

200 17 1056 IV und
200 18 128 IV (2)
KNB/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. Oktober 2018

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügungen vom 30. Oktober 2017 und vom 10. Januar 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1960 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im März 1994 bei der IV-Stelle ... zum Rentenbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2.1/167). Nach verschiedenen Abklärungen sprach die IV-Stelle ... mit Verfügung vom 26. Juni 1996 (AB 2.1/62) rückwirkend ab 1. März 1994 bei einem Invaliditätsgrad von 100% eine ganze Invalidenrente zu. Die ganze Rente wurde nach einem 1997 (AB 2.1/42) von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevisionsverfahren unverändert ausgerichtet (AB 2.1/15).

Infolge Wohnsitznahme im Kanton Bern überwies die IV-Stelle ... am 24. April 2001 (AB 2.1/1) die Akten an die IVB. Im Rahmen der 2001 (AB 3), 2005 (AB 10) und 2008 (AB 23) von Amtes wegen in die Wege geleiteten Rentenrevisionsverfahren wurde die ganze Rente jeweils aufgrund eines unveränderten Invaliditätsgrads weiter ausgerichtet (AB 7, 22, 27).

B.

Anlässlich eines 2012 von Amtes wegen in die Wege geleiteten Rentenrevisionsverfahrens (AB 35) tätigte die IVB Abklärungen. Insbesondere holte sie bei der MEDAS C. _____ (MEDAS) ein polydisziplinäres Gutachten vom 13. Juli 2015 (AB 75.1), eine ergänzende MEDAS-Stellungnahme vom 2. Februar 2016 (AB 84/2) und ein Ergänzungsgutachten vom 24. August 2017 (AB 114.1) ein.

C.

Mit Vorbescheid vom 18. September 2017 (AB 118) stellte die IVB der Versicherten den Abschluss der beruflichen Eingliederung in Aussicht; dementsprechend verfügte sie am 30. Oktober 2017 (AB 122).

Mit Eingabe vom 4. Dezember 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, hiergegen Beschwerde (Verfahren IV/2017/1056) mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 30. Oktober 2017 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. a) Es sei die Beschwerdesache an die IV-Stelle Bern zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens zurückzuweisen.
b) Eventualiter seien der Beschwerdeführerin berufliche Eingliederungsmassnahmen zuzusprechen.
3. Das vorliegende Beschwerdeverfahren sei bis zum Abschluss des Vorbescheidverfahrens und des Erlasses der Rentenrevisionsverfügung zu sistieren.
4. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) mit zusätzlicher Parteibefragung durchzuführen.
5. Der Beschwerdeführerin sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.
6. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 23. Februar 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 20. März 2018 sistierte der Instruktiionsrichter vorläufig das Verfahren.

D.

Bereits mit Vorbescheid vom 14. September 2017 (AB 117) stellte die IVB der Versicherten in Aussicht, bei einem Invaliditätsgrad von 38% die Rente aufzuheben, wogegen Letztere, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Einwände erheben liess (AB 119, 126). Mit Verfügung vom 10. Januar 2018 (AB 128) hob die IVB entsprechend dem Vorbescheid die Rente per Ende Februar 2018 auf.

Mit Eingabe vom 12. Februar 2018 erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, hiergegen Beschwerde (Verfahren IV/2018/128) mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 10. Januar 2018 sei aufzuheben.

2. a) Es seien der Beschwerdeführerin weiterhin die bisherigen IV-Rentenleistungen auszurichten.
b) Eventualiter: es seien ergänzende medizinische und beruflich-erwerbsbezogene Abklärungen durchzuführen.
c) Subeventualiter: es sei der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 40% auszurichten.
3. Der vorliegenden Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung zu erteilen.
4. Es sei nach Art. 191 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) eine gerichtliche und protokollarische Befragung der Beschwerdeführerin zur bestrittenen Gefahr der Uneinbringlichkeit der IV-Leistungen (Beweisthema: aufschiebende Wirkung) und über den Eingliederungswillen (Beweisthema: Eingliederungsmassnahmen, Eingliederung vor Rentenaufhebung) durchzuführen.
5. Über die von der Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren gestellten Beweisanträge sei gerichtlich eine Beweisverfügung nach Art. 154 ZPO zu eröffnen, worin die zugelassenen Beweismittel bezeichnet werden und wo bestimmt wird, welche Partei zu welchen Tatsachen der Haupt- oder Gegenbeweis obliegt. Dabei sei der Praxis des Bundesverwaltungsgerichts Rechnung zu tragen, welche die Anordnung einer solchen Beweisverfügung auch im Bereich des Sozialversicherungsverfahrens ausdrücklich verlangt.
6. Das vorliegende Beschwerdeverfahren sei mit dem bereits vor dem angerufenen Gericht hängigen Beschwerdeverfahren IV/2017/1056 zu vereinigen.
7. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Parteibefragung durchzuführen.
8. Der Beschwerdeführerin sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsbeistandung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.
9. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit prozessleitender Verfügung vom 26. März 2018 wies der Instruktionsrichter u.a. die Rechtsbegehren betreffend gerichtliche protokollarische Befragung, Erlass einer formellen Beweisverfügung sowie Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab. Die Verfügung blieb unangefochten.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 30. April 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

Die beiden Gesuche um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als unentgeltlicher Rechtsbeistand (Verfahren IV/2017/1056 und IV/2018/128) wurden mit Schreiben vom 30. Mai 2018 zurückgezogen.

E.

Mit prozessleitender Verfügung vom 3. Juli 2018 nahm der Instruktionsrichter das vorläufig sistierte Verfahren IV/2017/1056 wieder auf, vereinigte die Verfahren IV/2017/1056 (berufliche Massnahmen) und IV/2018/128 (Rentenanspruch), schrieb die Gesuche um unentgeltliche Rechtspflege samt Verbeiständung zufolge Rückzug als erledigt ab, schloss das Beweisverfahren und setzte die öffentliche Schlussverhandlung nach Art. 6 Ziff., 1 EMRK auf Dienstag 18. September 2018, 14:00 Uhr an.

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin stellte mit Schreiben vom 4. Juli 2018 den Antrag, es sei für die Einreichung einer Stellungnahme zur Beschwerdeantwort resp. Vernehmlassung vom 30. April 2018 eine angemessene Frist anzusetzen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 11. Juli 2018 wurde der Antrag auf Fristansetzung mit der Begründung abgewiesen, dass mit prozessleitender Verfügung vom 3. Juli 2018 das Beweisverfahren als geschlossen erklärt und ein weiterer Schriftenwechsel – u.a. mit Blick auf die öffentliche Schlussverhandlung – als nicht angezeigt erachtet worden sei. Daran habe sich nichts geändert.

Anlässlich der Schlussverhandlung vom 18. September 2018 bestätigte Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ im Namen der Beschwerdeführerin die gestellten Rechtsbegehren, nahm im Rahmen des Schlussvortrags hierzu Stellung, reichte dem Gericht eine Kostennote ein und legte weitere Unterlagen ins Recht (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 7-12).

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtenen Entscheide sind in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist in den vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtenen Entscheide berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerden einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet einerseits die Verfügung vom 30. Oktober 2017 (AB 122). Diesbezüglich ist der Anspruch auf berufliche Massnahmen und dabei auch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt hat, streitig. Andererseits bildet die Verfügung vom 10. Januar 2018 (AB 128) das weitere Anfechtungsobjekt. Diesbezüglich ist der Anspruch auf eine Invalidenrente streitig und dabei namentlich, ob die ganze Rente zu Recht per 28. Februar 2018 aufgehoben wurde.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

Vorab ist in formeller Hinsicht eine allfällige Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör zu prüfen. Diesbezüglich macht die Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 4. Dezember 2017 geltend, die Beschwerdegegnerin habe den Vorbescheid betreffend beruflichen Massnahmen vom 18. September 2017 (AB 118) nicht erhalten, womit das Vorbescheidverfahren nicht korrekt durchgeführt worden sei (Beschwerde S. 4 Ziff. 3).

2.1 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72).

2.2 Gemäss Art. 57a Abs. 1 IVG teilt die IV-Stelle der versicherten Person den vorgesehenen Endentscheid über ein Leistungsbegehren oder den Entzug oder die Herabsetzung einer bisher gewährten Leistung mittels Vorbescheid mit. Die versicherte Person hat Anspruch auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 42 ATSG. Gemäss Art. 73^{ter} Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) können die Parteien innerhalb einer Frist von 30 Tagen Einwände gegen den Vorbescheid vorbringen. Diese Frist ist als behördliche Frist zu verstehen, welche aus hinreichenden Gründen erstreckt werden kann (BGE 143 V 71 E. 4.3.5 S. 75).

2.3 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung des angefochtenen

Entscheid. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheides veranlasst wird oder nicht (BGE 127 V 431 E. 3d aa S. 437; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 75 E. 4.2).

2.3.1 Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2).

2.3.2 Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2).

2.4 Die Beschwerdegegnerin versandte den Vorbescheid vom 18. September 2017 bezüglich beruflicher Massnahmen nicht mit eingeschriebener Postsendung (AB 118). Da gemäss bundesgerichtlichem Grundsatz die Verwaltung die Beweislast trägt, dass die Zustellung tatsächlich erfolgt ist (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 8. Februar 2017, 8C_787/2016, E. 3.2) und die Beschwerdeführerin die Tatsache der Zustellung des uneingeschriebenen versandten Vorbescheids bestreitet, muss, da dessen Erhalt nicht anderweitig bewiesen wird, im Zweifel auf die Darstellung der Empfängerin abgestellt werden (vgl. Entscheid des BGer vom 8. August 2016, 9C_815/2015, E. 2.2 mit weiteren Hinweisen), d.h. es ist vorliegend nicht erstellt, dass die Beschwerdeführerin den Vorbescheid erhalten hat. Trotzdem ist jedoch, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführt (vgl. Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 7), nicht von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs, bzw. jedenfalls nicht von einer unheilbaren Verletzung

des rechtlichen Gehörs auszugehen. Im Vorbescheidverfahren betreffend die Renteneinstellung (Verfahren IV/2018/128) stellte die IVB nämlich dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit A-Postsendung vom 13. Oktober 2017 (AB 121) wunschgemäss die gesamten IV-Akten zu, was unbestritten ist. Somit hatte der Rechtsvertreter auch Kenntnis vom Vorbescheid bezüglich der beruflichen Massnahmen vom 18. September 2017 (Verfahren IV/2017/1056) und er hatte zwei Wochen Zeit, bis zum Erlass der Verfügung betreffend Abschluss der beruflichen Massnahmen vom 30. Oktober 2017 Einwände zu erheben oder zumindest eine Fristerstreckung zu beantragen (E. 2.2. hiervor). Eine solche hat er denn auch bezüglich der in Aussicht gestellten Rentenaufhebung beantragt (AB 123) und erhalten (AB 124). Zudem ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin ihre Rügen uneingeschränkt vor dem Verwaltungsgericht vortragen konnte und dieses volle Kognition hat (vgl. E. 2.3.1 hiervor). Weiter käme eine Rückweisung einem formalistischen Leerlauf gleich und würde zu unnötigen Verzögerungen führen, weshalb vorliegend von einer Rückweisung aus formellen Gründen abzusehen ist (E. 2.3.2 hiervor).

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

3.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

3.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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 ATSG).

3.4.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich)

des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer An-gewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Be-messung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

3.4.2 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands be-standen – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

3.4.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

3.4.4 Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate ange-dauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Än-

derung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

3.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

4.

4.1 Vorliegend ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Verfügung vom 26. Juni 1996 (AB 2.1/62), als letztmals eine allseitige Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen erfolgte, und der hier angefochtenen Verfügung vom 10. Januar 2018 (AB 128) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 3.4.1 hiervor). Die Mitteilung vom 21. April 1998 (AB 2.1/15) sowie die Verfügungen vom 18. Oktober 2001 (AB 7), 17. März 2006 (AB 22) und 15. August 2008 (AB 27), mit welchen der Invaliditätsgrad von 100% und die Weiterausrichtung der ganzen Rente jeweils bestätigt wurde, stellen keine Vergleichsbasis dar, da jeweils keine umfassende Überprüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs erfolgte. Was die anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung vom 18. September 2018 vom Rechtsvertreter ins Recht gelegten Berichte der Psychiatrischen Dienste D. _____ vom 5. März 2018 (BB 12), der Röntgeninstitut E. _____ AG vom 23. Mai 2018 (BB 9), der Rheumatologie F. _____ vom 7. Juni 2018 (BB 8) sowie die bildgebende Darstellung der Doppelosteotomie rechts vom 10. September 2018 (BB 10) betrifft, können diese im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt wer-

den (zu den weiteren anlässlich der Verhandlung aufgelegten Berichten vgl. im Übrigen E. 4.5 hiernach). Allfällige Veränderungen des Gesundheitszustands nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 10. Januar 2018 sind vorliegend nicht relevant, sondern können allenfalls Gegenstand einer Neuanschuldung sein, da das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheides nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war, beurteilt (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140, SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Die Berichte werden zur gutschheinenden Behandlung an die Beschwerdegegnerin weitergeleitet.

4.2 Die rentenzusprechende Verfügung vom 26. Juni 1996 (AB 2.1/62) basierte im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Berichten:

4.2.1 Die Versicherte war vom 30. März bis zum 10. April 1993 im Spital G._____ hospitalisiert. In dessen Bericht vom 13. April 1993 (AB 2.1/135) wurden eine depressive Entwicklung (Somatisierungstendenz, aktuell: Äusserung von suizidalen Gedanken) sowie ein generalisiertes Schmerzsyndrom (Kopfschmerzen, Ohrenscherzen, Lumbalgien, Beinschmerzen ohne klinisches Korrelat) diagnostiziert (S. 135). Die Versicherte sei wegen therapieresistenten Kopfschmerzen und Lumbalgien hospitalisiert worden. Eindrücklich sei die Anamnese mit depressiver Entwicklung, beginnend nach einem Bagatellunfall 1990. Bereits damals habe sie über ein buntes Beschwerdebild mit Kopfschmerzen, Lumbalgien und generalisierten Schmerzzuständen geklagt. Die damals durchgeführte Diagnostik mittels neurologischer Untersuchung, EEG und kranieller CT habe abgesehen von einer Sinusitis maxillaris keine relevanten Befunde ergeben. Aktuell leide die Versicherte erheblich an einem generalisierten Schmerzsyndrom mit vorwiegend Kopfschmerzen und Schmerzen des Bewegungsapparates. Bei gezielter Befragung werde eine psychosoziale Überforderung/Überlastung erkennbar. Initial sei weiterhin über Schlafstörungen, Traurigkeit und vage suizidale Gedanken geklagt worden. Das Gesamtbild präsentiere sich hier als depressive Entwicklung mit Somatisierungstendenz. Ein organisches Korrelat für das generalisierte Schmerzsystem habe nicht gefunden werden können (S. 136). Therapeutisch sei eine antidepressive Therapie eingeleitet worden, wodurch sich das Gesamtbild trotz anti-

depressiver Therapie und flankierenden Massnahmen nicht wesentlich verbessert habe. Bei der morgendlichen Visite am 10. April 1993 habe die Versicherte eindeutige suizidale Gedanken gezeigt, weshalb sie in die Klinik J. _____ verlegt worden sei (S. 137).

4.2.2 Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik des Spitals H. _____ vom 9. Juni 1993 (AB 2.1/119), wo die Versicherte vom 19. April bis zum 19. Mai 1993 hospitalisiert war, wurde eine depressive Entwicklung mit Somatisierungstendenzen diagnostiziert. Nach einem körperlichen Trauma hätten sich diverse somatische Beschwerden „vergesellschaftlicht“ mit depressiven Symptomen entwickelt. Differentialdiagnostisch könne es sich um eine depressive Entwicklung aufgrund einer Assimilationsproblematik handeln oder um eine Konversionsneurose aufgrund der „konfliktuösen“ Paarbeziehung. Da sich die Bewältigungsstrategien der Versicherten vornehmlich auf die somatische Ebene konzentrieren würden, erscheine die Prognose nicht sehr günstig. Bis auf Weiteres bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 122).

4.2.3 Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 4. Oktober 1993 (AB 2.1/156) eine Aktualisierung eines chronischen Lumbovertebralsyndroms (Ziff. 5). Es lägen ein bekanntes sehr ausgeprägtes depressives Syndrom sowie therapieresistente chronische Kopfschmerzen vor (Ziff. 3). Ab dem 19. März 1993 bestehe bis auf Weiteres eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 8).

4.2.4 Im Bericht der Kantonalen Psychiatrischen Klinik J. _____ vom 9. August 1994 (AB 2.1/109) wurde eine akute Belastungsreaktion mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten bei bekannter depressiver Entwicklung mit Somatisierungstendenz diagnostiziert. Die Versicherte sei per vorsorglichem Fürsorglichen Freiheitsentzug wegen akuter Psychose bei bestehender Suizidalität eingewiesen worden (S. 109). Während der Untersuchung habe sie u.a. Suizidgedanken wegen der vielen Probleme geäussert. Ausserdem habe sie seit einem Unfall vor ca. zwei Jahren Schmerzen am ganzen Körper. Sie fühle sich in der familiären Situation mit dem arbeitslosen Ehemann und ihrer eigenen unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit überfordert. Einen Tag nach der Einweisung habe sie gegen die Empfehlungen der Klinik das Spital wieder verlassen (S. 110).

4.2.5 Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 9. Juni 1995 (AB 2.1/116) multiple psychosomatische Störungen bei Status nach Unfall mit depressiv-regressivem Zustandsbild am ehesten im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1; S. 117 Ziff. 3). Die Versicherte leide unter Kopfschmerzen, Schwindel, Augenbrennen, Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Schlafproblemen sowie Ohren- und Bauchschmerzen. Sie beklage diese multiplen Beschwerden seit der Zeit kurz nach einem Unfall 1990, der von aussen betrachtet als Bagatelle erscheine, in ihrem Erleben aber eine furchtbare „Geschichte“ darstelle (Ziff. 4.2). Seit März 1993 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 116 Ziff. 1.5). Bezüglich einer möglichen Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit bestehe wegen der Chronifizierung sowohl in der angestammten wie auch einer anderen Tätigkeit eine schlechte Prognose. Auch im Haushalt könne die Versicherte praktisch keine Arbeiten verrichten. Die Aufgaben würden von den beiden ältesten Töchtern übernommen (S. 118 lit. c).

4.2.6 Dr. med. I. _____ diagnostizierte im Bericht vom 15. Juni 1995 (AB 2.1/82) eine schwere Depression, wahrscheinlich konversionsneurotisch bedingt, mit eindeutiger Somatisierung sowie einen Status nach Wirbelsäulenstauchungstrauma (LWS-Bereich), seither chronisches Lumbovertebralsyndrom und chronische Kopfschmerzen (S. 83 Ziff. 3). Er beurteilte die Versicherte als schwerst depressiv und neurotisch. Es liege eine Konversionsneurose, wahrscheinlich auf der Basis einer posttraumatischen Verarbeitungsstörung, vor, wobei der kulturelle Hintergrund, welcher hinter dieser massiven Reaktion stehe, nicht klar sei. Dies sei ein sprachliches, kulturelles Problem. Die Versicherte sei sicher nicht arbeitsfähig (S. 84).

4.3 Seit der Verfügung vom Verfügung vom 26. Juni 1996 (AB 2.1/62) ergibt sich bezüglich des Gesundheitszustandes im Wesentlichen das Folgende:

4.3.1 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 13. Juli 2015 (AB 75.1) wurden folgende Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

- Chronische lumbovertebragene / -spondylogene Schmerzen bei
 - Geringen Facettengelenksarthrosen LWK 3-5

- Status nach sekundärer perkutaner bipedikulärer Vertebroplastik LWK1 (Operation am 25. August 2009) nach dorsaler Aufrichtungsstabilisierung Th11-L2 (Operation am 17. August 2009)
- LWK1-Burst-Split-Fraktur nach Autounfall (12. August 2009)
- Status nach Facetten-Infiltration L5-S1 rechts (2002)
- Histrionische Persönlichkeitsstörung (mit abhängig asthenischen Zügen; ICD-10 F60.4; S. 44 Ziff. 7.1.1).

Ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter folgende Nebendiagnosen:

- Psychogener Tremor seit 2008 bekannt
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.00)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
- Dissoziative Störung (zurzeit in Remission; ICD-10 F44.9)
- Spondylogene Cervikalgie bei Uncarthrose, Spondylarthrose HWK5-7, Bandscheibendegenerationen, muskuläre Dysbalance Nacken-/Schultergürtel
- Tendinosis calcarea rechts (Erstdiagnose 2014)
- Rhizarthrose rechts
- Leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom rechts, konservativ behandelt
- Hallux valgus rechts, Senk-Spreizfuss beidseits mit Digitus superductus V beidseits
- Status nach Osteotomie nach Scarf sowie Z-Plastik, Zehenkorrektur V beidseits
- Episodisch hyperreagible Bronchialschleimhaut bei Status nach Posterior Drip-Syndrome und operativer Nasennebenhöhlen-Sanierung (S. 44 f. Ziff. 7.1.2).

Aus gutachterlich psychiatrischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand seit der erstmaligen Rentenzusprache am 26. Juni 1996 (AB 2.1/62) dahingehend gebessert, dass bei der aktuellen Untersuchung keine gravierende psychiatrische Morbidität mehr habe festgestellt werden können, welche für die Arbeitsfähigkeit von grosser Bedeutung wäre. Psychisch würden die für die Arbeitsfähigkeit relevanten Beeinträchtigungen, welche eine quantitative Einschränkung bedingen, durch die Persönlichkeitsstörung verursacht. Eine Somatisierungstendenz sei vorhanden. Die geltend gemachten Beschwerden seien mit den gestellten Diagnosen hinreichend erklärbar. Bei allen Diagnosen handle es sich um eine langjährige Erkrankung. Der Verlauf dieser Erkrankung sei insbesondere psychiatrisch wellenförmig. Auch auf somatischer Ebene habe die Versicherte berichtet, dass sie unter den eingeleiteten Massnahmen immer wieder eine Erleichterung gehabt hätte (Facetteninfiltration) und die Therapien, die in ... veranlasst worden seien, hätten ihr immer eine gute Besserung gebracht. Aktuell berichte sie über wiederholt auftretende Fussbeschwerden rechts. Sie könne nicht laufen,

auch habe sie 2014 unter Schulterbeschwerden gelitten. Inzwischen seien diese zurückgegangen. Nach einer Infiltration hätten sich die Beschwerden im Daumensattelgelenk gebessert. Wegen eines Karpaltunnelsyndroms rechts trage sie zeitweise noch die verordnete Schiene (S. 46 Ziff. 7.2.2).

Die Versicherte sei aufgrund der pathomorphologischen Störungen für schwere Arbeiten nicht mehr einsetzbar (S. 47 Ziff. 7.2.3). Leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne einseitige Wirbelsäulenzwangshaltung, ohne schweres Heben und Tragen von Lasten, selten 5-10 kg, ohne repetitiv geforderte Dreh- und Seitenbewegungen der LWS und ohne Stauch- und Vibrationsbelastungen seien der Versicherten zumutbar (S. 49 Ziff. 8.2.2). In jeder rückenadaptierten Tätigkeit sei sie aus orthopädischer Sicht, ausgehend von einem Vollpensum, zu 10-20% eingeschränkt. Dies begründe sich durch die verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule nach LWK1-Fraktur und Vertebroplastik mit Spondylodese sowie Schmerzchronifizierung, die zu einer Verlangsamung und einem vermehrten Pausenbedarf führe. Aus psychiatrischer Sicht sei die quantitative Einschränkung Folge der Persönlichkeitsstruktur mit Stressintoleranz und Neigung auf Stress mit kurzzeitigen Krisen zu reagieren und es bestehe eine Einschränkung um 20-30%. In optimal adaptierten Tätigkeiten müsse polydisziplinär von einer 30%-igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (Ziff. 8.2.1)

In der ergänzenden Stellungnahme der MEDAS vom 2. Februar 2016 (AB 84/2) wurde dargelegt, es könne unverändert am definierten Zumutbarkeitsprofil festgehalten werden (S. 2).

4.3.2 Dr. med. L. _____, Facharzt für Rheumatologie, führte im Bericht vom 20. Februar 2017 (AB 101) aus, der Gesundheitszustand habe sich leicht verbessert (S. 2 Ziff. 1). Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte er folgende Diagnosen:

- Panvertebralsyndrom
- Perioarthropathia humeroscapularis beidseits
- Depressive Entwicklung, wahrscheinlich psychosomatische Komponente
- Rhizarthrose und Fingerpolyarthrose
- Karpaltunnelsyndrom rechts
- Spreizfuss beidseits
- Coxarthrose beidseits
- Retropatellararthrose beidseits.

Zudem stellt er mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit den Verdacht eines Sjögren-Syndroms (S. 2 Ziff. 3). Durch die starke Müdigkeit, die Myalgien und Anthralgien durch das Sjögren-Syndrom, aber auch durch die bekannten degenerativen Veränderungen wie Rhizarthrose und Coxarthrose sei die Versicherte nicht in der Lage, grössere Lasten zu heben, grobmotorische Tätigkeiten durchzuführen und länger als 20 Minuten in einer Position zu verharren (S. 3 Ziff. 12). Die bisherige Erwerbstätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Für sehr leichte Arbeiten ohne Heben von Lasten, ohne grobmotorische Tätigkeiten und ohne Zwangshaltungen sowie der Möglichkeit zur Einnahme von Wechselpositionen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 30% (Ziff. 13).

4.3.3 Im Bericht der Psychiatrischen Dienste D._____ vom 15. Mai 2017 (AB 109) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, mit bei einem chronischen Schmerzsyndrom (ICD-10 F33.1), einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und einer dissoziativen Störung bei einer Patientin mit mehrfachen traumatisierenden Erlebnissen (ICD-10 F44.3, F44.7) diagnostiziert (S. 1 Ziff. 1.1). Immer wieder käme es während den Einzelsitzungen zu dissoziativen Zuständen, welche bis zu 30-45 Minuten andauern würden. Die Versicherte würde sich dann vor Schmerzen biegen, mache klagende Geräusche, teils schreiend und wimmernd, schlage sich selber immer wieder auf die Hand bzw. auf den Arm, nehme Finger in den Mund und krieche auf dem Boden umher (S. 2 Ziff. 1.4). Es bestünden Ganzkörperschmerzen, immer wiederkehrende dissoziative Zustände, ein depressives Erscheinungsbild mit Niedergeschlagenheit, Erschöpfungszuständen, eine Antriebslosigkeit, Insuffizienzgefühle, eine Hoffnungslosigkeit sowie eine Neigung zum sozialen Rückzug. Aufgrund der genannten körperlichen und psychischen Beschwerden sei die Versicherte zum jetzigen Zeitpunkt nicht arbeitsfähig (S. 3 Ziff. 1.7).

4.3.4 Im polydisziplinären Verlaufsgutachten der MEDAS vom 24. August 2017 (AB 114.1) wurden folgende Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

- Histrionische Persönlichkeitsstörung (mit abhängigen, asthenischen Zügen; ICD-10 F60.4)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
- Chronisches lumbovertebrales Syndrom (ICD-10 M54.5) bei degenerativen Veränderungen ossärer (ICD-10 M47.86) und diskogener (ICD-10 M51.8) Art
- Sjögren-Syndrom mit mässiger Sicca-Symptomatik (Erstdiagnose 2016), gutes Ansprechen auf Plaquenil (S. 45 Ziff. 8.1.1).

Ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter folgende Nebendiagnosen:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4)
- Dissoziative Störung (zurzeit in Remission; ICD-10 F44.9)
- Chronisches Zervikalsyndrom bei degenerativen Veränderungen ossärer und diskogener Art
- Periarthropathia humero-scapularis beidseits, zurzeit linksbetont
- Rhizarthrose beidseits, zurzeit linksbetont
- Karpaltunnelsyndrom beidseits
- Knick-Senk-Spreizfuss beidseits mit Hallux valgus und Digitus quintus varus beidseits
- Hyperreagible Bronchialschleimhaut unter Seretide problemlos
- Gelegentliche hypertensive Episoden, zurzeit normoton
- Status nach Helicobacter pylori positiver Gastritis und Eradikation 2015 (Ziff. 8.1.2).

Die Diagnose „dissoziative Störung bei einer Patientin mit mehrfachen Traumatisierungserlebnissen“ werde aufgrund von dargestellten Anfällen (die genau in die Dauer eines ambulanten Gesprächs passen) gegeben. Die beschriebenen Zustände würden jedoch nicht zu einer der im ICD-10 beschriebenen dissoziativen Zustände passen. Es könnte sich genauso gut um eine Inszenierung handeln. Dies insbesondere weil solche Anfälle bisher wahrscheinlich ausschliesslich im Rahmen von psychiatrischen Untersuchungen und Behandlungen vorgekommen seien. Es werde im Text nicht besprochen, was die „mehrfachen traumatischen Erlebnisse“ im Leben der Versicherten gewesen seien. Soweit bekannt, habe es keine traumatisierenden Erlebnisse im Sinne von ICD-10 oder DSM-5 im Leben der Versicherten gegeben. Deshalb sei die Diagnose nicht nachvollziehbar (S. 277 f. Ziff. 5.4.2). Rheumatologisch dazugekommen sei 2016 die Diagnose eines Sjögren-Syndroms, dies aufgrund entsprechender rheumaserologischer Werte und gemäss Angaben des behandelnden Rheumatologen auch mittels einer Speicheldrüsenbiopsie mit typischen lymphozytären Infiltraten. Die bei diesem Syndrom hauptsächlich im Vordergrund stehenden Sicca-Symptome seien aktuell nicht sehr ausgeprägt und würden entspre-

chend nur intermittierend behandelt. Das Syndrom könne Fatiguesymptome und Arthro-Myalgien verursachen. Solche seien nach der jahrzehntelangen Anamnese mit unspezifischen myofaszialen Beschwerden kaum befriedigend identifizierbar (S. 48 Ziff. 9.1.1). Die Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht in jeder körperlich zumutbaren Tätigkeit zu 60% arbeitsfähig (S. 48 Ziff.9.2.1). Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit sei quantitativ und beruhe auf der reduzierten Belastbarkeit und erhöhten Stressanfälligkeit. Dies erfordere eine Reduktion der täglichen Arbeitsstunden auf maximal fünf (S. 47 Ziff. 9.1.1). Angesichts des unveränderten Gesundheitszustandes seit der Begutachtung 2015 sei aus orthopädischer Sicht die frühere gutachterliche Einschätzung zu übernehmen, d.h. in einer gut leidensangepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 10-20%. Internistisch und rheumatologisch kämen keine zusätzlichen Einschränkungen hinzu. Polydisziplinär seien die psychiatrischen und muskuloskelettalen Probleme nicht zu addieren, sondern miteinander zu integrieren. Die Beurteilung richte sich damit vorwiegend nach der psychiatrischen Einschätzung (S. 48 Ziff. 9.2.1). Aus orthopädischer Sicht sollte es sich bei einer angepassten Arbeit um eine wechselbelastende, körperlich leichte Arbeit ohne Zwangspositionen der Wirbelsäule, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg und ohne repetitive Dreh- und Seitenbewegungen der LWS sowie ohne Stauch- und Vibrationsbelastungen handeln. Rheumatologisch und psychiatrisch seien keine zusätzlichen Spezifikationen nötig (Ziff. 9.2.2).

4.3.5 Im anlässlich der Schlussverhandlung aufgelegten Bericht vom 13. November 2017 (BB 7) führte Dr. med. L. _____ aus, bei der letzten Kontrolle am 31. Oktober 2017 habe die Versicherte über einen Sturz mit Schmerzen im rechten Knie berichtet. Zudem sei sie psychisch sehr belastet. Eine Invalidenrente sei abgelehnt worden und sie müsse nun arbeiten. Er habe die Versicherte nicht untersuchen können. Es sei zu einem grobschlägigen, sehr auffälligen Tremor gekommen. Bei der Kontrolle vom 13. November 2017 sei die Versicherte ruhiger gewesen. Die Kniesymptomatik sei praktisch abgeklungen und schmerze kaum mehr. Die Fingergelenke seien deutlich weniger schmerzhaft als vor dem Beginn der medikamentösen Behandlung. Bei grösseren Belastungen spüre sie aber noch deutliche Beschwerden. Aktuell stünden psychische Probleme im Vordergrund. Neu

beständen seit einigen Wochen Schmerzen plantar rechts als Anlaufschmerz. Die Versicherte habe die Beschwerden bereits früher verspürt. Klinisch zeige sich eine Druckdolenz plantar. Sehr wahrscheinlich liege eine Plantafaszitis vor. Es würden diesbezüglich Physiotherapie und Heimübungen zwecks Dehnung folgen (S. 2).

4.3.6 Vom 22. Dezember 2017 bis zum 26. Januar 2018 befand sich die Versicherte in stationärer psychiatrischer Behandlung. Gemäss dem Bericht der Psychiatrischen Dienste D. _____ vom 31. Januar 2018 (BB 11) sei der stationäre Aufenthalt aufgrund zunehmender depressiver Symptome, der chronischen Schmerzproblematik und der dissoziativen Anfälle erfolgt. Gemäss den Akten beständen dissoziative Zustände, welche bis zu 30 Minuten dauern könnten (die Versicherte biege sich vor Schmerzen, mache „klagende“ Geräusche, schlage sich selber immer wieder auf die rechte Hand, nehme Finger in den Mund und krieche auf dem Boden). Das Eintrittsgespräch sei aufgrund eines solchen dissoziativen Zustandes abgebrochen worden (S. 1). Im Bericht wurden als Hauptdiagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, mit bei einem chronischen Schmerzsyndrom (ICD-10 F33.1), einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und einer dissoziativen Störung bei einer Patientin mit mehrfachen traumatisierenden Erlebnissen (ICD-10 F44.3, DD: F44.7) gestellt (S. 2). Am 26. Januar 2018 habe die Versicherte in gegenseitigem Einverständnis und in gebessertem Zustand nach Hause entlassen werden können (S. 3).

4.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei 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 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

4.5 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der rentenaufhebenden Verfügung vom 10. Januar 2018 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 13. Juli 2015 (AB 75.1), die ergänzende Stellungnahme der MEDAS vom 2. Februar 2016 (AB 84/2) sowie deren Verlaufsgutachten vom 24. August 2017 (AB 114.1). Aus dem Verlaufsgutachten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit zu 60% arbeits- und leistungsfähig ist. Die MEDAS-Gutachten bzw. die ergänzende Stellungnahme erfüllen gesamthaft die an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.4 hiavor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt. Die Gutachter haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchungen und die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis aller Vorakten und haben sämtliche ihnen zur Verfügung stehenden Informationen in ihren Beurteilungen gewürdigt. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. Den MEDAS-

Gutachten sowie der ergänzenden Stellungnahme kommt daher uneingeschränkte Beweiskraft zu und es ist in der Folge darauf abzustellen. Die dagegen von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwände sowie die übrigen medizinischen Berichte vermögen – wie nachfolgend gezeigt – den Beweiswert der MEDAS-Beurteilungen nicht zu schmälern.

Anders als die Beschwerdeführerin beschwerdeweise (vgl. Beschwerde S. 10 ff. Ziff. 5) sowie anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung vom 18. September 2018 vorbringt, handelt es sich bei den Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme der MEDAS (AB 75.1, 84/2, 114.1) nicht um bloss unterschiedliche Beurteilungen eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustandes. Vielmehr haben die Gutachter in überzeugender und nachvollziehbarer Weise eine wesentliche medizinische Veränderung seit 1996 dargelegt.

Damals wurde der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 100% eine ganze Rente u.a. wegen einer schweren Depression, einem chronischen Lumbovertebralsyndrom sowie chronischen Kopfschmerzen zugesprochen (vgl. Bericht von Dr. med. I. _____ vom 15. Juni 1995 [AB 2.1/82 S. 83 Ziff. 3]). Dr. med. I. _____ beschrieb die Beschwerdeführerin als schwerst depressiv mit Tendenz zu Hysterie und zeitweise Wahnvorstellungen. Sie liege tagelang im Bett, in einem dunklen Zimmer und schreie bei „Bedarf“ Kinder und Ehemann an bis zum Ausrasten mit Schlägen etc. (Ziff. 4.1). Sie habe dauernde Rückenschmerzen lumbal und könne sich kaum bewegen. Die Schmerzen seien so intensiv, dass sie nur liegen und nirgends sitzen könne. Ebenso habe sie Tag und Nacht Kopfschmerzen (Ziff. 4.2). Gegenüber der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt gab die Beschwerdeführerin an, sie könne kaum stehen und gehen (AB 2.1/90 S. 91). Diverse Male äusserte sie Suizidgedanken (AB 2.1/135, 2.1/109). Wie Dr. med. K. _____ festhielt, konnte die Beschwerdeführerin im Haushalt praktisch keine Arbeiten verrichten. Die Aufgaben würden von den beiden ältesten Töchtern übernommen (AB 2.1/116 S. 118 lit. c).

Seit damals hat sich der Gesundheitszustand wesentlich verändert. Die Beschwerdeführerin weilte 2009 im ... in den Ferien und erlitt dort einen Autounfall (AB 75.1 S. 21 Ziff. 2.2). Nach Abklingen der unfallbedingten

Schmerzen konnte sie mit einem Gehtraining beginnen; auch heute (2015) versuche sie viel zu gehen und führe zwei Mal am Tag Walking durch (S. 23 Ziff. 3.1 und 3.1.3). Anlässlich der MEDAS-Begutachtung 2017 gab sie gegenüber dem internistischen Gutachter an, sie gehe täglich spazieren (AB 114.1 S. 40 Ziff. 7.2.1). Auch ist es ihr nun möglich, im Haushalt kleinere Dinge (Wäsche waschen, Bügeln) zu erledigen und Einkaufen zu gehen (AB 75.1 S. 21 Ziff. 3.1.3, S. 24 Ziff. 3.1.4). Mühe habe sie bei schwereren Tätigkeiten wie Reinigung von Küche und Bad (AB 114.1 S. 21 Ziff. 3.1.4). Während der psychiatrischen MEDAS-Begutachtung 2015 (AB 75.1) konnte die Beschwerdeführerin während der 90-minütigen Exploration aufrecht auf dem Stuhl sitzen, ohne Zeichen von Unbehagen, Beschwerden oder Ermüdungszeichen. Auch konnte im Gegensatz zu früher nur noch eine leichtgradig depressive Störung festgestellt werden (S. 30 Ziff. 5.3.1); bei der Begutachtung 2017 ergab die Testung gar einen Wert, welcher keiner depressiven Stimmungslage mehr entsprach. Auch wurden im Gegensatz zu früher keine Suizidgedanken mehr geäussert (AB 114.1 S. 26 Ziff. 5.3.1). Weiter haben sich die Kopfschmerzen deutlich gebessert, welche nun nur noch etwa ein- bis zweimal monatlich auftreten (AB 114.1 S. 21 Ziff. 3.3).

Die beiden vom Rechtsvertreter anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung vom 18. September 2018 dem Verwaltungsgericht eingereichten Berichte der Rheumatologie F._____ vom 13. November 2017 (BB 7) sowie der Psychiatrischen Dienste D._____ vom 31. Januar 2018 (BB 11), welche Bezug nehmen auf die Zeit vor Verfügungserlass, vermögen den Beweiswert der MEDAS-Gutachten bzw. -Stellungnahme nicht zu schmälern und belegen auch keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes in der Zeit zwischen der MEDAS-Begutachtung im Juli 2017 und der rentenaufhebenden Verfügung vom 10. Januar 2018. Wie im Bericht der Rheumatologie F._____ dargelegt, waren die Knieschmerzen rechts bei der Kontrolle am 13. November 2017 praktisch abgeklungen. Auch waren die Fingergelenke deutlich weniger schmerzhaft. Diesbezüglich stellte Dr. med. L._____ die Diagnose einer Rhizarthrose. Eine solche diagnostizierte er bereits im Bericht vom 20. Februar 2017 (AB 101/2 S. 2). Damals führte er aus, wegen der Rhizarthrose sei die Versicherte nicht in der Lage, grössere Lasten zu heben und grobmotorische Tätigkei-

ten durchzuführen (S. 3). Dieser Bericht lag den MEDAS-Gutachtern vor (vgl. AB 114.1 S. 17 f.). Auch gab die Beschwerdeführerin den MEDAS-Gutachtern die Hand-/ Fingerschmerzen an. So habe sie berichtet, im linken Daumensattelgelenk sowie am Zeige-, am Mittel- und am Kleinfinger der rechten Hand Schmerzen und Schwellungen aufzuweisen. Seit etwa einem Monat könne sie die Finger II und III nicht mehr ganz strecken (S. 33 Ziff. 6.2.1). Die Gutachter hielten diesbezüglich fest, klinisch bestehe eine beidseitig Rhizarthrose, welche zurzeit links verstärkt Beschwerden verursache (S. 36 Ziff. 6.4.3). Dieser massen sie jedoch keine erheblichen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei (S. 37 Ziff. 6.5.2). Bezüglich der Hände ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin bei der Testung der Handkraft der linken Hand einen Wert von 8 kg erzielte, was gemäss den MEDAS-Gutachtern bei fehlenden Atrophien der Hand- oder Vorderarmmuskulatur und/oder im alltäglichen Leben selbstständiger Probanden den Verdacht auf Aggravation wecke (S. 39 Ziff. 6.11). Weiter diagnostizierte Dr. med. L._____ im Bericht vom 13. November 2017 (BB 7) eine Plantarfasziitis rechts. Diesbezüglich wiesen bereits die MEDAS-Gutachter darauf hin, dass beide Füsse eine Knick-Senk-Spreizfuss-Deformität aufweisen würden, welche zeitweise Beschwerden im Sinne einer Fasziitis plantaris bereiten würden und daher mittels Einlagen angegangen würden (S. 35 Ziff. 6.4.3). Einer Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit massen sie dem Leiden nicht bei (S. 37 Ziff. 6.5.2). Zudem hat die Beschwerdeführerin Dr. med. L._____ gegenüber im Herbst 2017 mitgeteilt, bereits früher an solchen Schmerzen gelitten zu haben (BB 7 S. 2). Was die psychische Seite betrifft, ist seit dem MEDAS-Gutachten ebenfalls keine Änderung eingetreten und der Bericht der Psychiatrischen Dienste D._____ vom 31. Januar 2018 (BB 11) vermag den Beweiswert der MEDAS-Beurteilungen nicht zu schmälern. Die im Bericht vom 31. Januar 2018 beschriebenen dissoziativen Anfälle wurden bereits im Bericht der Psychiatrischen Dienst D._____ vom 15. Mai 2017 (AB 109) erwähnt (S. 2 Ziff. 1.4). Der Bericht lag auch den MEDAS-Gutachtern vor. Diese kamen zum überzeugenden Schluss, dass die beschriebenen Zustände nicht zu einer der im ICD-10 beschriebenen dissoziativen Zustände passen würden. Gemäss den MEDAS-Experten, könnte es sich genau so gut um eine Inszenierung handeln, dies insbesondere, weil solche Anfälle bisher wahrscheinlich ausschliesslich im Rahmen von

psychiatrischen Untersuchungen und Behandlungen vorgekommen seien (S. 27 f. Ziff. 5.4.2).

Weiter vermögen die Aussagen der Beschwerdeführerin, die MEDAS-Gutachten seien unvollständig, weil sie zu den Standardindikatoren keine Stellungnahme enthalten würden (Beschwerde S. 13 Ziff. 6), nicht zu überzeugen. Zwar äussern sich die Gutachter nicht konkret zu den jeweiligen Indikatoren, doch die umfangreichen Ausführungen in den Gutachten erlauben eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren.

4.6 Aufgrund des unter E. 4.5 hiavor Dargelegten ist erstellt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der erstmaligen Rentenzusprechung 1996 in psychischer Hinsicht wesentlich verbessert hat, während somatisch eine Verschlechterung eingetreten ist. Ein medizinischer Revisionsgrund ist erstellt und der Rentenanspruch ist somit neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen.

Die MEDAS-Gutachter kamen im Gutachten vom 24. August 2017 (AB 114.1) zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht zu 40% eingeschränkt. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit sei quantitativ und beruhe auf der reduzierten Belastbarkeit und der erhöhten Stressanfälligkeit. Dies erfordere eine Reduktion der täglichen Arbeitsstunden auf fünf (S. 47 Ziff. 9.1.1 und S. 48 Ziff. 9.2.1). Aus orthopädischer Sicht resultiere in einer gut leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 10-20%. Polydisziplinär seien die psychiatrischen und muskuloskelettalen Probleme nicht zu addieren, sondern miteinander zu integrieren. Die Beurteilung richte sich damit vorab nach der psychiatrischen Einschätzung (S. 48 Ziff. 9.2.1). Offenbleiben kann vorliegend, ob unter Berücksichtigung der Indikatoren (vgl. BGE 143 V 418) versicherungsrechtlich tatsächlich (noch) eine psychiatrische Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit erstellt ist. Selbst wenn eine solche als gegeben betrachtet wird und von einer gesamtmedizinischen Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60% in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgegangen wird, besteht – wie nachfolgend unter E. 5 dargelegt – ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad.

5.

5.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

5.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 141 V 1 E. 5.4 S. 3, 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Entscheid des BGer vom 17. Mai 2016, 8C_141/2016, 8C_142/2016, E. 5.2.2). Weicht der tatsächlich erzielte Verdienst mindestens 5% vom branchenüblichen LSE-Tabellenlohn ab, ist er im Sinne der Rechtsprechung deutlich unterdurchschnittlich und kann – bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen – eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen rechtfertigen. Es ist allerdings nur in dem Um-

fang zu parallelisieren, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5% übersteigt (BGE 135 V 297 E. 6.1.2 S. 303 und E. 6.1.3 S. 304).

5.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BfS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

5.4 Aufgrund der Akten und des bereits Dargelegten ist erstellt, dass spätestens seit der MEDAS-Verlaufsbegutachtung 2017 (Untersuchungen fanden im Juli 2017 statt) eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes erstellt ist. Damit ist auf diesen Zeitpunkt hin ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

5.5 Die Beschwerdeführerin arbeitete ab dem 23. Januar 1989 als ... bzw. ... bei der M._____ AG (AB 2.1/159, 2.1/157). Das Arbeitsverhältnis wurde von der Arbeitgeberin aus gesundheitlichen Gründen gekündigt (vgl. u.a. AB 75.1 S. 23 Ziff. 3.1.2). Demnach wäre die Beschwerdeführerin

ohne Gesundheitsschaden überwiegend wahrscheinlich nach wie vor bei der gleichen Unternehmung als ... tätig und es ist in der Folge das Valideneinkommen aufgrund des damals verdienten und der Nominallohnentwicklung angepassten Verdienstes zu berechnen und nicht wie beschwerdeweise (vgl. Beschwerde S. 15 Ziff. 8) und anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung vom 18. September 2018 gefordert, aufgrund von Tabellenlöhnen. Gemäss dem Bericht der ehemaligen Arbeitgeberin vom 14. April 1994 (AB 2.1/159) erzielte die Beschwerdeführerin im Jahr 1993, d.h. ein Jahr vor der Anmeldung bei der Invalidenversicherung, ein Jahresgehalt von Fr. 38'838.85 (S. 160 Ziff. 20). Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2017 (vgl. Tabellen T1.2.93_1 und T1.2.10 [Nominallohnindex Frauen] des BfS, Zeilen D [verarbeitendes Gewerbe; Industrie] bzw. C [verarbeitendes Gewerbe / Herstellung von Waren]) ergibt ein Einkommen von Fr. 53'827.15 (Fr. 38'838.85 / 100 [1993] x 130.5 [2010] / 100 [2010] x 106.2 [2017]). Gemäss der Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2014 verdienen Frauen im verarbeitenden Gewerbe/Herstellung von Waren (Ziff. 10-33) im Kompetenzniveau 1 monatlich Fr. 4'411.--. Aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.3 Stunden (Tabelle „betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS, Ziff. 10-33 [verarbeitendes Gewerbe / Herstellung von Waren]) und der Nominallohnentwicklung bis 2017 (Tabelle T1.2.10 [Nominallohnindex Frauen], Ziff. 10-33 [verarbeitendes Gewerbe / Herstellung von Waren]) ergibt ein Jahreseinkommen von Fr. 55'754.80 (Fr. 4'411.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.3 Stunden / 104.1 [2014] x 106.2 [2017]). Somit verdiente die Beschwerdeführerin Fr. 1'927.65 bzw. 3.45% unter dem durchschnittlichen Tabellenlohn. Damit übersteigt die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5% nicht, weshalb entgegen dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 10. Januar 2018 (AB 128) keine Parallelisierung vorzunehmen ist. In der Folge ist von einem massgebenden Valideneinkommen von Fr. 53'827.15 auszugehen.

5.6 Was das Invalideneinkommen betrifft, so ist dieses anhand von Tabellenlöhnen zu berechnen, da die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht optimal verwertet. Der monatliche Lohn beträgt gemäss dem Totalwert für Frauen in Kompetenzniveau 1 der Tabelle

TA1_tirage_skill_level der LSE 2014 Fr. 4'300.--. Aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Totalwert der Tabelle „Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS) und die Teuerung per 2017 (Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, des BfS, Totalwert) sowie unter Berücksichtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60% ergibt sich ein hypothetisches Jahreseinkommen von Fr. 32'836.60 (Fr. 4'300.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.7 Stunden / 103.6 [2014] x 105.4 [2017] x 60%). Hiervon hat die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vom Tabellenlohn getätigt, was entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 15 f. Ziff. 8 und Ausführungen anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung vom 18. September 2018) nicht zu beanstanden ist. Dafür, dass die Beschwerdeführerin wegen ihrer ausländischen Nationalität auf dem Arbeitsmarkt eine Lohneinbusse hinnehmen müsste, sind keine Anhaltspunkte ersichtlich und werden denn von ihr auch zu Recht nicht vorgebracht. Ihr sind wechselbelastende, körperlich leichte Tätigkeiten ohne Zwangspositionen der Wirbelsäule, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg und ohne repetitive Dreh- und Seitenbewegung der LWS sowie ohne Stauch- und Vibrationsbelastungen fünf Stunden am Tag zumutbar (AB 114.1 S. 48 Ziff. 9.2.1). Die behinderungsbedingten Einschränkungen wurden bereits bei der Formulierung des Zumutbarkeitsprofils beachtet, insbesondere auch indem für jede rückenadaptierte Tätigkeit eine Einschränkung von 10-20% berücksichtigt wurde. Dies begründeten die MEDAS-Gutachter mit der verminderten Belastbarkeit der Wirbelsäule nach LWK1-Fraktur und Vertebroplastik mit Spondylodese sowie der Schmerzchronifizierung, die zu einer Verlangsamung und vermehrtem Pausenbedarf führe (AB 75.1 S. 49 Ziff. 8.2.1). Zudem umfasst der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 eine Vielzahl von leichten Arbeiten, die die Einschränkungen der Beschwerdeführerin berücksichtigen. Auch die übrigen Faktoren (Alter, Dienstjahre und Beschäftigungsgrad) vermögen keinen Abzug vom Tabellenlohn zu begründen. Da Hilfsarbeiten auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt werden, wirkt sich auch der Faktor Alter nicht (zwingend) lohnsenkend, sondern im Kompetenzniveau 1 sogar lohnerhöhend aus (Entscheid des BGer vom 15. März 2017, 8C_14/2017, E. 6.3; vgl. auch Tabelle T17 der LSE 2014). Weiter gilt es zu beachten, dass die Bedeutung der Dienstjahre

im privaten Sektor abnimmt, je niedriger das Anforderungsprofil ist. Mit Blick auf das Kompetenzniveau 1 kommt dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen einer Verweistätigkeit keine Dienstjahre und kein Erfahrungswissen aufweist, keine relevante Bedeutung zu (vgl. hierzu u.a. Entscheid des BGer vom 26. April 2018, 8C_699/2017, E. 3.2). Auch der Beschäftigungsgrad von 60% begründet kein Abzug von Tabellenlohn. Gemäss der für das Jahr 2016 aktualisierten Tabelle „monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, privater und öffentlicher Sektor (Bund, Kantone, Bezirke, Gemeinden, Körperschaften) zusammen“ wirkt sich bei Frauen bei Arbeitsstellen ohne Kaderfunktion ein Teilzeitpensum von 50-74% im Gegensatz zu einem Vollzeitpensum sogar lohn erhöhend aus.

5.7 Ab der MEDAS-Begutachtung vom Juli 2015 bzw. spätestens ab dem Zeitpunkt der MEDAS-Verlaufsbeurteilung im Juli 2017 besteht bei einer invaliditätsbedingten Einbusse von Fr. 20'990.55 (Fr. 53'827.15 – Fr. 32'836.60) bzw. einem Invaliditätsgrad von aufgerundet 39% (Fr. 20'990.55 / Fr. 53'827.15 x 100) kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr. Nachdem die Verbesserung drei Monate andauert hat, hat die Beschwerdeführerin – auch mit Blick auf nachfolgende Erwägung 5.8 – zu Recht in Anwendung von Art. 88a Abs. 2 IVV i.V.m. Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV diese berücksichtigt und die Rente per Ende Februar 2018 aufgehoben.

5.8 Zu prüfen bleibt, ob vorgängig der Rentenaufhebung Eingliederungsmassnahmen zu prüfen bzw. durchzuführen gewesen wären.

5.8.1 Die Beurteilung einer Erwerbsunfähigkeit richtet sich gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen, was auch im Revisionsfall (Art. 17 Abs. 1 ATSG) gilt. Nicht gesundheitlich bedingte Eingliederungshindernisse haben daher bei der Invaliditätsbemessung auch im Revisionszusammenhang ausser Acht zu bleiben. Daher geht die ständige Rechtsprechung vom Regelfall aus, der darin besteht, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist; praktisch bedeutet dies, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich

(mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden kann, und zwar auch bei langjährigem Rentenbezug. Diese Rechtsprechung entspricht dem Grundsatz "Eingliederung statt Rente", wonach grundsätzlich keine Invalidenrente zugesprochen oder weiterhin ausgerichtet werden darf, solange und sobald eine Eingliederung einen rentenanspruchserheblichen Erfolg verspricht (SVR 2016 IV Nr. 27 S. 82 E. 5.1, 2011 IV Nr. 30 S. 88 E. 4.2.2).

Dennoch hat die Rechtsprechung in ganz besonderen Ausnahmefällen nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe medizinisch-rehabitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann, weil in jedem Einzelfall feststehen muss, dass die (wiedergewonnene) Erwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (erneut) verwertbar ist (Art. 7 Abs. 1 i.V.m. Art. 16 ATSG). Eine unmittelbare Anrechenbarkeit des Invalideneinkommens ist dann zu verneinen, wenn Eingliederungsmassnahmen entweder aus medizinischer oder aus beruflich-erwerblicher Sicht unabdingbare Voraussetzung für eine Umsetzung eines (potentiellen) funktionellen Leistungsvermögens sind. Aus medizinischer Sicht fällt der Schluss der (vorläufigen) Nichtanrechenbarkeit eines auf der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit beruhenden Invalideneinkommens in Betracht, wenn das grundsätzlich attestierte Leistungsvermögen in der ärztlichen Beurteilung unter den ausdrücklichen Vorbehalt der Durchführung befähigender Massnahmen gestellt wird. Aus beruflich-erwerblicher Sicht können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (SVR 2016 IV Nr. 27 S. 82 E. 5.1, 2011 IV Nr. 30 S. 88 E. 4.2.2; Entscheid des BGer vom 10. September 2010, 9C_768/2009, E. 4.1).

Der Ausnahmetatbestand, wonach die Verwaltung die Notwendigkeit (vorgängiger) befähigender beruflicher Massnahmen trotz wiedergewonnener

Arbeitsfähigkeit abzuklären hat, ist grundsätzlich auf Sachverhalte zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (BGE 141 V 5 E. 4.1 S. S. 7; SVR 2011 IV Nr. 73 S. 222 E. 3.3). Für die Ermittlung, ob der Eckwert des 55. Altersjahres oder des 15-jährigen Rentenbezugs vorliegt, ist auf den Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung resp. auf den darin verfügten Zeitpunkt der Rentenaufhebung abzustellen (BGE 141 V 5 E. 4.2.1 S. 7).

5.8.2 Es ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 10. Januar 2018 (AB 128) seit mehr als 15 Jahren (Rente seit 1994 [AB 2.1/62]) eine IV-Rente bezog und 58 Jahre alt war (Jahrgang 1960), womit die Notwendigkeit (vorgängiger) beruflicher Massnahmen trotz wiedergewonnener Arbeitsfähigkeit – hier von maximal 60%, wenn auf die polydisziplinäre Einschätzung der MEDAS abgestellt wird (AB 114.1) – abzuklären ist (BGE 141 V E. 4.1 S. 7).

Anlässlich der MEDAS-Begutachtung 2015 gab die Beschwerdeführerin an, aufgrund ihrer somatischen und psychischen Beschwerden sei sie nicht arbeitsbelastungsfähig (AB 75.1 S. 26 Ziff. 3.5). Sie glaube keinen beruflichen Einsatz mehr tätigen zu können, insbesondere wegen des langjährigen Schwindels, wegen der lumbalen und zervikalen Rückenschmerzen und wegen der unklaren Sturzattacken (S. 40 Ziff. 6.2.2). Die Gutachter empfahlen ein Coaching zum beruflichen Wiedereinstieg (S. 50 Ziff. 8.3), führten aber gleichzeitig aus, die Beschwerdeführerin empfinde jede Diskussion über die Möglichkeit eines Wiedereinstiegs in eine Berufstätigkeit als Zumutung. Sie begründe ihre „totale“ Arbeitsunfähigkeit nur mit somatischen Behinderungen. Psychische Beschwerden oder Behinderungen würden in diesem Zusammenhang von ihr nicht genannt. Die Gutachter beurteilten den Wiedereingliederungsprozess in eine adaptierte Tätigkeit nach über 20 Jahren schwierig bei der verfestigten Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin (Ziff. 8.4). Anlässlich der Begutachtung 2017 wurden berufliche Eingliederungsmassnahmen gutachterlich für zumutbar gehalten (AB 114.1 S. 31 Ziff. 5.8, S. 38 Ziff. 6.8). Von den Gutachtern wurde aber klar und unmissverständlich darauf hingewiesen, die Beschwerdeführerin

sehe sich nicht in der Lage zu arbeiten (S. 31 Ziff. 5.9, S. 38 Ziff. 6.9, S. 44 Ziff. 7.9, S. 47 Ziff. 8.2.4). Die Arbeitsprognose sei schlecht. Es würden dabei wesentlich auch soziale, IV-fremde Faktoren eine Rolle spielen: Migrationsproblematik, bescheidene Schul- und Deutschkenntnisse, über zwei Jahrzehnte dauernde Arbeitsunfähigkeit bzw. Erwerbsabstinenz, hohe Selbstlimitierung, familiäre Belastungsfaktoren und subjektive Krankheitsüberzeugungen (S. 49 Ziff. 9.4). Mit Schreiben vom 4. September 2017 (AB 115) lud die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin für den 13. September 2017 zu einem Gespräch ein, um mit ihr die beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten abzuklären. Anlässlich dieses Gesprächs (vgl. Protokoll per 30. April 2018 [in den Gerichtsakten]) wurde sie über die Ergebnisse der MEDAS-Begutachtung informiert und ihr mitgeteilt, die nächsten Schritte seien Integrationsmassnahmen (z.B. Belastbarkeitstraining). Sie gab gegenüber der Eingliederungsfachperson der Beschwerdegegnerin bekannt, sich nicht in der Lage zu fühlen, wieder zu arbeiten und sie wolle auch nicht bei Integrationsmassnahmen mitmachen. Das Angebot, diese Entscheidung später zu fällen, schlug sie aus. Aufgrund dieses Gesprächs erachtete die Beschwerdegegnerin zum damaligen Zeitpunkt keine Eingliederungsmassnahmen für möglich und schloss deshalb mit Verfügung vom 30. Oktober 2017 (AB 122) die berufliche Eingliederung ab.

Dieser Entscheid ist nicht zu beanstanden. Aufgrund des Dargelegten sowie auch mit Blick auf nachfolgende Ausführungen ist erstellt, dass ein subjektiver Eingliederungswille der Beschwerdeführerin bis Ende Januar 2018 und damit jedenfalls bis zur Verfügung vom 10. Januar 2018 (AB 128) fehlte, weshalb der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen entfällt, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren hätte durchgeführt werden müssen (vgl. hierzu Entscheid des BGer vom 21. Juni 2017, 9C_59/2017, E. 3.3). Daran ändert die vom Rechtsvertreter aufgesetzte und von der Beschwerdeführerin am 6. Dezember 2017 (AB 126/6) unterzeichnete Erklärung, wonach sie nunmehr bereit und willens sei, an sämtlichen beruflichen Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen, nichts. Allein durch die Unterzeichnung einer durch den Rechtsvertreter aufgesetzten Erklärung ist die subjektive Eingliederungsbereitschaft nicht ohne weiteres erstellt. Dies zumal der Rechtsvertreter anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung vom 18. September 2018 schilderte, dass er die Beschwerde-

führerin anlässlich der Besprechung vom 6. Dezember 2017 habe dazu anhalten müssen, die Erklärung, an beruflichen Massnahmen teilzunehmen, abzugeben. Daraus kann, mit Blick auf das bisherige Verhalten, auf jeden Fall nicht eine überzeugende Bereitschaft zur Teilnahme abgeleitet werden. Zudem befand sich die Beschwerdeführerin vom 22. Dezember 2017 bis zum 26. Januar 2018 in stationärer psychiatrischer Behandlung. Von einer Eingliederungsfähigkeit und -bereitschaft ist somit bis mindestens zum 26. Januar 2018 nicht auszugehen. Von einer gerichtlichen und protokollarischen Befragung zur Eingliederungsbereitschaft im massgeblichen Beurteilungszeitraum, wie dies letztmals anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung vom Rechtsvertreter beantragt wurde, kann vor diesem Hintergrund abgesehen werden. Zusammenfassend war die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Verfahren somit befugt, neben dem Abschluss der beruflichen Massnahmen auch die Invalidenrente ohne Weiterungen aufzuheben. Sobald die Beschwerdeführerin an beruflichen Massnahmen der Invalidenversicherung ernsthaft im gutachterlich als zumutbar attestierten Umfang interessiert und dazu bereit ist, kann sie sich diesbezüglich bei der Beschwerdegegnerin melden.

5.9 Aufgrund des Dargelegten erweisen sich die Verfügung vom 30. Oktober 2017 (AB 122) und 10. Januar 2018 im Ergebnis als rechtens und die dagegen am 4. Dezember 2017 und 12. Februar 2018 erhobenen Beschwerden sind abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin in den vorerst getrennt geführten und (erst) mit prozessleitender Verfügung vom 3. Juli 2018 vereinigten Verfahren IV/2017/1056 (berufliche Massnahmen) und IV/2018/128 (Rentenaufhebung) die Verfahrenskosten,

gerichtlich bestimmt auf insgesamt Fr. 1'600.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden den – je Verfahren – geleisteten Kostenvorschüssen gleicher Höhe entnommen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerden werden abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'600.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und den geleisteten Kostenvorschüssen in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung gemäss Art. 6 EMRK vom 18. September 2018)
 - IV-Stelle Bern (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung gemäss Art. 6 EMRK vom 18. September 2018 sowie den am 18. September 2018 eingereichten Arztberichten)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.