

Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Zirkular-Urteil vom 15. Juni 2020

Mitwirkende	Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, R. Breu, E. Ganz Obergerichtsschreiber M. Giger
Verfahren Nr.	O3V 19 53
Beschwerdeführerin	A.
Vorinstanz	IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden , Neue Steig 15, Postfach, 9102 Herisau
Gegenstand	Rente der Invalidenversicherung Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden vom 5. November 2019

Rechtsbegehren

a) der Beschwerdeführerin: (sinngemäss)

Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei A. weiterhin eine Invalidenrente auszurichten.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

- A. Die am 4. Januar 1974 geborene A. meldete sich im Oktober 2010 bei der Sozialversicherungsanstalt (SVA) des Kantons St. Gallen zur Früherfassung an (IV-act. 1.2, S. 416). Diese teilte ihr im Rahmen eines persönlichen Gesprächs mit, dass eine formale Anmeldung bei der Invalidenversicherung angezeigt sei (IV-act. 1.2, S. 410). Die Anmeldung der Versicherten folgte am 22. Oktober 2010, unter der Angabe „diverse Operationen im Magenbereich“ (IV-act. 1.2, S. 404). Die SVA St. Gallen tätigte die erwerblichen und medizinischen Abklärungen und sprach der Versicherten schliesslich mit Verfügung vom 5. September 2014 eine ganze Rente zu, beginnend ab 25. August 2011 (IV-act. 1.2, S. 33).
- B. Im November 2016 leitete die zufolge Wohnsitzwechsels der Versicherten nunmehr zuständige IV-Stelle des Kantons Appenzell Ausserrhoden (nachfolgend: IV-Stelle oder Vorinstanz) ein Rentenrevisionsverfahren ein (IV-act. 2). Nach ersten Abklärungen veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS Bern, welche im Zeitraum Juni bis Oktober 2017 erfolgte. Laut dem am 4. Januar 2018 erstatteten Gutachten bestehe bei der Versicherten sowohl angestammt als auch adaptiert eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Es wurde jedoch darauf hingewiesen, dass aufgrund einer (kurz vor Lieferung des Gutachtens) stattgehabten Proximalisierung des Magenbypasses eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei, dies frühestens ab April 2018 (Gutachten, S. 35). Die IV-Stelle gab alsdann im Oktober 2018 bei der MEDAS Bern ein Verlaufsgutachten in Auftrag, welches nach Durchführung der medizinischen Untersuchungen am 29. April 2019 geliefert wurde. Laut den Gutachtern sei bei der Versicherten nunmehr ab April 2018 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Verlaufsgutachten, S. 8). Mit Schreiben vom 20. August 2019 lud die IV-Stelle die Versicherte auf den 11. September 2019 zu einem

persönlichen Gespräch ein, um die „Möglichkeiten ihrer Unterstützung“ aufzuzeigen (IV-act. 63). Nachdem die Versicherte nicht zu diesem Termin erschienen war, stellt ihr die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 25. September 2019 die Einstellung der Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 64). Seitens der Versicherten wurde dagegen kein Einwand erhoben. Die IV-Stelle verfügte schliesslich am 5. November 2019 im Sinne des Vorbescheids (act. 2).

- C. Gegen die nämliche Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde der Versicherten vom 9. Dezember 2019 (act. 1). Die Vernehmlassung der Vorinstanz mit dem Antrag auf Abweisung der Beschwerde folgte am 19. Dezember 2019 (act. 5). Mit Replik vom 9. Januar 2020 nahm die Beschwerdeführerin ein weiteres Mal Stellung, wobei sie namentlich ihr Fernbleiben vom Termin vom 11. September 2019 erklärte (act. 9). Die IV-Stelle duplizierte am 21. Januar 2020 (act. 12).
- D. Die Parteien verzichteten auf eine mündliche Verhandlung.
- E. Mit einzelrichterlicher Verfügung vom 16. Januar 2020 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege für das vorliegende Verfahren gewährt (act. 8).

Erwägungen

1. Gestützt auf Art. 2 der Verordnung über COVID-19-Massnahmen: Gerichte (bGS 113.2) kann das Obergericht zur Bewältigung der aktuell ausserordentlichen Lage in allen Fällen auf dem Zirkularweg entscheiden, wenn das Gesetz keine Verhandlung vorschreibt. Entscheide, die auf dem Zirkularweg gefällt werden, bedürfen der Einstimmigkeit (Art. 52 Abs. 2 JG). Da vorliegend keine Durchführung einer Verhandlung vorgeschrieben ist und die Parteien auf die Durchführung einer solchen verzichteten, hat das Obergericht den vorliegenden Entscheid im Zirkularverfahren gefällt.
2. 2.1
Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers 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 vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG; SR 830.1). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Ins-

besondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

2.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung; IVG; SR 831.20).

2.3

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). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Die Rechtsprechung hat es 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). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Insbesondere ist zu beachten, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (BGE 124 I 175 E. 4) andererseits nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

2.4

Art. 17 ATSG betrifft die «formell rechtskräftige» Entscheidung (vgl. diesen ausdrücklichen Bezug in Art. 17 Abs. 2 ATSG) und weist somit Berührungspunkte zu Art. 53 ATSG (Revision und Wiedererwägung) auf. Während letztere Bestimmung die Ausgangslage betrifft, dass der Entscheid anfänglich unrichtig war, bezieht sich Art. 17 ATSG auf eine nachträgliche Änderung des massgeblichen Sachverhalts; eine gegenseitige Abgrenzung des Anwendungsbereiches ist somit ohne Weiteres möglich (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N. 4 zu Art. 17 ATSG).

3. Vorliegend war die ursprüngliche Rentenzusprache gestützt auf eine Beurteilung der medizinischen Aktenlage durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 8. August 2014 erfolgt. Der RAD hatte erwogen, zusammenfassend handle es sich bei der Versicherten um eine chronisch kranke, multimorbide Frau, deren Gesundheitszustand sich seit Beginn der langdauernden Arbeitsunfähigkeit jeweils nur kurzzeitig verbessert, anschliessend aber immer wieder verschlechtert habe. Es bestehe sozusagen ein chronisch instabiler Gesundheitszustand, der sich mittlerweile auf einem niedrigen Niveau stabilisiert habe. Versicherungsmedizinisch sei die Versicherte seit August 2010 für jede Tätigkeit durchgehend zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Die bisher schon lange Liste von Hospitalisationen, Operationen und Komplikationen habe sich weiter verlängert, eine anhaltende Besserung sei nicht abzusehen (act. 1.2, S. 44).

4. 4.1

a) Im vorliegenden Rentenrevisionsverfahren hatte die Vorinstanz zur Prüfung eines Revisionsgrundes eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS Bern veranlasst. Deren Gutachten vom 4. Januar 2018, basierend auf den Fachdisziplinen Psychiatrie, Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie und Neurologie, nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Status nach Gastric banding bei morbider Adipositas am 5.2.2003, Status nach Umwandlung in einen sekundären Magenbypass und Entfernung des Magenbandes sowie Cholezystektomie und Adhäsiolyse am 5.11.2007 wegen Bandintoleranz und ungenügender Gewichtsabnahme;
- Status nach laparoskopischer Restgastrektomie, Pouch- und Anastomosenresektion, Ösophagojejunostomie, dorsale Crurorrhaphie wegen Anastomosenulkus und Pouchenlargement am 2.6.2008, postoperativ aufgetretene Pneumonie und intraabdominaler Abszess, welcher CT-gesteuert entleert wurde;
- Status nach laparoskopischer ausgedehnter Adhäsiolyse, Hiatoplastik und Netzverstärkung, zusätzlich Ovarialzystenfenestrierung rechts bei paraanastomosaler/paraösophagealer grosser Hiatusrezidivhernie mit Dünndarminhalt am 26.08.2010;
- Status nach laparoskopischem hiatalem Release, partielle Netzexplantation, Ösophagusmobilisierung und Reposition Hiatoplastik bei hiataler Anastomosenuklaxation mit suprahiataler Pseudopouchbildung am 18.10.2012;
- Status nach laparoskopischer Rezidivhiatoplastik, ausgedehnter Adhäsiolyse, Mobilisierung der linken Leber, Mobilisierung des gesamten unteren Ösophagus, partielle Omentektomie und dorsale Crurorrhaphie, Zwerchfellnaht, Netzverstärkung mit zwei Bio-A-Netzen, Ösophagocruropexie beidseits am 15.4.2013.

b) In der polydisziplinären Beurteilung wurde festgehalten, aus chirurgischer Sicht bestehe bei der Versicherten nach zahlreichen bariatrischen Eingriffen mit Komplikationen und Reoperationen und Operationen wegen einer Hiatushernie vor allem eine störende Durchfallproblematik. Die Angabe der Stuhlfrequenz sei etwas unterschiedlich, reiche von 10 bis 20 Stuhlentleerungen pro Tag, auch nachts (Aussagen der Versicherten). In einem Sprechstundenbericht von 2015 sei eine Reduktion der Stuhlfrequenz unter Imodium auf 5 Entleerungen pro Tag beschrieben. Aktuell seien keine sezernierenden offenen Stellen mehr vorhanden, weder am Stamm noch anal. Aus viszeralchirurgischer Sicht sei die Versicherte zu 60 % arbeitsfähig, dies vornehmlich in einer Position als z.B. Sachbearbeiterin, mit der Möglichkeit jederzeit zur Toilette zu gehen. Eine ganztägige Anwesenheit sei sicher tolerierbar. Abzuwarten sei der Erfolg des Eingriffs (Proximalisierung des Magenbypasses) am 22.11.2017. Entsprechend empfehle sich eine Neubeurteilung ab April 2018. Bei erfolg-

reicher Operation und Abnahme der Durchfallfrequenz sei mit einer weiteren Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen.

Bezogen auf das Fachgebiet der Psychiatrie sei bei der Versicherten retrospektiv von einer Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der stationären oder teilstationären Behandlungen in den Jahren 2010/11 von 100 % auszugehen, jedoch nicht ausserhalb dieser Zeit. Es habe spätestens ab Mai 2013 keine versicherungspsychiatrisch relevante psychiatrische Diagnose mehr bestanden, was die Versicherte auch aktuell in Bezug auf ihre psychische Befindlichkeit bestätige. Es finde sich keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit, retrospektiv initial Anpassungsstörung, auch begleitende affektive Symptome im Rahmen der somatischen Erkrankung seien anzunehmen, inzwischen voll remittiert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien Probleme in der Lebensbewältigung.

Aus allgemein-internistischer wie auch aus neurologischer Sicht bestünden keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

Aus interdisziplinärer Sicht sei die Versicherte aktuell vor allem seitens der viszeralchirurgischen Begutachtung 60 % arbeitsfähig bei ganztägiger Anwesenheit, einzig störendes Element sei aktuell die erhöhte Durchfallfrequenz, diese beruhe indes nur auf den Aussagen der Versicherten (IV-act. 39, S. 37 f.).

4.2

a) Das am 29. April 2019 erstattete, auf den Disziplinen Psychiatrie und Chirurgie basierende Verlaufsgutachten attestiert der Versicherten ausdrücklich eine Besserung des Gesundheitszustandes. Aus viszeralchirurgischer Sicht sei nach mehrfachen abdominalchirurgischen Massnahmen, zuletzt mit Proximalisierungsoperation des Magens 11/2017, die Einschränkung gegenüber dem Vorgutachten abnehmend (Stuhlfrequenz nehme ab, trotz unterschiedlicher Angaben, keine Anstalten auf die Toilette zu gehen, sie sitze ruhig auf dem Stuhl während des Interviews, welches am Morgen stattgefunden habe). Die Tätigkeit müsse vorwiegend in Innenräumen ausgeübt werden, der Gang zur Toilette müsse gewährleistet bleiben. Wechselbelastende Tätigkeiten seien sinnvoll, da die Beschwerden sowohl bei längerem Sitzen wie auch bei längerem Gehen aufträten. Die körperlichen Belastungen sollten max. passager mittelschwer sein.

b) Die von der Versicherten beschriebenen Schmerzen seien aus psychiatrischer Sicht nicht vorwiegend bzw. versicherungsmedizinisch relevant psychisch/somatoform zu deuten. Es bestehe auch keine psychische Komorbidität. Die Beschwerden stünden in direktem Zusammenhang mit dem somatischen Leiden (gemäss chirurgischem Gutachten), es ergäben sich jedoch, wie bei Schmerzpatienten üblich, auch psychische Auswirkungen bei der Ver-

sicherten, speziell der Anpassungsfähigkeit. Daraus resultierten ihre leichten qualitativen Einschränkungen, die jedoch nicht quantitativ einschränkten.

c) Bei der Versicherten bestünden keine Störungen des Bewusstseins, des Temperaments und der Persönlichkeit, allenfalls leichte Störung des Schlafes wegen der Schmerzen. Die Funktionen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und der Psychomotorik sowie die emotionalen Funktionen seien unauffällig. Auch ergäben sich keine Störungen des Denkens bzw. der höheren kognitiven Funktionen. Die berichtete Störung des Schlafes bestehe aus somatischen Gründen.

d) Die Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht in der Lage, neues zu lernen, auch Probleme zu lösen, sich geeignetes Wissen anzuwenden und dieses auch bei ihrer Arbeit umzusetzen. Es bestehe keine mangelnde Aufmerksamkeitsfokussierung, die Versicherte könne einfache, aber auch komplexe Aufgaben gemäss ihren intellektuellen Fähigkeiten und beruflicher Erfahrung ausführen. Wegen der angegebenen Schmerzen habe sie gegenwärtig Schwierigkeiten, zeitweilig mit Stress umzugehen, es könne auch zu leichten Störungen der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit kommen. Im häuslichen Leben bestünden keine Auffälligkeiten, auch sei die Selbstversorgung gewährleistet. Sodann seien keine relevanten Beeinträchtigungen in sozialen Beziehungen und zwischenmenschlichen Interaktionen feststellbar. Durch die somatischen Beschwerden lasse sich auch die phobisch anmutende Unsicherheit in grösseren Menschenansammlungen erklären (IV-act. 60, S. 5 f.).

e) Bezogen auf die Arbeitsfähigkeit sei die Versicherte im Erstgutachten aus viszeralchirurgischer Sicht 60 % arbeitsfähig attestiert worden, dies bis zur geplanten Proximalisierung des Magenbypasses. Nach der Proximalisierung des Magens müsse wieder mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % für 3 Monate gerechnet werden. Nach dieser letzten Operation habe sich die Arbeitsfähigkeit aus viszeralchirurgischer Sicht auf 80 % gesteigert, dies bei ganztägiger Anwesenheit. Aus psychiatrischer Sicht könnten auch retrospektiv seit dem letzten Gutachten keine quantitativen Einschränkungen objektiviert werden. Dies gelte sowohl für die angestammte als auch eine adaptierte Tätigkeit (IV-act. 60, S. 7).

5. 5.1

Im Folgenden ist nun also gestützt auf die zitierte medizinische Aktenlage zu prüfen, ob sich seit der ursprünglichen Rentenzusprache eine anspruchserhebliche Änderung im Sachverhalt ergeben hat. Betrachtet man die ursprüngliche versicherungsinterne Stellungnahme des RAD, welche von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausging und so schlussendlich zur Gewährung der ganzen Renten führte, ist festzustellen, dass sich die betreffende Beur-

teilung als relativ kurz und summarisch darstellt. Es wurde letztlich einfach auf die Multimorbidität und den langjährigen Krankheitsverlauf der Versicherten bzw. die dazumal noch nicht absehbare anhaltende Besserung des Gesundheitszustandes verwiesen (vgl. oben E. 2). Im Vergleich dazu präsentieren sich das Erstgutachten und das anschliessende Verlaufsgutachten der MEDAS Bern als ungleich umfassender, mit ausführlicher Wiedergabe der Diagnosen und eingehender medizinischer und versicherungsmedizinischer Beurteilung. Das unterschiedliche Beurteilungsniveau ändert jedoch nichts an der Massgeblichkeit der Annahme einer ursprünglich bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 100 %, welche hier Ausgangspunkt für die Prüfung eines Revisionsgrundes bildet.

5.2

Nimmt man zunächst auf das Erstgutachten der MEDAS Bern vom 4. Januar 2018 Bezug, ergibt sich aus den damaligen anamnestischen Angaben der Versicherten gegenüber dem chirurgischen Teilgutachter, dass sie heute mit einer erhöhten Stuhlfrequenz beschäftigt sei, sie beschreibe einen imperativen Stuhlgang, gelegentliches Stuhlschmieren. Stuhlgang auch nachts (ca. 10 bis 15 Stuhlentleerungen pro Tag). Subjektiv könne sie alles essen, sie beschreibe eine gewisse Nausea, der Schluckakt sei unbehindert, kein Erbrechen, nach wie vor bestehe eine gewisse Dysphagie, welche mit Säureblockern behandelt werde. Das Körpergewicht sei eher abnehmend in den letzten Wochen. Die Gehzeit werde mit einer Stunde angegeben, danach Druckgefühl abdominal, ebenso zu langes Sitzen bewirke diese Symptomatik (Gutachten, S. 26). Bei der psychiatrischen Exploration hatte die Versicherte etwa berichtet, sie sei heute noch nervös, alles in Bezug auf die Erkrankung sei noch so belastend für sie wie damals. Auch jetzt im Rahmen der Rentenrevision verspüre sie eine starke psychische Belastung, es komme auch Existenzangst auf (Gutachten, S. 56). Vorliegend ist anhand dieser Schilderungen der Versicherten festzustellen, dass sich daraus letztlich keine Rückschlüsse in Bezug auf die Frage ergeben, inwieweit sie subjektiv seit dem Zeitpunkt der damaligen Berentung selber eine Änderung des Gesundheitszustands wahrnimmt. Das Fazit des fehlenden konkreten Beschriebs des Verlaufs und damit einer massgeblichen Veränderung muss letztlich aber auch für die objektive gutachterliche Beurteilung gezogen werden. Die Gutachter legen zwar namentlich – unter Nennung der hohen Stuhlfrequenz bzw. der Durchfallepisoden als zentraler Problematik – eingehend dar, weshalb aktuell aus viszeralchirurgischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (vgl. oben E. 3.1 lit. b). Eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen lässt sich daraus jedoch eben nicht erschliessen; vielmehr legt dieses Gutachten aus versicherungsmedizinischer Sicht de facto einen stationären Gesundheitszustand nahe. Diesbezüglich sei auf die „retrospektive Bewertung der Arbeitsfähigkeit“ verwiesen, wo es heisst, aus viszeralchirurgischer Sicht sei die Versicherte 60 % arbeitsfähig bei ganztägiger Anwesenheit, dies seit der Operation vom 26. August 2010 (Gutachten, S. 40).

Soll also angeblich bereits seit mehreren Jahren eine Arbeitsfähigkeit in der betreffenden Höhe bestehen, steht dies offensichtlich in Widerspruch zur medizinischen Beurteilung im Zeitpunkt der Rentenverfügung vom 5. September 2014. Die Gutachter scheinen hier somit einen gleich gebliebenen Sachverhalt einfach anders gewürdigt zu haben. Dazu muss nochmals klargestellt werden, dass die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalt im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich ist (SVR 2011 IV Nr. 1 S. 1; Urteil des Bundesgerichts 8C_133/2013 vom 29. Mai 2013 E. 4.1). Immerhin ist darauf hinzuweisen, dass die MEDAS-Gutachter ihre Einschätzung mit Verweis auf die Proximalisierung des Magenbypasses im November 2011 nicht als abschliessend verstanden und eine Verlaufsbegutachtung empfohlen (Gutachten, S. 46).

5.3

In diesem Sinne stellt sich nun also die Frage, ob aufgrund des Verlaufsgutachtens vom 29. April 2019 von einer massgebenden Veränderung des Sachverhaltes auszugehen ist. Das Verlaufsgutachten bejaht zufolge der im November 2017 durchgeführten Operation ausdrücklich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes. In der Konsensbeurteilung wird ausgeführt, aus viszeralchirurgischer Sicht sei mit der Proximalisierung des Magenbypasses eine Besserung erzielt worden, auch subjektiv sei die Stuhlfrequenz halbiert worden. Auffallend sei zudem, dass die Versicherte während der gesamten Befragung und Untersuchung keine Anstalten gemacht habe, auf die Toilette gehen zu müssen (Verlaufsgutachten, S. 3 ff.). Aus dem Gutachten ergibt sich ausserdem plausibel, weshalb sich die Veränderung auch in einer Erhöhung der Arbeitsfähigkeit, konkret von 60 % auf 80 %, niederschlägt; in dieser Hinsicht wird beschrieben, dass die Versicherte mit grosser Wahrscheinlichkeit vormittags nicht voll einsetzbar sei, Durchfallepisoden würden vor allem morgens angegeben. Am Nachmittag sei der Stuhl sicher kontrollierter (Verlaufsgutachten, S. 111). Gemäss diesen Ausführungen scheint sich die positive Prognose, wie sie im ersten Gutachten in Anbetracht der bevorstehenden Operation gestellt wurde, verwirklicht zu haben. In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, dass laut den gutachterlichen Angaben zu „Medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit“ aus viszeralchirurgischer Sicht der Stuhl sich mit der Zeit weiter normalisieren sollte (Verlaufsgutachten, S. 117). Ist im Ergebnis durch das Verlaufsgutachten eine relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der Erstbegutachtung somit ausgewiesen, gilt dieses Fazit auch, wenn man die ursprüngliche Rentenverfügung als Vergleichszeitpunkt nimmt.

5.4

Aufgrund der Erkenntnisse im Verlaufsgutachten erscheint damit eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands ausgewiesen, wie sie von Art. 17 ATSG verlangt wird. Ein Revisionsgrund ist mithin zu bejahen. Zu beachten ist freilich noch, dass die Beschwerdeführerin dem Verlaufsgutachten keinen massgebenden Beweiswert zuerkennt. Sie verweist diesbezüglich auf die Einschätzungen ihres behandelnden Psychiaters Dr. B.. Die IV-Stelle habe es versäumt, die Berichte ihres Therapeuten in die Revisionsbeurteilung mit einzubeziehen. Vorliegend hatte der angesprochene Dr. B., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 6. Dezember 2018 einen ausführlichen Bericht zuhanden der MEDAS Bern verfasst. Darin diagnostizierte der Behandler eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach jahrelangen Depressionen und Schmerzen sowie rezidivierende depressive Phasen, z.Z. mittelgradig ausgeprägte Phase. In der Beurteilung wird namentlich ausgeführt, durch den jahrelangen Krankheitsverlauf sei die Patientin bleibend in ihrer Persönlichkeit verändert worden, weshalb die entsprechende Diagnose gestellt werde. Die Patientin sei dünnhäutig geworden, sie sei schnell überfordert, habe chronische Konzentrationsstörungen, sei schnell erschöpft, sei misstrauisch gegenüber der Welt und habe sich sozial zurückgezogen. Bezogen auf die Arbeitsfähigkeit sei eine solche höchstens im geschützten Rahmen zu einem Pensum von 30 % gegeben (IV-act. 60, S. 37 f.). Vorliegend ist festzustellen, dass diese Einschätzungen des behandelnden Psychiaters offensichtlich im Widerspruch zu jenen der MEDAS Bern stehen, welche sowohl im Erst- als auch im Verlaufsgutachten keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (mehr) ausgemacht hatte (Gutachten, S. 65; Verlaufsgutachten, S. 90). In diesem Zusammenhang ist auf die konstante Rechtsprechung betreffend das Verhältnis eines versicherungsexternen Gutachtens im Vergleich zu den Berichten der behandelnden Ärzte hinzuweisen. Demnach kann den Berichten der behandelnden Ärzte aufgrund der Tatsache, dass diese Personen in einem auftragsrechtlichen Vertrauensverhältnis zum Versicherten stehen, nur eine beschränkte Aussagekraft beigemessen werden. Da sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte denn auch kaum je in Frage kommen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Im Sinne dieser Erwägungen kommt einem externen Gutachten gegenüber den Berichten der behandelnden Ärzte mithin Priorität zu, wenn letztere keine begründeten Zweifel an jenem zu erwecken vermögen (vgl. dazu schon oben E. 3.3). Im hier zu beurteilenden Fall fehlt es

an konkreten Indizien in den Berichten von Dr. B., welche begründete Zweifel an der MEDAS-Begutachtung hervorrufen. Der sowohl für das Erstgutachten als auch das Verlaufsgutachten zuständig gewesene Psychiater begründete nachvollziehbar, dass die von der Versicherten beschriebenen Schmerzen aus psychiatrischer versicherungsmedizinischer Sicht nicht vorwiegend psychisch/somatoform zu deuten seien, und er erläuterte eingehend, weshalb die Versicherte über hinreichende Ressourcen verfüge (Verlaufsgutachten, S. 91). Sodann zeigt das Verlaufsgutachten auch plausibel auf, dass die Berichte von Dr. B. dessen Diagnose einer schweren Depression nicht zu belegen vermöchten, ebenso wenig die andauernde Persönlichkeitsänderung – letztere habe in der Begutachtung anhand eines strukturierten Interviews ausgeschlossen werden können. Auch liessen sich die behaupteten rezidivierenden depressiven Phasen retrospektiv nicht nachweisen (Verlaufsgutachten, S. 89). Im Übrigen weist die MEDAS Bern schlüssig darauf hin, dass im ausführlichen Austrittsbericht der Klinik C. vom 15. Mai 2013 (IV- act. 1.2, S. 131) keine psychiatrische Diagnose gestellt wurde und in der Folge bis Ende 2017 keine psychiatrische Behandlung mehr dokumentiert ist. Gerade vor diesem Hintergrund lassen sich die von Dr. B. gestellten Diagnosen schwer nachvollziehen; seinen Ausführungen lässt sich namentlich nicht entnehmen, dass es im Verlauf aus psychiatrischer Sicht zu einer Verschlechterung gekommen sein soll. Da die medizinische Beurteilung von Dr. B. im Ergebnis nicht für massgebend erklärt werden kann, ist auch dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht zu folgen, welche angeblich nur 30 % im geschützten Rahmen betrage.

5.5

Soweit schliesslich im Zwischenbericht der D. vom 10. Dezember 2018 festgehalten ist, die Beschwerdeführerin werde knapp im Niveau des zweiten Arbeitsmarktes gesehen, kann dieser Einschätzung vorliegend ebenfalls nicht Rechnung getragen werden. Bei der fraglichen Stellungnahme handelt es sich offensichtlich um eine nicht-ärztliche Beurteilung. Laut der Rechtsprechung ist es letztlich aber eine rein ärztliche Aufgabe darüber zu befinden, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist (vgl. SVR 2001 IV Nr. 10 S. 27 E. 1).

6. Zusammenfassend erfüllt das Verlaufsgutachten, das der angefochtenen Verfügung zugrunde liegt, sämtliche von der Rechtsprechung geforderten Kriterien und es ist ihm im vorliegenden Verfahren voller Beweiswert zuzuerkennen. Gestützt auf das gutachterliche Ergebnis kann ein Revisionsgrund bejaht werden. Für die Neubeurteilung der Invalidität ist von der im Verlaufsgutachten attestierten Arbeitsunfähigkeit angestammt und adaptiert in der Höhe von 80 % auszugehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_68/2015 vom 24. April 2015 E. 5). Anders als von der Beschwerdeführerin behauptet, bleibt hier im Übrigen kein

Raum, einer „tatsächlichen Arbeitsfähigkeit“ Rechnung zu tragen. Am Grundsatz der Festlegung der Arbeitsfähigkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht ist strikt festzuhalten. Namentlich mit Blick auf das relativ weite Tätigkeitsspektrum, das für die Versicherte laut Gutachten noch zumutbar ist, wie auch ihr mittleres Alter, kann nicht von einer unzureichenden Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten gesprochen werden, zumal hieran keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_94/2018 vom 2. August 2018 E. 6.1 mit Hinweisen).

7. 7.1

Nachdem die anspruchswesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes im Grundsatz feststeht, stellt sich im Rahmen der streitigen Rentenrevision die Frage, ob die IV-Stelle die im September 2014 gewährte ganze Invalidenrente zu Recht mit Verfügung vom 5. November 2019 auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats eingestellt hat. Dies ist insbesondere unter dem Aspekt der Eingliederungsmassnahmen zu prüfen.

7.2

Vorliegend hatte die IV-Stelle der Versicherten (nach Vorliegen des Verlaufsgutachtens) am 20. August 2019 ein Schreiben zugestellt, in welchem sie darlegte, sie wolle ihr im Rahmen der laufenden Rentenrevision die Möglichkeiten ihrer Unterstützung aufzeigen und besprechen, und sie lud die Versicherte zu einem persönlichen Gespräch auf den 11. September 2019 ein (IV-act. 63). Die Beschwerdeführerin war zu dem Termin anscheinend nicht erschienen und die IV-Stelle hatte ihr in der Folge mit Vorbescheid vom 25. September 2019 die Einstellung der Invalidenrente in Aussicht gestellt und schliesslich – nach Ausbleiben eines Einwands – am 5. November 2019 in diesem Sinne verfügt. In diesem Beschwerdeverfahren nun macht die Beschwerdeführerin geltend, sie sei im Zeitraum des von der IV-Stelle vorgeschlagenen Termins psychisch sehr angeschlagen und grundsätzlich überfordert gewesen, ihre Post zu erledigen. Es sei ihr weder die Renteneinstellung noch die Einladung zum Gesprächstermin bekannt gewesen.

7.3

a) Laut ständiger Rechtsprechung ist zwar im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwenden. Nach langjährigem Rentenbezug können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarkts der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und einer medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vor-

gängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1 und 4.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 30 S. 86). Die Verwaltung muss sich vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür - ausnahmsweise - im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1.2). Wie das Bundesgericht mit Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3 - 3.5 (in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220) entschieden hat, ist die Rechtsprechung 9C_163/2009 (E. 4.2.2) grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Urteile des Bundesgerichts 8C_586/2014 vom 22. Dezember 2014 E. 8.1, 9C_363/2011 vom 31. Oktober 2011 E. 3.1, in: SVR 2012 IV Nr. 25 S. 104).

b) Bezugnehmend auf obige Rechtsprechung ist aufgrund des Alters der Versicherten und der Dauer ihres Rentenbezugs an sich festzustellen, dass sie die Voraussetzungen für eine Ausnahme von der Selbsteingliederungspflicht grundsätzlich nicht erfüllt. Der vorliegende Fall ist freilich speziell gelagert, da die IV-Stelle mit dem nämlichen Schreiben vom 20. August 2019 bereits von sich aus Schritte für eine Unterstützung der Beschwerdeführerin bei der Eingliederung in die Wege geleitet hatte. In dieser Hinsicht erscheint fragwürdig, weshalb die Vorinstanz nach dem unentschuldigtem Fernbleiben der Versicherten vom auf den 11. September 2019 terminierten Eingliederungsgespräch dieser keine zweite Chance eingeräumt hatte. Diesbezüglich ist zunächst zu beachten, dass die Einladung zum Gespräch vom 11. September 2019 offenbar nicht mittels Einschreiben, sondern bloss mittels A-Post erfolgte, so dass nicht bewiesen ist, dass der Beschwerdeführerin das nämliche Schreiben überhaupt zugegangen war. Doch selbst wenn ein Zugang tatsächlich belegt wäre, hätte die IV-Stelle ihr Unterstützungsangebot nicht einfach als „erledigt“ ansehen dürfen. In diesem Zusammenhang ist auf das sog. Mahn- und Bedenkzeitverfahren hinzuweisen. Dieses in Art. 21 Abs. 4 Satz 2 ATSG geregelte Institut verfolgt den Sinn und Zweck, die versicherte Person auf die möglichen nachteiligen Folgen ihres Widerstands gegen Eingliederungsmassnahmen aufmerksam zu machen und sie so in die Lage zu versetzen, in Kenntnis aller wesentlichen Faktoren ihre Entscheidung zu treffen (vgl. BRUNNER/VOLLENWEIDER, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2019, N. 84 zu Art. 21). Zumal die Beschwerdeführerin glaubhaft machen konnte, dass sie bei Kenntnis des Termins vom 11. September 2019 diesen wahrgenommen hätte,

wäre die IV-Stelle vorliegend deshalb gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG gehalten gewesen, der Versicherten einen neuen Termin mitzuteilen und sie dabei auf die Folgen eines erneuten Fernbleibens aufmerksam zu machen.

c) Im Sinne dieser Erwägungen hat die Verwaltung die Verwertbarkeit der wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit noch zu prüfen und die nach den konkreten Umständen gebotenen Eingliederungsmassnahmen an die Hand zu nehmen, sofern und soweit deren Voraussetzungen erfüllt sind. Anschliessend ist über die revisionsweise Aufhebung des Rentenanspruchs neu zu verfügen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_68/2015 vom 24. April 2015 E. 5).

8. 8.1

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Die IV-Stelle wird angewiesen, im Sinne der Erwägungen zu verfahren.

8.2

Dem Verfahrensausgang entsprechend sind vorliegend keine Kosten zu erheben, da die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten als vollständiges Obsiegen gilt (vgl. z.B. BGE 141 V 281 E. 11.1) und der IV-Stelle in Anwendung von Art. 22 Abs. 1 VRPG keine Gerichtskosten auferlegt werden. Nur der Vollständigkeit halber sei noch darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde. Parteientschädigungen sind keine geschuldet.

Das Obergericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde von A. wird die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zur neuen Abklärung im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle zurückgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Es werden keine Entschädigungen zugesprochen.
4. **Rechtsmittel:**
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).
5. Zustellung an die Beschwerdeführerin, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Ernst Zingg

lic. iur. Marc Giger

versandt am: 1. Juli 2020