

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/204 vom 26. September 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-09-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_204

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/204 du 26 septembre 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/204 del 26 settembre 2019

Regeste

Revisionsweise Einstellung der ganzen IV-Rente. Gutachterliche Beurteilung beweiskräftig. Verbesserung Gesundheitszustand. Invalidisierender Gesundheitsschaden nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. September 2019, IV 2017/204).

Volltext

Entscheid vom 26. September 2019 Besetzung Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers und Marie Löhler; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2017/204 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Markus Joos, Marktplatz 4, Postfach 646, 9004 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Einstellung) Sachverhalt A.____ meldete sich am 8. Februar 2012 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Aufgrund von Berichten der behandelnden Ärzte des Ambulatoriums der psychiatrischen Klinik B.____ vom 2. März 2012 (IV-act. 12), 19. Juni 2012 (IV-act. 21), 9. Oktober 2012 (IV-act. 40) hielt die IV-Stelle bei den Diagnosen einer rezidivierenden Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F32.1), sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) eine seit dem 8. September 2011 bestehende 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit für ausgewiesen (vgl. RAD-Stellungnahme Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 5. Juli 2013, act. 42). Am 15. November 2013 sprach die IV-Stelle der Versicherten rückwirkend ab dem 1. September 2012 eine ganze Invalidenrente bei einem IV-Grad von 100% zu (IV-act. 52). Im Rahmen der amtlichen Rentenrevision gab die Versicherte am 27. Oktober 2015 einen gleich gebliebenen Gesundheitszustand an (IV-act. 57). Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, beschrieb im Arztbericht vom 1. Dezember 2015 unter Hinweis auf die Zeit ab 10. Juni 2013 einen verschlechterten Gesundheitszustand. Trotz intensiver psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung habe sich der Gesundheitszustand der Patientin weiter verschlechtert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bei den Diagnosen schwere rezidivierende depressive Episoden mit ausgeprägter Somatisierungsstörung sowie fibromyalgiformen Schmerzen für alle Tätigkeiten 100% (IV-act 61). Med. pract. E.____, Assistenzärztin Psychiatrisches Ambulatorium B.____ attestierte eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit und gab als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie eine posttraumatische Belastungsstörung an. Im bisherigen Verlauf habe sich eine gewisse Stabilisierung, nicht jedoch eine deutliche Zustandsänderung gezeigt. Es fänden regelmässige therapeutische Gespräche im Abstand von drei Wochen statt. Darüber hinaus erhalte sie intensive sozialarbeiterische

Unterstützung im Ambulatorium und werde psychopharmakologisch mit Cymbalta und Remeron behandelt (IV-act. 62). Da bei einer Depression sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung grundsätzlich von einer Besserungsfähigkeit ausgegangen werden könne, ordnete der RAD zur Überprüfung der Diagnosen sowie deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit eine psychiatrische sowie neuropsychologische Begutachtung an (IV-act 64). Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchte die Versicherte am 8. Juli 2016 im Auftrag der IV-Stelle psychiatrisch sowie neuropsychologisch und diagnostizierte im Gutachten vom 11. Juli 2016 eine nicht näher bezeichnete neurotische Störung (ICD-10 F48.9; IV-act. 69-20) und hielt zudem fest, dass eine rezidivierende depressive Störung sowie eine PTBS nicht nachweisbar seien (IV-act 69-22). Es ergäben sich schwere, nicht ausräumbare Zweifel, dass die geschilderten Beschwerden und Einschränkungen so wie geltend gemacht auch vorhanden seien. Ohne vernünftigen Zweifel liege zwar eine psychische Störung vor, aufgrund der Inkonsistenzen sei er aber nicht zur Gewissheit gelangt, dass wesentliche oder konkret benennbare Funktionsbeeinträchtigungen tatsächlich noch vorhanden seien (IV-act. 69-26). Ergänzend gab Dr. F.____ am 18. Juli 2016 an, dass gemäss Laborbefund des am Untersuchungstag entnommenen Blutes die Medikamentenspiegel betreffend das Duloxetin, Mirtazapin sowie Tizanidin allesamt unter der Nachweisgrenze lagen und damit gegen die von der Versicherten angegebene Medikamenteneinnahme sprechen würden. Der Laborbefund ändere nichts an seinen Beurteilungen im Gutachten. Er trage zu den vielen dort bereits dargestellten Inkonsistenzen nur noch eine weitere bei (IV-act 70). Da gemäss RAD-Stellungnahme vom 17. Juli 2016 auf das Gutachten abzustellen war (IV-act. 71) und somit mangels wesentlicher oder konkret benennbarer Funktionsbeeinträchtigungen ging die IV-Stelle von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit aus und kündigte die Einstellung der IV-Rente auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats an (Feststellungsblatt und Vorbescheid vom 22. August 2016, IV-act. 73 und 74). Dagegen erhob die Versicherte am 23. September 2016 Einwand und kündigte die Einreichung weiterer medizinischer Akten an (IV-act. 80). Med. pract. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Ambulatorium B.____, nahm am 21. November 2016 zum Gutachten von Dr. F.____ Stellung (IV-act. 86). Dr. F.____ äusserte sich dazu am 4. April 2017 ausführlich (IV-act 91). RAD-Arzt Dr. H.____ befand die Stellungnahme von Dr. F.____ für überzeugend und von guter Qualität und riet, weiterhin auf dessen Einschätzungen abzustellen (IV-act. 92). Unter Hinweis auf die beim Gutachter sowie beim RAD ergänzend eingeholten Stellungnahmen verfügte die IV-Stelle am 26. April 2017 wie angekündigt die Einstellung der IV-Rente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats (IV-act. 93). Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 29. Mai 2017 mit dem Antrag auf deren Aufhebung und auf Weiterausrichtung der ganzen Rente. Eventualiter seien der aktuelle Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin medizinisch abzuklären, allenfalls durch Einholung eines medizinischen Gutachtens. Subeventualiter sei das Verfahren zur weiteren Abklärung und zur neuen Entscheidung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Entgegen der Vorinstanz könne gestützt auf das Gutachten von Dr. F.____ nicht auf das Vorliegen eines Revisionsgrundes geschlossen werden. Die von Dr. F.____ geschilderte, mit dem objektiven Beschwerdebild nicht zu vereinbarende, bewusst unzutreffende Selbstdarstellung hätte den behandelnden Ärzten des psychiatrischen Ambulatoriums B.____ ebenfalls auffallen müssen. Der Gutachter sei einzig aufgrund der gutachterlichen Untersuchung zu dieser Schlussfolgerung gelangt und habe seine Befunde zudem unter

Zuhilfenahme eines Dolmetschers erheben müssen. Die behandelnde med. pract. E. ___ habe auf I. ___ Sprache ohne Dolmetscher eine viel unmittelbarere Wahrnehmung der Persönlichkeit sowie der Glaubwürdigkeit gehabt. Der Stellungnahme des Ambulatoriums B. ___ vom 21. November 2016 sei zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 12. Juli 2017 (richtig: 2016) "in verstörtem Zustand" zum sozialarbeiterischen Behandlungsgespräch erschienen sei, was drauf schliessen lasse, dass die Begutachtung alles andere als optimal verlaufen sei. Aufgrund dieser Umstände sowie insbesondere der Tatsache, dass die Beurteilung der Glaubwürdigkeit der von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden durch die behandelnden Ärzte sowie durch den Gutachter absolut unvereinbar seien, hätte die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen veranlassen und ein Zweit- bzw. Obergutachten in Auftrag geben müssen. Dr. F. ___ habe die von ihm festgestellten angeblichen Inkonsistenzen übertrieben gewichtet. Die von Dr. F. ___ gestellte Diagnose weiche fundamental von den Grundlage der Verfügung vom 15. November 2013 bildenden ab. Eine eigentliche Auseinandersetzung mit den früher und aktuell von der psychiatrischen Klinik B. ___ gestellten Diagnosen finde nicht statt. Die von Dr. F. ___ postulierte Verbesserung des Gesundheitszustandes sei nicht einleuchtend und nicht nachvollziehbar. Zum einen habe er zwar wahrscheinliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit oder das Leistungsverhalten angenommen, jedoch keine konkret anhaltenden Funktionsstörungen nachweisen können, zum anderen habe er trotz erschwerter Befunderhebung sowie Objektivierung der Leistungsfähigkeit eine Verbesserung des Gesundheitszustandes angenommen. Gestützt auf die aktuelle Beurteilung der Psychiatrischen Klinik B. ___ vom 21. November 2016 sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen und ihr die Rente wieder auszurichten (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 27. Juni 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung hält sie fest, dass von vorneherein nicht von einer invalidisierenden psychiatrischen Erkrankung auszugehen sei, wenn bei einer versicherten Person eindeutig aggravatorisches Verhalten vorliege, das nicht auf eine krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen sei. Eine solche Konstellation liege gemäss den Erhebungen von Dr. F. ___ vor. Zudem würden die anschliessenden Ausführungen bezüglich des erhobenen Befundes sowie der neuropsychologischen Testung das erheblich aggravierende Verhalten der Beschwerdeführerin belegen, ohne dass dieses auf eine psychische Erkrankung zurückgeführt werden könne. Das aggravatorische Verhalten stelle zudem auch einen Revisionsgrund im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Auch mit den medizinischen Akten habe sich der Gutachter auseinandergesetzt (act. G 5). Die Verfahrensleitung bewilligt das mit der Beschwerde gestellte Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege sowie Rechtsverbeiständung am 2. August 2017 (act. G 6). Mit Replik vom 16. Oktober 2017 hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (act. G 10). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf die Einreichung einer Duplik (act. G 12). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob und inwiefern sich der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verändert hat (act. G 1). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf

Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG, SR 830.1 [i.V.m. Art. 1 Abs. 1 IVG und Art. 2 ATSG]). Anlass zur Anpassung der Rente gibt jede tatsächliche Änderung, die sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Anspruchs (ein Viertel, ein Zweitel, drei Viertel, ganze Rente; Art. 28 Abs. 2 IVG) auswirkt. Ein Revisionsgrund in diesem Sinne betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person. Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Dezember 2016 9C_602/2016 E.5.1 mit weiteren Hinweisen). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2008, 9C_562/2008, E. 2.1). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 115 V 133 E. 2). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, 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 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Der Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und der Begutachtungsauftrag andererseits sind unterschiedlich. Deshalb kann das Gutachten nicht stets in Frage gestellt werden, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen wichtige Aspekte benannt werden, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts vom 26. August 2018 8C_909/2017 E. 9 in: SVR 2018 IV 74). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierte Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des

Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.). Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Dies trifft namentlich zu, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, wenn intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, wenn keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, wenn demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaublich wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2015 9C_899/2014 E. 4.1 f.). Ausgangspunkt für die Beurteilung des gesundheitlichen Verlaufs bildet im vorliegenden Revisionsverfahren die ursprüngliche Rentenzusprache gestützt auf die Verfügung vom 15. November 2013 (IV-act. 52). Hinsichtlich der geltend gemachten Veränderung des Gesundheitszustands ist in erster Linie umstritten, welche Schlüsse aus den im Revisionsverfahren 2015 eingeholten ärztlichen Unterlagen zu ziehen sind bzw. ob der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ausreichend medizinisch abgeklärt ist. Die Beschwerdegegnerin stützte sich auf das Gutachten von Dr. F.____ vom 11. Juli 2016, die Ergänzung betreffend die Laborbefunde vom 18. Juli 2016, seine Stellungnahme vom 4. April 2017 (vgl. IV-act. 69, 70 und 91) und nicht zuletzt auf die Aktenbeurteilungen des RAD vom 17. Juli 2016 und 18. April 2017 (IV-act. 71 und 92). Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Feststellungen von Dr. F.____ seien nicht zu übernehmen und es sei stattdessen vollumfänglich auf die Angaben der sie behandelnden Ärzte abzustellen. Sie verweist dazu insbesondere auf die im Rahmen des Einwandverfahrens eingereichte Stellungnahme von med. pract. G.____ vom 21. November 2016 (IV-act. 86). Vor der Rentenzusprache ab 1. September 2012 (Verfügung vom 15. November 2013) stellte sich die medizinische Sachlage wie folgt dar. Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers wurde die Beschwerdeführerin am 5. Januar 2012 erstmals psychiatrisch begutachtet. Med. pract. J.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, gab im Gutachten vom 17. Januar 2012 an, diagnostisch zeige die Beschwerdeführerin ein depressives Zustandsbild entsprechend einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) und berichte zudem eine Symptomatik mit Hinweisen für eine ausgeprägte Somatisierungsstörung (F45.0) sowie eine ausgeprägte konversionsneurotische Symptombildung (F44) mit berichtetem Kontrollverlust und Lähmungserscheinungen bis hin zu Erstickungs- und Ohnmachtsanfällen. Vor dem Hintergrund einer anzunehmenden vorbestehenden psychischen Labilisierung im Zusammenhang mit der Ermordung des Ehemannes vor fünf Jahren habe die ____-jährige Explorandin im Zusammenhang mit einer Konflikt-/Belastungssituation am Arbeitsplatz in der Wäscherei ein komplexes Beschwerdebild mit Symptombildungen auf verschiedenen psychischen und körperlichen

Ebenen entwickelt. In adaptierter Tätigkeit hielt er eine Arbeitsfähigkeit von 50% für möglich und deren möglichst rasche Umsetzung im Sinne der Vorbeugung einer drohenden chronifizierenden Fehlentwicklung angezeigt (Fremdakten 1-29). Die Beschwerdeführerin begab sich nach Zuweisung ihres Hausarztes im Februar 2012 in psychiatrische Behandlung. Sie gab damals an, dass sie an ausgeprägter Niedergestimmtheit, Angstattacken mit Hyperventilation, Zittern, Schwäche, Kraftlosigkeit mit rascher Erschöpfung und Ermüdung, Intrusionen (Ermordung des Ehemannes, Erniedrigung und Beschämung vor den Kollegen durch die Vorarbeiterin am Arbeitsplatz), Grübeln und Gedankendrängen, Alpträumen, Schlafstörungen und erhöhter Reizempfindlichkeit und sozialem Rückzug leide. Sie habe seit dem 9. September 2011 nicht mehr arbeiten gehen können. Körperlich klagte die Patientin über Kopfschmerzen, Krämpfe in den oberen Extremitäten und im Halsbereich und Druckgefühl im Brustbereich. Aktuell bestehe für ihre angestammte Tätigkeit als Angestellte in einer Textilfirma eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Arztbericht Ambulatorium Psychiatrische Klinik B.____ vom 2. März 2012, IV-act. 12). In sämtlichen anschliessend eingeholten Verlaufsberichten wurde der Beschwerdeführerin bei den Diagnosen rezidivierende depressive Episode sowie posttraumatische Belastungsstörung trotz Wahrnehmung der Termine sowie angeblicher Einnahme der Medikamente ein stationärer Gesundheitszustand und eine andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (vgl. Berichte des Ambulatoriums der Psychiatrischen Klinik B.____ vom 19. Juni 2012, IV-act. 21; 9. Oktober 2012, IV-act. 28; 6. Februar 2013, IV-act. 33; 10. Juni 2013, IV-act. 40). Eine berufliche schrittweise Wiedereingliederung wurde aufgrund der vorübergehenden leichten Zustandsverbesserungen zunächst innerhalb eines Jahres für möglich gehalten (Bericht vom 9. Oktober 2012, IV-act. 28-4), danach für nicht absehbar erachtet (Bericht vom 6. Februar 2013, IV-act. 33) und schliesslich für unrealistisch erklärt (Bericht vom 10. Juni 2013, IV-act 40). RAD-Ärztin Dr. C.____ hielt fest, dass die eher günstige Prognose von med. pract. J.____ sich aufgrund der Chronifizierung trotz einer adäquaten medizinischen Behandlung nicht eingestellt habe (IV-act. 42). Gestützt auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit wurde der Beschwerdeführerin rückwirkend eine ganze IV-Rente zugesprochen. Im Rahmen des Revisionsverfahrens gab die Beschwerdeführerin am 27. Oktober 2015 einen gleichgebliebenen (IV-act. 57), Dr. D.____ am 1. Dezember 2015 jedoch einen verschlechterten Gesundheitszustand an (IV-act. 61-2). Trotz intensiver psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung habe sich der Gesundheitszustand der Patientin weiter verschlechtert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bei den Diagnosen schwere rezidivierende depressive Episoden mit ausgeprägter Somatisierungsstörung sowie fibromyalgiforme Schmerzen für alle Tätigkeiten 100%. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtere sich schleichend, trotz Psychotherapie sowie sporadischer medikamentöser Massnahmen (IV-act 61). Med. pract. E.____, Assistenzärztin Psychiatrisches Ambulatorium B.____, attestierte am 8. Dezember 2015 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit und gab als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie eine posttraumatische Belastungsstörung an. Im bisherigen Verlauf habe sich eine gewisse Stabilisierung, nicht jedoch eine deutliche Zustandsänderung gezeigt. Es fänden regelmässige therapeutische Gespräche im Abstand von drei Wochen statt. Darüber hinaus erhalte die Beschwerdeführerin intensive sozialarbeiterische Unterstützung im Ambulatorium und werde psychopharmakologisch mit Cymbalta und Remeron behandelt. Sie nehme ihre Termine regelmässig wahr und nehme die Medikamente wie verordnet ein. Sie leide unter ausgeprägter Niedergestimmtheit mit

rascher Erschöpfung, Kraftlosigkeit, Antriebslosigkeit, tiefer Trauer, starker innerer Unruhe, Konzentrationsstörungen, negativen Gedanken, Grübeln, Gedankenkreisen, Intrusionen (Erinnerungen an die Ermordung des Ehemannes im Sinne von Flashbacks) und starken Kopfschmerzen. Es werde mit verhaltenstherapeutischen Interventionen, positiver Verstärkung und Aktivitätsaufbau sowie kognitiver Umstrukturierung gearbeitet. Oftmals könnten diese Interventionen wegen der geringen Belastbarkeit sowie Vermeidungsstrategie der Patientin, aber auch wegen der sprachlichen Barriere nur ansatzweise umgesetzt werden. Die Patientin zeige sich unter starkem Leidensdruck. Das Zustandsbild habe sich insgesamt bisher nicht verbessert (IV-act. 62). Dr. F. ___ diagnostizierte im Gutachten vom 11. Juli 2016 eine nicht näher bezeichnete neurotische Störung (ICD-10 F48.9) und hielt zudem fest, dass eine rezidivierende depressive Störung nicht nachweisbar sei (IV-act 69-20). Ohne vernünftigen Zweifel liege zwar eine psychische Störung vor, wobei die Explorandin leide und negative Einflüsse auf ihre Lebensqualität hinnehmen müsse. Sie habe mit der Ermordung ihres Ehemannes vor circa 10 Jahren einen grossen Schicksalsschlag hinnehmen und alleine mit ihren drei Kindern in finanziell und sozial unsicherer Lage einen Weg suchen müssen und leide immer noch darunter. Aufgrund der Inkonsistenzen sei er nicht zur Gewissheit gelangt, dass wesentliche oder konkret benennbare Funktionsbeeinträchtigungen tatsächlich noch vorhanden seien. Seit dem Referenzzeitpunkt sei von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen. Deren zeitlicher Verlauf sei nicht sicher bestimmbar (IV-act. 69-26 f.). Ab dem Zeitpunkt des Untersuchungsdatums könne eine durch eine psychische Gesundheitsstörung bewirkte Arbeitsunfähigkeit nicht mehr als nachgewiesen betrachtet werden (IV-act. 69-27). Zum Referenzzeitpunkt am 2. Oktober 2013 habe sich der Sachverhalt ganz anders dargestellt als aktuell (IV-act. 69-28). An erhobenen Befunden ist dem Gutachten unter anderem zu entnehmen, dass plausible äussere Zeichen für ein Schmerzerleben oder ein Zittern in der Untersuchung nicht sichtbar und dass sämtliche Schmerzangaben sehr unspezifisch gewesen seien und zwar betreffend Lokalisation sowie letztmaligem Auftreten (Schmerzen am ganzen Nacken und an den Schultern, allgemeine Rückenschmerzen, ein bisschen auch Kopfschmerzen am ganzen Kopf, Druck in der Brust; IV-act. 69-7). Die Beschwerdeführerin sei wach und bewusstseinsklar und es sei keine Störung von Orientierung, Auffassung, allgemeiner Intelligenz, Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Gedächtnis nachweisbar gewesen. Bei der Untersuchung seien keine äusseren Zeichen für Müdigkeit sowie Erschöpfung und auch kein Nachlassen von Energie oder Leistung nachweisbar gewesen. Der Antrieb sei normal gewesen. Eine affektive Schwingungsfähigkeit sei vorhanden und weder eine Affektarmut noch Affektstarre seien vorhanden gewesen (IV-act. 69-11f.). Es habe ein normaler Blickkontakt bestanden. Das Ausdrucksverhalten sei lebhaft gewesen und Sprachfluss, Prosodie, Mimik oder Gestik seien nicht gestört gewesen. Einmal habe sie erklärt, erbrechen zu müssen und beim Gang sowie den Bewegungen auf dem Weg zum Waschraum seien keine Hinweise auf Schwindel sowie eine Gangunsicherheit erkennbar gewesen. Bei einer Gelegenheit habe sie ein verzerrtes Gesicht gemacht, sich an die Schulter gegriffen, gestöhnt und Schulter und Hals in einer Art verdreht, die nicht ausgesehen habe wie eine entlastende Haltung oder Bewegung wie bei jemandem mit Nacken- oder Schulter Schmerzen. Das wirke auf ihn subjektiv demonstrativ und theatralisch (IV-act. 69-12f.). Die Angaben und Antworten der Beschwerdeführerin seien vage, allgemein und ausweichend gewesen. Anschauliche und für psychopathologische Merkmale charakteristische Details hätten gefehlt (IV-act. 69-11). Die Klagen über körperliche und geistige Beschwerden, Schwäche und

Leistungsminderung seien in der Untersuchung nicht objektivierbar gewesen. Intrusives Erleben, Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen seien nicht (sicher) nachweisbar gewesen, auch nicht ein schwerer sozialer Rückzug (IV-act. 69-12). Er habe nur wenig und unzuverlässig auf ihre Grundpersönlichkeit schliessen können. Es hätten sich am ehesten Hinweise auf eine Neigung zu dramatischer Selbstdarstellung und Theatralik ergeben. Inwieweit das persönlichkeitsbedingt sei oder anders zugeordnet werden müsse, könne er nicht entscheiden. Würde man dies der Persönlichkeit zuschreiben, dann am ehesten einer histrionischen Kategorie. Eine Persönlichkeitsakzentuierung lasse sich aber nicht mit hinreichender Sicherheit belegen und schon gar nicht eine Persönlichkeitsstörung (IV-act. 69-13). Aus all diesen Befunden und Angaben lässt sich per se nicht auf irgendwelche Funktionseinschränkungen schliessen, die eine Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Die neuropsychologischen Tests ergaben auffällig schlechte Resultate. Die Instruktion habe jeweils der Dolmetscher übersetzt und es sei sichergestellt worden, dass die Beschwerdeführerin die Instruktionen verstanden habe. Die Untersuchung habe sich langsam und zäh gestaltet und die Instruktionen hätten viel Zeit benötigt. Die Arbeitsweise sei enorm langsam gewesen. Die Beschwerdeführerin habe erklärt, dass sie sich voll angestrengt und ihre ganze Leistung gegeben habe. Das Arbeitsverhalten habe inszeniert schwach gewirkt. Beim Trail Making Test habe der Gutachter erkennen können, dass sie auf den Punkt geschaut habe, den sie richtigerweise als nächstes mit dem Stift hätte ansteuern müssen, dann aber gewartet habe und den Stift willkürlich in eine andere Richtung bewegt habe. Auch Hilfestellungen hätten an den absurd schlechten Leistungen nichts Wesentliches geändert. Sie habe für die Aufgaben grotesk lange gebraucht. Beim Raven Test habe sie keine einzige richtige Lösung angeben können. Auch nicht bei der Wiederholung des gleichen Tests, als ihr vorher die richtigen Lösungen gesagt worden seien. Teils habe es den Anschein gemacht, als habe sie die Lösung ausgewählt, die von der richtigen am weitesten entfernt ist. Sie habe bei der Testung einen Ausdruck von Erstaunen und Ratlosigkeit an den Tag gelegt, mit absurd wirkenden Fragen, so dass das Ganze wie eine demonstrative Inszenierung erschienen sei. Auch bei den Symptomvalidierungstests habe sich zusammen mit der Klinik der Nachweis eines nicht authentischen Leistungsverhaltens ergeben, nicht nur Zweifel an der Authentizität. Insgesamt habe das Leistungsverhalten bei den Tests zu der auch sonst nicht authentisch wirkenden Selbstdarstellung der Beschwerdeführerin gepasst (IV-act. 69-14 f.). Die Testergebnisse seien so absurd schlecht, dass sie mit dem Erscheinungsbild unvereinbar seien (IV-act. 69-11). Wenn der Gutachter bei diesen Feststellungen insgesamt zum Schluss kommt, dass er keine schwer ausgeprägte Gesundheitsstörung habe feststellen und keine krankheitsbedingten Funktionsstörungen habe nachweisen können, ist dies nachvollziehbar. Wären die gezeigten, deutlich ausgeprägten Defizite von Aufmerksamkeit, Gedächtnis und der Exekutivfunktionen gültig, wäre die Beschwerdeführerin deutlich verlangsamt, könnte sich kaum neue Informationen merken, einem längeren Gespräch folgen oder längere Handlungen aufrechterhalten. Sie hätte Mühe, sich an neuen Orten zu orientieren, selbständig Termine wahrzunehmen und wäre bereits in einfachen Belangen auf Unterstützung angewiesen. Zu Recht macht Dr. F. ___ in seiner Stellungnahme vom 4. April 2017 darauf aufmerksam, dass die Beschwerdeführerin nicht Auto fahren könnte bzw. sollte, wenn die von den Behandlern geschilderten Störungen derart ausgeprägt und zudem die neuropsychologischen Testresultate glaubhaft wären (IV-act. 91-5). Die Auffälligkeiten könnten im gezeigten Ausmass zudem gar nicht durch eine Depression oder eine posttraumatische Belastungsstörung oder die Fremdsprachigkeit erklärt werden. Dazu

passen auch die teilweise nicht detektierbaren oder deutlich unter dem Referenzbereich liegenden Medikamentenspiegel trotz bewusster anamnestischer Angabe und Beteuerung einer täglichen, regelmässigen Medikamenteneinnahme. Dr. F.____ gab an, die Beschwerdeführerin habe bei ihm so schlecht Deutsch gesprochen, dass er sich gar nicht vorstellen könne, wie die Behandler, mit denen sie nach ihren eigenen Angaben in Deutsch kommuniziert habe, verwertbare Informationen über Beschwerden, Befunde und inneres Erleben hätten gewinnen sollen (IV-act. 69-15 f.). Nur vereinzelt sei mal im Ambulatorium eine K.____-sprechende Mitarbeiterin hinzugezogen worden (IV-act. 69-6). Diese Aussage wurde durch das Vorbringen von med. pract. G.____ bestätigt, indem sie zugestand, dass nicht sämtliche Sitzungen in I.____ abgehalten werden konnten, da med. pract. E.____ im Mutterschaftsurlaub gewesen sei (IV-act. 84-2). In seiner Stellungnahme hat Dr. F.____ zudem präzisiert, dass er nicht behauptet habe, die Beschwerdeführerin sei nie in ihrer Sprache behandelt worden, sondern lediglich, dass er sich eine Behandlung ohne Übersetzung nicht vorstellen könne (IV-act. 91). Diese Einschätzung ist konsistent und plausibel. Da in früheren Akten nie ein Hinweis auf eine Erfolgskontrolle einer medikamentösen Therapie durch Bestimmung der Medikamentenkonzentration im Blut aufschien, veranlasste Dr. F.____ eine Blutentnahme sowie die Bestimmung der verschiedenen Medikamentenspiegel (IV-act. 69-15). In der ergänzenden Stellungnahme vom 18. Juli 2016 erläuterte Dr. F.____, dass der Medikamentenspiegel im Blut bei sämtlichen getesteten Medikamenten unter der Nachweisgrenze gelegen habe. Daraus schloss er zu Recht, dass die von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben über die Medikamenteneinnahme nicht dazu passen. Sehr überzeugend hat er zudem noch die Medikamentenspiegel der Opioide testen lassen, um auszuschliessen, dass diese von der Beschwerdeführerin eventuell in zu hoher Dosis genommen werden, was ebenfalls zu gesundheitlichen Beschwerden führen könnte (IV-act. 70). Wenn med. pract. G.____ anmerkt, dass der Schwerpunkt der Behandlung nicht auf die Medikation und Kontrolle derselben gelegt worden sei, und gleichzeitig seit Jahren eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten bestätigt (IV-act. 84-6), rechtfertigen sich Zweifel an der Adäquanz der Behandlung. Die Beschwerdeführerin ist unter anderem verpflichtet, sich medizinischen Behandlungsmassnahmen zu unterziehen (Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG). Dazu gehört insbesondere auch eine adäquate medikamentöse Behandlung. Dr. F.____ stellte bereits im Gutachten fest, dass die Medikation eher zu körperlich begründeten Schmerzen als zu psychogenen Schmerzen passe und er insgesamt keine medikamentöse Gesamtstrategie erkennen könne, die zu einer anhaltenden psychischen Gesundheitsstörung passen würde (IV-act. 69-23). Völlig zu Recht hält Dr. F.____ fest, dass von den behandelnden Ärzten nicht auf die angegebene, völlig fehlende Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin reagiert worden sei. So wäre eine Intensivierung der Gesprächsintervalle, eine Anpassung der Medikation oder allenfalls die Zuhilfenahme eines Dolmetschers denkbar gewesen (vgl. IV-act. 69-23). Nie konsequent durchgeführt wurde eine stationäre oder teilstationäre Behandlung. Diese wäre aufgrund der Wohn- und Betreuungssituation der Kinder ohne weiteres zumutbar gewesen. Somit ist die Schlussfolgerung, dass aufgrund der erhobenen, nicht schwerwiegenden Befunde mit der Zeit eine gesundheitliche Verbesserung eingetreten ist, welche die Beschwerdeführerin den Behandlern so nicht kommuniziert hat bzw. von diesen nicht erkannt wurde, nicht von der Hand zu weisen. Hinzu kommt der gerechtfertigte Hinweis von Dr. F.____, dass trotz der Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung nirgends eine episodische Natur des Leidens bzw. der Beschwerden dokumentiert wurde. Einzig die Angabe, dass es der

Beschwerdeführerin ab und zu für kurze Zeit bessergehe (frühere Berichte des Ambulatoriums, IV-act. 62), kommt schon aus zeitlicher Sicht nicht einer Episode der rezidivierenden depressiven Störung gleich. Eine Gutachtenssituation ist nicht mit der Behandlungssituation vergleichbar. Der Gutachter hinterfragt die gemachten Angaben, überprüft diese allgemein auf ihre Konsistenz, muss die Beschwerdeangaben validieren und stellt aktiv auch kritische Fragen. Der Gutachter gab mehrfach an, dass von der Beschwerdeführerin keine vernünftigen, verwertbaren oder ausführlichen Angaben erhalten werden können. Die Beschwerdeführerin macht geltend, es sei bei der Begutachtung etwas schiefgelaufen. Dafür bestehen jedoch keine Anhaltspunkte. Es ist nicht ersichtlich und nicht nachvollziehbar, warum sie einfache Fragen nach dem Tagesablauf, ihrem Leben generell sowie ihren Aktivitäten nicht beantworten kann, selbst wenn die Untersuchungssituation eventuell unangenehm gewesen sein sollte. Dass die Beschwerdeführerin nach der Begutachtung "in verstörtem Zustand" zum sozialarbeiterischen Beratungsgespräch erschienen sei (IV-act. 86-3), lässt nicht darauf schließen, dass die Begutachtung nicht korrekt vonstattengegangen, zumal die Begutachtung am 8. Juli 2016 stattfand und das Beratungsgespräch erst vier Tage später am 12. Juli 2016 (IV-act. 86-3). Zu Recht weist auch Dr. F. ___ in seiner Stellungnahme vom 4. April 2017 auf diesen Umstand hin (IV-act. 91-3). Ob und inwiefern sich die Beschwerdeführerin falsch verstanden gefühlt hat (was sie gegenüber med. pract. G. ___ angegeben habe und es ihr deswegen so schlecht gegangen sei, dass eine Hospitalisation ins Auge gefasst, von der Beschwerdeführerin jedoch abgelehnt worden sei), wird von med. pract. G. ___ nicht konkret erläutert (IV-act. 86-3). Es darf jedoch davon ausgegangen werden, dass der Gutachter die Fragen korrekt stellte und die Beschwerdeführerin Gelegenheit hatte, diese umfassend und ausführlich zu beantworten sowie Ergänzungs- und Verständnisfragen zu stellen, sich bei Unsicherheiten auch korrigieren konnte und nicht zuletzt deshalb, weil die Untersuchung von Anfang bis Ende professionell verdolmetscht wurde. Es ist davon auszugehen, dass der Ablauf völlig üblich und korrekt vonstattengegangen ist. Gesamthaft überzeugt das Gutachten von Dr. F. ___ insbesondere auch deshalb, weil er ausdrückt, dass und warum er gewisse Schlussfolgerungen nicht ohne weiteres ziehen kann. Selbst wenn er angibt, dass zwar eine psychische Störung vorhanden ist, dass er jedoch nicht angeben kann, inwiefern sich diese konkret auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, ist dies zusammen mit den erhobenen Befunden plausibel. Denn die Beschwerdeführerin war im Ganzen aufmerksam, nicht müde, konnte der gesamten Untersuchung folgen, sie war gepflegt im Auftritt, es waren keine körperlichen Beschwerden oder Schmerzen während der Untersuchung erkennbar. Überdies verfügt sie über diverse Ressourcen mit der offenbar sehr guten Beziehung zu ihren Familienangehörigen, eine gute Wohnsituation, sie kann Autofahren, den Haushalt sowie die Kinderbetreuung mit gewisser Mithilfe durchaus selbständig führen und war früher - obwohl die Kinder kleiner waren - durchaus in der Lage zu 100% einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Selbst wenn eine PTBS vorgelegen haben sollte (was aufgrund der in den vorliegenden Akten enthaltenen sehr vagen und voneinander abweichenden Schilderungen betreffend die Tötung ihres Mannes, die Albträume sowie Flashbacks nicht überprüft werden kann [Fremdakten 1-27, IV-act 69-6, 69-16f., 84-3]), müssten die entsprechenden Auswirkungen im Zeitverlauf abgeklungen sein. Dadurch, dass die Beschwerdeführerin einerseits angibt, wegen dieses Erlebnisses nicht mehr nach L. ___ reisen zu können, da sie Angst habe, den Kindern könne ähnliches passieren, von der Schwester aber zu erfahren war, dass sie im Jahr vor der Begutachtung durch Dr. F. ___ zur Erholung mit dem Sohn nach L. ___ in die Ferien gefahren sei (IV-act. 69-6), kann nicht

ernsthaft aufgrund der Diagnose PTBS auf eine noch vorhandene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden. Zumal Dr. F.____ die Diagnosestellung bereits in Frage stellte. Die entsprechenden Mängel hat er ausführlich und nachvollziehbar dargestellt (IV-act. 69-16f.). Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Beschwerdeführerin gegenüber dem Gutachter erklärte, verheiratet worden zu sein (IV-act. 69-8), gegenüber med. pract. G.____ jedoch offenbar angegeben hat, den späteren Ehemann bereits als Kind kennengelernt zu haben und dass er ihr im Alter von 15 Jahren seine Liebe gestanden habe (IV-act. 86-1 f.). Zu den von med. pract. G.____ kritisierten Punkten nahm Dr. F.____ am 4. April 2017 ausführlich und nachvollziehbar Stellung (IV-act. 91). Er legt überzeugend dar, dass die Befunderhebung durch med. pract. G.____ nicht auf ihren eigenen Feststellungen und den draus gezogenen Schlussfolgerungen stattgefunden habe, sondern zu einem grossen Teil die Angaben der Beschwerdeführerin übernommen worden seien. Geradezu klassisch weichen hiermit die Behandler- sowie Gutachtereinschätzungen voneinander ab (vgl. E. 1.4 vorstehend am Schluss). Auch ist die in der Stellungnahme von med. pract. G.____ attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten nicht nachvollziehbar, weil nicht aufgrund objektiver Befunde erhoben und sauber begründet und hergeleitet. Unabhängig davon, ob es seit der Begutachtung durch med. pract. K.____ im Jahr 2011 zunächst zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes - wie dies die Behandler statuieren - kam, muss in Anbetracht der Schlussfolgerungen des Gutachters Dr. F.____ davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert hat und gesundheitliche Einschränkungen mit Auswirkungen im rentenbegründenden Ausmass nicht objektiviert werden konnten. Zuletzt erfüllt das Gutachten von Dr. F.____ auch die formellen Anforderungen an ein Gutachten. Mithin war der geforderte Revisionsgrund gegeben und durfte der Rentenanspruch überprüft werden. Die nach wie vor geltend gemachten massiven Einschränkungen bzw. die behauptete vollständige Arbeitsunfähigkeit sind nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Zur Aussage des Gutachters, dass eine psychische Störung dennoch vorliege (IV-act. 69-27), ist festzuhalten, dass aufgrund des Verhaltens der Beschwerdeführerin und der dargelegten Inkonsistenzen von weiteren Abklärungen keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten wären. Diesbezüglich hat die Beschwerdeführerin die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 117 V 63 f. E. 3b, 144 V 54 E. 4.3, 143 V 427 E. 6, Urteil des Bundesgerichts vom 31. Oktober 2018 8C_628/2018 E.4.3). Da die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr bewiesen ist, muss von voller Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Da die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens unterdurchschnittlich verdient hat, ergibt der Einkommensvergleich selbst bei Vornahme eines Tabellenlohnabzuges keinen Invaliditätsgrad von mindestens 40%. Demnach liegt keine rentenbegründende Invalidität vor. Die Einstellung der ganzen IV-Rente ist zu Recht erfolgt. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Gerichtskosten von Fr. 600.-- erscheinen in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Die vollständig unterliegende Beschwerdeführerin hat die gesamten Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu tragen. Zuzugewährter unentgeltlicher Rechtspflege (act. G 9) ist sie von der Bezahlung zu befreien. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom

Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle (vgl. etwa den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 22. März 2019, IV 2018/205, E. 3.3) eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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