

200 18 516 IV und
200 18 517 IV (2)
SCJ/ABE/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Mai 2019

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügungen vom 7. und 15. Juni 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1966 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) bezog seit Mai 1991 eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Verfügung vom 26. August 1993 [Antwortbeilage {AB} 1.1/47]). Der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente wurde in den Jahren 1995 (AB 1.1/30), 1997 (AB 1.1/18), 1999 (AB 1.1/1), 2005 (AB 20) und 2011 (AB 40) jeweils revisionsweise bestätigt. Zudem bezog die Versicherte ab Januar 2004 eine Hilflosenentschädigung (AB 16/2, 21, 41, 55) und ab März 2015 einen Assistenzbeitrag (AB 59, 82).

Im Oktober 2016 leitete die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) erneut eine Rentenrevision ein (AB 87). Sie liess die Versicherte durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) psychiatrisch untersuchen (Bericht vom 4. Oktober 2017 [AB 147]) und ordnete auf Empfehlung des RAD-Psychiaters (AB 120) eine rheumatologische Begutachtung an (Expertise vom 31. August 2017 [AB 137.1]). Nach einem persönlichen Gespräch (AB 131) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 155 ff.) setzte die IVB die ganze auf eine halbe Rente herab (Verfügung vom 7. Juni 2018 [AB 179]). Zudem setzte sie die halbe Rente sowie die dazugehörige Kinderrente mit Verfügung vom 15. Juni 2018 (AB 180) mit Wirkung ab dem 1. August 2018 betraglich fest. In beiden Verfügungen entzog sie einer Beschwerde die aufschiebende Wirkung.

B.

Gegen die Verfügungen vom 7. und vom 15. Juni 2018 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____, am 9. Juli 2018 Beschwerde mit folgenden Anträgen:

1. Die rentenherabsetzenden Verfügungen seien aufzuheben und die Sache sei zu neuer Beurteilung an die IVB zur Anordnung eines polydisziplinären Gutachtens zurückzuweisen.

2. Gleichzeitig sei die IVB anzuweisen, vor der Rentenherabsetzung Eingliederungsmassnahmen durchzuführen.
3. Der vorliegenden Beschwerde sei in Bezug auf die Rentenherabsetzung die aufschiebende Wirkung zu gewähren.
– unter Kostenfolge.

In der Begründung wird hauptsächlich geltend gemacht, die medizinische Sachverhaltsabklärung sei unvollständig. Sodann wird die Invaliditätsbemessung beanstandet und ein subjektiver Eingliederungswille versichert.

In der Beschwerdeantwort vom 24. August 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 29. August 2018 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab.

In der Zwischenzeit hat die Beschwerdegegnerin auch die Hilflosenentschädigung sowie den Assistenzbeitrag aufgehoben; die Beschwerdeführerin hat auch jene Verfügungen (AB 193, 195) beim hiesigen Gericht angefochten (Verfahren IV/2018/708 und IV/2018/719).

Mit Replik vom 9. Oktober 2018 ergänzte die Beschwerdeführerin ihre Rechtsbegehren um folgende Anträge: Eventualiter seien die angefochtenen Verfügungen aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei nach wie vor eine ganze Rente der IV auszurichten. Zudem sei das vorliegende Beschwerdeverfahren mit den vereinigten Beschwerdeverfahren IV/2018/708 und IV/2018/719 zu vereinigen, eventualiter seien die C. _____ Akten der erwähnten Beschwerdeverfahren zu edieren.

Mit Duplik vom 6. Dezember 2018 bestätigte die Beschwerdegegnerin ihren bisherigen Antrag.

Am 12. Februar 2019 gingen weitere Unterlagen der Beschwerdeführerin ein.

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 im vorinstanzlichen Verfahren 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 Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten sind die Verfügungen vom 7. und vom 15. Juni 2018 (AB 179 f.). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch resp. ob die ganze Rente zu Recht auf eine halbe Rente herabgesetzt 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.

2.1 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).

2.2 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.

2.3 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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10). 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). 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 bestanden – 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). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsbeurteilung 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 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

3.

Vorab ist zu prüfen, ob ein Revisionsgrund vorliegt. Zu vergleichen ist der Sachverhalt zur Zeit der rentenzusprechenden Verfügung vom 26. August 1993 (AB 1.1/47) mit demjenigen, der sich bis zur rentenherabsetzenden Verfügung vom 7. Juni 2018 (AB 179) entwickelt hat. Die Revisionsverfahren 1995, 1996/1997, 1999, 2005 und 2011 sind in dieser Hinsicht unbeachtlich, da den Anspruchsbestätigungen (AB 1.1/30, 1.1/18, 1.1/1, 20 und 40) jeweils keine umfassende materielle Anspruchsüberprüfung vorausging (vgl. E. 2.3 hiervor).

3.1 Die Rentenzusprechung im Jahr 1993 (AB 1.1/47) basierte im Wesentlichen auf der Einschätzung des Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. April 1993 (AB 1.1/68). Der Gutachter diagnostizierte eine traumatische Neurose des hysterisch-hypochondrisch-depressiven Typs nach zweimaligem, beinahe identischen Schleudertrauma mit anzunehmenden mässigen organischen Beschädigungen, die wegen der gestörten Psyche nicht richtig ausheilen würden oder psychologisch fixiert seien, da es dadurch vermutlich zu einem sozialen und psychologischen Krankheitsgewinn gekommen sei. Schon vor den Unfallereignissen hätten deutlich nervöse Auffälligkeiten und Beschwerden bestanden. Eine traumatische Neurotisierung geschehe in der Regel auf dem Boden einer vorbestehenden Psychopathologie, zumal die psychologisch-beziehungspsychologisch traumatisierte und ödipale Lebensgeschichte der Explorandin Anhalt dazu biete. Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit Herbst 1992 keine Arbeitsfähigkeit mehr (S. 4). Das Krankheitsbild – in seiner für komplizierte Schleudertraumata typischen Mischung aus somatischen und psychischen wie auch sozialen Komponenten – habe sich im Verlauf der Jahre chronifiziert und fixiert. Zurzeit sei die Arbeits- und Leistungsfähigkeit derart gering und so labil, dass an ein Anstellungsverhältnis nicht gedacht werden könne. Die einzige kleine Chance für eine Rehabilitation bestehe in einer intensiven Psychotherapie (S. 5.). Auf eine volle Berentung könne wohl nicht verzichtet werden, wobei dies mit einer Empfehlung oder Auflage verbunden werden könnte, dass eine kompetente Psychotherapie in Anspruch zu nehmen sei (S. 6).

3.2 Bis zum Erlass der rentenherabsetzenden Verfügung vom 7. Juni 2018 (AB 179) finden sich in den Akten im Wesentlichen folgende medizinischen Einschätzungen:

3.2.1 Im Bericht der Klinik E. _____ vom 9. Juli 2013 (AB 116/2) wurden folgende psychiatrischen Diagnosen erwähnt:

- rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)
- generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)
- somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; anamnestisch Fibromyalgie, chronisch rezidivierendes Panvertebralsyndrom)

Die Patientin gebe an, seit 1989 (Verkehrsunfall) bzw. 1990 (Sturz) an chronischen Schmerzen des Nackens und der Schulter zu leiden. Es hätten sich Depressionen entwickelt und in der Folge sei eine generalisierte Angststörung hinzugekommen. In den vergangenen Jahren habe sie sich unter ambulanter psychiatrischer Behandlung „gut halten“ können, zumal sie von ihrer Schwester, die in derselben Wohnung lebe, gute Fürsorge erhalte. Sie sei jedoch in den vergangenen Jahren zunehmend auf mehr Hilfe angewiesen gewesen. Die Patientin könne kaum allein in der Wohnung sein, vor allem nachts. Sie brauche bei Spaziergängen, auf dem Schulweg mit ihrer Tochter und auch bei anderen alltäglichen Verrichtungen die Hilfe ihrer Schwester. Jene müsse immer verfügbar sein, entweder vor Ort oder telefonisch. Die Patientin beschreibe akut eine Angst vor der Angst sowie eine Todesangst und Angst vor dem Sterben. Sie habe über die Jahre verschiedene Skills erlernt, um mit den Ängsten umzugehen. Manchmal könne sie diese anwenden, aber manchmal gerate sie nach wie vor in Panikattacken, die mit Atemnot, Herzrasen, Schwitzen, Zittern und gar Durchfall einhergehen könnten. Ebenso habe sie eine ausgeprägte Agoraphobie, habe seit langem keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzt und sei auch nicht mehr in ihr Heimatland geflogen. Beim Austritt aus der Klinik habe das BDI (Beck Depression Inventory) bei 25 gelegen, während der Wert beim Eintritt noch bei 30 gelegen habe. Die Nachbehandlung beinhalte die hausärztliche Sprechstunde, psychiatrische F. _____-Unterstützung und einmal wöchentlich einen Besuch der Struktur-Tagesklinik.

3.2.2 Der Hausarzt Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab im Verlaufsbericht vom 26. März 2017 (AB 112) an, der Gesundheitszustand sei stationär. Unverändert bestände eine Angst- und Paniksymptomatik sowie Schmerzen insbesondere in den Beinen, Füssen und im Rücken. Seit Jahren bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit.

3.2.3 Dr. med. H._____, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, erwähnte in der rheumatologischen Expertise vom 31. August 2017 (AB 137.1) folgende Diagnosen (S. 8 f.):

Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Keine

Diagnosen ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom
 - nicht ausreichend somatisch abstützbar
 - krankheitsfremde Faktoren
 - primäres Fibromyalgie-Syndrom
 - betont im Bereich der oberen im Vergleich zur unteren Körperhälfte
 - Panalgie
 - diffuse Druckschmerzangabe
 - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke (Panvertebralsyndrom mit diffuser Ausstrahlung in den Kopf und in die Extremitäten)
 - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Ängste, Schmerzen im Brustkorb und Bauchraum, Atembeschwerden, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit
- Diffuse idiopathische skelettale Hyperostose in statu nascendi
- Adipositas mit Body-Mass-Index von 32,2 kg/m²
- Nikotinkonsum von circa 35 pack years
- Anamnestisch Reizmagen-Syndrom

Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für die ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Auch für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

formuliert werden (S. 16). Dennoch sei die Wahrscheinlichkeit klein, dass die Explorandin wieder längerdauernd beruflich tätig werde, wobei hierfür krankheitsfremde Faktoren (lange Abstinenz von einer beruflichen Tätigkeit, möglicherweise die limitierte Motivation, u.a.) ursächlich seien (S. 17). Ob jemals ein relevanter somatisch-pathologischer Befund vorgelegen habe, der eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hätte begründen können, sei zweifelhaft. Dass seit Langem eine Invalidenrente ausgerichtet werde, sei aus rein somatischer Sicht ein sehr grosszügiger Entscheid, welcher das Krankheitsverständnis der Explorandin bekräftigt haben dürfte. Der damit verknüpfte Krankheitsgewinn könne jedoch keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Bezüglich der somatisch abstützbaren Beschwerden habe die Explorandin die Möglichkeit, ihre Motivation und Eigenverantwortung zu beweisen, indem sie die empfohlenen Massnahmen (medikamentöse Therapie, Gewichtsreduktion, Nikotinstopp, Bewegungsübungen [S. 17]) umsetze, was aus somatischer Sicht indiziert und zumutbar sei (S. 18).

3.2.4 Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im RAD-Untersuchungsbericht vom 4. Oktober 2017 (AB 147) folgende Diagnosen (S. 14):

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- Anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)
- Panikstörung (ICD-10 F41.0)

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ängstlich-vermeidend und passiv-aggressiv; ICD-10 Z73.1)
- Aktenanamnestisch Status nach generalisierter Angststörung (ICD-10 F41.1)
- Diffuse idiopathische Hyperostose in statu nascendi
- Adipositas, BMI von 32.2 kg/m²
- Nikotinkonsum von ca. 35 packyears
- Anamnestisch Reizmagen-Syndrom

Die Diagnose der ab 1998 vorgeschriebenen Panikstörung sei nachvollziehbar. Nachdem es im Verlauf der Jahre zu gehäuftem Auftreten von Panikattacken und damit zusammenhängendem Vermeidungsverhalten und Notwendigkeit zur Unterstützung durch Drittpersonen gekommen sei (S. 19), habe die Intensität und Häufigkeit der Panikattacken mittlerweile wieder abgenommen. Die Versicherte könne sich nun auch unbegleitet draussen aufhalten und kurze Strecken alleine mit dem Auto zurücklegen. Konkrete Hinweise auf eine generalisierte Angststörung relevanter Ausprägung hätten sich anlässlich der Untersuchung nicht ergeben. Auch Hinweise für eine manifeste Persönlichkeitsstörung ergäben sich nicht (mehr). Allerdings sei von akzentuierten, ängstlich-vermeidenden und passiv-aggressiven Persönlichkeitszügen auszugehen (S. 20). Aus psychiatrischer Sicht sei im Vergleich zu den früheren Befunden eine Verbesserung des Gesundheitszustands zu verzeichnen, wobei sich das genaue Datum des Eintritts dieser Verbesserung nicht genau festlegen lasse (S. 21).

Aufgrund der objektivierbaren Befunde (leicht eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit, starke Grübelneigung, deprimierte Grundstimmung, leicht verminderter Antrieb, sozialer Rückzug, starkes Vermeidungsverhalten, reduzierter Selbstwert, Konzentrations- und Schlafstörungen, Schmerzen) ergäben sich folgende funktionelle Einschränkungen: rasche Ermüd- und Erschöpfbarkeit, deutlich verminderte Belastbarkeit, reduziertes Durchhaltevermögen, verminderte Konzentrationsfähigkeit und Vermeidungsverhalten. Im Vergleich zu den in früheren Berichten beschriebenen Zustandsbildern sei insgesamt von einer relevanten Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen (S. 21). Eine leichte und einfache Tätigkeit (im Sinne einer Hilfstätigkeit) mit regelmässigen und geregelten Arbeitszeiten, klar umschriebenem Tätigkeitsgebiet, ohne andauernde Notwendigkeit von Teamarbeit, mit höchstens sporadischen Kundenkontakten sowie regelmässigen Pausen und kurzfristigen Rückzugsmöglichkeiten in den gewohnten Bewegungsumkreis sei der Versicherten aus gesamtmedizinischer Sicht zu einem Pensum von 5 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche zumutbar. Aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs und der verringerten Arbeitsgeschwindigkeit und wechselnder Schmerzsymptomatik bestehe dabei zusätzliche eine Leistungsminderung von 10% (S. 22).

3.3 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).

3.4 Die Rentenherabsetzung basiert in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf den Einschätzungen der Dres. med. H._____ und I._____ vom 31. August 2017 (AB 137.1) und vom 4. Oktober 2017 (AB 147). Diese Expertisen erfüllen die höchstrichterlichen Beweisanforderungen und überzeugen. Sie beruhen auf einlässlichen Untersuchungen und wurden unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie in Kenntnis der Vorakten erstattet. Sie sind widerspruchsfrei, die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet und es finden sich keine Anhaltspunkte, die gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilungen sprechen. Auch die spezifischen Anforderungen an zwecks Rentenrevision erstellte Berichte (vgl. SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 E. 6.1.2) sind erfüllt: Die Sachverständigen haben sich auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezogen resp. zu diesem Aspekt explizit Stellung genommen (vgl. AB 137.1/15 f., 147/19 ff.). Somit kommt den Expertisen voller Beweiswert zu.

3.4.1 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, es sei statt einer bidisziplinären Beurteilung ein polydisziplinäres Gutachten erforderlich (gewesen), wobei die Fachdisziplinen Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie, Neuropsychologie und Rheumatologie notwendig (gewesen) seien (vgl. Beschwerde, S. 3 f.), kann ihr nicht gefolgt werden. Seitens der Verwaltung obliegt es grundsätzlich dem RAD, darüber zu befinden, welche Fachdisziplinen an einer erforderlichen Begutachtung zu beteiligen sind (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 14. Februar 2019, 9C_296/2018, E. 6.1).

Vorliegend veranlasste der RAD nach der psychiatrischen Untersuchung eine zusätzliche rheumatologische Begutachtung (AB 120). Es lag in der Kompetenz des RAD, die Fachrichtung Rheumatologie, nicht aber weitere Fachrichtungen vorzusehen. Ausserdem kann davon ausgegangen werden, dass auch der Rheumatologe Dr. med. H._____ weitere (somatische) Abklärungen angeregt hätte, wenn er solche für eine umfassende Beurteilung erforderlich gehalten hätte (vgl. SVR 2014 IV Nr. 6 S. 25, E. 3.2). Schliesslich hat der behandelnde Hausarzt Dr. med. G._____ in seinem Bericht vom 25. März 2017 (AB 112) einen stationären Gesundheitszustand beschrieben und keine ergänzende medizinische Abklärung für angezeigt gehalten. Dies lässt sich auch mit dem Umstand in Einklang bringen, dass wegen der Schmerzen bis nach Erhalt des Vorbescheids vom 17. Januar 2018 (AB 155) keine Behandlungen mehr durchgeführt wurden (AB 147/9).

Wenn in der Beschwerde (S. 4) weiter moniert wird, anlässlich der Begutachtung seien lediglich Röntgenaufnahmen erstellt worden, wogegen kein aktuelles MRI in den Akten liege, vermag dies den Beweiswert der rheumatologischen Expertise nicht zu schmälern. Allein weil vor fast 30 Jahren (vgl. AB 1.1/124) Schleudertraumata diagnostiziert wurden, sind entsprechende Abklärungen im Rahmen der zur Diskussion stehenden Rentenrevision nicht automatisch angezeigt. Soweit in der Beschwerde (S. 4) ein „Verdacht“ geäussert wird, dass die Beschwerdeführerin womöglich unter unfallbedingten neuropsychologischen Einschränkungen leiden könnte, findet diese Vermutung keinen Rückhalt in den umfangreichen medizinischen Akten. Zutreffend ist, dass Dr. med. H._____ die Akten der J._____ Versicherung nicht vorgelegen haben (Beschwerde, S. 4). Dies schadet jedoch nichts, da jene Unfallakten nicht aktuell sind (vgl. auch Urteil vom 7. Mai 2019 im Parallelverfahren IV/2018/708+719).

Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich – zumindest sinngemäss – geltend macht, die mit ihrer Eingabe vom 11. Februar 2019 nachträglich eingereichten neuen Arztberichte führten zum Schluss, dass die Einschätzung von Dr. med. H._____ mangelhaft sei und darauf nicht abgestellt werden könne, ist ihr ebenfalls nicht zu folgen. Zwar weist Dr. med. K._____, Facharzt für Neurologie, im Bericht vom 29. Januar 2019 (Be-

schwerdebeilage [BB und BB/A] BB/A 1) darauf hin, dass mit dem MRI der HWS vom 21. August 2018 der Nachweis einer Diskushernie C6/7 rechts erbracht worden sei (S. 18 f.). Im selben Bericht verneinte Dr. med. K._____ jedoch nach wie vor ein neurologisches Ausfallsyndrom (S. 24). Bereits anlässlich der Begutachtung fanden sich keine Hinweise auf eine Nerveneinklemmungsproblematik (AB 137.1/12) bzw. auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom oder einen symptomatisch engen Spinalkanal (AB 137.1/13). Abgesehen davon beschränkte sich Dr. med. K._____ im erwähnten Bericht im Wesentlichen auf eine Zusammenfassung der medizinischen Aktenlage seit den Unfällen von 1989/1990, ohne detaillierte klinische Befunde seiner eigenen Untersuchung wiederzugeben. Schliesslich attestierte er „eine massive Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt“ (S. 25), empfahl aber einen Arbeitsversuch in einer angepassten Teilzeittätigkeit, was widersprüchlich ist. Damit schmälert die im Auftrag der Rechtsvertreterin verfasste Stellungnahme des Dr. med. K._____ den Beweiswert der Administrativexpertise des Dr. med. H._____ (AB 137.1) nicht und gibt auch keinen Anlass zu weiteren Abklärungen.

3.4.2 Nach dem Dargelegten ist der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin erübrigen sich weitere Sachverhaltserhebungen (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

3.5 Im Vergleich zum massgebenden Referenzzeitpunkt (August 1993 [AB 1.1/47]), als in psychiatrischer Hinsicht eine traumatische Neurose des hysterisch-hypochondrisch-depressiven Typs vorlag (AB 1.1/71), hat sich insofern eine erhebliche Veränderung ergeben, als die Beschwerdeführerin seit 1994/1995 an einer rezidivierenden depressiven Störung (AB 1.1/34; vgl. auch AB 147/16) und seit 1998 an einer Angst- bzw. Panikstörung leidet (AB 13/1; vgl. auch AB 1.1/7, 1.1/9, 147/19). Diese neu hinzugetretenen Störungen stellen eine anspruchsrelevante Veränderung des Sachverhalts im Sinne ihrer Eignung, zu einer abweichenden Beurteilung des Rentenanspruchs zu führen, dar (BGE 141 V 9 S. 13 E. 5.3). Dass diese Veränderung nicht erst im Rahmen der im Oktober 2016 eingeleiteten Rentenrevision (AB 87), sondern bereits wesentlich früher eingetreten ist,

ändert nichts. Schliesslich ist – entgegen der Ansicht in der Beschwerde (S. 5 oben) und in der Replik (S. 3) – auch nicht von einer lediglich unterschiedlichen Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes auszugehen, die unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel unerheblich wäre (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11). Denn während die Beschwerdeführerin im Vergleichszeitpunkt keinerlei Anzeichen einer Panik- oder anderen Angststörung zeigte (vgl. AB 1.1/68 ff.), wurden ab ca. 1998 Symptome und Befunde der entsprechenden Störungsbilder beschrieben, was gemäss gutachterlicher Einschätzung nachvollziehbar ist (AB 147/19). Die Beschwerdeführerin selbst hat gegenüber dem RAD-Psychiater angegeben, die Panikattacken seien erst später dazu gekommen (AB 147/8). Im weiteren Verlauf beklagte die Beschwerdeführerin sodann „eine Angst vor der Angst“ und beschrieb Panikattacken mit typischen Begleiterscheinungen wie Atemnot, Herzrasen, Schwitzen, Zittern und Durchfall (AB 116/3). Demgegenüber lassen sich früheren psychiatrischen Berichten (AB 1.1/160, 1.1/126) und – wie erwähnt – dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D._____ (AB 1.1/68) keine entsprechenden psychopathologischen Befunde entnehmen. Damit ist eine Veränderung ausgewiesen. Dass die Intensität dieser (im Vergleich zu 1993 [AB 1.1/47]) neuen Panikstörung in der Folge wiederum abgenommen hat (dazu vgl. E. 4.1 hier-nach), ändert daran nichts. Wenn Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom 26. September 2018 (BB 4) sinngemäss einen unveränderten psychischen Gesundheitszustand beschreibt, vermag die Beschwerdeführerin – hinsichtlich der Frage nach einem Revisionsgrund – daraus nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Denn abgesehen davon, dass die Behandlung bei Dr. med. L._____ nicht konstant über den massgebenden Zeitraum, sondern vielmehr mit jeweils mehrjährigen Pausen stattgefunden hat (vgl. BB 4, S. 1), verweist dieser auf „Aufzeichnungen über einen Zeitraum von rund 19 Jahren“ (BB 4, S. 3) bzw. vergleicht den aktuellen Zustand mit dem gesundheitlichen Verlauf ab 1999 (BB 4, S. 1). Massgebender Vergleichszeitpunkt ist indessen das Jahr 1993 (E. 3 hiervor).

Mit dem im Vergleich zu 1993 neuen Gesundheitsschaden der Angst-/Panikstörung ist ein Revisionsgrund erstellt. Folglich ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin umfassend zu prüfen (vgl. E. 2.3 hiervor).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin geht gestützt auf die rheumatologisch-psychiatrische Einschätzung der Dres. med. H. _____ und I. _____ vom 31. August 2017 (AB 137.1) bzw. vom 4. Oktober 2017 (AB 147) von einer Verbesserung des Gesundheitszustands aus. Die Beschwerdeführerin bestreitet dies im Wesentlichen mit Hinweis auf die Stellungnahme des behandelnden Dr. med. L. _____ (BB 4).

Dr. med. L. _____ geht weiterhin von einer generalisierten Angststörung aus (BB 4, S. 3). Dagegen führt der RAD-Psychiater aus, die Intensität und die Häufigkeit der Panikattacken hätten mittlerweile wieder abgenommen. Während die Beschwerdeführerin früher ein starkes Vermeidungsverhalten mit Bedarf an Unterstützung durch Drittpersonen gezeigt habe, sei sie aktuell wieder in der Lage, sich auch unbegleitet resp. alleine zu bewegen (AB 147/19 f.). Die Diagnose einer Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) könne noch gestellt werden, es läge aber keine typische generalisierte Angststörung mehr vor (AB 147/20 f.).

Die Differenz in diagnostischer Hinsicht braucht nicht näher geklärt zu werden. Denn es ist nicht die Diagnose, sondern sind die konkreten Auswirkungen eines Leidens auf die Arbeitsfähigkeit relevant. Diesbezüglich attestiert Dr. med. I. _____ nachvollziehbar eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von fünf Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche mit einer zusätzlichen Leistungseinschränkung von 10% (AB 147/22), wogegen sich Dr. med. L. _____ zum Ausmass der zumutbaren Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht detailliert äussert. Zu beachten ist schliesslich, dass die Beschwerdeführerin die Behandlung bei Dr. med. L. _____ nach langjährigem Unterbruch erst am 2. Juli 2018 – mithin erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung – wieder aufgenommen hat (vgl. BB 4, S. 1; vgl. auch AB 147/21 oben). Die Aussagen von Dr. med. L. _____ vermögen die Schlüssigkeit der Feststellungen von Dr. med. I. _____ nicht in Zweifel zu ziehen.

Damit ist in psychiatrischer Hinsicht eine Verbesserung des Gesundheitszustands bzw. eine Teilarbeitsfähigkeit erstellt. Somatisch lag und liegt keine invalidisierende Erkrankung vor (vgl. E. 3.4.1 hiavor; AB 137/15 f.).

4.2 Zu Recht unbestritten ist, dass die vom psychiatrischen Facharzt attestierte Restarbeitsfähigkeit von 5 Stunden an 5 Tagen pro Woche mit einer Leistungsminderung von 10% (AB 147/22) gestützt auf eine sog. Indikatorenprüfung (E. 4.2.1 f. hiernach) auch rechtlich standhält.

4.2.1 Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287). Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6 S. 294). Dabei sind systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

4.2.2 Wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, erlaubt die psychiatrische Expertise von Dr. med. I. _____ (AB 147) – im Verbund mit den weite-

ren in den Akten liegenden fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung der sich stellenden Fragen im Lichte der massgeblichen Indikatoren (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

Was die auf der ersten Ebene zu prüfenden Ausschlussgründe anbelangt, hat Dr. med. H._____ zwar ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens zur Diskussion gestellt (AB 137.1/15). Jedoch hat der Psychiater Dr. med. I._____ allein eine gewisse Verdeutlichungstendenz festgestellt und Hinweise für eine Aggravation explizit verneint (AB 147/17).

In Bezug auf den Komplex *Gesundheitsschädigung* ist – was die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298) anbelangt – festzuhalten, dass zwar eine nur leicht eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit und ein nur leicht verminderter Antrieb, aber – zumindest früher – ein starkes Vermeidungsverhalten objektiviert werden konnten (AB 147/21). Bezüglich des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs (E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist anzumerken, dass die Beschwerdeführerin nebst der medikamentösen sowohl ambulante wie auch stationäre Therapien in Anspruch genommen hatte (AB 147/12), was für eine invalidisierende Gesundheitseinschränkung spricht. Hinsichtlich der Komorbiditäten (E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) ist insbesondere zu erwähnen, dass zwischen der anhaltenden Schmerzstörung, der rezidivierenden depressiven Störung und der (derzeit leichten) Panikstörung wechselseitige Einflüsse bestehen, welche sich längerfristig auf die Behandelbarkeit sowie die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswirken (AB 147/14). Der Komplex *sozialer Kontext* (E. 4.3.3 S. 303) zeigt einen gewissen sozialen Rückzug (AB 147/21); die Beschwerdeführerin hat ein enges Verhältnis zu ihrer Schwester und Tochter; weitere mobilisierbare Ressourcen des Lebenskontexts sind nicht ersichtlich. Des Weiteren ist in der Kategorie Konsistenz in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1 S. 303 f.) keine Ungleichmässigkeit ersichtlich; die Videoaufnahmen, welche die Beschwerdegegnerin auf dem Facebook-Account der Beschwerdeführerin gesichtet hatte (AB 131/6, 149), stehen dem nicht entgegen. Der Indikator des ausgewiesenen Leidensdrucks ist als erfüllt zu betrachten, nachdem die Beschwerdeführerin – wie erwähnt –

verschiedene therapeutische Optionen in Anspruch genommen hatte. Damit besteht kein Anlass, von der Einschätzung des RAD-Arztes abzuweichen; die medizinisch attestierte Einschränkung in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit hält auch rechtlich stand.

Folglich ist für eine angepasste Tätigkeit ab dem Zeitpunkt der RAD-Untersuchung (Juni 2017 [AB 147/1]) auch aus rechtlicher Sicht von einer Restarbeitsfähigkeit von täglich 5 Stunden an 5 Tagen pro Woche mit einer Leistungsminderung von 10% auszugehen, welche gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) ab dem 1. September 2017 zu berücksichtigen ist.

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 Die von der Beschwerdegegnerin auf der Basis des medizinischen Zumutbarkeitsprofils vorgenommene Invaliditätsbemessung (AB 179/2) lässt sich nicht beanstanden.

5.2.1 Dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen in der rentenherabsetzenden Verfügung – wie schon in der rentenzusprechenden Verfügung (AB 1.1/47; vgl. AB 1.1/57) – auf der Grundlage des Lohns als ...-Angestellte berechnet hat (vgl. AB 179/2), ist vertretbar. Soweit in der Beschwerde (S. 5) geltend gemacht wird, die Beschwerdeführerin sei keine Hilfsarbeiterin, sondern gelernte ..., weshalb ein höherer Verdienst als Valideneinkommen zu veranschlagen sei, ist festzustellen, dass sich in den Akten kein entsprechender Fähigkeitsausweis findet. Da die Beschwerdeführerin bis zum Zeitpunkt der Rentenzusprechung im Jahr 1993 als ... gearbeitet hat (vgl. AB 1.1/54, 1.1/66, 1.1/153), ist überwiegend

wahrscheinlich, dass sie im hypothetischen Gesundheitsfall weiterhin diese Tätigkeit ausüben würde (vgl. auch AB 1.1/89 unten). Unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung entspricht das damalige Valideneinkommen von Fr. 46'920.- für das Jahr 1991 (Fr. 3'910.- [AB 1.1/57] x 12 Monate) einem solchen von Fr. 67'607.- für das Jahr 2017 (Tabelle T39 [abrufbar unter <www.bfs.admin.ch>, Nominallöhne, Frauen, Index Jahr 1991 [1887 Punkte] und Index Jahr 2017 [2719 Punkte]).

5.2.2 Das Invalideneinkommen von Fr. 29'562.- pro 2017, das auf der Basis von Tabellenlöhnen (LSE) und unter Berücksichtigung der fünfstündigen Arbeitsfähigkeit pro Tag sowie der 10%-igen Leistungsminderung (AB 147/22) errechnet wurde, lässt sich ebenfalls nicht beanstanden (vgl. BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Entgegen der Ansicht in der Beschwerde (S. 5) ist kein zusätzlicher Leidensabzug vorzunehmen. Aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs und der verringerten Arbeitsgeschwindigkeit und wechselnder Schmerzsymptomatik wurde ein Abzug von 10% zuerkannt (vgl. AB 147/22), womit das eingeschränkte Rendement schon im medizinisch-theoretischen Zumutbarkeitsprofil hinreichend Berücksichtigung findet; eine doppelte Anrechnung ist nicht statthaft, weshalb kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist (vgl. SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

5.2.3 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert per 2017 ein Invaliditätsgrad von 56% ($[(\text{Fr. } 67'607.- \text{ } \cdot \text{ } \text{Fr. } 29'562.-)] / \text{Fr. } 67'607.- \times 100$), welcher zu einer halben Invalidenrente berechtigt (vgl. E. 2.2 hiervor). Der Zeitpunkt der Rentenherabsetzung per 31. Juli 2018 (vgl. AB 179/1, 180/1) ist in Anwendung von Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV – grundsätzlich (vgl. aber E. 6 hiernach) – korrekt.

6.

6.1 Nach der Rechtsprechung ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit im Regelfall auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar, grundsätzlich auch bei langjährigem Rentenbezug. Diese Praxis entspricht dem Grundsatz „Eingliederung statt Rente“, wonach grundsätzlich keine Invalidenrente weiterhin ausgerichtet werden darf,

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-rehabilitativer 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 Umsetzung eines wieder erlangten funktionellen Leistungsvermögens kann entweder durch medizinische oder durch beruflich-erwerbliche Gründe verhindert sein. Aus medizinischer Sicht fällt dies 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 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 jedoch grundsätzlich auf Sachverhalte beschränkt, 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. 7; SVR 2011 IV Nr. 73 S. 222 E. 3.3, SVR 2018 IV Nr. 11 S. 36 E. 4.2).

6.2 Die Beschwerdeführerin bezog im Verfügungszeitpunkt seit dem 1. Mai 1991 (AB 1.1/47) bzw. seit 27 Jahren eine Rente. In der angefochtenen Verfügung vom 7. Juni 2018 (AB 179) hat die Beschwerdegegnerin

festgehalten, mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin werde auf Eingliederungsmassnahmen verzichtet (AB 179/2).

Zwar hat die Beschwerdeführerin anlässlich des persönlichen Gesprächs vom 9. August 2017 die Frage, ob sie sich in der Lage fühle, an beruflichen Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen, verneint. Momentan sehe sie das nicht; sie könne sich nichts merken und der Weg mache ihr Angst (AB 131/5). Auch während der Begutachtung im August 2017 hat sie angegeben, sie könne sich eine berufliche Tätigkeit wegen ihrer Beschwerden nicht mehr vorstellen (AB 137.1/2). Sodann hat sie anlässlich der Abklärung vom Dezember 2017 in Bezug auf die Hilflosenentschädigung erklärt, es gebe keine Regelmässigkeit von guten Tagen, was für eine Arbeit in der freien Wirtschaft notwendig wäre (AB 153/10). Schliesslich legte die Beschwerdeführerin im Anhörungsverfahren dar, ein Einsatz von 5 Stunden pro Tag sei vielleicht an guten Tagen möglich; sie habe aber viele schlechte Tage. Es sei „absolut keine Konsistenz gegeben“ (AB 164/2), weshalb sie das gutachterlich attestierte Leistungsvermögen als falsch erachte (AB 164/1).

Aus den Akten geht jedoch ebenfalls hervor, dass die Beschwerdeführerin durchaus Vorstellungen hinsichtlich einer beruflichen Zukunft hat und – entgegen der Annahme in der Beschwerdeantwort (S. 3) – nicht erst nach der Rentenherabsetzung ihren (grundsätzlichen) Eingliederungswillen bekundete. So gab sie anlässlich der Abklärung betreffend Hilflosenentschädigung im Dezember 2017 an, ... wären eigentlich schon etwas für sie, dies gehe aber nicht ohne Ausbildung (AB 153/10). Zudem erklärte sie gegenüber Dr. med. L. _____, sie könnte sich eine Erwerbstätigkeit vorstellen, diese müsste aber in ihrer Wohngemeinde sein, damit sie den Arbeitsweg selbstständig bewältigen könne (BB 4, S. 4).

Damit finden sich in den Akten zwar Hinweise auf eine überhöhte Krankheitsüberzeugung (vgl. auch AB 137.1/16 f.), woraus aber nicht ohne weiteres auf die Aussichtslosigkeit von Eingliederungsmassnahmen geschlossen werden darf (Entscheid des BGer vom 12. Januar 2015, 8C_446/2014, E. 4.2.3 [nicht publiziert in BGE 141 V 5, aber in SVR 2015 IV Nr. 19 S. 56]). Nach langjährigem Rentenbezug muss es kein Zeichen vorwerfbarer Motivationsdefizite sein, wenn sich die versicherte Person nicht ohne weiteres

von der Vorstellung lösen kann, leistungseingeschränkt zu sein; dass sie ihren Gesundheitszustand abweichend von der ärztlichen Einschätzung auffasst, genügt für sich allein jedenfalls nicht, die subjektive Eingliederungsbereitschaft in Abrede zu stellen (SZS 2018 S. 450). In derartigen Konstellationen können Eingliederungsmassnahmen vielmehr geeignet sein, den Eingliederungswillen zu fördern. Hinzu kommt, dass sich die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 20. Juli 2018 (AB 189) ausdrücklich zu beruflichen Massnahmen bereit erklärte. Die subjektive Eingliederungsfähigkeit, d.h. die Eingliederungsbereitschaft ist demnach als gegeben zu betrachten.

6.3 Soweit die Beschwerdegegnerin sich auf den Standpunkt stellt, die Beschwerdeführerin könne ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem Wege der Selbsteingliederung verwerten, was sie in der Vergangenheit von sich aus immer wieder mit Aushilfstätigkeiten unter Beweis gestellt habe, und weshalb es keiner vorgängiger beruflicher Massnahmen bedürfe (Beschwerdeantwort, S. 3), kann dem ebenfalls nicht gefolgt werden:

Was zunächst die erwähnten Aushilfstätigkeiten anbelangt, ist festzustellen, dass solche zwar nicht mittels Abrechnungen oder Einsatzbestätigungen belegt, in den Akten jedoch mehrfach erwähnt (vgl. etwa AB 137.1/2, 137.1/16, 147/15) und unbestritten sind (AB 131/3; vgl. auch Eingabe vom 9. Oktober 2018, S. 4). Es ist davon auszugehen, dass diese Tätigkeiten (...), wenn sie denn überhaupt als Erwerbstätigkeit zu qualifizieren sind, sehr niederschwellig waren. Hätten die entsprechende Tätigkeiten ein relevantes Ausmass erreicht, wären sie verbeitragt worden; im IK-Auszug finden sich jedoch keine Einträge. Diesbezüglich ist denn auch festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin weder von einer Meldepflichtverletzung der Beschwerdeführerin ausgeht noch eine Rentenrevision zufolge einer Veränderung in erwerblicher Hinsicht eingeleitet hat.

Ausnahmen vom Grundsatz der Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich vor, wenn die langjährige Abstinenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicher-

te Person könne sich trotz langem Rentenbezug mit entsprechender Abwesenheit vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (SVR 2018 IV Nr. 11 S. 36 E. 4.2). Im vorliegenden Fall ist dieser Beweis nicht erbracht. Die Beschwerdeführerin verfügt nicht über sie speziell befähigende Kompetenzen im dargelegten Sinne. Zudem ist hier eine unmittelbare Umsetzung des wieder erlangten funktionellen Leistungsvermögens aus medizinischer Sicht erschwert (vgl. E. 6.1 hiervor), haben sich doch sowohl Dr. med. L. _____ (BB 4, S. 4) als auch Dr. med. K. _____ (BB/A 1, S. 25) für vorgängige Integrations- resp. Eingliederungsmassnahmen in geschütztem Rahmen ausgesprochen.

6.4 Zusammenfassend sind die Bedingungen für die unmittelbare Anrechenbarkeit eines Invalideneinkommens im Revisionsfall nicht gegeben. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die nach den konkreten Gegebenheiten gebotenen Eingliederungsmassnahmen an die Hand zu nehmen, sofern und soweit deren Voraussetzungen erfüllt sind. Anschliessend ist über die revisionsweise Herabsetzung des Rentenanspruchs neu zu verfügen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtenen Verfügungen vom 7. und vom 15. Juni 2018 (AB 179 f.) sind aufzuheben.

Bei diesem Ergebnis ist dem Begehren, das vorliegende Verfahren sei mit demjenigen gegen die Verfügungen vom 27. und 31. August 2018 zu vereinigen (IV/2018/708+719), nicht stattzugeben, zumal die dort eingereichten Akten der C. _____ antragsgemäss zu den Akten erkannt worden sind.

7.

7.1 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.-, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist zurückzuerstatten.

7.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

In der aktualisierten Kostennote vom 27. Juni 2018 (eingegangen am 12. Februar 2019) macht Rechtsanwältin B. _____ einen zeitlichen Aufwand von 20.35 Stunden à Fr. 250.- geltend und Auslagen für Kopien und Porti in der Höhe von Fr. 229.70, was nicht zu beanstanden ist. Hingegen können die geltend gemachten Auslagen von Fr. 1'250.- für die Stellungnahme von Dr. med. K. _____ nicht der Beschwerdegegnerin überbunden werden. Der medizinische Sachverhalt liess sich nicht erst aufgrund dieses Berichts schlüssig feststellen; der Beschwerdegegnerin ist bezüglich der medizinischen Sachverhaltsfeststellung keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes vorzuwerfen (vgl. SVR 2017 UV Nr. 17 S. 60 E. 5). Der Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 5'317.20 ([20.35 x Fr. 250.-] + 229.70) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde werden die Verfügungen der IV-Stelle Bern vom 7. und vom 15. Juni 2018 aufgehoben und die Sache zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 5'317.20 (inkl. Auslagen), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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.