

GR_GERICHTE S 2018 124 vom 28. Mai 2020

GR Gerichte, 2020-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2018_124

FR: GR_GERICHTE S 2018 124 du 28 mai 2020

IT: GR_GERICHTE S 2018 124 del 28 maggio 2020

Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 3

Im Rahmen des im Februar 2011 eingeleiteten Revisionsverfahrens wurde der Anspruch von A._____ auf die bisherige Invalidenrente (Invaliditätsgrad: 100 %) gestützt auf einen Verlaufsbericht des nun behandelnden Psychiaters Dr. med. C._____ mit Mitteilung vom 18. März 2011 wiederum bestätigt. Es wurde eine Revision per März 2016 vorgesehen und erneut auf die bestehende Meldepflicht hingewiesen, deren Verletzung zu einer

- 3 - Kürzung, Verweigerung oder Rückforderung von Leistungen der Invalidenversicherung führen könne.

E. 3.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 17 Abs. 1 ATSG, Art. 87, 88a und 88bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Die Aufhebung oder Herabsetzung einer Rente kann auch rückwirkend ab dem Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung erfolgen, wenn der Bezüger die Leistung zu Unrecht erwirkt hat oder der ihm nach Art. 77 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist (Art. 88bis Abs. 2 lit. b IVV). Anlass für eine solche Anpassung gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist daher nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch etwa dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben oder eine andere Art der Invaliditätsbemessung zur Anwendung gelangt (vgl. BGE 141 V 9 E.2.3, 134 V 131 E.3, 133 V 545 E.6.1, 130 V 343 E.3.5 sowie Urteile des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E.3.1.1 und 9C_261/2009 vom

E. 3.2

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 17 Rz. 49

sowie BGE 133 V 108 E.5, Urteile des Bundesgerichts 9C_646/2014 vom 17. Dezember 2014 E.2.2, 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E.3.1.2 und 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E.3.1). Wird bei dieser Gegenüberstellung festgestellt, dass der Invaliditätsgrad im zur Beurteilung stehenden Zeitraum keine rechtserhebliche Änderung erfahren hat, bleibt es beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E.3.1.3). Andernfalls ist das Vorliegen eines Revisionsgrundes zu bejahen und die zugesprochene Rente entsprechend der festgestellten Sachverhaltsveränderung abzuändern (vgl. MEYER/REICHMUTH, in: STAUFFER/CARDINAUX [Hrsg.], a.a.O., Art. 30-31 Rz. 13 ff.). Der Rentenanspruch ist dabei im rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (siehe BGE 141 V 9 E.2.3, 6.1 und 6.4 sowie BGE 117 V 198 E.4b; Urteile des Bundesgerichts 9C_11/2019 vom 16. Juli 2019 E.3.3 und 8C_825/2018 vom 6. März 2019 E.6.7; vgl. auch Kreis schreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH] des Bundesamtes für Sozialversicherungen [Stand: 1. Januar 2018], S. 104 f. Rz. 5016).

- 12 -

E. 3.3

Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG, der die Wiedererwägung regelt, kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (siehe Urteil des Bundesgerichts 8C_525/2017 vom 30. August 2018 E.7.1 f.; vgl. auch KIESER, a.a.O., Art. 17 Rz. 20 und Art. 53 Rz. 7 und 45 ff.). Gegenstand einer Wiedererwägung bilden Verfügungen, Einspracheentscheide sowie formlose Entscheide gemäss Art. 51 Abs. 1 ATSG (vgl. KIESER, a.a.O., Art. 53 Rz. 51 f. und 56).

E. 3.4

Um beurteilen zu können, ob sich der Gesundheitszustand eines Versicherten in anspruchserheblicher Weise geändert hat oder wie sich dieser im massgebenden Zeitpunkt darstellt, sind die Verwaltung und das im Beschwerdefall angerufene Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung stellen. Dabei besteht die Aufgabe des Arztes darin, den Gesundheitszustand zu beurteilen und – wenn nötig – seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden Befunde zu erheben und gestützt darauf eine Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Arzt seine originäre Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall das Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt dem Arzt hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt er zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. er gibt eine Schätzung ab, welche er aus seiner Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E.3.2, 132 V 93 E.4 und 125 V 256 E.4).

- 13 - Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und

Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht 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 Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E.2.2.2 und 125 V 351 E.3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a). 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, 122 V 157 E.1c mit Hinweisen). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E.3b, 118 V 286 E.1b, 112 V 30 E.1a mit Hinweisen). 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

- 14 - der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E.1.3.4, 125 V 351 E.3b/bb). Sodann kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte ein vergleichbarer Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (siehe BGE 137 V 210 E.1.2.1, Urteil des Bundesgerichts 8C_839/2016 vom 12. April 2017 E.3.1 f.). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (vgl. zum Ganzen BGE 125 V 351 E.3b/ee, 122 V 157 E.1c). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E.5.2, 135 V 465 E.4.3.2 und 4.4; Urteile des Bundesgerichtes 9C_415/2017 vom 21. September 2017 E.3.2, 8C_452/2016 vom 27. September 2016 E.4.2.2 f., 8C_245/2011 vom 25. August 2011 E.5.3). In Bezug auf Berichte von Hausärzten bzw. behandelnden Ärzten darf und soll der Richter auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E.4.5, 125 V 351 E.3b/cc). Insbesondere lässt es die

unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und der Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (vgl. dazu BGE 124 I 170 E.4) andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets

- 15 - in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben immerhin die Fälle, wo sich eine vom (amtlichen) Gutachten abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die Berichte der behandelnden Ärzte wichtige – nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_317/2019 vom 30. September 2019 E.2.3, 8C_379/2019 vom 21. August 2019 E.2.2 und 8C_835/2018 vom 23. April 2019 E.3). 4. Die Beschwerdeführerin stellt in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen fest, dass gemäss MEDAS-Gutachten vom 8. Januar 2018 sich in jeder der untersuchten (Fach-)Disziplinen ein Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ergeben habe, welcher es ihr ermögliche, ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit oder jede andere Arbeitstätigkeit in einem vollen Arbeitspensum zu bewältigen bzw. einer täglichen Erwerbstätigkeit von

E. 4

Im März 2016 leitete die IV-Stelle, wie vorgesehen, ein Revisionsverfahren ein und tätigte diverse Abklärungen. Die eingeholten Berichte der behandelnden Ärzte wurden dem Regionalen Ärztliche Dienst Ostschweiz (RAD) zur Beurteilung vorgelegt. RAD-Arzt D._____ erachtete in seiner Beurteilung vom 5. Juli 2016 eine bidisziplinäre Begutachtung (Rheumatologie inkl. Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit [EFL] und Psychiatrie) als angezeigt. Am 13. Juli 2016 wurden A._____ die dafür vorgesehenen Gutachter mitgeteilt, gegen welche sie mit Schreiben vom 20. Juli 2016 Einwendungen erhob. Der Gutachtensauftrag vom 13. Juli 2016 wurde in der Folge widerrufen und ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gegeben, worüber A._____ am 26. Juli 2016 informiert wurde. Der auf der Plattform SuisseMED@P aufgegebene polydisziplinäre Begutachtungsauftrag wurde am 25. Juni 2017 der MEDAS Bern ZVMB GmbH (nachfolgend MEDAS Bern) zugeteilt. Der Auftrag für ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten mit den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neuropsychologie, Psychiatrie/Psychotherapie, Rheumatologie und einer EFL wurde am 29. Juni 2017 der MEDAS Bern, unter Beilage des Fragenkataloges inkl. der bereits am 2. August 2016 eingereichten Ergänzungsfragen von A._____, erteilt. Gleichentags informierte die IV-Stelle A._____ über die Auftragserteilung und gab ihr gegenüber am 11. Juli 2017 die ärztlichen Fachpersonen bekannt. Die Untersuchungen fanden am 15., 18., 19. und 26. September sowie am 5. Oktober 2017 statt. Im Anschluss an die psychiatrische Begutachtung vom 26. September 2017 wurde – infolge der Schilderung von Dauerkopfschmerzen durch A._____ – seitens der MEDAS Bern zusätzlich eine neurologische Untersuchung vorgeschlagen, die schliesslich am 15. November 2017 stattfand.

- 4 -

E. 4.1

Die Beschwerdeführerin stellt sich hingegen auf den Standpunkt, dass keine revisionsrechtlich relevante Verbesserung ihres gesundheitlichen Zustandes oder

verbesserte erwerbliche Auswirkungen eines gleich gebliebenen Gesundheitsschadens vorlägen. Dementsprechend falle eine Rentenaufhebung gestützt auf Art. 17 ATSG ausser Betracht. Ebenso wenig sei eine zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenzusprache gegeben, welche eine Wiedererwägung der zugesprochenen Invalidenrente gestützt auf Art. 53 Abs. 2 ATSG erlaube. Unter Hinweis auf die von den handelnden Ärzten gestellte Diagnose einer schweren Depression wurde in Abrede gestellt, dass der Beschwerdeführerin eine absichtliche "bewusste" Symptomerzeugung vorgeworfen werden könne.

E. 4.2

Vorliegend wurde die am 9. November 2001 für den Zeitraum ab dem 1. August 2000 zugesprochene Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte sowie einer Beurteilung des (damaligen) IV-Stellenarztes Dr. med. E._____ vom 6. Juni 2001 zugesprochen (siehe insbesondere IV-act. 1 S. 3 ff., 20 f., 29 ff., 37 ff., 45 und 56 ff.). Zu den damals vorliegenden ärztlichen Berichten der behandelnden Ärzte gehörten insbesondere auch die Austrittsberichte der Klinik F._____ vom 9. Dezember 1999 betreffend die Hospitalisation vom 2. November 1999 bis zum 26. November 1999 sowie des Spitals W._____ vom 22. Juni 2000 betreffend die Hospitalisation vom 25. Mai

- 18 - 2000 bis 7. Juni 2000. Beide Male wurde als Zuweisungsgrund "Depression" angegeben und einzig aus diesen Berichten lässt sich ein Beschrieb des damaligen Psychostatus der Beschwerdeführerin entnehmen. Die damalige Berentung erfolgte primär aufgrund einer psychischen Beeinträchtigung, wobei Dr. med. B._____ im Arztbericht vom 30. März 2001 eine schwere depressive Entwicklung mit generalisierten Ängsten und Panikattacken diagnostizierte (siehe IV-act. 1 S. 42 ff und Case-Report vom 24. September 2018 [Druckdatum], S. 8). Für die Bestätigung der ganzen Invalidenrente gemäss den Mitteilungen vom 28. Februar 2006 und 18. März 2011 stützte sich die Beschwerdegegnerin jeweils einzig auf einen Verlaufsbericht der behandelnden Fachärzte, worin ein stationärer bzw. unveränderter Zustand bei fortbestehender vollständiger Arbeitsunfähigkeit festgehalten wurde (siehe IV-act. 13 f. und 28 ff.). Anlässlich des Revisionsverfahrens im Jahre 2011 wurde sogar auf eine Vorlage an den RAD verzichtet (siehe IV-act. 30 und Case-Report vom 24. September 2018 [Druckdatum], S. 8). Insofern kommt in revisionsrechtlicher Hinsicht und in Nachachtung der in der vorstehenden Erwägung 3.2 wiedergegebenen Rechtsprechung nur die Zusprache der Invalidenrente am 9. November 2001 als massgeblicher Vergleichszeitpunkt hinsichtlich einer revisionsrechtlich bedeutsamen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen in Frage. 4.3.1. Für die Zusprache der Invalidenrente im Jahre 2001 war der Bericht von Dr. med. B._____ vom 30. März 2001 (IV-act. 1 S. 42 ff.) massgeblich (siehe dazu IV-act. 1 S. 45). Der zu diesem Zeitpunkt (wieder) behandelnde Psychiater Dr. med. B._____ (vgl. dazu IV-act. 1 S. 37 ff. und IV-act. 94 S. 102) diagnostizierte eine schwere depressive Entwicklung mit generalisierten Ängsten und Panikattacken und attestierte der Beschwerdeführerin mindestens seit dem Datum der Erstkonsultation (5. Oktober 1999) und bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Er berichtete von im April 1999 erstmals aufgetretenen Panikattacken während einer Autofahrt. Es

- 19 - seien rezidivierende Zustände von Schwächeanfällen, Schwindel, Ängsten und Depressionen aufgetreten. Der stationäre Aufenthalt in der Klinik F._____ vom 2. bis 26. November 1999 habe zu keiner Zustandsverbesserung geführt. Dr. med. B._____

berichtete auch von Rückschlägen hinsichtlich der durchgeführten medikamentösen Therapie mit verschiedenen Antidepressiva, welche aber aufgrund von Überempfindlichkeiten nicht voll dosiert werden konnten. Zudem wurden auch noch Probleme der Beschwerdeführerin mit der Bewältigung von alltäglichen Aufgaben erwähnt. Im Austrittsbericht vom 9. Dezember 1999 der Klinik F._____ wurde zum Eintrittsstatus eine allseitige Orientierung sowie eine leichte bis mittelgradige Störung der Konzentration und der Aufmerksamkeit aber ohne Störungen des Gedächtnisses festgehalten. Im formalen Denken sei die Beschwerdeführerin gehemmt, leicht verlangsamt und eingeengt auf ihre depressive Symptomatik. Berichtet worden sei hauptsächlich von Ängsten beim Alleinsein. Für Wahnideen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen hätten keine Anhaltspunkte bestanden. Im Affekt sei sie niedergeschlagen, mittelgradig bis schwer depressiv, ängstlich, hoffnungslos und im Antrieb gemindert (siehe IV-act. 1 S. 56 ff). Im Austrittsbericht des Spitals W._____ vom 22. Juni 2000 wurde in der Anamnese ebenfalls eine niedergeschlagene, völlig erschöpfte Patientin mit Appetitlosigkeit, massiv gestörtem Tag/Nacht-Rhythmus und Einschlafstörungen, persistierenden Angstzuständen sowie tiefer Antriebs- und Hoffnungslosigkeit beschrieben. Hinsichtlich des Eintrittsstatus am 25. Mai 2000 wurde eine allseitige Orientierung sowie eine leichte formale Denkstörung mit Einengung auf die depressive Problematik festgehalten. Im Affekt sei sie antriebslos, niedergeschlagen, ängstlich und mittelgradig bis schwer depressiv. Unter medikamentöser Therapie sei im Verlaufe der Hospitalisation trotz sehr eingeschränkter Krankheitseinsicht und -akzeptanz eine zunehmende psychische Stabilisation gelungen. Am 7. Juni 2000 sei die Beschwerdeführerin in gebessertem Zustand nach Hause entlassen worden. Es wurde insbesondere eine Weiterbehandlung durch Dr. med. B._____ empfohlen und festgehalten, dass

- 20 - ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik von der Beschwerdeführerin vehement abgelehnt worden sei (siehe IV-act. 1 S. 2 ff.). 4.3.2. Das in Anwendung von Art. 72bis Abs. 2 IVV bei der MEDAS Bern in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten umfasst die Fachbereiche Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie, Neuropsychologie und Neurologie sowie eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL). Daran beteiligt waren Dr. med. G._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie), Dr. med. H._____ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin), PD Dr. med. I._____ (Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie), Dr. med. K._____ (Facharzt für Neurologie) sowie lic. phil. L._____ (Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP). Alle diese Ärzte sind zudem zertifizierte medizinische Gutachter SIM und lic. phil. L._____ ist zertifizierter neuropsychologischer Gutachter SIM. Die Explorationen in den verschiedenen Fachdisziplinen und die EFL fanden am 15., 18., 19., 26. September sowie am 5. Oktober und 15. November 2017 statt (siehe IV-act. 94 S. 1 f.). 4.3.3. Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung hielt Dr. med. G._____ zum erhobenen Psychostatus (nach den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie [AMDP]) insbesondere fest, dass die Beschwerdeführerin wach in allen Qualitäten zu Zeit, zu Ort, zu eigener Person und zur Situation orientiert sei. Es liessen sich bei ihr keine Störungen der Erlebensweisen mit Defiziten der Ich-Umwelt-Grenze oder Störungen des personalen Einheitslebens abbilden. Es würden auch keine Erlebnisweisen beschrieben, in denen körperliche Vorgänge sowie das eigene Denken, Fühlen oder Handeln als von aussen gelenkt empfunden würde. Die kognitive Leistungsfähigkeit habe im Verlauf der Untersu-

chung nicht erkennbar nachgelassen. Die Beschwerdeführerin habe aber bereits zu Beginn (der Exploration) berichtet, über eine sehr schlechte Konzentration und Gedächtnis zu verfügen, was aber weder am Anfang noch

- 21 - im Verlauf der Exploration, schon gar nicht zunehmend, habe vernommen werden können. Es bestünden keine zuverlässig reproduzierbaren Auffassungsstörungen und auch keine erkennbaren Störungen der Konzentration. Aktuell lägen auch keine reproduzierbaren Merkfähigkeitsstörungen vor, obwohl dies von der Beschwerdeführerin wiederholt behauptet worden sei. Sie sei anlässlich der klinisch-psychiatrischen Exploration ohne erkennbare Einschränkungen in der Lage gewesen, sich Informationen länger zu merken, zu speichern und später im Gespräch daran anzuknüpfen. Ferner sei sie auch im Stande gewesen, das (an der Untersuchungsstation) erlernte aus dem Gedächtnis abzurufen sowie dies auch deutlich länger zu behalten als von ihr angegeben. Es bestünden zudem keine Konfabulationen und Paramnesien. Dass die Beschwerdeführerin berichte, an bestimmte Ereignisse ihres Lebens keine Erinnerung zu haben, könne nicht nachvollzogen werden. Es läge kein Wahn, keine Wahnstimmen und keine Wahnwahrnehmungen vor. Die Intelligenz wirke knapp durchschnittlich, woraus sich durchaus ein zweckvolles Handeln ableiten lasse und es bestehe eine ausreichende Befähigung, sich auf erworbene Erfahrungen zu stützen und diese zweckdienlich einzusetzen. Dr. med. G._____ verneinte eine Antriebsstörung. Im Hinblick auf die berufliche Zielstrebigkeit sei die Willenskraft deutlich reduziert. Im Haushalt würden die Aufgaben im üblichen Umfang hingegen ausgeführt. Es bestehe kein reproduzierbarer Mangel an Energie, jedoch eine verminderte Initiative und Interessen, wobei die Beschwerdeführerin weiterhin über eine ausreichende Vitalität und Spannkraft verfüge. Bedeutsame Auffälligkeiten der Affektivität seien bei der Beschwerdeführerin nicht erkennbar. Sie zeige eine lebhaft und nicht gehemmte Mimik. Es bestehe keine Ratlosigkeit oder Verzweiflung und ein Gefühl der Gefühllosigkeit sei nicht erkennbar. Die Beschwerdeführerin sei im Gespräch kontrolliert emotional beteiligt. Es ergäben sich keine Hinweise auf Hoffnungslosigkeit, Ängstlichkeit oder Dysphorie und sie sei nicht parathym oder affektlabil. Die Beschwerdeführerin vermittele den Eindruck, dass sie für notwendige Entscheidungen entschlossen sei. Die berich-

- 22 - tete, stets negativ getönte Befindlichkeit (ausserhalb der psychiatrischen Untersuchung) lasse sich bei unauffälligem Eindruck im Rahmen der Exploration nicht reproduzieren. Die psychosoziale Situation der Beschwerdeführerin habe in der Vergangenheit durchaus zu Unmut und auch zu Ver lustängsten führen können. Hinsichtlich der Persönlichkeit hielt Dr. med. G._____ fest, dass diese narzisstisch und histrionisch akzentuiert sei. Trotz emotionaler Belastungen in der Kindheit könne nicht davon ausgegangen werden, dass relevante und soziokulturell unüblich Defizite oder Belastungen stattgefunden hätten, die das spätere Leben oder die Entwicklung massgeblich benachteiligt hätten. Betreffend Zwänge und Phobien hielt Dr. med. G._____ fest, die Beschwerdeführerin könne die von ihr berichteten Angstzustände auf der Strasse offensichtlich steuern und auch aushalten bzw. wohl vermeiden. Denn immerhin sei sie (nach eigenen Angaben) in der Lage, regelmässig alleine Spaziergänge zu machen und Einkäufe zu erledigen. Ferner hinderten die subjektiv als invalidisierend angegebenen permanenten Ängste und Panikzustände die Beschwerdeführerin nicht an Fernreisen mit dem Flugzeug an unbekannte Orte. Die vorgebrachten permanenten Ängste und Panikzustände hätten nicht beobachtet werden können. Ebenso wenig liege ein

Realitätsverlust vor (siehe zum Ganzen IV-act. 94 S. 15 ff. und S. 24 ff.). Im interdisziplinären Konsens wurden keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und als psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden die "Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen" (ICD-10: F68.0) sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1) festgehalten (siehe IV-act. 94 S. 45). 4.3.4. Im Gegensatz zum psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. G._____ lässt sich den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. med. C._____ aus dem Jahre 2018 kein bzw. kein eingehender Beschrieb des Psychostatus entnehmen. Dr. med. C._____ diagnostizierte insbesondere eine

- 23 - schwere chronische Depression mit Defektheilung (klassifiziert als ICD-10: F32.9 [Depressive Episode, nicht näher bezeichnet]) sowie Angst- und Panikattacken rezidivierend (siehe Akten der Beschwerdeführerin [Bf-act.] 3, siehe auch IV-act. 45). Auch weitere behandelnde Fachperson halten betreffend psychischer Beschwerden im Wesentlichen eine Depression und/oder Angst- und Panikattacken fest (siehe Bf-act. 9 ff. und 14 ff.). Eine Beschreibung des Psychostatus findet sich hingegen lediglich im Austrittsbericht vom 21. August 2018 des Leitenden Arztes M._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, betreffend den Aufenthalt vom 31. Mai bis zum 27. Juni 2018 zur psychosomatischen Rehabilitation im Rehasentrum X._____ (siehe Bf-act. 10). Darin wird insbesondere festgehalten, dass die Beschwerdeführerin sehr unkonzentriert sei und sich Dinge nicht merken könne. Im Erzählfluss sei sie etwas verloren, komme vom einen zum anderen und mache die Sätze nicht fertig, sodass vieles nachgefragt werden müsse. Sie wirke unkonzentriert. Es bestünden keine quantitativen oder qualitativen Bewusstseinsminderungen und sei zu allen Qualitäten orientiert. Gedächtnisstörungen wurden verneint. Die Beschwerdeführerin sei im formalen Denken umständlich und unstrukturiert aber ohne Hinweise auf wahnhaftes Denken. Ängste wurden ebenfalls verneint. Ebenso wenig bestünden Anhaltspunkte für wahnhaftes Erleben, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen. Der Affekt und Antrieb sei reduziert und sie wirke erschöpft. Des Weiteren wurden verschiedene Assessments bei Ein- und Austritt durchgeführt, namentlich ein Mini-ICF-Rating zur Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigung sowie ein Hospital Anxiety and Depression Scale, welche jeweils nicht unerhebliche Einschränkungen ergaben. Dazu ist aber zu bemerken, dass dieser Bericht der Beschwerdegegnerin nicht bekannt sein konnte, da sie die angefochtene Verfügung bereits am 16. August 2018 erliess, der Austrittsbericht aber erst vom 21. August 2018 datiert und somit erst nach dem massgeblichen Zeitpunkt erstellt wurde, auch wenn der stationäre Aufenthalt noch vor dem Erlass der Verfügung endete. Zudem erfolgt die Beurteilung nicht durch einen Facharzt für Psychiatrie und

- 24 - Psychotherapie, auch wenn der Leitende Arzt M._____ eine Weiterbildung in Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) sowie Delegierte Psychotherapie (FMPP) abgeschlossen hat. 4.3.5. Unter Berücksichtigung der Beweiswürdigungsgrundsätze für medizinische Berichte und Gutachten (siehe vorstehende Erwägung 3.4) ist für das streitberufene Gericht angesichts der dargelegten, sich per 2018 darstellenden medizinischen Situation im Vergleich zu derjenigen, welche der ursprünglichen Rentenzusprache im Jahre 2001 zugrunde lag, eine anspruchsvollere Veränderung des gesundheitlichen Zustandes bzw. dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Namentlich der von Dr. med. G._____ erhobene Psychostatus zeigt im Vergleich zu jenem, wie er in den bis zur Zusprache der ganzen Invalidenrente im Jahr

2001 vorliegenden (fach-)ärztlichen Berichte beschrieben wurde, ein wesentlich verbessertes Bild. Zudem wird in der Stellungnahme vom 22. Mai 2018 der MEDAS Bern zum begründeten Einwand vom 4. April 2018 sowie den in diesem Zusammenhang von der Beschwerdeführerin eingereichten ärztlichen Berichten daran festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin in erheblicher Weise versicherungsfremde persönliche Faktoren bestünden, welche in die medizinischen Diagnosen (der behandelnden Ärzte und Therapeuten) einfließen würden und eingeflossen seien. Deshalb müssten sie überwiegend von einem anderen medizinischen Sachverhalt ausgehen als er ehemals angenommen worden war und dementsprechend, auch retrospektiv, zu einer anderen versicherungsmedizinischen Beurteilung gelangen (siehe IV-act. 109 S. 2). Bereits im MEDAS-Gutachten vom 8. Januar 2018 wurde hinsichtlich der revisionsrechtlichen Fragestellung nach einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes zwar primär die Ansicht vertreten, dass überwiegend wahrscheinlich auch retrospektiv die Voraussetzungen für eine längere Arbeitsunfähigkeit nicht vorgelegen hätten, weil die gestellten Diagnosen nicht nachvollziehbar seien und erhebliche, früher nicht bemerkte und nicht dokumentierte Inkonsistenzen mit Selbstlimitierungen

- 25 - dringlich anzunehmen gewesen seien. Die sehr wahrscheinlich grossenteils bewusstseinsnahen Inkonsistenzen dominierten retrospektiv den Fallverlauf hochgradig und hätten sehr wahrscheinlich über die Anamnese und das Verhalten der Beschwerdeführerin schon in der Vergangenheit die psychiatrischen Diagnosen und die Bewertung des medizinischen Sachverhaltes geprägt. Ferner wurde festgehalten, dass hilfswise medizinisch und versicherungsmedizinisch eine klare Besserung gegenüber der früher dominierenden psychischen Symptomatik attestiert werden müsste, da gegenwärtig weder eine relevante Angst- oder Panikstörung noch eine depressive Störung objektiviert werden könnten und auch in der Vergangenheit rheumatologische und neurologische Gesundheitsstörungen stets nur in geringem Ausmass und nicht arbeitsrelevant für die zuletzt ausgeübte oder andere leidensadaptierte Tätigkeiten gewesen seien (siehe IV-act. 94 S. 52). Der fallführende RAD-Arzt D._____ kam am 11. Januar 2018 entsprechend zum Schluss, dass aufgrund des MEDAS-Gutachtens vom 8. Januar 2018 (zumindest) die revisionsrechtlich bedeutsame Tatsache zu würdigen sei, dass im Zeitpunkt der Gutachtenserstellung kein aner kennenswerter Gesundheitsschaden vorliege und überwiegend wahrscheinlich von erheblicher Aggravation oder gar Simulation ausgegangen werden müsse, wobei klare Simulation oder Aggravation regelmässig die Annahme eines versicherten Gesundheitsschadens verbiete. RAD-Arzt D._____ erachtete sogar auch die retrospektive Beurteilung im MEDAS-Gutachten vom 8. Januar 2018 als sehr überzeugend, wonach niemals eine Krankheit mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe. Aus diesem Grund empfahl er dem Rechtsanwender die Prüfung der Wiedererwägung der ursprünglichen Rentenverfügung (siehe Case-Report vom 24. September 2018 [Druckdatum], S. 11).

- 26 - An der erstgenannten Einschätzung von RAD-Arzt D._____ sowie der Einschätzung der MEDAS-Gutachter für den Zeitraum ab dem Jahre 2018 vermag auch der nicht von einem Facharzt für Psychiatrie verfasste Austrittsbericht vom 21. August 2018 des Rehasentrums X._____ nichts zu ändern, zumal er an einem inneren Widerspruch leidet: Denn darin wurde zwar die Diagnose (ohne ICD-10-Klassifikation) "Schwere Form einer chronischen Depression inkl. Angststörungen, Panikattacken, DD dependente Persönlichkeitsstruktur" gestellt, beim Psychostatus indes das Vorhandensein von Ängsten klar

verneint (siehe Bf-act. 10 S. 1 f.). Zudem stellte der Leitende Arzt M._____ in der Beurteilung eine leichte Stimmungsaufhellung im Verlauf fest, wobei die Beschwerdeführerin auch ruhiger, reflektierter und selbstwirksamer gewirkt habe, ohne dies subjektiv wahrzunehmen. Dies ist allerdings insoweit zu relativieren, als die Beschwerdeführerin sich erstmals wieder seit geraumer Zeit und erst nach Kenntnisnahme der im ME- DAS-Gutachten vom 8. Januar 2018 aufgeführten Inkonsistenzen Mitte Januar 2018 betreffend die Inanspruchnahme von medizinisch induzierten (stationären) psychiatrischen Behandlungsmassnahmen in eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsmassnahme ab Ende Mai 2018 begeben hatte (siehe dazu IV-act. 94 S. 28 ff, 42 und 50 f., IV-act. 96, IV-act. 107 S. 3 f.; Bf-act. 3 f. und 10). Ebenso wenig ändern auch die (nur auszugsweise vorliegenden) Ergebnisse der vertrauensärztlichen psychiatrischen Abklärung vom 11. März 2019 durch Dr. med. N._____ von den Psychiatrischen Diensten Graubünden (PDGR) gemäss deren Bericht vom 8. Mai 2019 etwas daran. Die entsprechende Untersuchung erfolgte weit nach dem für die angefochtene Verfügung massgebenden Zeitpunkt und daraus ist insbesondere auch kein detaillierter Psychostatus ersichtlich. Den weiteren Berichten der behandelnden Ärzte und Therapeuten lässt sich per 2018 ebenfalls keine (hinreichende präzise) Beschreibung des Psychostatus entnehmen.

- 27 - Ferner ist zu berücksichtigen, dass auch früher nicht gezeigtes Verhalten der versicherten Person eine relevante Tatsachenänderung im Sinne von Art. 17 ATSG darstellen kann, wenn es sich auf den Invaliditätsgrad und somit den Rentenanspruch auswirken kann. Dies trifft namentlich zu, wenn ein Ausschlussgrund vorliegt, d.h. die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht, die eindeutig über die blossе (unbewusste) Tendenz zur Beschwerdenausweitung und -verdeutlichung hinausgeht (siehe Urteile des Bundesgerichts 8C_380/2019 vom

E. 4.4

Nachfolgend ist auf die von der Beschwerdeführerin in Abrede gestellte unzureichende Inanspruchnahme von angezeigten Therapieoptionen, die von den MEDAS-Gutachtern erkannten Inkonsistenzen und die entsprechende Arbeitsfähigkeitsbeurteilung gemäss MEDAS-Gutachten vom 8. Januar 2018 einzugehen. Die Beschwerdeführerin macht unter Hinweis auf Berichte ihrer behandelnden Ärzte insbesondere geltend, dass sie seit mindestens 12 Jahren konsequent Antidepressiva einnehme und gemäss Bestätigung von Dr. med. C._____ verschiedene antidepressive Kombinationen eingesetzt worden seien. Diese hätten die psychische Problematik mit Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit, Unruhe, Angst und Panik für die Beschwerdeführerin erträglich machen sollen. Sie sei auf Dritthilfe angewiesen und Dr. med. C._____ weise zu Recht auf eine unsorgfältige Gutachtenserstellung durch die MEDAS-Bern hin. Die Beschwerdeführerin habe entgegen der MEDAS-Gutachter vielfältige Behandlungsoptionen betreffend ihre Schmerzen und psychischen Probleme wahrgenommen. Unter anderem habe sie im Jahre 2006 wegen anhaltender Schmerzen die Rehaklinik Y._____ aufgesucht und in den Jahren 2003 und 2005 diverse neurologische Abklärungen durchführen lassen. Zudem stehe sie seit 2002 auch noch bei Dr. med. P._____, Fachärztin für psychosomatische Medizin (recte: Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin mit den Weiterbildungen Psychosomatische und Psychosoziale Medizin [SAPPM], Delegierte Psychotherapie [FMPP] und Homöopathie [SVHA]) in Behandlung und sei am

- 30 - 31. Mai 2018 zwecks stationärem Aufenthalt in die Rehaklinik X._____ eingetreten.

E. 4.4.1

Die Beschwerdegegnerin hält dem entgegen, dass die MEDAS-Gutachter schlüssig und nachvollziehbar festhielten, weshalb sie aktuell keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellten. Namentlich zeige der psychiatrische Gutachter Dr. med. G._____ auf, dass die sehr auffälligen Ergebnisse des Rey-Memory-(Symptomvalidierungs-)Tests sowie die zahlreichen inkonsistenten Angaben (der Beschwerdeführerin) die Gutachter veranlasst habe, zusätzlich eine neuropsychologische Untersuchung durchzuführen, um die Angaben der Beschwerdeführerin zu validieren. Im (psychopathologischen) Befund halte Dr. med. G._____ unter anderem fest, dass keine zuverlässig reproduzierbaren Auffassungsstörungen, keine objektiv erkennbaren Störungen der Konzentration und auch keine reproduzierbare Merkfähigkeitsstörung vorlägen. Die bei der Beschwerdeführerin festgestellte lebhaft und nicht gehemmte Mimik zeige, dass keine Ratlosigkeit oder Verzweiflung bestehe. Die Beschwerdeführerin sei im Gespräch kontrolliert emotional beteiligt gewesen (siehe IV-act. 94 S. 16 f.). Dr. med. G._____ äussere sich im MEDAS-Gutachten auch ausführlich zu den von ihm (sowie vom neuropsychologischen Gutachter lic. phil. L._____) festgestellten Inkonsistenzen (siehe IV-act. 94 S. 23 f.). Im Rahmen der gemeinsamen interdisziplinären Beurteilung hätten die MEDAS-Gutachter festgestellt, dass auch die Befunde der neuropsychologischen Teilbegutachtung mindestens auf Aggravation schliessen liessen und die Beschwerdeführerin sich zudem bei der EFL in vielen Tests selbst limitiert habe. Schliesslich hätten sich auch im neurologischen (Teil-)Gutachten erhebliche Diskrepanzen zwischen der Anamnese und der Untersuchung ergeben. Zusammenfassend seien die MEDAS-Gutachter zum Schluss gekommen, dass sich in nahezu allen beteiligten Fachdisziplinen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Hinweise auf vorwiegend unspezifische, nicht objektivierbare Symptome ergeben hätten. Das Ver-

- 31 - halten der Beschwerdeführerin sei hochgradig auffällig gewesen. Ihr Verhalten und ihre Angaben seien inkonsistent. Das hochgradig inkonsistente Verhalten, welches mindestens einer Aggravation entspreche, sei als invaliditätsfremder Faktor anzusehen, der keine Arbeitsunfähigkeit bewirke (siehe IV-act. 94 S. 38 ff., 44 und 48 f.).

E. 4.4.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind für die Frage einer invalidisierenden Beeinträchtigung der Gesundheit deren Einflüsse auf die Erwerbsfähigkeit, also die objektivierten Folgen der Gesundheitsschädigung massgebend (siehe BGE 143 V 418 E.6, 142 V 106 E.4.4, 139 V 547 E.5.1). Eine lege artis gestellte Diagnose gilt als Voraussetzung und Ausgangsbasis für die Frage der invalidisierenden Wirkung einer Beeinträchtigung der Gesundheit, ist für sich alleine aber nicht ausreichend (siehe BGE 143 V 418 E.6 und 8.1, 142 V 106 E.4.4, 141 V 281 E.2.1 sowie 130 V 396 E. 6.2 ff.). Der im Leitentscheid BGE 141 V 281 formulierte Indikatorenkatalog, bestehend aus den zwei Hauptkategorien "funktioneller Schweregrad" und "Konsistenz", dient der Prüfung, ob die funktionellen Auswirkungen von medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlagen im Einzelfall anhand dieser Standardindikatoren einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen und gilt heute grundsätzlich für alle psychischen Erkrankungen (siehe BGE 143 V 418 E.7, 142 V 106 E.4.4, 141 V 281 E.2.1, 4.1.3, 4.3, 4.4 und 6, 139 V 547 E.5.1). Schliesslich ist für die Frage, ob überhaupt ein versicherter, invalidisierender Gesund-

heitsschaden und ein Leistungsanspruch vorliegt, das Vorhandensein bzw. die Absenz von Ausschlussgründen wie Simulation oder Aggravation von entscheidender Bedeutung (vgl. BGE 141 V 281 E.2.2.1 f. sowie BGE 140 V 193 E.3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_462/2019 vom 18. Dezember 2019 E.4.2.1; siehe auch MEIER, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter vom 11. Juli 2015, S. 8 ff.). Bei hinreichender Klarheit über das Vorliegen solcher Ausschlussgründe welche die Annahme einer Gesund-

- 32 - heitsbeeinträchtigung verbieten, besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente. Wenn betreffende Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, müssen deren Auswirkungen in jedem Fall im Umfang der Aggravation bereinigt werden, wobei die Überschreitung der Grenze der Aggravation oder vergleichbarer Konstellationen im Einzelfall sorgfältig und auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht zu prüfen ist (siehe Urteil des Bundesgerichts 9C_462/2019 vom 18. Dezember 2019 E.4.2.2 f.). Hinweise für Aggravation oder ähnliche Erscheinungen sind etwa darin zu sehen, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung aber vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (siehe BGE 141 V 281 E.2.2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_462/2019 vom 18. Dezember 2019 E.4.2.1).

E. 4.4.3

Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 8. Januar 2018 (IV-act. 94) basiert auf den im Zeitpunkt der Begutachtung vorhandenen Vorakten sowie ausführlichen eigenen Untersuchungen seitens der MEDAS-Gutachter und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Mit dem Einbezug der Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie, Neuropsychologie und Neurologie sowie einer EFL stellt es ein umfassendes Abklärungsergebnis dar. Das auf den 8. Januar 2018 datierte MEDAS-Gutachten weist auf der Grundlage eines interdisziplinären Konsenses der beteiligten Fachpersonen keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit aus. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit wird ein (positives und negatives) Fähigkeitsprofil definiert und die Ressourcen werden detailliert umschrieben. Namentlich bestünden

- 33 - bei der Beschwerdeführerin keine relevanten Beeinträchtigungen der Wissensanwendung oder der Problemlösung, keine reproduzierbare mangelhafte Entscheidungs- und Entschlusskraft und auch keine mangelnde Aufmerksamkeitsfokussierung. Überdies lägen auch keine objektivierbaren Störungen der Kommunikation und der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens und der interpersonellen Interaktionen und Beziehungen oder der Fähigkeit zur Selbstpflege vor. Bei der Beschwerdeführerin bestünden normale mentale Funktionen ohne relevante psychopathologische Auffälligkeiten. Ebenso seien die Aktivitäten aus psychiatrischer Sicht unauffällig, insbesondere hinsichtlich der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Anwendung fachlicher Kompetenz im Rahmen der infrage kommenden Tätigkeit sowie die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit im häuslichen Bereich. Dies sei in der aktuellen Untersuchung reproduzierbar und somit auf das Arbeitsleben übertragbar. Es bestünden

gegenwärtig keine relevanten Störungen der emotionalen Funktionen, der Affektkontrolle oder der Spannweite der Emotionen. Aus psychiatrischer Sicht lägen keine Einschränkungen der Fähigkeiten und keine Partizipationsstörungen vor. In einer neuen Tätigkeit sei zu Beginn bis zur Eingewöhnung ein Zeitdruck zu vermeiden. Aus internistischer Sicht fänden sich keine Einschränkungen bzw. seien keine Fähigkeiten der Beschwerdeführerin durch die gestellten (internistischen) Diagnosen gestört. Aus der EFL könne aufgrund der Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin bei nahezu allen Tests die Zuverlässigkeit (eines Tätigkeitsprofils) nicht abschliessend beurteilt werden, sondern diese müsse medizinisch-theoretisch erfolgen. In neuropsychologischer Hinsicht wurde ein positives Funktionsprofil beschrieben. Namentlich sei die Beschwerdeführerin orientiert, könne auf zuvor gemachte Angaben oder Erlebnisse Bezug nehmen und sei in der Lage, nach einer begleiteten, zweistündigen Zugfahrt mindestens zwei weitere Stunden einer ablenkungsarmen Untersuchung mit kurzen Tests zu folgen. Zudem verstehe sie einfache Anweisungen und Fragen, spreche ohne Probleme,

- 34 - könne Einfachstes schreiben sowie einfache Instruktionen lesen und verstehen. Schliesslich sei sie auch nicht übermässig ablenkbar und im normalen Gespräch (sowie in den meisten Aufgaben) nicht verlangsamt. Zudem seien auch aus neurologischer Sicht keine Einschränkungen des Fähigkeitsprofils vorzunehmen. Gestützt darauf kamen die MEDAS-Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Filialeiterin einer Videothek zu 100 % arbeitsfähig (100 % Leistung, Präsenzzeit: 8.5 Stunden) sei. Bei der ursprünglich erlernten Tätigkeit als Coiffeuse bestünde aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht in zeitlicher Hinsicht eine leichte Einschränkung. Aufgrund einer nachvollziehbaren vermehrten Verspannung und Beschwerden im Nacken-Schulter-Bereich bei monoton-repetitiven Tätigkeiten mit abduzierten Armen bestünde für solche Tätigkeiten ein vermehrter Pausenbedarf von zwei Stunden. Dies würde auch die etwas verkürzte (zumutbare) Stehdauer aufgrund eines dekompenzierten Senk-Spreizfusses berücksichtigen, woraus für die Tätigkeit als Coiffeuse aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 75 % bestünde. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Filialeiterin in einer Videothek entspreche hingegen aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht den Anforderungen an eine angepasste Tätigkeit. Zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten (Verweis-)Tätigkeit hielten die MEDAS-Gutachter fest, es bestehe ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Leistung 100 %, Präsenzzeit: 8.5 Stunden). Angepasst sei eine wechselpositionierte Tätigkeit im Sinne der Vermeidung von langandauernden statisch-monotonen und repetitiven Tätigkeiten mit den Armen in abduzierter Stellung oder häufigen Arbeiten über Kopf und andauerndem Gehen-Stehen sowie andauerndem Sitzen (siehe zum Ganzen IV-act. 94 S. 38 ff., 59, 72 und 81). Bei der Beantwortung des sich an den Standartindikatoren gemäss BGE 141 V 281 orientierenden Fragenkataloges der Beschwerdegegnerin hielten die MEDAS-Gutachter zu den Komplexen "Gesundheitsschädigung"

- 35 - und "Persönlichkeit" fest, dass für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sowie für eine angepasste Tätigkeit gegenwärtig und überwiegend wahrscheinlich auch retrospektiv keine Einschränkungen der Partizipation bestünden. In nahezu allen beteiligten Fachdisziplinen hätten sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Hinweise auf vorwiegend unspezifische, nicht objektivierbare Symptome psychischer und somatischer Art ergeben, welche in auffälliger Weise seit mehr als 17 Jahren mit keinen therapeutischen Methoden nachhaltig hätten gelindert werden können. Dabei müsse aber auch klar auf die Inkonsistenz der

auffallend niedrigen Behandlungsaktivität hin- gewiesen werden (keine stationäre Massnahme seit Rentenzusprache, strikte Ablehnung einer solchen aus nicht nachvollziehbaren Gründen so- wie kaum als suffizient zu bewertende pharmakotherapeutische Massnah- men mit ebenfalls vorgeschoben wirkenden Gründen). Die Grundlage der ursprünglich zur Berentung führenden, vorrangig psychischen Gründe sei nicht plausibel. Damals hätten weder schwerwiegende psychologische Faktoren noch relevante somatische Gründe vorgelegen, um eine dauer- haft invalidisierende schwerwiegende affektive Störung begründen zu kön- nen, wobei es auch Widersprüche bei der Umschreibung des "ursächlichen Traumas" gegeben habe. Ferner könnten auch keine entsprechenden psy- chosozialen Belastungsfaktoren festgestellt werden, welche ein solch schwerwiegend behauptetes und – darauf basierend – attestiertes psychi- sches Leiden aufrechterhalten könnten. Auch aus der Sicht der Entwick- lungspsychologie sei keine erhöhte primärpersönliche Vulnerabilität er- kennbar, welche eine psychische Störung von besonderer Arbeitsrelevanz erklären könnte. Umso mehr verblieben daher sehr wahrscheinlich die grossenteils bewusstseinsnahen Inkonsistenzen ursächlich, welche – ak- tuell wie auch retrospektiv – hochgradig den Fallverlauf dominierten und entscheidend die Anamnese und das Verhalten bestimmten. Die Gutachter stellten bei der Beschwerdeführerin ein hochgradig auffälliges Verhalten fest. Ihr Verhalten und ihre Angaben seien nicht konsistent gewesen. Es sei mindestens von einer erheblichen Aggravation und – aus neurologi-

- 36 - scher Sicht – teilweise von nicht authentischer Symptompräsentation, teils auch ohne organisches Korrelat, auszugehen. Dieses hochgradig inkonsis- tente Verhalten, welches mindestens einer erheblichen Aggravation ent- spreche, sei als invaliditätsfremder Faktor anzusehen, welcher keine Ar- beitsunfähigkeit bewirke. Gemäss den MEDAS-Gutachtern sei zwar von ei- ner narzisstischen und histrionischen Akzentuierung der Persönlichkeit, nicht aber von einer Persönlichkeitsstörung auszugehen und es sei auch kein relevantes Suchtleiden eruierbar. Bei der Beschwerdeführerin hätten zwar Belastungen in der Kindheit und Jugend in Erfahrungen gebracht wer- den können. Eine akute psychische Belastungssituation betreffend die se- xuelle Integrität habe aber wirksam überwunden und kompensiert werden können. Schon damals in der Jugend habe die Beschwerdeführerin (gemäss eigener Schilderung) Entschlossenheit und Ich-Stärke beweisen können, wobei namentlich die beharrlich und nachhaltige Abwehr gegen den Täter sich als wirksam erwiesen habe. Auch wenn die psychischen Folgen einer sexuellen Nötigung keineswegs unterschätzt werden dürften, sei dabei von weniger schweren bzw. eher nicht langfristigen Auswirkungen bei der Beschwerdeführerin auszugehen. Ebenso wenig sei eine länger be- stehende frühe emotionale Vernachlässigung in der Kindheit eruierbar. Trotz Erlebnisstörungen in der Kindheit könne bei der Beschwerdeführerin nicht davon ausgegangen werden, dass relevante und soziokulturell unüb- liche Defizite in der Kindheit und Jugend bestanden hätten, die ihr späteres Leben und ihre Entwicklung massgeblich und negativ nachhaltig in spezifi- scher Weise beeinflusst hätten oder sogar die Entwicklung einer posttrau- matischen Belastungsstörung (PTBS) begünstigten oder für sich allein hät- ten auslösen können. Ebenso wenig könnten Eheprobleme und die Tren- nung als psychosoziale Belastungen angeführt werden und eine besondere Vulnerabilität, die infolge psychosozialer Umstände zu einer Dekompensa- tion bei der Beschwerdeführerin hätte führen können, sei auch retrospektiv nicht erkenn- und nachvollziehbar. Im Ergebnis stellten die MEDAS-Gut- achter keine Einschränkung der Ressourcen aus psychiatrischer Sicht fest.

- 37 - In somatischer Hinsicht führten sie aus, aufgrund der Selbstlimitierung und der Inkonsistenzen könne die Zumutbarkeit nicht abschliessend gestützt auf die EFL beurteilt werden, sondern habe medizinisch-theoretisch zu erfolgen. Hinsichtlich des Komplexes "Sozialer Kontext" erwähnten die MEDAS-Gutachter die Trennung vom Ehemann im Jahre 2017, verneinten indes weitere (sonstige) soziale Belastungen. Als mobilisierbare Ressourcen beschreiben sie intensive soziale Kontakte, wobei die Beschwerdeführerin von diesem Netzwerk offensichtlich jede Hilfe und Unterstützung erhalte. Die Motivation der Beschwerdeführerin für eine ausserhäusliche Tätigkeit erscheine indes gering. Im Haushalt bestünden keine (nachvollziehbaren) Einschränkungen und es liege auch keine Einschränkung der Therapieadhärenz im Sinne eines unbewussten Prozesses vor. Wechselwirkungen zwischen allen Bereichen des Arbeitslebens sowie der Aggravation und Selbstlimitierung betrachteten die Gutachter als invaliditätsfremd und vermöchten (auch in einer Konsensbeurteilung) kein krankheitswertiges Störungsbild zu begründen. Hinsichtlich der bisher erfolgten Behandlungs- und Eingliederungsmassnahmen verneinten die MEDAS-Gutachter das Vorliegen einer lege artis gebotenen Therapie, weil diese in psychiatrischer Hinsicht vorwiegend in weitgehender Vermeidung bestanden habe. Im somatischen Bereich seien die notwendigen Therapien hingegen realisiert worden. Sofern die (damals) gestellten Diagnosen nachvollziehbar gewesen wären, hätten Therapieoptionen bestanden. Diese habe die Beschwerdeführerin aber nicht hinreichend angenommen. Unter den aktuellen Bedingungen könnten Therapien allenfalls zur Bestärkung des Resilienzdenkens sinnvoll sein. Die Kooperation der Beschwerdeführerin anlässlich einer weit zurückliegenden gescheiterten Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit beim letzten Arbeitgeber könne nicht beurteilt werden (siehe IV-act. 1 S. 25). Weitere Eingliede-

- 38 - rungsbemühungen hätten nicht stattgefunden, wobei Probleme bei der Eingliederung nicht durch das Störungsbild selbst bedingt seien. Eingliederungsmassnahmen seien der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der Fähigkeitsprofile medizinisch zumutbar, wobei aber vorgängig die Motivation geklärt werden müsste. Hinsichtlich der Kategorie "Konsistenz" stellten die MEDAS-Gutachter fest, dass Inkonsistenzen in allen beteiligten Fachdisziplinen bestanden hätten und das Verhalten der Beschwerdeführerin auffällig bzw. nicht konsistent gewesen sei. Es sei mindestens von einer erheblichen Aggravation auszugehen. So entspreche der im Rahmen der psychiatrischen Exploration durchgeführte Rey-Memory-Test nicht dem klinisch ermittelten kognitiven Niveau der Beschwerdeführerin. Zudem hätten sich auch bei der neuropsychologischen Untersuchung in der Gesamtauswertung erhebliche Hinweise auf nichtvalide Ergebnisse ergeben, was mindestens auf eine Aggravation schliessen lasse. Dies zumal aus neurologischer und psychiatrischer Sicht keine Hinweise auf eine demenzielle Störung vorlägen. Zudem liessen die Plasmaspiegel der gemessenen Medikamente Zweifel an der regelmässigen Einnahme der angegebenen Medikamente aufkommen und die Schilderungen der Beschwerdeführerin über ihren Tagesablauf passten nicht zur geklagten Schwere der Symptome. Hinsichtlich des behandlungsanamnestischen Leidensdrucks wiesen die MEDAS-Gutachter auf eine eher sporadische Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen hin, welche in der Entscheidung und dem Willen der Beschwerdeführerin gelegen hätten. So seien empfohlene psychiatrische Therapien oft nicht akzeptiert worden. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz verneinten die MEDAS-Gutachter aber eindeutig (siehe zum Ganzen IV-act. 94 S. 48 ff.).

E. 4.4.4

Die Beschwerdeführerin zieht das versicherungsexterne Gutachten unter Hinweis auf verschiedene Berichte ihrer (aktuell und früher) behandelnden

- 39 - Ärzte und Therapeuten in Frage. So hielt der behandelnde Psychiater Dr. med. C._____ in seinem Bericht vom 6. September 2018 zuhanden der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin fest, dass er Letztere als Patientin seit dem Jahr 2000 kenne und sie seit Mai 2006 in ständiger Behandlung bei ihm sei, wobei sie in der Vergangenheit wie auch aktuell ständig auf eine Begleitung durch Dritte angewiesen sei. Dr. med. C._____ wies namentlich die psychiatrische Diagnose einer chronischen schweren Depression mit Defektheilung (F32.9) sowie Angst- und Panikattacken rezidivierend aus. Zudem stellte er die Feststellung des MEDAS-Gutachtens vom 8. Januar 2018 in Abrede, wonach die Beschwerdeführerin nicht adäquat behandelt worden sei. Denn diese nehme seit zwölf Jahren konsequent Antidepressiva ein, wobei die Medikation mehrmals angepasst worden sei, um die Problematik mit Stimmungsabschwüngen, Antriebslosigkeit, Unruhe, Angst und Panik einigermaßen erträglich zu gestalten. Bereits in einem Bericht vom 2. März 2018 an die vormalige Rechtsvertretung hatte er die vorgenommenen medikamentösen Behandlungsversuche erläutert, wobei die verschiedenen Medikamentenkombinationen die grundsätzliche Problematik nicht nachhaltig hätten verändern können. Dr. med. C._____ stellte auch die von den MEDAS-Gutachtern attestierte Aggravation in Abrede. Bezugnehmend auf die von den MEDAS-Gutachtern festgestellten Inkonsistenzen und Widersprüche, verweist er auf einen im Hintergrund abgelaufenen Ehekonflikt, wobei der Ehemann die Beschwerdeführerin wahrscheinlich ständig verunsichert und beunruhigt habe. Inwiefern sich damit aber namentlich die überaus auffälligen Ergebnisse der neuropsychologischen Testungen oder die Selbstlimitierung anlässlich der EFL erklären liessen (siehe dazu IV-act. 94 S. 76 ff. und 82 ff.), leuchtet weder ein noch wird dies von Dr. med. C._____ weiter ausgeführt. So wurde im Rahmen der neuropsychologischen Exploration durch lic. phil. L._____ insbesondere auf die klare Diskrepanz zwischen den von der Beschwerdeführerin im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung geschilderten schweren Depression und den anlässlich der Exploration erbrachten Leistungen insbesondere hinsichtlich des Erinnerungsvermögens und der Konzentration hingewiesen. Läge dieses Krankheitsbild tatsächlich vor, wäre eine neuropsychologische Untersuchung über die vorliegende Zeitdauer und bei der (langen) Anreisedauer sowie den gewählten Tests kaum durchführbar. Zudem habe die Beschwerdeführerin die meisten ihrer Medikamente auswendig aufzählen können, habe ohne Mühe spontan angeben können, wann sie den Zug für die Anreise genommen habe und habe auch Bezug auf die in der Untersuchung zuvor gemachten Angaben betreffend Schmerzintensität und Müdigkeit nehmen können. Ferner kenne sie das Alter ihrer eigenen Söhne und könne die exakte Schlafdauer am vergangenen Wochenende angeben. Dies kontrastiere mit dem Umstand, dass sie (in den neuropsychologischen Testungen) nur drei Wörter habe auswendig lernen können, welche sie sogleich wieder vergessen haben wolle. Zudem könne sie ohne erkennbare Wortfindungsprobleme sprechen, habe aber in den formellen Tests grösste Mühe, einfache, konkrete Objekte zu erkennen und zu benennen. Ebenso sei auffällig gewesen, dass in Kenntnis einer lediglich verzögert einsetzenden schmerzlindernden Wirkung der Medikamente, solche erst auf Nachfrage des Untersuchers eingenommen worden seien, als in der Befragung praktisch maximale ausgeprägte Schmerzen angegeben worden seien (siehe IV-act. 94 S. 23 und 78). Anlässlich der EFL stellten die Gutachter in

vielen Tests eine Selbstlimitierung fest bzw. erkannten auf eine erhebliche Symptomausweitung, undifferenzierte Beschreibungen von Schmerzen und Einschränkungen, ein nicht adäquates Schmerzverhalten, eine nicht zuverlässige Leistungsbereitschaft und eine schlechte Konsistenz. Dabei führten sie jeweils auch die Gründe an, weshalb sie zu diesen Schlüssen kamen (siehe IV-act. 94 S. 41, 83, 91 und 95 ff.). Auch Dr. med. G._____ erkannte anlässlich der psychiatrischen Exploration vom 26. September 2017 ein auffälliges Verhalten der Beschwerdeführerin. So entspreche der Rey-Memory-Test nicht dem klinisch ermittelten kognitiven Niveau, die Resultate des Hamilton-Tests seien nicht verwertbar gewesen und die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden (Konzentrations-, Belastbarkeits- und Gedächtnisstörungen sowie psychoemotionale Symptome) stimmten nicht mit dem anlässlich der Exploration gewonnenen Eindruck überein. Ferner seien bei der Beschwerdeführerin wiederholt "Vorbeiantworten" aufgefallen und eine psychomotorische Unruhe habe nicht in allen Teilgutachten beobachtet werden können. Bedeutsame Auffälligkeiten der Affektivität hätten nicht festgestellt werden können, denn die Beschwerdeführerin habe eine lebhafte, nicht gehemmte Mimik gezeigt und es habe keine Ratlosigkeit oder Verzweiflung bestanden. Ebenso wenig sei ein Gefühl der Gefühllosigkeit erkennbar gewesen und auch das Vorhandensein von Schuldgefühlen, was bei schwer depressiven Personen typisch sei, sei explizit verneint worden. Ferner hätten sich auch keine Hinweise auf Hoffnungslosigkeit, Ängstlichkeit oder Dysphorie gezeigt und die Beschwerdeführerin sei auch nicht parathym oder affektlabil gewesen. Die Beschwerdeführerin habe den Eindruck vermittelt, dass sie für notwendige Entscheidungen gut entschlossen sei, was sie anlässlich der Trennung von ihrem Ehemann auch erst kürzlich unter Beweis gestellt habe. Weitere Diskrepanzen erkannte Dr. med. G._____ darin, dass die Beschwerdeführerin zwar invalidisierende permanente Ängste und Panikzustände angebe, welche sie aber offensichtlich nicht an Fernreisen an unbekannte Orte hinderten. Zudem hätten im Rahmen der Untersuchung solche permanenten Ängste und Panikzustände nicht beobachtet werden können. Die geschilderten Angstzustände kontrastierten zudem auch eindeutig mit den nicht in Anspruch genommenen Behandlungsoptionen (siehe IV-act. 94 S. 24 ff.). Dr. med. C._____ äusserte sich ebenfalls nicht zum Umstand, weshalb angesichts des von ihm attestierten schweren Beschwerdebildes keine stationären oder tagesklinischen psychiatrischen Behandlungsmassnahmen ins Auge gefasst wurden, warum die ablehnende Haltung der Beschwerdeführerin zu solchen psychiatrischen Behandlungen nicht verstärkt angegangen wurde und weshalb (zumindest im Gutachtenzeitpunkt) keine als suffizient zu bewertende pharmakotherapeutische Therapie stattgefunden hat (siehe betreffend der im MEDAS-Gutachten er-

- 41 -

- 42 - wählten Diskrepanzen und Inkonsistenzen auch vorstehende Erwägung 4.4.3). Soweit Dr. med. C._____ das MEDAS-Gutachten im Weiteren als unsorgfältig erstellt kritisierte, weil an einer Stelle im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung (siehe IV-act. 94 S. 42) nicht der korrekte Handelsname des eingenommenen Medikamentes (Deroxat) genannt worden sei, kann ihm nicht gefolgt werden. Dieser Schreibfehler vermag entgegen seiner Ansicht den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens nicht ernsthaft zu erschüttern. Denn abgesehen davon, dass an anderer Stelle im Gutachten der korrekte Handelsname wiedergegeben wird (siehe insbesondere IV-act. 94 S. 21), ist es unzweifelhaft, dass die MEDAS-Gutachter vom korrekten Wirkstoff (Paroxetin) ausgegangen sind, kommt doch

im Ausland auch der Handels- name Paroxat vor (siehe <https://www.hexal.de/patienten/produkte/paroxat>, zuletzt besucht am: 28. Mai 2020). In diesem Zusammenhang ist unter dem Aspekt der Konsistenz zudem auf eine anlässlich der psychiatrischen Ex- ploration am 26. September 2017 durchgeführte Labordiagnostik hinzuwei- sen, welche insbesondere einen deutlich unterhalb des Referenzbereichs liegenden Plasmaspiegel des antidepressiven Wirkstoffes Paroxetin sowie niedrige Werte für die Wirkstoffe aus der Gruppe der Anxiolytika (angstlö- sende Medikamente) ergab. Die gemessenen Medikamentenspiegel aller Medikamente lassen im Allgemeinen eher nicht auf eine regelmässige Ein- nahme in der angegebenen Dossierung ausserhalb der medizinischen ME- DAS-Abklärung schliessen (siehe IV-act. 94 S. 14, 19, 68). Dazu äusserte sich Dr. med. C._____ genauso wenig wie zum Umstand, dass ein entspre- chender Leidensdruck hinsichtlich einer spezifischen Schmerzbehandlung aufgrund der Medikamentenspiegel nachvollziehbar in Frage gestellt wurde (siehe IV-act. 94 S. 43, 68 f.). Wenn Dr. med. C._____ eine unberücksich- tigt gebliebene Änderung der antidepressiven Medikation (gemäss Bericht vom 2. März 2018 zuletzt mit Sertraline; siehe Bf-act. 4) monierte, ist ihm entgegenzuhalten, dass diese neue Medikation weder seinen eigenen, da-

- 43 - maligen Angaben noch derjenigen der Beschwerdeführerin anlässlich der Explorationen entsprach. Vielmehr scheint die Medikation erst im Nach- gang zur Gutachtenserstellung geändert worden zu sein (vgl. IV-act. 94 S. 10, 14, 55, 65, 88 und 102 sowie Bf-act. 10 S. 4). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die im Rahmen des Einwandverfahrens im März/April 2018 eingereichten medizinischen Berichte, namentlich der Bericht von Dr. med. C._____ vom 2. März 2018 (siehe Bf-act. 4 f. und IV-act. 107 S. 3 ff.), den MEDAS-Gutachtern vorgelegt wurde und diese am 22. Mai 2018 dazu ausführlich Stellung genommen haben (siehe IV-act. 109). Zudem wurden die Erkenntnisse des Einwandverfahrens am 30. Mai 2018 durch RAD-Arzt D._____ gewürdigt. Dieser befand, es könne weiterhin auf das MEDAS-Gutachten vom 8. Januar 2018 abgestellt werden. Er hielt unter anderem dafür, dass sich die MEDAS-Gutachter sehr detailliert und diffe- renziert zu den erhobenen Einwendungen geäusserten hätten und sich im Gegensatz zu (den Berichten von) zwei behandelnden Ärzten, darunter auch Dr. med. C._____, sehr fundiert mit dem Sachverhalt auseinanderge- setzt hätten. Dies ist angesichts der vorerwähnten Ausführungen zum ME- DAS-Gutachten nicht zu beanstanden. Soweit die Beschwerdeführerin neben der langjährigen Behandlung bei Dr. med. C._____ unter Hinweis auf einen stationären Aufenthalt im Jahre 2006 in der Rehaklinik Y._____, auf neurologische Abklärungen in den in den Jahren 2003 und 2005 sowie auf eine im Jahr 2002 begonnene und ab 2017 wieder verstärkte in Anspruch genommene Behandlung bei Dr. med. P._____ den Nachweis (lege artis gebotener) Inanspruchnahme von thera- peutischen Behandlungsoptionen nachweisen will, überzeugt dies nicht bzw. erschüttert es die Einschätzung der MEDAS-Gutachter hinsichtlic ei- ner zweifelhaften Therapiecompliance nicht. Denn namentlich ist gemäss den vorliegenden Akten in der Vergangenheit sowie auch in jüngerer Zeit keine stationäre psychiatrische Therapie oder die Inanspruchnahme von psychiatrischen tagesklinischen Angeboten erfolgt. Entgegen der be-

- 44 - schwerdeführerischen Darstellung geht aus dem Bericht vom 4. Januar 2007 von Dr. med. Q._____ zur Sprechstunde vom 8. Dezember 2006 in der Rehaklinik Y._____ nicht hervor, dass ein stationärer Aufenthalt zur Be- handlung der im Vordergrund stehenden psychischen Beschwerden durch- geführt worden sei (siehe Bf-act. 8). Auch wenn der

vertrauensärztliche Untersuchungsbefund vom 8. Mai 2019 (Bf-act. 19) erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt worden ist und sich (teilweise) nicht auf den vorliegenden Sachverhalt in zeitlicher Hinsicht bezieht, empfahl auch Dr. med. N. _____ darin in allgemeiner Weise, es sei eine leitliniengerechte Behandlung der psychiatrischen Erkrankung primär durch Augmentation der bestehenden Psychopharmakologie und der Behandlungsfrequenz sowie durch eine Anpassung des Behandlungssettings vorzunehmen. Namentlich regte sie ein Pharmakomonitoring mit regelmässigen Medikamentenspiegelbestimmungen, eine regelmässige ambulante psychiatrische Behandlung sowie eine möglichst rasche Aufnahme in ein tagesklinisches Setting an. Zudem stellte sie auch einen Wechsel der behandelnden Fachperson zur Diskussion (siehe Bf-act. 19 S. 3). Daraus lässt sich mithin für den relevanten Zeitraum vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung die mit dem MEDAS-Gutachten übereinstimmende fachärztliche Einschätzung ableiten, dass die bisher in Anspruch genommenen Therapieoptionen nicht genügend waren. Für das vorliegende Verfahren kann indes der gegenüber der Sozialhilfebehörde gezogene, vertrauensärztliche Schluss, wonach eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt ab dem Untersuchungszeitpunkt im März 2019 vorliege, nicht berücksichtigt werden, weil die attestierte Arbeitsunfähigkeit ohne Auseinandersetzung mit den massgebenden Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 und nur unter Hinweis auf eine über zehnjährige Dekonditionierung attestiert wurde. Trotz Kenntnis des MEDAS-Gutachtens vom 8. Januar 2018 und der unausgeschöpften Therapieoptionen blieb der besonders bedeutsame Indikator "Konsistenz" unberücksichtigt bzw. wurde den erheblichen Inkonsistenzen nicht nachvollziehbar begegnet (vgl. dazu BGE 145 V 361

- 45 - E.4.3 und 144 V 50 E.4.3). Abgesehen davon wurde diese vertrauensärztliche Untersuchung im Hinblick auf einen sozialhilferechtlichen Entscheid betreffend die Wohnsituation und nicht im Hinblick auf ein Verfahren der Invalidenversicherung durchgeführt. Immerhin ist aber anzumerken, dass auch Dr. med. N. _____ unter adäquaten Behandlungsmassnahmen zukünftig eine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt als durchaus möglich erachtete. Soweit Dr. med. N. _____ im Nachgang zur Exploration vom 11. März 2019 erstmals eine psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa und Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F13.2) diagnostizierte, ist darauf hinzuweisen, dass eine damit zusammenhängende allfällige und andauernde Änderung des Gesundheitszustandes auf den Weg der Neuanschuldung geltend zu machen ist, da im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung noch keine entsprechenden Diagnose ersichtlich oder überhaupt in Erwägung gezogen worden war (siehe dazu BGE 143 V 409 E.3.1, 132 V 215 E.3.1.1, 130 V 64 E.5.2.5 und 121 V 366 E.1b; Urteile des Bundesgerichts 8C_753/2019 vom 11. März 2020 E.4.3 und 8C_827/2018 vom 10. April 2019 E.7). Der neue Bericht von Dr. med. P. _____ vom 21. Januar 2019 (Bf-act. 17), der undatierte Bericht der Frauenärztin Dr. med. R. _____ (Bf-act. 16) sowie der Bericht der die Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 16. März bis 2. November 2017 behandelnden Psychologin lic. psych. S. _____ vom

E. 4.4.5

Unter Berücksichtigung der aus dem MEDAS-Gutachten deutlich hervorgehenden Inkonsistenzen, dem gestützt darauf gezogenen, nachvollziehbaren Schluss auf aggravatorisches Verhalten, den schlüssigen und widerspruchsfreien fachärztlichen Beschreibungen der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin sowie der

Beschreibung von vorhandenen Ressourcen in der Persönlichkeitsstruktur bzw. im sozialen Umfeld (siehe dazu bereits vorstehende Erwägung 4.3.3 und 4.4.3 f.) kommt das streitberufene Gericht zum Schluss, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die MEDAS-Gutachter die Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 berücksichtigt (vgl. BGE 145 V 361 E.4.3 und 144 V 50 E.4.3). Das MEDAS-Gutachten vom 8. Januar 2018 leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen werden nachvollziehbar begründet. Soweit die Beschwerdeführerin rügt, dass hinsichtlich ihrer Einschränkungen im Alltag ungenügende Abklärungen getroffen worden seien, ist darauf hinzuweisen, dass die Konsistenzbeurteilung der MEDAS-Gutachter auf den eigenen, anlässlich der Exploration gemachten Angaben der Beschwerdeführerin zum Alltag beruht. Mithin ist kein weiterer Abklärungsbedarf ersichtlich.

E. 4.5

Im Ergebnis ist das MEDAS-Gutachten vom 8. Januar 2018 – abgesehen von seiner retrospektiven Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin anlässlich der ursprünglichen Rentenzusprache – als voll beweismässig zu betrachten, weshalb auf die darin attestierte Arbeitsfähigkeit abgestellt werden kann. Die dagegen von der Beschwerdeführerin erhobenen Rügen erweisen sich als unbegründet. Insbesondere vermögen die von ihr eingereichten Berichte der sie behandelnden Ärzte und Therapeuten – wie in den vorstehenden Erwägungen 4.4.1 ff. dargelegt – die Schlussfolgerung des versicherungsexternen Gutachtens nicht derart zu erschüttern, dass von der vollständigen Arbeitsfähigkeit für den Zeitraum ab 2018 abzuweichen wäre. Dementsprechend ist in Übereinstimmung mit

- 48 - dem MEDAS-Gutachten unter Berücksichtigung des geringfügig eingeschränkten qualitativen Belastbarkeitsprofils in rheumatologisch-orthopädischer Hinsicht von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit bei voller Präsenzzeit in einer adaptierten und auch der zuletzt ausgeübten Tätigkeit auszugehen. 5. Im Zeitpunkt der Aufhebung der Invalidenrente bezog die damals 50-jährige Beschwerdeführerin während mehr als 15 Jahren eine volle Invalidenrente. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind bei mindestens fünfzehnjähriger Rentenbezugsdauer oder bei einer über 55-jährigen versicherten Person vor der revisionsweisen Rentenaufhebung oder -herabsetzung grundsätzlich Massnahmen der Eingliederung durchzuführen. Denn in solchen Konstellationen wird vermutungsweise von einer Unzumutbarkeit der Selbsteingliederung ausgegangen. Allerdings gilt dies nicht absolut. Die Vermutung der Unzumutbarkeit kommt nicht zum Zuge, 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 eine besonders breite Ausbildung und Berufserfahrung verfügt (siehe BGE 145 V 209 E.5.1). In der angefochtenen Verfügung erachtete die Beschwerdegegnerin trotz der Rentenbezugsdauer von nunmehr 18 Jahren keine Massnahmen zur beruflichen Eingliederung als angezeigt. Ihrer Auffassung zufolge wären diese aufgrund des Verhaltens der Beschwerdeführerin wohl auch nicht erfolgsversprechend. Denn gemäss gutachterlicher Feststellung liege aktuell und überwiegend wahrscheinlich seit mehreren Jahren keine gesundheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit (mehr) vor. Die Beschwerdeführerin sei ihrer Selbsteingliederungspflicht und ihrer Meldepflicht nicht nachgekommen und habe durch ihr täuschendes Verhalten in den letzten Jahren berufliche Eingliederungsmassnahmen verunmöglicht. Dies könne nicht der Invalidenversicherung

angelastet werden.

- 49 -

E. 5

Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Bern wurde am 8. Januar 2018 erstattet (nachfolgend MEDAS-Gutachten). Die Gutachter erachteten A. _____ sowohl in ihrer letzten Tätigkeit als Filialeiterin einer Videothek als auch in jeder anderen angepassten Tätigkeit für voll arbeitsfähig. Gestützt auf die RAD-Abschlussbeurteilung vom 11. Januar 2018 stellte die IV- Stelle A. _____ mit Vorbescheid vom 6. Februar 2018 für die Zukunft die Aufhebung der Invalidenrente in Aussicht. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angeführt, dass gemäss dem beweiskräftigen polydisziplinären Gutachten vom 8. Januar 2018 infolge der darin festgehaltenen Inkonsistenzen sowie des festgestellten aggravatorischen, wenn nicht sogar simulatorischen Verhaltens, kein versicherungsmedizinisch relevanter Gesundheitsschaden (mehr) festgestellt werden könne. Gegen diesen Vorbescheid erhob A. _____ am 5. März 2018 Einwand, worin sie in der Hauptsache die Weiterausrichtung der bisherigen Invalidenrente beantragte. Vor einer möglichen Rentenaufhebung seien berufliche Massnahmen bei bestehender Rente zu gewähren. Am 11. April 2018 reichte A. _____ innert der angesetzten Frist eine ergänzende Begründung zum erhobenen Einwand sowie weitere Berichte von behandelnden Ärzten und Therapeuten ein. Am 24. April 2018 legte die IV-Stelle die ergänzende Einwandbegründung und die damit eingereichten medizinischen Berichte der MEDAS Bern zur Stellungnahme vor, die am 22. Mai 2018 dazu Stellung nahm. Die MEDAS-Gutachter hielten vornehmlich daran fest, dass sich aus der psychiatrischen Anamnese, der psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung sowie aufgrund dem sorgfältigen Studium der Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Hinweise auf vorwiegend unspezifische, nicht objektivierbare Symptome psychischer und somatischer Art ergäben, welche bisher seit mehr als 17 Jahren mit keinen therapeutischen Methoden nachhaltig hätten gelindert werden können. Allerdings hätten angezeigte Therapieoptionen bisher gar nicht stattgefunden, sondern seien beständig und wohl auch gezielt gemieden worden. Damit sei der von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Leidensdruck weder gegenwärtig

- 5 - noch in der Vergangenheit erkennbar und erscheine auch nicht glaubhaft oder nachvollziehbar. Im Ergebnis bekräftigten die Gutachter, dass weder aktuell noch retrospektiv bedeutsame psychische Störungen auszumachen seien. Schliesslich vermöchten auch die weiteren, im Rahmen des Einwandverfahrens eingereichten (somatischen) Arztberichte etwas an dem Ergebnis des Gutachtens vom 8. Januar 2018 zu ändern, namentlich weil sie bereits berücksichtigt worden seien, sie keine versicherungsmedizinische Relevanz aufwiesen oder weil es für die ärztlichen Schlussfolgerungen in diesen Berichten keine belastbaren Anhaltspunkte gebe.

E. 5.1

Die Beschwerdeführerin äussert sich in ihrer Beschwerde nicht substantiiert zu dieser Thematik. Wenn die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen nicht gegeben ist, kann eine Rente ohne vorgängige Prüfung von Massnahmen der (Wieder-)Eingliederung herabgesetzt oder aufgehoben werden (siehe Urteile des Bundesgerichts 8C_682/2018 vom 21. Februar 2019 E.7.1, 8C_611/2018 vom 7. Januar 2019 E.6.1 und 8C_480/2018 vom 26. November 2018 E.7.3). Vorliegend lässt sich dem

für den massgeblichen Zeitpunkt beweiswertigen MEDAS-Gutachten vom 8. Januar 2018 insbesondere entnehmen, dass Dr. med. G. _____ keine Motivation für eine ausserhäusliche Tätigkeit bei der Beschwerdeführerin erkennen konnte und diese auch geäussert habe, dass sie dauerhaft nicht mehr werde arbeiten können (siehe IV-act. 94 S. 18). Wie in den vorstehenden Erwägungen 4.4.3 ff. zudem ausführlich gewürdigt, erkannten die MEDAS-Gutachter zu Recht erhebliche Inkonsistenzen und (zumindest) ein aggravatorisches Verhalten bei der Beschwerdeführerin. Ferner kann der Beschwerdegegnerin darin zugestimmt werden, dass diese gutachterlich verneinten funktionellen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens aus objektiver Sicht bereits seit längerer Zeit bestanden haben, auch wenn aufgrund der Aktenlage der Einschätzung der MEDAS-Gutachter hinsichtlich einer seit jeher bestehenden vollen Arbeitsfähigkeit aufgrund der Aktenlage im Jahre 2001 so nicht gefolgt werden kann (siehe vorstehende Erwägung 4.3.5) und die Beschwerdeführerin in ihrer subjektiven Beurteilung von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausging (siehe IV-act. 59 S. 6). Es ergibt sich aber immerhin nachvollziehbar, dass objektiv betrachtet die Abwesenheit vom Arbeitsmarkt schon über einen längeren Beobachtungszeitraum hinweg nicht (mehr) invaliditätsbedingt gewesen sein konnte und die MEDAS-Gutachter beweiskräftig auch keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellten sowie die Therapiecompliance seit geraumer Zeit auch als ungenügend erachteten (siehe IV-act. 94 S. 45 und 50 ff.). Zudem wird von der Beschwerdeführerin auch nicht substantiiert bestritten, dass bei ihr überwiegend wahrscheinlich von

- 50 - einer fehlenden Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen auszugehen ist. Schliesslich liegen keine gesundheitsbezogenen Bedenken hinsichtlich einer Selbsteingliederung vor, welchen mit dem Angebot von vorgängigen Eingliederungsmassnahmen zu begegnen wäre. Dies zumal bei der Beschwerdeführerin auch in ihrer beruflich-erwerblichen Karriere mit Abschluss einer Berufslehre und der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Filialleiterin sowie dem weiterhin zumutbaren Tätigkeitsprofil keine besonderen Hindernisse für eine selbständige Verwertung der (wiedererlangten) Arbeitsfähigkeit bestehen. Unter diesen Umständen durfte die Beschwerdegegnerin trotz des langjährigen Rentenbezugs auf die Anordnung vorgängiger Eingliederungsmassnahmen verzichten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_682/2018 vom 21. Februar 2019 E.7.2.1 f. und 8C_611/2018 vom 7. Januar 2019 E.7.1 f.). 6. Die Beschwerdegegnerin hat mit Verfügung vom 16. August 2018 somit infolge eines nicht mehr rentenbegründenden Invaliditätsgrades aufgrund der (zumindest) ab 2018 im MEDAS-Gutachten attestierten vollen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten und der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu Recht die ab dem 1. August 2000 zugesprochene volle Invalidenrente in Anwendung von Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV per 30. September 2018 aufgehoben.

E. 6

Mit Verfügung vom 16. August 2018 hob die IV-Stelle die Invalidenrente auf das Ende des folgenden Monats auf. Einer allfälligen Beschwerde entzog sie die aufschiebende Wirkung. In der Begründung wies die IV-Stelle im Wesentlichen darauf hin, dass gemäss dem beweiskräftigen polydisziplinären MEDAS-Gutachten kein versicherungsmedizinisch relevanter Gesundheitsschaden (mehr) feststellbar sei. Zu den im Rahmen des Einwandes eingereichten medizinischen Berichte habe sich die MEDAS Bern ausführlich, detailliert und differenziert geäussert. Darauf könne nach Einschätzung des RAD genauso

wie auf das schlüssige Gutachten vom 8. Januar 2018 abgestellt werden. Trotz des langjährigen Rentenbezuges seien vor- liegend keine vorgängigen beruflichen Massnahmen angezeigt. Diese wären wohl auch nicht erfolgsversprechend, sei die Versicherte doch ihrer Selbsteingliederungsverpflichtung sowie der Meldepflicht nicht nachge- kommen.

E. 6.1

Bei diesem Ausgang des Verfahrens wird die Beschwerdeführerin – in Ab- weichung von Art. 61 lit. a ATSG – grundsätzlich kostenpflichtig. Die Kos- ten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Vorliegend erscheint ein Kostenansatz von Fr. 700.-- als angemessen. Die Beschwerdeführerin hat aber am 5. September 2018 ein Gesuch um un- entgeltliche Prozessführung und Verbeiständung für das vorliegende Ver- fahren gestellt. Nach Art. 29 Abs. 3 BV hat jede Person, die nicht über die erforderlichen Mittel verfügt, Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege, wenn ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (vgl. auch Art. 76

- 51 - Abs. 1 VRG). Soweit es zur Wahrung ihrer Rechte notwendig ist, hat sie ausserdem Anspruch auf einen unentgeltlichen Rechtsbeistand. Art. 61 lit. f ATSG wiederholt das Recht auf unentgeltliche Rechtsverbeiständung explizit (siehe BGE 135 I 1 E.7.1; vgl. auch Art. 76 Abs. 3 VRG). Gemäss Darstellung der getrenntlebenden Beschwerdeführerin musste sie sich per 1. Oktober 2018 zum Bezug von wirtschaftlicher Sozialhilfe anmelden, nachdem die volle Invalidenrente der Invalidenversicherung sowie eine Rente der beruflichen Vorsorge per Ende September 2018 eingestellt wor- den waren. Die Anmeldung zum Bezug von wirtschaftlicher Sozialhilfe wird durch die vertrauensärztliche Untersuchung vom 11. März 2019 bestätigt. Als weitere Einkommen wurden im Gesuch nur Ergänzungsleistungen und der Betrag der individuellen Prämienverbilligung ausgewiesen, welche aber gegen die erheblich höheren monatlichen Ausgaben gemäss erweitertem betriebsrechtlichen Existenzminimum nicht aufzukommen vermögen. Damit ist ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin als bedürftig zu be- trachten ist. Vorliegend ist auch die Notwendigkeit einer fachkundigen Rechtsvertretung zu bejahen und die Sache erschien nicht als aussichts- los.

E. 6.2

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin machte in seiner Honorarnote vom 14. Februar 2019 insgesamt einen Aufwand von Fr. 5'272.-- (19.6 h à Fr. 240.-- zzgl. 3 % Spesenpauschale, Fr. 50.-- Kopierspesen und 7.7 % MWST) geltend. Dabei wurden für das Verfassen einer neunseitigen Be- schwerde 5.5 h, für Korrespondenz 7.35 h sowie für Telefonate 2.25 h gel- tend gemacht. Darin enthalten sind eine Vielzahl von Korrespondenzen und Telefonaten mit behandelnden Ärzten sowie Therapeuten. Zudem weist die Honorarnote eine grössere Anzahl von Mitteilungen an die Be- schwerdeführerin sowie an weitere Personen und Institution zum Anwalts- tarif aus, welche korrekterweise als Sekretariatsarbeiten zu betrachten sind. Somit erscheint der geltend gemachte Aufwand für das vorliegende Verfahren nicht mehr für die Prozessführung erforderlich und angemessen

- 52 - und ist dementsprechend zu kürzen (Art. 2 Abs. 2 Ziff. 2 der Verordnung über die Bemessung des Honorars der Rechtsanwältinnen und Rechtsan- wälte [HV, BR 310.250]; siehe auch Urteil des Bundesgerichts 8C_727/2019 vom 19. Dezember 2019 E.3.1 und 4.1 ff.). Unter Berücksich- tigung des Umstandes, dass gemäss Art. 5 Abs. 1 HV der

Honoraransatz für den berechtigten Aufwand im Rahmen der bewilligten unentgeltlichen Vertretung zudem nur Fr. 200.-- pro Stunde beträgt, erscheint eine pauschale Entschädigung von Fr. 3'000.-- (inkl. Spesen und MWST) als angemessen.

E. 6.3

Damit gehen die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 700.-- sowie die Entschädigung im Betrag von Fr. 3'000.-- für Rechtsanwalt lic. iur. Diego Quinter, in Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung, (vorläufig) zu Lasten der Gerichtskasse.

E. 6.4

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf den Vorbehalt in Art. 77 VRG, wonach die erlassenen Gerichtskosten und die Kosten für die unentgeltliche Rechtsvertretung zu erstatten sind, wenn sich die Einkommens- oder Vermögensverhältnisse der Beschwerdeführerin dereinst verbessern sollten. Demnach erkennt das Gericht:

E. 7

Am 17. September 2018 erhob A._____ (nachfolgend Beschwerdeführerin) gegen die Renteneinstellungsverfügung vom 16. August 2018 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Neben der Aufhebung der angefochtenen Verfügung verlangte sie die Weiterausrichtung einer ganzen Invalidenrente. Zur Begründung führte sie aus, die IV-Stelle habe die angebliche Verletzung der Selbsteingliederungs- oder Meldepflicht genauso wenig dargelegt wie die Therapien, welche sie beständig und gezielt vermieden haben soll. Es treffe denn auch nicht zu, dass sie die angezeigten Therapieoptionen nicht ausgeschöpft habe. Ebenso wenig bestünden die von den MEDAS-Gutachtern erkannten Inkonsistenzen. Vielmehr würden eine Vielzahl von Berichten der aktuell und zu einem früheren Zeitpunkt behandelnden Ärzte und Therapeuten die Schlussfolgerungen des MEDAS-Gutachtens sowie der IV-Stelle widerlegen. Schliesslich liege ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG genauso wenig vor wie die Voraussetzungen für eine wiedererwägungsweise Renteneinstellung. Namentlich sei kein veränderter Gesundheitszustand und schon gar keine zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenzusprache gegeben. Soweit die IV-Stelle von einer "selbstverschuldeten Aggravation" ausgehe, sei auf die aktenkundigen Berichte der behandelnden Ärzte zu verweisen, welche übereinstimmend die Diagnose einer schweren Depression stellten und nicht den Schluss zuliessen, dass bei ihr eine absichtliche, gesteuerte und somit "bewusste" Symptomerzeugung vorliege. Ausserdem seien unter dem Gesichtspunkt der gleichmässigen Einschränkungen in allen Lebensbereichen bzw. der Konsistenz unzureichende Abklärungen zum Alltag der Beschwerdeführerin getroffen worden. In prozessualer Hinsicht hatte die Beschwerdeführerin bereits am 5. September 2018 um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Rechtsverteidigung ersucht.

E. 8

Am 17. Oktober 2018 liess sich die IV-Stelle (nachfolgend Beschwerdegegnerin) vernehmen und beantragte die kostenpflichtige Abweisung der Beschwerde. Eventualiter sei der Beschwerdeführerin eine reformatio in peius in dem Sinne anzudrohen, dass die Verfügung vom 16. August 2018 aufgehoben und der Rentenanspruch rückwirkend seit August 2013, subeventualiter rückwirkend seit September 2017 aufgehoben werde, wobei der Beschwerdeführerin Gelegenheit zu geben sei, die Beschwerde zurückzuzie-

- 7 - hen und die Verfügung vom 16. August 2018 in Kraft (recte: in Rechtskraft) treten zu lassen. Zur Begründung verwies sie primär auf die angefochtene Verfügung. Ergänzend führte sie aus, dass sie einen Revisionsgrund festgestellt und gestützt darauf die Leistungen eingestellt habe. Demgegenüber bestreite die Beschwerdeführerin das Vorliegen eines Wiedererwägungsgrundes oder eines anderen Rückkommenstitels. Gestützt auf die RAD-Abschlussbeurteilung vom 11. Januar 2018 sowie insbesondere das MEDAS-Gutachten vom 8. Januar 2018 sei auf ein hochgradig inkonsistentes Verhalten bzw. eine erhebliche Aggravation zu schliessen. Dies stelle einen invaliditätsfremden Faktor dar, welcher keine Arbeitsunfähigkeit bewirke. Aufgrund der Aktenlage sei eine volle Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gegeben und es bestünden keine gesundheitlichen Einschränkungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (mehr).

E. 8.5

Stunden ohne Leistungseinschränkungen nachzugehen. Anlässlich der Begutachtungen der verschiedenen (Fach-)Disziplinen seien erhebliche Inkonsistenzen festgestellt worden. Aufgrund der psychiatrischen Anamnese, der psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung sowie des sorgfältigen Aktenstudiums hätten sich mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit Hinweise auf vorwiegend unspezifische, nicht objektivierbare Symptome psychischer und somatischer Art ergeben, die bisher seit mehr als 17 Jahren mit keinen therapeutischen Methoden nachhaltig hätten gelindert werden können. Allerdings stelle sich bei genauem Hinsehen heraus, dass die Beschwerdeführerin solche Therapien beständig und wohl auch gezielt gemieden habe. Der von ihr geltend gemachte Leidensdruck sei weder anlässlich der Begutachtungen noch aus den schriftlichen Berichten in den Akten retrospektiv zu erkennen und erscheine weder glaubhaft noch nachvollziehbar. Die Gutachter hätten ihre Beurteilung dermassen überzeugend dargelegt, dass selbst an der retrospektiven Beurteilung

- 16 - lung keine Zweifel aufkämen. Dementsprechend habe eine gesundheitliche Einschränkung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bei der Beschwerdeführerin niemals vorgelegen. Vielmehr sei von Aggravation und Simulation auszugehen, wobei in solchen Fällen regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vorliege. Im Ergebnis sei auf das MEDAS-Gutachten abzustellen, worin die Gutachter überzeugend Inkonsistenzen und aggravatorisches, wenn nicht sogar simulatorisches, Verhalten dargelegt hätten. Ferner hätten sie keinen versicherungsmedizinisch relevanten Gesundheitsschaden feststellen können. Somit werde die Invalidenrente gemäss Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV aufgehoben. An dieser Beurteilung wurde auch angesichts der im Rahmen des Einwandverfahrens eingereichten ärztlichen Berichte festgehalten, zu denen die Gutachter am 22. Mai 2018 noch Stellung genommen hatten. In ihrer Vernehmlassung vom 17. Oktober 2018 hält die Beschwerdegegnerin fest, dass aufgrund der Akten, insbesondere dem MEDAS-Gutachten vom 8. Januar 2018 sowie der RAD-Abschlussbeurteilung vom 11. Januar 2018, weder heute noch retrospektiv eine Krankheit mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit von den Gutachtern habe festgestellt werden können. Selbst wenn nicht auf die retrospektive gutachterliche Beurteilung abzustellen wäre, bliebe der Umstand zu würdigen, dass im heutigen Zeitpunkt kein anerkannter Gesundheitsschaden vorliege. Vielmehr müsse von erheblicher Aggravation oder gar Simulation ausgegangen werden. Damit sei ausgewiesen, dass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wesentlich geändert habe. Die Frage hinsichtlich einer Aggravation der Beschwerden bereits zu einem

früheren Zeitpunkt könne offengelassen werden, da die Rente diesfalls mittels Wiedererwägung aufgehoben werden könnte. Im Ergebnis macht die Beschwerdegegnerin die Anwendung von Art. 17 ATSG für eine revisionsweise Aufhebung der Invalidenrente für die Zukunft geltend und verweist auf den in der angefochtenen Verfügung erwähnten Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV. Entgegen der

- 17 - beschwerdeführerischen Ansicht habe die Beschwerdegegnerin (vorerst) davon abgesehen, auch den retrospektiven gutachterlichen Beurteilungen zu folgen. Die MEDAS-Gutachter hätten aber schlüssig und nachvollziehbar festgehalten, wieso heute keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne. Dabei zeigte die Beschwerdegegnerin auf, welche Umstände die MEDAS-Gutachter als inkonsistent und diskrepant bewertet hätten und weshalb zumindest von einer invaliditätsfremden erheblichen Aggravation ausgegangen werden müsse.

E. 9

Die Beschwerdeführerin hielt am 16. November 2018 unter Beilage eines Berichtes der behandelnden Psychotherapeutin vom 13. November 2018 an ihren Anträgen fest. Die Voraussetzungen einer Revision seien entgegen der beschwerdegegnerischen Ansicht nicht erfüllt. Weder habe sich der Gesundheitszustand verbessert noch hätten sich die erwerblichen Auswirkungen verändert. Ihr Zustand sei noch schlechter als im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache.

E. 10

Die Beschwerdegegnerin hielt in ihrer Duplik vom 21. November 2018 ebenfalls an ihren Anträgen fest. Zudem äusserte sie sich zum neu eingereichten Bericht der behandelnden Psychotherapeutin vom 13. November 2018. Dieser vermöge das MEDAS-Gutachten nicht zu erschüttern.

E. 11

Oktober 2019 E.4.1 ff., 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E.3.1 und 8C_825/2018 vom 6. März 2018 E.6.1). Hinsichtlich der retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowie der gutachterlichen Feststellung der seit jeher bestehenden Inkonsistenzen bzw. aggravatorischen Verhaltensweisen ist zu bemerken, dass zwar bereits im Zeitpunkt der Rentenzusprache im Jahre 2001 gewisse Anhaltspunkte für eine suboptimale Therapiecompliance bzw. die (teilweise) fehlende Bereitschaft der Beschwerdeführerin zur Teilnahme an lege artis gebotenen psychiatrischen (stationären) Behandlungsmassnahmen gegeben waren (siehe insbesondere IV-act. 1 S. 3 und 44). Im MEDAS-Gutachten wird aber zu Recht festgehalten, dass der Behandlungsverlauf aufgrund der Akten nur lückenhaft rekonstruiert werden könne und sich in den Akten insbesondere kaum brauchbare objektive pathologische Befunde und Ausführungen zur Konsistenz fänden (siehe IV-act. 94 S. 27, 29 ff. und 37). Insofern bestehen Zweifel daran, ob die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. die von den Gutachtern bereits damals erkannte Inkonsistenz bzw. Aggravation tatsächlich für den Zeitpunkt der Rentenzusprache im Jahre 2001 mit hinreichendem Beweisgrad als erstellt gelten kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_380/2019 vom 11. Oktober 2019 E.4.3.1). Angesichts der damaligen medizinischen Sachlage (vgl. E.4.3.1 hiervor) und des Umstands, dass entsprechende zeitnahe zum Vergleich geeignete Feststellungen nicht vorhanden sind, kann die ursprüngliche Rentenzusprechung jedenfalls nicht als zweifellos unrichtig bezeichnet

- 28 - werden. Dementsprechend ist entgegen des Eventualantrages der Beschwerdegegnerin darauf zu verzichten, der Beschwerdeführerin wiedererwägungsweise eine reformatio in peius anzudrohen. Ebenso wenig erscheint eine solche gestützt auf Art. 88bis Abs. 2 lit. b IVV als angezeigt, hätte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung doch selbst eine rückwirkende Aufhebung der Invalidenrente verfügen können, wenn sie eine vorwerfbare Meldepflichtverletzung für ausgewiesen erachtet hätte. Hinzu kommt, dass frühestens mit dem MEDAS-Gutachten vom 8. Januar 2018 bzw. der MEDAS-Stellungnahme vom 22. Mai 2018 eine hinreichende Klarheit bezüglich der objektiven Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin geschaffen werden konnte. Die bereits im Jahr 2016 von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben in den Revisionsfragebögen, wonach ihre körperlichen oder psychischen Einschränkungen unverändert seien (vgl. IV-act. 59) bzw. sich ihr Gesundheitszustand gar verschlechtert habe (vgl. IV-act. 42), vermögen daher keine vorwerfbare Verletzung der der Beschwerdeführerin obliegenden verfahrensrechtlichen Pflichten im Sinne von Art. 88bis Abs. 2 lit. b IVV zu begründen. Überdies ist zu beachten, dass der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zweimal gestützt auf die Verlaufsberichte ihrer behandelnden Psychiater bestätigt wurde, ohne dass eine Überprüfung mit umfassender Sachverhaltsabklärung und darauf gestützter Ermittlung des Invaliditätsgrades stattfand und die Beschwerdeführerin somit in ihrer subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bestätigt wurde. Somit steht keine rückwirkende Rentenaufhebung zur Diskussion. Wie anschliessend aber noch dargelegt wird, ist immerhin für den Zeitraum ab 2018, namentlich aufgrund der anlässlich der Explorationen durch die MEDAS Bern über einen längeren Beobachtungszeitraum festgestellten Inkonsistenzen und des eindeutig aggravierenden Verhaltens der Beschwerdeführerin, von keiner invalidenversicherungsrechtlichen bedeutsamen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen, wobei der massgebende

- 29 - Sachverhalt derjenige ist, welcher sich bis zum 16. August 2018 verwirklicht hat. 4.3.6. Insgesamt kann daher im Sinne eines Zwischenfazit festgehalten werden, dass (zumindest) ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt, womit der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung umfassend bzw. allseitig und ohne Bindung an frühere Beurteilungen (für die Zukunft) frei zu überprüfen ist (siehe vorstehende Erwägung 3.2).

E. 13

November 2018 (Bf-act. 15) sind, soweit eruierbar, ebenfalls erst nach Erlass der Verfügung verfasst worden und erschüttern die detailliert begründeten Schlussfolgerungen der MEDAS-Gutachter nicht in substantiierter Weise. Während sich Dr. med. P._____ in ihrem Bericht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin überhaupt nicht äusserte, schloss Dr. med. R._____ infolge von Müdigkeit, Schwindel, ausgeprägter Erschöpfung und depressiver Verstimmung auf eine (vollständige) Arbeitsunfähigkeit ohne diese aber vertieft zu begründen. Auch lic. psych. S._____ attesterte der Beschwerdeführerin für den Zeitpunkt der Behandlung eine

- 46 - (vollständige) Arbeitsunfähigkeit und stellte hinsichtlich einer Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt eine negative Prognose. Eine Auseinandersetzung mit den rechtsprechungsgemäss erforderlichen Standartindikatoren gemäss BGE 141 V 281 für die Beurteilung der krankheitsbedingten funktionellen Einschränkungen unterliess sie aber. Der im Einwandverfahren erstmals eingereichte Bericht von 15. März 2018 von Dr. med.

P._____ (Bf- act. 9), worin sie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte, war den MEDAS-Gutachter anlässlich ihrer Stellungnahme vom 22. Mai 2018 bekannt und wurde durch sie gewürdigt (siehe IV-act. 109 S. 4). Dasselbe gilt für die Berichte vom 9. und 29. März 2018 von Dr. med. T._____ bzw. Dr. med. U._____ (Bf-act. 13 und 14) zu den Veränderungen an der Hals- wirbelsäule (siehe IV-act. 109 S. 5) sowie für die pneumologische Verlaufs- kontrolle von Dr. med. V._____ vom 7. Februar 2018 (Bf-act. 12) (siehe IV- act. 109 S. 5). Auch der stationäre Rehabilitationsaufenthalt im Rehazentrum X._____ ab dem 31. Mai 2018 für ca. 3.5 Wochen bzw. der entsprechende Austrittsbericht vom 21. August 2018 (siehe bereits vorstehende Erwägung 4.3.4) ändert – soweit sie überhaupt Rückschlüsse auf den hier massgeblichen Zeitpunkt zulassen – nichts daran, dass nach fachärztlicher Einschätzung der MEDAS-Gutachter in ihrem verwaltungsexternen Gutachten während den zurückliegenden Jahren keine dem von der Beschwerdeführerin geschilderten Leidensdruck angemessenen Behandlungsmassnahmen (in psychiatrischer Hinsicht) stattgefunden haben. Vielmehr wurde eine stationäre psychosomatische Rehabilitation erst in Anspruch genommen, als der Beschwerdeführerin die kritische Einschätzung der MEDAS-Gutachter hinsichtlich der Ausschöpfung der Behandlungsoptionen bereits bekannt war (siehe IV-act. 96). Schliesslich ist den vorstehenden Berichten der behandelnden Personen gemein, dass diese nicht von einem Facharzt oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie erstellt wurden.

- 47 -

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