellt werden können. Auf dem rheumatologischen Fachgebiet ergäben sich Hinweise für Aggravation bei der Untersuchung der Rotationsfähigkeit der HWS, welche im ersten Untersuchungsgang nur 20 % betragen habe, dann unter dem Hinweis, dass damit eine Fahrtüchtigkeit in Frage

gestellt wäre, die Beweglichkeit sich auf 45° verbessert habe und im passiven Untersuchungsgang die HWS bis 70° beidseits habe rotiert werden können. Zudem ergäben sich Hinweise auf eine vorliegende Dissimulation (auf psychosozialem Gebiet wurde alles als etwas unrealistisch problemlos dargestellt). Aus polydisziplinärer Sicht sollte spätestens drei bis vier Monate nach dem Trauma im Januar 1996 wieder die vorher uneingeschränkt mögliche Arbeitsfähigkeit erreicht worden sein. Vor diesem Hintergrund lasse sich zum Verlauf der Arbeits(un-)fähigkeit Folgendes festhalten: Die in der Vergangenheit festgestellten Diagnosen bzw. deren versicherungsmedizinische Relevanz hätten aus heutiger Sicht nicht nachvollzogen werden können. Im polydisziplinären Gutachten der C.____ vom 9. August 2010 sei ein Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 17. Januar 1996 und dem "chronischen Lumbovertebralsyndrom" hergestellt worden, dies könne nach aktueller Ansicht nicht nachvollzogen/nicht bestätigt werden. Retrospektiv könnte aus polydisziplinärer Sicht das chronische Lumbovertebralsyndrom zu einer Arbeitsunfähigkeit in der Grössenordnung um 0 % ■ 20 % geführt haben, letztlich sei eine Spondylodese L4-S1 in 2007 (K.____) durchgeführt worden, im zeitlichen Konsens zu diesem Eingriff werde die Arbeitsunfähigkeit vorübergehend bei 100 % gelegen haben (einige Monate), eher sie dann schrittweise habe reduziert werden können und spätestens ein Jahr danach wieder bei 0 % ■ 20 % gelegen haben sollte.

7. Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung vom 18. Oktober 2023 gestützt auf die Erkenntnisse aus dem Gutachten der E.____ vom 14. März 2023 davon aus, dass die Versicherte spätestens im Zeitpunkt der Observation im Juni 2021 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufwies. Dieser Auffassung ist beizupflichten. Das Gutachten der E.____ vom 14. März 2024 erfüllt die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage (vgl. E. 3.3 hiervor). Es weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, ist umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten und des Observationsmaterials abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Sodann weist das Gutachten keine Widersprüche von entscheiderelevanter Bedeutung auf und setzt sich auch hinlänglich mit den bei den Akten liegenden (abweichenden) fachärztlichen Einschätzungen auseinander.

7.1 Dr. med. L.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, führte im allgemeininternistischen Teilgutachten (IV-Nr. 96.4) aus, dass aus allgemeininternistischer Sicht keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden. Dagegen ist mit Blick auf die erhobenen Befunde (vgl. IV-Nr. 96.4, S. 16 ff.) nichts einzuwenden. Entsprechend sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder in einer etwaigen Verweistätigkeit aus rein allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt.

7.2 Die Einschätzung des neurologischen Gutachters, wonach aus neurologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe, lässt sich nicht beanstanden. Bei der Beurteilung beschäftigte sich Dr. med. M.____, Facharzt für Neurologie FMH, eingehend mit den Vorakten und den von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden. Seine Schlussfolgerungen sind ausführlich und nachvollziehbar (IV-Nr. 96.5, S. 29 ff.): Die Versicherte habe 1996 ein HWS-Distorsionstrauma nach einem Auffahrunfall erlitten. Dies sei in der damaligen Beurteilung nach der Quebec-Task-Force-Skala mit einem Grad II eingeteilt worden. In einer Computertomographie des cranio-cervikalen Übergangs mit Funktionsaufnahmen nach Hayek am 17. Juli 1996 seien keine Frakturen beschrieben

worden. In den Funktionsaufnahmen nach Hayek sei eine grenzwertige Differenz des Rotationsumfangs C0/1 mit vermehrter Beweglichkeit nach rechts beschrieben worden. Dies sei trotz grenzwertigem Befund als Hinweis für eine Läsion des Kapsel-Bandapparates interpretiert worden. Ein Hypermobilitätssyndrom sei nicht festgestellt worden. In einem MRI der HWS vom 4. Dezember 1996 (Austrittsbericht Rehaklinik J.____) seien hingegen keine Läsionen des Rückenmarks beschrieben worden, keine posttraumatischen Diskushernien oder Diskusprotrusionen. Das vordere und hintere Längsband seien als intakt beschrieben worden. Damit seien in diesem HWS-MRI keine Traumafolgen beschrieben worden. Die Versicherte beschreibe nun seit 1996 anhaltende Schmerzen mit insbesondere Schmerzen im Nacken- und Rückenbereich sowie in den Armen, zum Teil auch vom Nacken in den Kopf aufsteigend. Die Angaben zur Schmerzqualität seien vage geblieben. In der Untersuchung sei die passive Beweglichkeit der Halswirbelsäule nicht wesentlich eingeschränkt gewesen, es seien Nackenschmerzen bei Kopfflexion angegeben worden. Die Nackenmuskulatur sei weich, es hätten sich keine Verhärtungen tasten lassen. Insbesondere fänden sich keine klinischen oder elektrophysiologischen Zeichen einer cervikalen Radikulopathie, gesamthaft keine fassbaren fokalen neurologischen Ausfallserscheinungen an den Armen. In Bezug auf Kopfweh sei die von der Versicherten angegebene Frequenz der Einnahme von Akutanalgetika nicht ausreichend für die Diagnose eines Medikamentenübergebrauchs-Kopfwehs. Der Versicherten falle es im Gespräch schwer, die Schmerzqualität zu beschreiben. Im Schädel-MRI vom 4. Dezember 1996 (Austrittsbericht Rehaklinik J.____) seien bifrontal im Marklager gelegene einzelne T2-hyperintense Läsionen beschrieben worden. Diese hätten bereits 1996 ätiologisch nicht klar zugeordnet werden können. Ein Zusammenhang mit dem Unfall sei sehr unwahrscheinlich erschienen aufgrund Lokalisation und Morphologie der Veränderungen. Damals wie heute ergäben sich klinisch-neurologisch und anamnestisch keine Hinweise auf das Vorliegen einer entzündlich-autoimmunen Erkrankung. Ein Zusammenhang dieser im MRI in 1996 beschriebenen Läsionen mit den seit 1996 von der Versicherten angegebenen Beschwerden sei sehr unwahrscheinlich. In Bezug auf den von der Versicherten angegebenen Schwindel fänden sich in der klinisch-neurologischen Untersuchung keine Anhaltspunkte für eine peripher- oder zentral-vestibuläre Problematik beziehungsweise eine anderweitige Ursache auf neurologischem Fachgebiet. Die Versicherte beschreibe Schmerzen im ganzen Rücken und im rechten Bein. Diese Symptomatik werde von der Patientin angegeben als fortbestehend nach der LWS-Operation am 8. Mai 2007. In den Akten werde ein radikuläres Schmerzsyndrom L5/S1 rechts vor der Operation beschrieben. Hier finde sich klinisch in der heutigen Untersuchung als residuelles Zeichen einer stattgehabten Wurzelkompression S1 ein im Seitenvergleich leicht abgeschwächter Achillessehnenreflex rechts. Allerdings fänden sich in der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung keine Hinweise auf eine anhaltende radikuläre Kompression. Insbesondere seien die Nervendehnungszeichen diesbezüglich unauffällig. Es finde sich auch kein radikuläres senso-motorisches Ausfall-Syndrom. Auch fänden sich elektromyographisch in L5- bzw. S1-versorgter Muskulatur rechts keine Anhaltspunkte für eine anhaltende Wurzelkompression. Die Versicherte könne sich an der Untersuchung im Rahmen von Befragung und körperlicher Untersuchung sowie der elektrophysiologischen Untersuchung mit Elektro-Neuro-Myografie ohne Pausen beteiligen. Während der Befragung seien keine grösseren Positionswechsel erforderlich gewesen. Während des Untersuchungsganges seien keine spontanen verbalen oder mimischen Schmerzáusserungen erfolgt. Das Be- und Entkleiden, das Drehen auf der Liege oder das Bücken gelinge ohne Einschränkungen.

Positionswechsel seien dabei bedächtig durchgeführt worden. Im Verhältnis zum Ausmass der geschilderten Beschwerden seien in den letzten Jahren nur wenige medizinische Massnahmen erfolgt. Die Versicherte gebe an, dass sie in unregelmässigen Abständen ein Analgetikum einnehme und im Übrigen überwiegend auf eigene Rechnung Behandlungen durchgeführt habe beziehungsweise erlernte Heimübungen aus der Physiotherapie durchführe. Gemäss Dr. med. M.____ zeige die Versicherte im Gespräch keine Verdeutlichungstendenzen, sie schildere ihre Beschwerden ruhig und sachlich, sogar etwas distanziert. Eine Simulation könne nicht festgestellt werden. Gesamthaft ergäben sich in der Untersuchung Diskrepanzen zwischen den subjektiven Beschwerden und in der Untersuchung erkennbaren körperlichen Beeinträchtigungen. Hieraus könne aber laut Dr. med. M.____ nicht zwanglos auf eine Aggravation geschlossen werden. Gesamthaft sei mit den in der heutigen Befragung erhobenen Angaben, den vorhandenen Akten, den Befunden der klinisch-neurologischen Untersuchung und den Befunden im ENMG das Ausmass der von der Versicherten angegebenen Beschwerden auf neurologischem Fachgebiet nicht zu erklären.

7.3 Den Einschätzungen des orthopädischen Teilgutachters (IV-Nr. 96.6) liegt eine umfangreiche klinische Untersuchung (vgl. IV-Nr. 96.6, S. 19 ff.) zugrunde. Auch Dr. med. N.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, setzte sich mit den Vorakten auseinander und gab seine Einschätzung in Kenntnis des Observationsmaterials ab. Der orthopädische Gutachter gelangte zum nachvollziehbaren und schlüssigen Ergebnis, dass aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit nicht attestiert werden könne. So beginne die Krankheitsentwicklung gemäss Dr. med. N.____ mit dem Verkehrsunfall vom 17. Januar 1996, dabei habe sich die Versicherte eine HWS-Distorsion QTF II zugezogen. Seit dieser Zeit persistierten Nackenschmerzen mit Schmerzausstrahlung in den Hinterkopf sowie gelegentlich auch in die Arme, links mehr als rechts. Mehr als zehn Jahre später habe die Versicherte Rückenschmerzen tief lumbal entwickelt, die letztlich ihre Ursache in einer anlagebedingten / degenerativen, sicher nicht traumatisch bedingten Erkrankung der distalen LWS im Sinne einer Olisthesis L5/S1 bei begleitender Discus-Protrusion L5/S1 fänden, es folgte die leidensgerechte, unfallunabhängige, operative Intervention in Form der PLIF L4/51. Die von der Versicherten geklagten Beschwerden seien ausschliesslich subjektiver Art, es handle sich um Schmerzen im Bereich des Nackens und ausstrahlend in die Schulterregionen beim ausschliesslichen Vorbeugen des Kopfes (Inklination), wenn sie lesen oder mit Blickkontrolle händisch arbeiten müsse. Die nach wie vor trotz Operation auftretenden Rückenschmerzen tief lumbal mittig träten nach Angaben der Versicherten nicht (mehr) beim Sitzen auf, schmerzhaft sei häufiges Stehen und Gehen sowie Rotationen im BWS/LWS-Bereich. Nativ-radiologisch und auch kernspintomografisch hätten die HWS-Beschwerden zu keinem Zeitpunkt seit dem Verkehrsunfall vom 17. Januar 1996 morphologisch mit den geklagten Beschwerden in Einklang gebracht werden können, die operative Spondylodese (definitiv unfallunabhängig) L4/S1 könne zwar durchaus zu einer leichtgradigen/endgradigen Bewegungseinschränkung im unteren LWS-Bereich führen ■ aber auch eine kompensatorische, mehr Funktionen der proximalen Bewegungssegmente der Lendenwirbelsäule sei beschrieben / möglich ■ , die von der Versicherten gelegentlich / situationsabhängig / belastungsabhängig geschilderten lumbalen Schmerzen seien nicht orthopädisch-morphologisch einzuordnen (IV-Nr. 96.6, S. 26 f.). So sei es mehr als 25 Jahre nach dem Trauma nicht mehr zu rekonstruieren, warum eine damals so klassifizierte Verletzung (HWS-Distorsion II°) monatelang und letztlich jahrelang einen derartig

nachhaltigen, frustranen Verlauf haben können. Aus rein-orthopädischer Sicht gebe es keinen Grund, mit den eventuell subjektiv tatsächlich vorliegenden Muskelverspannungen (Myogelosen) im Bereich der Nackenmuskulatur irgendeiner angepassten beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Die Versicherte habe nicht berichten können, ob Wärmeanwendungen oder Kälteanwendungen einen positiven Einfluss auf ihre Beschwerdesymptomatik nähmen, ob Dehnungsübungen, Massagen oder Osteopathie / Chirotherapie angewendet worden seien, ob es Tage von mehr oder weniger Schmerzen gebe etc. Mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit handle es sich um die Kombination von einer möglicherweise vorliegenden somatoformen Schmerzstörung mit erheblichen kognitiven Einschränkungen seitens der Versicherten selbst, hier allerdings sollte ein psychiatrisches Gutachten eine Aufklärung ermöglichen (IV-Nr. 96.6, S. 23 f.).

In Übereinstimmung mit den anderen Gutachtern (siehe insb. IV-Nr. 96.3, S. 14) stellte Dr. med. N.____ namhafte Inkonsistenzen fest (IV-Nr. 96.6, S. 24 f.). So gebe es Diskrepanzen zwischen der geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden, der massiven subjektiven Beschwerden und erkennbarer körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchung, den eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen, der schweren subjektiven Beeinträchtigung und einem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung, dem Ausmass der geschilderten Beschwerden (Leidensdruck) und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe, sowie dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen in Selbstbeurteilungsskalen und / oder psychometrischen Tests. Insgesamt müsse gemäss Dr. med. N.____ von stark eingeschränkter Konsistenz und von fehlender Plausibilität gesprochen werden. Der orthopädische Gutachter schliesst aber eine Aggravation aus. So wirke die Versicherte extrem einfach strukturiert, sei bei der Untersuchung fast apathisch, aber eine Aggravation werde nicht erkennbar, allenfalls die ständigen vorsichtigen Bewegungen könnten darauf hindeuten, dass sie ihre subjektiven Beschwerden betonen möchte. Die Versicherte sei aber intellektuell eher nicht in der Lage, zu aggravieren.

Zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit führte der orthopädische Gutachter aus, auf orthopädischem Fachgebiet sollte spätestens drei bis vier Monate nach dem Trauma im Januar 1996 wieder die vorher uneingeschränkt mögliche Arbeitsfähigkeit erreicht worden sein. Wegen der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen im Bereich der LWS sei retrospektiv die Beurteilung nach Aktenlage schwieriger: Im polydisziplinären Gutachten der C.____ vom 9. August 2010 werde ein Zusammenhang hergestellt zwischen dem Unfall vom 17. Januar 1996 und dem «chronischen Lumbovertebralsyndrom», dies könne nach eigener Ansicht nicht nachvollzogen resp. nicht bestätigt werden. Retrospektiv könnte aus fachorthopädischer Sicht das chronische Lumbovertebralsyndrom zu einer Arbeitsunfähigkeit in der Grössenordnung um 20 % geführt haben, letztlich sei eine Spondylodese L4-S1 in 2007 (Spital K.____) durchgeführt worden, im zeitlichen Konsens zu diesem Eingriff werde die Arbeitsunfähigkeit vorübergehend bei 100 % gelegen haben (einige Monate), ehe sie dann schrittweise reduziert werden können und spätestens ein Jahr später wieder bei 0% - 20% gelegen haben sollte, sodass im Beruf der Damenschneiderei ein wahrscheinlich sitzender, gehender und stehender Wechsel der Körperhaltungen gewährleistet sei (IV-Nr. 96.6, S. 30 f.). Die Frage der Beschwerdegegnerin, ob sich im Vergleich zur medizinischen Aktenlage, die der oben genannten massgeblichen Verfügung zugrunde gelegen habe, eine Veränderung des

Gesundheitszustandes ergeben habe, verneinte Dr. med. N.____. Im Vergleich zur medizinischen Aktenlage habe sich eigentlich keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben, so der Gutachter. Bereits in allen Vorgutachten / Revisionsgesprächen sei letztendlich darauf abgehoben worden, dass morphologische, objektiv fassbare Befunde für die Gewährung einer IV-Rente nicht vorlägen, sondern dass allein aufgrund der subjektiven Beschwerdeschilderung (Schmerzangaben) der Versicherten zu entscheiden gewesen sei. Nach wie vor gebe es keine objektiven Befunde, die eine Arbeitsunfähigkeit der Versicherten begründen würden. Diese Aussage werde gestützt durch einen weitestgehend unauffälligen orthopädischen Untersuchungsbefund. Möglicherweise werde er auch gestützt durch das Ergebnis der drei Monate andauernden Observation durch die B.____ Versicherung. Eine "Verbesserung" eines ohnehin schon "arbeitsfähigen" Gesundheitszustandes könne also letztendlich nicht attestiert werden, die Versicherte sei nach orthopädischer Ansicht arbeitsfähig mit nur geringen Einschränkungen. Diese Einschätzung gelte eigentlich mindestens seit 2010, eher sogar noch früher.

7.4Dr. med. O.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erhob nach ausführlicher Befragung der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 96.7, S. 9 ff.) den psychiatrischen Befund (IV-Nr. 96.7, S. 19 ff.). Die psychiatrische Gutachterin würdigt die Aussagen der Beschwerdeführerin und begründet ausführlich und nachvollziehbar, weshalb kein ausreichender Anhalt für eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt. So weise die Explorandin keinerlei psychische Symptome auf. Sie sei emotional ausgeglichen und könne vieles geniessen. Die im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F.____ (IV-Nr. 30.3) beschriebenen leichten Verstimmungszustände hätten nicht mehr nachgewiesen werden können. Es fänden sich keine psychischen Erkrankungen. Die Explorandin betone, dass sie kognitive Probleme habe und sich nicht konzentrieren könne und kaum ein Gespräch führen könne. In der jetzigen fast vier Stunden dauernden Exploration habe die Versicherte sich durchwegs gut konzentrieren können, sei aufmerksam gewesen und habe gute Gedächtnisleistungen gezeigt. Während den vier Stunden sei zwei Mal etwas wiederholt worden, was durchaus normal erscheine. In einer ersten neurologisch-neuropsychologischen Abklärung vom 8. Juli 1996 (Bericht Dr. med. P.____ vom 20. September 1996) werde eine milde traumatische Hirnverletzung beschrieben und eine leichte neuropsychologische Einschränkung festgestellt. Dies sei als ausschliesslich unfallkausal beurteilt worden. Während der Rehabilitation in der Klinik J.____ (Aufenthalt Oktober 1996) sei eine ausgedehntere neuropsychologische Abklärung gemacht worden. Es sei eine deutliche Minderleistung beschrieben worden, wobei eine Überlagerung durch Schmerz und psychosoziale Faktoren angenommen worden sei. In der aktuellen Untersuchung finde sich eine normale kognitive Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 96.7, S. 27 f.). Nach dem Unfall sei eine stationäre Rehabilitation durchgeführt worden. Aus dem Austrittsbericht und aus den Gesprächen mit der SUVA (vor allem 15. Juli 1997) werde eine eher passive Heilerwartung ersichtlich. Es sei dann aber sehr schnell für die Explorandin klar gewesen, dass sie behindert bleiben würde, was sie ausgesprochen gelassen hingenommen habe. Die Explorandin gebe weiterhin an, sie könne sehr wenig bis gar nichts machen wegen anhaltenden Schmerzen. Badeferien, Flugreisen, Läden und Restaurantbesuche schienen aber unlimitiert möglich zu sein. Von der Persönlichkeit her sei die Explorandin auffallend schicksalsergeben, passiv, eher abhängig und kaum eigenständig (IV-Nr. 96.7, S. 24 f.). Zum bisherigen Therapieverlauf führte die Gutachterin aus, die Versicherte habe sich nie in psychiatrische Therapie begeben. Die Explorandin habe

angeblich jetzt Deanxit, sie wisse aber nicht, wer es verschreibe und wofür sie es habe und es sei fraglich, ob sie es überhaupt in den letzten Jahren je genommen habe. Aus psychiatrischer Sicht sei keine Therapie indiziert (IV-Nr. 96.7, S. 28 f.).

Wie bereits die anderen Gutachter stellte auch Dr. med. O. ___ namhafte Inkonsistenzen fest (IV-Nr. 96.7, S. 25 f.). Gemäss Dr. med. O. ___ falle vor allem auf, dass gewisse Aktivitäten unlimitiert möglich seien und Verpflichtungen aber nicht gehen sollten. Zur Frage einer Aggravation führte die psychiatrische Gutachterin aus, auf psychosozialem Gebiet werde alles als etwas unrealistisch problemlos dargestellt.

Zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenzusprache wesentlich verändert habe, antwortete die psychiatrische Gutachterin, es sei aus rein klinisch psychiatrischer Sicht wahrscheinlich, dass sich seit 1996 die neurokognitiven Funktionen doch verbessert hätten und nicht mehr so stark auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten, wie damals beurteilt worden sei. Auch bestünden keine Energielosigkeit und keine übermässige Müdigkeit mehr.

Zusammengefasst ist die Beurteilung von Dr. med. O. ___, wonach rein fachpsychiatrisch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht bestätigt werden könne, plausibel. Es ist daher keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Die Vermutung des orthopädischen Gutachters, wonach es sich im Falle der Beschwerdeführerin mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit um die Kombination von einer möglicherweise vorliegenden somatoformen Schmerzstörung mit erheblichen kognitiven Einschränkungen seitens der Versicherten selbst handle (IV-Nr. 96.6, S. 23 f.), konnte somit nicht bestätigt werden. Gestützt auf dieses beweiswertige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

7.5 Den Einschätzungen des rheumatologischen Teilgutachters (IV-Nr. 96.8) liegt eine umfangreiche klinische Untersuchung (IV-Nr. 96.8, S. 17 f.) zugrunde. Auch Dr. med. Q. ___, Facharzt für Rheumatologie FMH, setzte sich mit den Vorakten auseinander (IV-Nr. 96.8, S. 7 ff. und 20). Der rheumatologische Gutachter gelangte zum Ergebnis, aus rheumatologischer Sicht könne eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung nicht attestiert werden. So ergäben sich aktuell keine Hinweise für eine entzündlich aktive immunologische oder fortgeschrittene degenerative Grunderkrankung als Ursache der Schmerzsymptomatik. Das trotz einer Dauer von nun 27 Jahren seit Unfallereignis eine derartige subjektive Schmerzhaftigkeit und Bewegungseinschränkung in der HWS bestehe, könne aus rheumatologischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Diese Ausführungen überzeugen vor allem mit Blick auf die vom rheumatologischen Gutachter festgestellten namhaften Inkonsistenzen und der Hinweise auf Aggravation (IV-Nr. 96.8, S. 21 f.). So bestünden Diskrepanzen zwischen den subjektiv geschilderten Beschwerden und dem vorliegenden Observationsmaterial sowie dem rheumatologischen Untersuchungsbefund. Dr. med. Q. ___ hielt im Zusammenhang mit dem bisherigen Therapieverlauf fest, die Versicherte gebe an, seit längerem keine Therapien in Anspruch genommen zu haben. Bei hohem subjektivem Leidensdruck sei dies nicht nachvollziehbar. Nur bedarfsweise werde eine medikamentöse Analgesie eingesetzt, weil diese nicht hilfreich sei. Dieser Aspekt weise darauf hin, dass kein nozizeptiv vermittelter Schmerz führend sei (IV-Nr. 96.8, S. 24). Es ergäben sich auf dem rheumatologischen Fachgebiet zudem Hinweise für Aggravation bei der Untersuchung der Rotationsfähigkeit der HWS,

welche im 1. Untersuchungsgang nur 20 % betragen habe, dann unter dem Hinweis, dass damit eine Fahrtüchtigkeit in Frage gestellt wäre, die Beweglichkeit sich auf 45° verbessert habe und im passiven Untersuchungsgang die HWS bis 70° beidseits rotiert habe werden können. Insgesamt erscheint es daher nachvollziehbar, wenn der rheumatologische Gutachter zum Ergebnis gelangt, dass sich aufgrund der aktuellen Anamnese, der körperlichen Untersuchung sowie hinsichtlich der Aktenlage auf rheumatologischem Fachgebiet keine IV-relevanten Diagnosen oder entsprechende Funktionseinschränkungen ergäben. Es könne festgehalten werden, dass auf rheumatologischem Fachgebiet seit Genesung von der erfolgten Rückenoperation im Mai 2007 ab Anfang 2008 keine IV-relevanten Krankheiten bestanden hätten oder bestünden (IV-Nr. 96.8, S. 26). Diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die umfangreichen klinischen Untersuchungen als plausibel. Auf das beweismässige rheumatologische Teilgutachten kann somit ebenfalls abgestellt werden.

7.6 Dem neuropsychologischen Teilgutachten (IV-Nr. 96.2) liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde. Für die Beurteilung führte M.Sc. R.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, zusätzlich verschiedene in der Testung anerkannte standardisierte und reliable Testverfahren durch (IV-Nr. 96.2, S. 21 ff.). Ihre Schlussfolgerung, wonach keine neuropsychologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne, ist nachvollziehbar: So zeigte die vollständig orientierte und im Untersuchungsverhalten insgesamt leistungsbereite Versicherte in Bezug auf alters-, geschlechts- und bildungskorrigierte Normen und gemäss den Leitlinien der SVNP, zur Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Störung (Frei et al. 2016) eine minimale kognitive Störung. Es ergäben sich insbesondere am Ende der Untersuchung vereinzelt ungenügende oder grenzwertige Leistungen als Ausdruck von Ermüdungszeichen. Die Versicherte stehe seit 26 Jahren in keinem Arbeitsprozess oder klar geordneter Tages-/Wochenstruktur mehr, erhalte in der Ausführung der Tätigkeiten im Haushalt ebenso lange Unterstützung von der Mutter und dem Ehemann. Die Versicherte sei jedoch weiterhin Autofahrerin, äussere hierzu keine Schwierigkeiten in der Überblicksgewinnung, raschem Wechsel, Reaktionsfähigkeit, Konzentration, zu haben. Daher überwiegend wahrscheinlich die isoliert ungenügenden und grenzwertigen Leistungen im Rahmen einer zugrundeliegenden verminderten körperlichen und «geistigen» Kondition, welche auch zu einer verminderten Belastbarkeit führe, aufträten. Im psychiatrischen Gutachten werde von der Versicherten eine vor ca. fünf Jahren durchgeführte neuropsychologische Untersuchung erwähnt. In der Exploration dieser Aussage ergebe sich, dass die Versicherte Fachgebiete verwechselt und es sich um eine neurologische Untersuchung gehandelt habe. Falls die Versicherte, wie angegeben, nach Unfallereignis in der Reha neuropsychologisch untersucht worden sei, wären diese Befunde ebenfalls 26 Jahre alt und lieferten bei nachfolgend nicht weiterer Dokumentation auch keine Vergleichsbasis mehr. In der vorliegenden Aktenlage fänden sich jedoch keine neuropsychologischen Vorbefunde. Wie bereits die anderen Gutachter erwähnte auch die neuropsychologische Gutachterin namhafte Inkonsistenzen (IV-Nr. 96.2, S. 24 f.): Die durchgeführte Performanzvalidierung falle unauffällig aus. Auch ergäben sich in der Beschwerdevalidierung keine Hinweise auf erhöhte Pseudobeschwerden, jedoch falle die Konsistenzüberprüfung auffällig aus. So gebe die Versicherte an, sie sei fröhlich und unbeschwert und ihre geistigen Leistungen seien ausgezeichnet. Demgegenüber würden jedoch 60 % aller vorgegebenen genuinen kognitiven Beschwerden und 70 % aller vorgegebenen genuinen Angstbeschwerden bejaht. Diese Inkonsistenzen hätten sich nicht

auflösen lassen. Dies weise in der Regel auf einen sorglosen Beantwortungsstil hin und begründe ihrerseits Zweifel an der Gültigkeit der Beschwerdeangaben (Merten et al. 2019, SRSI). Eine minimale neuropsychologische Störung entspreche gemäss den Leitlinien der SVNP einer Arbeitsfähigkeit von 90 ■ 100 %. Die Funktionsfähigkeit im privaten Alltag sei nicht eingeschränkt und berufliche Leistungen würden praktisch unvermindert vollbracht. Bei Aufgaben und Tätigkeiten mit sehr hohen Anforderungen könne die Funktionsfähigkeit jedoch leicht eingeschränkt sein. Bei der Versicherten bestehe aus neuropsychologischer Sicht rein medizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit / Arbeitsunfähigkeit ohne die begutachtete Person auch früher selber untersucht zu haben, sei nicht unproblematisch, da einerseits keine neuropsychologischen Vorbefunde vorlägen und sie, M.Sc. R. ____, sich auf die von anderen Personen erhobenen Anamnesen, Befunde und daraus abgeleitete Diagnosen verlassen müsse. Retrospektiv sei daher eine Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nicht valide möglich. Aber überwiegend wahrscheinlich habe seit dem Unfall 1996 auf neuropsychologischem Fachgebiet nie eine Arbeitsunfähigkeit bestanden.

7.7 Schliesslich vermag gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten auch die Gesamtbeurteilung im E. __-Gutachten zu überzeugen (IV-Nr. 96.3). Entsprechend den Teilgutachten sei die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig.

E. 8

8.1 Insgesamt vermögen die vorstehend wiedergegebenen Darlegungen der Gutachter zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann (E. II. 7 hiervor). Es wird deutlich, dass in sämtlichen Fachdisziplinen keine Befunde erhoben werden konnten, die auf ein erheblich vermindertes Leistungsvermögen schliessen lassen würden. Vielmehr stellten die einzelnen E. __-Gutachter namhafte Inkonsistenzen fest, welche sie auch in ihrer Konsensbeurteilung bestätigten. So hätten sich gewisse Inkonsistenzen dahingehend ergeben, dass trotz der geschilderten Schmerzsymptomatik keine regelmässige Schmerzmedikation etabliert sei. Auch weitere Therapiemassnahmen fänden nicht statt. Die Versicherte absolviere lediglich eigene Entspannungsübungen und gehe auf eigene Kosten zur Massagetherapie. Zudem hätten Diskrepanzen zwischen den subjektiv geschilderten Beschwerden und dem vorliegenden Observationsmaterial sowie dem rheumatologischen Untersuchungsbefund festgestellt werden können (IV-Nr. 96.3, S. 14). Wurden Diskrepanzen bezüglich der funktionellen Einschränkungen und der klinischen Untersuchungsbefunde bereits im C. __-Gutachten vom 9. August 2010 (IV-Nr. 30.1) festgestellt (siehe insb. Beurteilung von Dr. med. G. __ im rheumatologischen Teilgutachten, IV-Nr. 30.2, S. 7 ff.), sind nun neu anlässlich der Begutachtung bei den E. __-Gutachtern Hinweise auf Aggravation erkannt worden. Eine Aggravation war im C. __-Gutachten nicht festgestellt worden. So stellte der rheumatologische E. __-Gutachter Dr. med. Q. __ in seinem rheumatologischen Teilgutachten Hinweise auf Aggravation der Beschwerden fest. Gemäss dem Gutachter ergäben sich auf dem rheumatologischen Fachgebiet Hinweise für Aggravation bei der Untersuchung der Rotationsfähigkeit der HWS, welche im 1. Untersuchungsgang nur 20 % betragen habe, dann unter dem Hinweis, dass damit eine Fahrtüchtigkeit in Frage gestellt wäre, die Beweglichkeit sich auf 45° verbessert habe und ihm passiven Untersuchungsgang die HWS bis 70° beidseits rotiert habe werden können (IV-Nr. 96.3, S. 15). Für die Plausibilisierung dieser Beurteilung hat der Gutachter das Verhalten der Beschwerdeführerin in der Begutachtungssituation einbezogen und klar aufgezeigt, weshalb

aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (mehr) vorliegt. Nach dem Gesagten ist mit der (teilweisen) Aggravation von einer revisionsrechtlich relevanten Tatsachenänderung im Sinne eines früher ■ nämlich im Zeitpunkt des C.____-Gutachtens vom 9. August 2010 ■ nicht gezeigten Verhaltens der Beschwerdeführerin auszugehen. Da im Gutachten der C.____ noch keine Aggravation festgestellt wurde, sondern einzig Diskrepanzen bezüglich der funktionellen Einschränkungen und der klinischen Untersuchungsbefunde, schloss die IV-Stelle zu Recht, dass spätestens seit dem Zeitpunkt der Observation durch die B.____ im Sommer 2021 die Aggravation nachweislich belegt worden ist. Damit sind die Voraussetzungen für eine Revision nach Art. 17 ATSG erfüllt.

8.2 Was die Beschwerdeführerin vorbringt, ist nicht geeignet, Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens der E.____ vom 14. März 2023 zu wecken. Soweit sie einwendet, aus den Ausführungen der E.____-Gutachter könne nicht abgeleitet werden, dass die geltend gemachte Leistungseinschränkung eindeutig über die bloss (unbewusste) Tendenz zur Beschwerdeausweitung und -verdeutlichung hinausgehe, kann ihr nicht beigespflichtet werden. Zwar trifft es zu, dass sich der rheumatologische Gutachter unter Ziff.

4.1 «Verhaltensbeobachtungen und äussere Erscheinung» unter anderem dahingehend äusserte, vom rein rheumatologischen Standpunkt aus ergebe sich kein konkreter Anhalt für Aggravation oder Simulation (IV-Nr. 96.8, S. 17). Unter Ziff. 6.2.1 «Allfällige Hinweise für Aggravation oder Simulation/Dissimulation» hielt er aber ausdrücklich fest, dass sich auf dem rheumatologischen Fachgebiet Hinweise für Aggravation ergeben und brachte konkret vor, dass sich die Hinweise bei der Untersuchung der Rotationsfähigkeit der HWS ergeben hätten, welche im 1. Untersuchungsgang nur 20 % betragen habe, dann unter dem Hinweis, dass damit eine Fahrtüchtigkeit in Frage gestellt wäre, die Beweglichkeit sich auf 45° verbessert habe und ihm passiven Untersuchungsgang die HWS bis 70° beidseits habe rotiert werden können (IV-Nr. 96.8, S. 21 f.). Der Gutachter konnte somit beobachten, wie sich die Rotationsfähigkeit der HWS nach seinem Hinweis auf die fragliche Fahrtüchtigkeit umgehend verbesserte. Damit stellte er ein eindeutig aggravierendes Verhalten der Beschwerdeführerin fest, welches er auch in der Konsensbeurteilung bestätigte (IV-Nr. 96.3, S. 15).

Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, dass der im orthopädischen Fachgebiet zuständige Gutachter festhalte, dass die Versicherte extrem einfach strukturiert wirke und intellektuell eher nicht in der Lage sei zu aggravierem. Gemäss dem Orthopäden handle es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um eine Kombination von einer möglicherweise vorliegenden somatoformen Schmerzstörung mit erheblichen kognitiven Einschränkungen der Versicherten selbst. Dass weder eine Aggravation noch Simulation festgestellt werden könne, werde zudem in den neurologischen, neuropsychologischen sowie allgemein-internistischen Gutachten explizit festgehalten. Dem ist entgegenzuhalten, dass weder der psychiatrische Gutachter noch die übrigen E.____-Gutachter eine somatoforme Schmerzstörung oder erhebliche kognitive Einschränkungen bei der Beschwerdeführerin feststellen konnten. Das Verhalten der Beschwerdeführerin ist somit nicht auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen, womit diese Annahme des orthopädischen Gutachters nicht bestätigt werden konnte. Vielmehr ist mit Blick auf die Beobachtungen des rheumatologischen Gutachters und das Observationsmaterial der B.____ davon auszugehen, dass klare Anhaltspunkte auf ein aggravatorisches Verhalten vorliegen. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausführte,

fällt hier auch ins Gewicht, dass aus medizinischer Sicht im E. ___-Gutachten keine relevanten Befunde festgestellt werden konnten, die Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit haben. Vielmehr wurden von sämtlichen Gutachtern grosse Diskrepanzen und Inkonsistenzen festgestellt, wobei neu auch Hinweise auf Aggravation festgestellt wurden. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass die klinischen Untersuchungen mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als wichtigste Grundlage gutachtlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen nicht lege artis erfolgt wären, liegen nicht vor. An der Beweistauglichkeit des Gutachtens ändert nichts, dass sich der rheumatologische Gutachter unter Ziff. 4.1 seines Gutachtens («Verhaltensbeobachtungen und äussere Erscheinung») unter anderem dahingehend äusserte, vom rein rheumatologischen Standpunkt aus ergebe sich kein konkreter Anhalt für Aggravation oder Simulation, da er an anderer Stelle in seinem Gutachten ausdrücklich festhielt und in der Konsensbeurteilung wiederholt bestätigte, dass sich in der Untersuchung Hinweise auf Aggravation ergaben. Bei dieser Sachlage und der Tatsache, dass sich aus den Akten nichts ergibt, was geeignet wäre, den Beweiswert des E. ___-Gutachtens in Zweifel zu ziehen, kann in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf zusätzliche Abklärungen verzichtet werden.

8.3 Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus dem E. ___-Gutachten vom 14. März 2023 und der Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach bei Aggravation ein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgeschlossen ist (vgl. BGE 141 V 281), ist es folgerichtig, dass die IV-Stelle spätestens ab Mitte 2021 eine deutlich höhere Leistungsfähigkeit der Versicherten bejahte.

9. Zu prüfen bleibt, ob eine rückwirkende Einstellung der Invalidenrente infolge Meldepflichtverletzung gerechtfertigt ist und ob die Beschwerdegegnerin allenfalls hätte Eingliederungsmassnahmen prüfen bzw. durchführen müssen.

9.1 Gemäss Art. 77 IVV hat der Berechtigte jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung, namentlich eine solche des Gesundheitszustandes, der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit, der persönlichen und gegebenenfalls der wirtschaftlichen Verhältnisse, unverzüglich der IV-Stelle anzuzeigen (vgl. auch Art. 31 Abs. 1 ATSG). Wird eine Leistung der Invalidenversicherung zu Unrecht ausgerichtet und ist dies darauf zurückzuführen, dass der Bezüger sie unrechtmässig erwirkt hat oder der ihm gemäss Art. 77 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist, erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung rückwirkend vom Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung (Art. 88bis Abs. 2 lit. b IVV).

Zur Annahme einer Meldepflichtverletzung gemäss Art. 77 IVV genügt auch ein nur leicht schuldhaftes Verhalten (vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, Rz. 147 zu Art. 30-31 IVG). Ein solches würde auch dann vorliegen, wenn das Verschweigen der Verbesserung auf einer blossen Fahrlässigkeit der Beschwerdeführerin beruhen würde (vgl. BGE 118 V 214 E. 2a) ■ was vorliegend zweifelsfrei zu bejahen ist. So lassen die Observationsergebnisse und die medizinische Aktenlage den Schluss zu, dass die Beschwerdeführerin im Revisionsgespräch vom 1. Juni 2021 bei der Beschwerdegegnerin Einschränkungen gezeigt und Beeinträchtigungen im Alltag angegeben hatte, welche in Wirklichkeit nicht bestehen. Wie bei der Observierung festgestellt werden konnte, habe sich die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt des Revisionsgesprächs vom 1. Juni 2021 beim Betreten der IV-Stelle sowie beim Verlassen derselben insofern als körperlich eingeschränkt gezeigt, als dass bei ihr eine

Steifhaltung des Oberkörpers und des Kopfes bzw. der Nackenmuskeln festzustellen gewesen sei. Ebenso sei der Gang eher vorsichtig und zurückhaltend gewesen (IV-Nr. 60, S. 12 f.). Im IV-Protokoll zum Revisionsgespräch wurde ebenfalls vermerkt, dass die Beschwerdeführerin während des Gesprächs ihren Kopf nie bewegt habe (wie steif sei sie auf dem Stuhl gesessen). Nach dem Gespräch habe sich die Beschwerdeführerin ganz langsam vom Stuhl erhoben. Es sei zudem ein verlangsamtes Gangbild beim Verlassen des Besprechungszimmers festgestellt worden; die Beschwerdeführerin habe eine etwas steife Körperhaltung gezeigt (IV-Nr. 47, S. 5). Gegenüber der Gesprächsführernden der IV-Stelle gab sie an, ihr Gesundheitszustand sei nicht gut. Es habe sich die letzten zehn Jahre verschlimmert. Vor ein paar Jahren habe sie die Wirbel versteifen lassen müssen. Sie habe oft Schmerzen in der Stirn, welche bis in den Nacken ziehen und sich über den Rücken herab bis in die Zehen ausbreiten würden. Die Ausstrahlung ins Bein sei jedoch nicht täglich. Beim nach unten sehen verspüre sie im Nacken ein "Chrüsele", danach einen starken Schmerz, als würde der Wirbel brechen. Wenn das passiere, müsse sie sich wiederum auf den Boden legen. In wärmeren Monaten würde es ihr besser gehen. Vor ca. einem Dreivierteljahr habe sie so starke Schmerzen gehabt, dass sie eine Kortisonspritze erhalten habe. Dies komme ab und zu vor. Am wohlsten fühle sie sich beim Sitzen, das sei auch kein Problem. Sie könne nicht mehr Velo fahren, lesen, wandern, etc. Sie habe ständig Schmerzen und könne z.B. in keinem Tram fahren wegen den «Hölper». Sie sei in jeder Hinsicht auf die Hilfe ihrer Mutter, des Ehemannes und den Kindern angewiesen. Stehen, wie zum Beispiel beim Kochen, sei für sie ganz schlimm. Sie könne max. eine Stunde am Stück etwas im Haushalt machen, danach müsse sie sich auf den Boden legen und die Beine hochlagern, um den Rücken zu entlasten (IV-Nr. 47, S. 3 f.). Abseits der IV-Stelle habe die Beschwerdeführerin aber gemäss den Ausführungen der Ermittler im Bericht vom 6. Oktober 2021 (IV-Nr. 60) ein verändertes Bild gezeigt. Die Gesamtheit aller Bewegungsabläufe der Beschwerdeführerin sei durch die involvierten Observanten als normal beziehungsweise ungestört empfunden worden. Zusammengefasst sei die Motorik der Beschwerdeführerin, sowohl die Grob- als auch die Feinmotorik, von den Observanten als uneingeschränkt wahrgenommen worden. Die oberen freien Extremitäten habe die Beschwerdeführerin ohne augenscheinliche Einschränkungen bewegt. Kopfdrehungen und Körperrotationen habe sie spontan und natürlich in der Ausführung getätigt. Der Funktionsumfang ihres Oberkörpers / Rumpfes scheine keinen Defiziten zu unterliegen. Der Gang sei als unauffällig, trittsicher und koordiniert beobachtet worden. Im Zusammenhang mit Kopfbewegungen seien zu keinem Zeitpunkt der Überwachung Wahrnehmungen zu machen gewesen, wonach die Rotationsfähigkeit (Kopfdrehung, Kopfnicken) einer Einschränkung unterlegen sei. Teilweise seien, sowohl im Sitzen als auch im Stehen / Gehen, spontane wie auch ausgedehnte Kopfdrehungen zu beiden Seiten beobachtet worden. Feststellungen, wonach die Beschwerdeführerin unter Beschwerden im Nackenbereich gelitten habe, hätten durch die Observation nicht erhoben werden können. Ebenso scheine die Beweglichkeit des Oberkörpers der Beschwerdeführerin nicht sichtlich geschmälert und in hohem Masse gegeben. Es hätten keine Anzeichen festgestellt werden können, welche den Schluss zugelassen hätten, die Beschwerdeführerin leide bei ihren Aktivitäten unter Schmerzen (IV-Nr. 60, S. 12). Konkret konnte bei der Observierung unter anderem beobachtet werden, wie die Beschwerdeführerin am 23. Juli 2021 ihre Einkäufe ohne Einschränkungen und ohne Hinweise auf Steifigkeit der Halswirbelsäule habe erledigen können. Dabei habe die Beschwerdeführerin wiederholt ihren Oberkörper nach vorne geneigt oder sei in eine tiefe Hocke gegangen. Die Einkäufe habe sie dann in den

Kofferraum ihres Wagens deponiert, wobei sie wiederholt ihren Oberkörper teilweise markant nach vorne geneigt und sich in natürlicher Art und Weise wieder aufgerichtet habe. Beim Manövrieren ihres Fahrzeuges habe die Beschwerdeführerin zu beiden Seiten spontane wie auch ausgedehnte Kopfbewegungen ausgeführt, um sich zu den Seiten und nach hinten zu orientieren (IV-Nr. 60, S. 17). Am 28. August 2021 konnte die Beschwerdeführerin erneut bei der Verrichtung ihrer Einkäufe beobachtet werden, wobei sie wiederholt rasche / spontane Richtungswechsel sowie Ganzkörperdrehungen vollzogen habe und hierbei beide Beine beziehungsweise den Gangapparat gleichermassen belastet habe und vom Gehen ins Stehen und vom Stehen ins Gehen übergegangen sei. Ebenso habe sie scheinbar instinktiv ihr Körpergewicht auf das eine oder andere Bein verlagert, während jeweils das andere Bein nahezu oder volle Entlastung gefunden habe. Weiter habe die Beschwerdeführerin ihre Hände gleichermassen zum Einsatz gebracht, um Artikel, teilweise auf / über ihrer Kopfhöhe, im Verkaufsgestell zu ergreifen beziehungsweise zurückzulegen. Alsdann sei zu beobachten gewesen, wie sie wiederholt ihren Oberkörper nach vorne geneigt habe, mit der einen oder anderen Hand einen Artikel in Bodennähe des Verkaufsregals ergriffen habe, sich aufgerichtet habe und parallel hierzu in den Gang übergegangen sei. Gleichentags habe sie auch einem Tennisspiel ohne sichtbare Einschränkungen ihres Kopfes zuschauen können, wobei sie den hin- und herfliegen Bällen mit den entsprechenden Kopfdrehungen zu beiden Seiten gefolgt sei. Die Kopfdrehungen nach rechts und links hätten uneingeschränkt gewirkt. Es habe auch beobachtet werden können, wie die Beschwerdeführerin stehend rund eine Dreiviertelstunde ein Gespräch mit einer Person geführt habe. Zu keinem Zeitpunkt hätten die Ermittler feststellen können, dass die Beschwerdeführerin unter Schmerzen gelitten habe (IV-Nr. 60, S. 18 ff.). Die Erkenntnisse aus dem Observationsmaterial zeigen im Vergleich zu der im C.____-Gutachten vom 9. August 2010 (IV-Nr. 30.1) beschriebenen Leistungsfähigkeit ein erheblich unterschiedliches Bild. Diese Änderung hätte die Beschwerdeführerin der IV-Stelle anzeigen müssen, selbst wenn sich der verbesserte Gesundheitszustand nur vorübergehend eingestellt hätte. Dass sie unter den gegebenen Umständen untätig geblieben ist, genügt bereits, um von einer schuldhaften Meldepflichtverletzung auszugehen. Mithin ist eine schuldhafte Meldepflichtverletzung zu bejahen, womit die Beschwerdegegnerin die Rente zu Recht rückwirkend per 31. Mai 2021 aufgehoben hat.

9.2 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, die Aufhebung der Rente dürfte selbst bei Vorliegen eines Revisionsgrundes nicht ohne vorherige berufliche Massnahmen erfolgen.

Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen

