

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2019 58

Entscheid vom 12. Dezember 2019

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
lic.iur. Josef Mathis, Gerichtsschreiber

Parteien

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

gegen

IV-Stelle Schwyz, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,
Vorinstanz,

Gegenstand

Invalidenversicherung (Aufhebung einer Rente / Rückforderung)

Sachverhalt:

A. A. _____ (geb. 1964, von Bosnien-Herzegowina) ist Mutter von zwei nun erwachsenen Kindern (1982, 1987; ihr Ehemann bezieht IV-Rentenleistungen, vgl. Verfahren I 2019 68). Am 16. Juni 1993 reiste sie in die Schweiz ein, wo sie zunächst als Hausfrau wirkte sowie ab Februar 2002 teilweise eine Erwerbstätigkeit ausübte (IV-act. 27-5/10). Am 29. Dezember 1998 hatte sie eine Anmeldung für IV-Leistungen unterzeichnet (IV-act. 3-7/7). Sie klagte über depressive Verstimmung, Angst- und Panikzustände, Angst vor Krankheiten, chronische Müdigkeit und Leistungsverminderung (IV-act. 3-5/7). Die IV-Stelle wies am 17. August 1999 ihr Leistungsbegehren ab (IV-act. 13).

B. Auf eine Neuanmeldung ist die IV-Stelle mit Verfügung vom 16. Juni 2005 nicht eingetreten (IV-act. 23). Eine dagegen damals mögliche Einsprache hat die IV-Stelle mit Entscheid vom 30. Juni 2006 abgewiesen (IV-act. 31). Die anschliessende Beschwerde hat das Verwaltungsgericht mit Entscheid VGE 80/06 vom 15. November 2006 insoweit gutgeheissen, als die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde (IV-act. 35, 36).

C. Nach Einholung von ärztlichen Verlaufsberichten (IV-act. 41, 43), eines psychiatrischen Gutachtens von Dr.med. C. _____ (IV-act. 48), einer RAD-Stellungnahme von Dr.med. D. _____ (IV-act. 49) sowie einem Abklärungsbericht Haushalt (IV-act. 51) gewährte die IV-Stelle A. _____ mit Beschluss vom 26. November 2010 für den Zeitraum vom 1. Dezember 2005 bis 31. Januar 2007 eine halbe Rente, vom 1. Februar 2007 bis 30. April 2007 eine Dreiviertelsrente sowie ab 1. Mai 2007 eine ganze Rente, was entsprechend in den Verfügungen vom 7. Februar 2011 im Einzelnen (inkl. Kinderrenten) umgesetzt wurde (vgl. IV-act. 56, 57 i.V.m. IV-act. 60).

D. Am 30. Juni 2014 wurde von Amtes wegen ein IV-Revisionsverfahren eröffnet (IV-act. 61). Nach Einholung von Verlaufsberichten bei behandelnden Ärzten (IV-act. 66, 67), einem Abklärungsbericht Haushalt/Rente (IV-act. 73), einer RAD-Stellungnahme (IV-act. 72), einer psychiatrischen Verlaufsbeurteilung bei Dr.med. C. _____ (IV-act. 78) sowie einer weiteren RAD-Stellungnahme (IV-act. 79-6/6) forderte die IV-Stelle mit Schreiben vom 29. Februar 2016 A. _____ im Rahmen der Mitwirkungs- und Schadenminderungspflichten auf, sich in eine fachärztliche stationäre psychiatrische Behandlung und anschliessend in eine ambulante psychiatrische Behandlung mit monatlichen Blutspiegelkontrollen der Antidepressiva zu begeben (IV-act. 80). Vom 14. bis 22. April 2016 hielt sich A. _____ zum zweiten Mal in der Psychiatrischen E. _____ Klinik auf (IV-act. 84).

E. Am 28. November 2016 verfügte die IV-Stelle, die Ausrichtung der Rente werde per sofort eingestellt (IV-act. 93). Im anschliessenden Beschwerdeverfahren hob das Verwaltungsgericht mit Entscheid I 2016 142 vom 16. Mai 2017 die angefochtene Renteneinstellungsverfügung auf mit der sinngemässen Begründung, dass kein korrektes Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt wurde bzw. der Versicherten nicht hinreichend klar angedroht wurde, dass ihr im Falle eines vorzeitigen Abbruchs der stationären psychiatrischen Therapie und/oder einer nicht regelmässigen Durchführung der Blutspiegelkontrollen die IV-Rente vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werde (IV-act. 102-15/17).

F. Am 29. November 2017 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für orthopädische Serienschuhe (IV-act. 120).

Mit Schreiben vom 14. Dezember 2017 eröffnete die IV-Stelle folgendes Mahn- und Bedenkzeitverfahren (IV-act. 122):

Aufgrund des Urteils durch das Verwaltungsgericht vom 16.05.2017 und der Beurteilung des Falles durch den regionalen ärztlichen Dienst und den Rechtsdienst der IV-Stelle kann unverändert von einer adäquaten Behandlung eine weitere Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden, da gemäss Bericht der E. _____ Klinik, bereits nach der kurzen stationären Behandlung im April 2016 eine leichte Verbesserung zu verzeichnen war. Die stationäre Behandlung wurde damals von Frau A. _____ eigenverantwortlich abgebrochen.

Daher macht die IV-Stelle Frau A. _____ folgende Auflagen im Rahmen der Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht:

- Erneute stationäre psychiatrische Behandlung in einer Fachklinik für Psychiatrie - welche von Frau A. _____ nicht abgebrochen werden darf - mit Neueinstellung der Antidepressiva;
- Anschliessend ambulante psychiatrische Behandlung durch einen Facharzt/ eine Fachärztin für Psychiatrie von mindestens 6 Monaten Dauer und weiterhin bis zum Abschluss des Verfahrens;
- Ab dem Klinikaustritt monatliche Blutspiegelkontrollen der Antidepressiva durch den Hausarzt.

Es wird diesbezüglich darauf hingewiesen, dass die stationäre Behandlung nicht abgebrochen werden darf und ohne Unterbruch durchzuführen ist. Der Entscheid, wann ein Austritt in die ambulante Weiterbehandlung angezeigt ist, obliegt dem med. Dienst der stationären psychiatrischen Einrichtung nach Eintritt der zu erwartenden Verbesserung des Gesundheitszustandes. Auch muss Frau A. _____ aktiv und uneingeschränkt an den Therapien mitwirken und die verordneten Medikamente ordnungsgemäss und in der vom Arzt vorgegebenen Dosis und zur vorgeschriebenen Zeit einnehmen.

Des Weiteren verwies die IV-Stelle auf die gesetzlichen Bestimmungen zur Zumutbarkeit von medizinischen Behandlungen und zur Kürzung oder Verweigerung von Leistungen und schloss das Schreiben vom 14. Dezember 2017 mit der Androhung, dass bei Nichteinhaltung dieser Auflagen die Rentenzahlungen eingestellt würden.

G. Vom 31. Januar 2018 bis zum 1. März 2018 war A. _____ erneut in der E. _____ Klinik hospitalisiert (IV-act. 126). Nach einer Prüfung des Austrittsberichts der Klinik (IV-act. 131) empfahl die RAD-Psychiaterin Dr.med. univ. Dr.phil. F. _____ am 26. April 2018 die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung (IV-act. 134-5/5). Der Begutachtungsauftrag wurde der G. _____ AG zugest. (IV-act. 139). Am 28. Juni 2018 wurden dem Rechtsvertreter der Versicherten die Namen der Gutachter bekanntgegeben (IV-act. 142). Am 1. Oktober 2018 ging das interdisziplinäre G. _____ AG-Gutachten vom 27. September 2018 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 153). Dazu nahm der RAD-Arzt Dr.med. D. _____ am 10. Januar 2019 Stellung (IV-act. 157-8/8). Mit Vorbescheid vom 6. März 2019 kündigte die IV-Stelle an, die Ausrichtung der IV-Rente rückwirkend per 1. Dezember 2005 aufzuheben (IV-act. 160). Daraufhin forderte der Rechtsvertreter von A. _____ am 14. März 2019 die IV-Akten an, welche ihm in der Folge am 25. März 2019 zugestellt wurden (IV-act. 163). Mit Eingabe vom 5. April 2019 beantragte der Rechtsvertreter für A. _____, dass der Vorbescheid aufzuheben und weiterhin eine ganze IV-Rente auszurichten sei (IV-act. 164). Am 9. April 2019 reichte der Rechtsvertreter noch eine Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr.med. H. _____ vom 4. April 2019 ein (IV-act. 165f.). Dazu äusserte sich der RAD-Arzt am 6. Juni 2019. Am 18. Juli 2019 verfügte die IV-Stelle, dass die Ausrichtung der Rente rückwirkend per 1. Dezember 2005 aufgehoben werde und dass die zu Unrecht bezogenen Leistungen gemäss Art. 25 Abs. 2 ATSG zurückgefordert werden.

H. Gegen diese Verfügung liess A. _____ rechtzeitig am 26. Juli 2019 beim Verwaltungsgericht Beschwerde einreichen mit den folgenden Rechtsbegehren (Verfahren I 2019 58):

1. Die Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 18. Juli 2019 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei die bisherige ganze Invalidenrente ununterbrochen und fortdauernd auszurichten.
3. Der Beschwerdeführerin sei im Verfahren vor Verwaltungsgericht die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung zu bewilligen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Vernehmlassung vom 5. September 2019 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

I. In einer Verfügung vom 25. Juli 2019 hat die IV-Stelle von A. _____ insgesamt Rentenleistungen im Betrage von Fr. 51'221.-- zurückgefordert. Auch dagegen erhob A. _____ Beschwerde (Verfahren I 2019 67, welches bis zum Abschluss des Verfahrens I 2019 58 sistiert worden ist).

Im Übrigen hat die IV-Stelle im Zusammenhang mit der (die Ehefrau betreffenden) Aufhebungsverfügung vom 18. Juli 2019 (Verfahren I 2019 58) gegenüber dem IV-Rentenleistungen beziehenden Ehemann von A._____ eine Änderung der Berechnung des Rentenbetrages vorgenommen und diesbezüglich am 25. Juli 2019 eine (geringfügige) Rückforderung verfügt, welche ebenfalls beim Verwaltungsgericht angefochten worden ist (Verfahren I 2019 68, ebenfalls vorläufig sistiert).

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin 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 seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (vgl. BGE 141 V 9 Erw. 2.3 S. 10). Liegt in diesem Sinne ein Rückkommenstiel vor, gilt es grundsätzlich, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechtskonformen Zustand herzustellen. Dabei ist auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Verfügung über die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente zu ermitteln (vgl. Urteil BGer 9C_315/2018 vom 18.3.2019 Erw. 4.2 mit Hinweisen, u.a. auf Urteil 9C_535/2017 vom 14.12.2017 Erw. 2.1, nicht publ. in: BGE 143 V 431, aber in: SVR 2018 IV Nr. 20 S. 63).

1.1.2 Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (siehe Urteil BGer 9C_599/2016 vom 29.3.2017 Erw. 3.1.1 mit Verweis auf BGE 141 V 9 Erw. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen; BGE 130 V 343 Erw. 3.5 S. 349).

1.1.3 Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen

Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 54 S. 167, Urteil BGer 9C_899/2009 Erw. 2.1).

1.2.1 Die Rechtskraft von Verfügungen und Entscheiden über Dauerleistungen im Bereich der Sozialversicherung ist grundsätzlich zeitlich unbeschränkt und erfasst die Anspruchsvoraussetzungen ebenso wie die Faktoren der Leistungsbemessung, soweit sie im Entscheidzeitpunkt abgeschlossene Sachverhalte betreffen. Diese Anspruchsvoraussetzungen und Leistungsbemessungsfaktoren können daher vorbehältlich einer prozessualen Revision oder Wiedererwägung des rechtskräftigen Entscheids (Art. 53 Abs. 1 und Art. 61 lit. i ATSG bzw. Art. 53 Abs. 2 ATSG) nicht bei jeder neuen Bezugsperiode in Frage gestellt und geprüft werden (siehe BGE 136 V 369 Erw. 3.1.1 S. 373 mit Hinweisen).

1.2.2 Formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide müssen in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war. Der Begriff "neue Tatsachen oder Beweismittel" ist bei der (prozessualen) Revision eines Verwaltungsentscheides nach Art. 53 Abs. 1 ATSG gleich auszulegen wie bei der Revision eines kantonalen Gerichtsentscheides gemäss Art. 61 lit. i ATSG oder bei der Revision eines Bundesgerichtsurteils gemäss Art. 123 Abs. 2 lit. a BGG (vgl. SVR 2010 IV Nr. 55 S. 169, Urteil BGer 9C_764/2009 Erw. 3.1; Urteil BGer 9C_955/2012 vom 13.2.2013 Erw. 3.1; je mit Hinweisen).

1.2.3 Neu sind demnach Tatsachen, die sich vor Erlass der formell rechtskräftigen Verfügung oder des Einspracheentscheides verwirklicht haben, jedoch dem Revisionsgesuchsteller trotz hinreichender Sorgfalt nicht bekannt waren. Die neuen Tatsachen müssen erheblich sein, d.h. sie müssen geeignet sein, die tatbeständliche Grundlage des zur Revision beantragten Entscheids zu verändern und bei zutreffender rechtlicher Würdigung zu einer anderen Entscheidung zu führen. Neue Beweismittel haben entweder dem Beweis der die Revision begründenden neuen erheblichen Tatsachen oder dem Beweis von Tatsachen zu dienen, die zwar im früheren Verfahren bekannt gewesen, aber zum Nachteil des Gesuchstellers unbewiesen geblieben sind (vgl. BGE 134 III 669 Erw. 2.1 S. 670; 127 V 353 Erw. 5b S. 358; SVR 2012 UV Nr. 17 S. 63, Urteil BGer 8C_434/2011 Erw. 7.1; Urteil BGer 9C_955/2012 vom 13.2.2013 Erw. 3.1). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung hat im Revisionsverfahren der Gesuchsteller die erhebliche neue Tatsache nachzuweisen (vgl. Urteil BGer

8C_349/2014 vom 18.8.2014 Erw. 3.3.1 mit Hinweisen u.a. auf BGE 127 V 353 Erw. 5b S. 358).

1.2.4 Betrifft der Revisionsgrund – wie hier die Feststellung des Gesundheitszustandes und dessen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit – eine materielle Anspruchsvoraussetzung, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzung oder Beweiswürdigung beruht, auf Elementen also, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen, so ist eine vorgebrachte neue Tatsache als solche in der Regel nicht erheblich. Ein (prozessrechtlicher) Revisionsgrund fällt demnach überhaupt nur in Betracht, wenn bereits im ursprünglichen Verfahren der untersuchende Arzt und die entscheidende Behörde das Ermessen wegen eines neu erhobenen Befundes zwingend anders hätten ausüben und infolgedessen zu einem anderen Ergebnis hätten gelangen müssen. An diesem prozessualrevisionsrechtlich verlangten Erfordernis fehlt es grundsätzlich, wenn sich das Neue im Wesentlichen in (differenzial-)diagnostischen Überlegungen erschöpft, also auf der Ebene der medizinischen Beurteilung anzusiedeln ist (Urteil BGer 8C_349/2014 vom 18.8.2014 Erw. 3.3.2 mit Verweis auf Urteil BGer 9C_955/2012 vom 13.2.2013 Erw. 3.3.1).

1.3.1 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Beurteilung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe dieser Fachleute ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 Erw. 4). Diese ärztlichen Angaben dienen als wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 141 V 281 Erw. 5.2.1; 140 V 193 Erw. 3.2; 132 V 93 Erw. 4, je mit weiteren Hinweisen).

1.3.2 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizini-

schen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 Erw. 5.1).

2.1 Im vorliegenden Fall basiert die ursprüngliche Rentenzusprechung (Beschluss vom 26.11.2010 mit Umsetzung in den Verfügungen vom 7.2.2011, vgl. IV-act. 57 i.V.m. IV-act. 60) im Wesentlichen u.a. auf folgenden, ausschliesslich den psychischen Gesundheitszustand betreffenden Aspekten:

- dass Dr.med. C._____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie) im Gutachten vom 6. Dezember 2007 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt hatte (vgl. IV-act. 55-2f./7 i.V.m. IV-act. 48-18/41):
 - o rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), bestehend seit 1999, aktuelle schwere depressive Ausprägung seit 2007;
 - o Panikstörung (ICD-10 F41.0), bestehend seit 1999;
 - o Abhängigkeitssyndrom durch Benzodiazepine (ICD-10 F13.2), bestehend seit 1999;
- dass in diesem Gutachten vom 6. Dezember 2007 gestützt auf die erwähnten Diagnosen eine Arbeitsunfähigkeit von 100% veranschlagt wurde (IV-act. 55-3/7 i.V.m. IV-act. 48-25/41, 48-27/41), obwohl dem Gutachter eine ausgeprägt reduzierte Leistungsbereitschaft bzw. Selbstlimitierung der Versicherten auffiel (vgl. IV-act. 48-21/41 unten);
- und dass der gleiche Gutachter auch für eine Tätigkeit als Hausfrau eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. IV-act. 55-3/7 Ziff. 4 i.V.m. IV-act. 48-30/41 unten, Ziff. 5).

2.2 Im Verlaufsgutachten vom 28. Januar 2016 führte Dr.med. C._____ bei den psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erneut eine rezidivierende depressive Störung (mit aktuell schwerer Ausprägung, ICD-10 F33.9) und eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) an, derweil anstelle eines Abhängigkeitssyndroms durch Benzodiazepine (IC-10 F13.2) neu psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) aufgelistet wurden (vgl. IV-act. 78-20/46). Hinsichtlich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit postulierte dieser Gutachter weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten (vgl. IV-act. 78-30/46). Ergänzend empfahl er eine stationäre psychiatrische Behandlung der Versicherten, weil eine ambulante psychiatrische Behandlung nicht ausreichend erscheine (IV-act. 78-23/46 unten).

2.3 Daraufhin hielt sich die Versicherte vom 14. bis zum 22. April 2016 in der Klinik E._____ auf, wo im Austrittsbericht eine mittelgradige depressive

Episode (F32.1) sowie ein Verdacht auf eine anhaltende Schmerzstörung (F45.40) diagnostiziert wurden (IV-act. 84-1/10). Am Schluss des Austrittsberichts wurde u.a. festgehalten, dass die Versicherte gegen ärztlichen Rat vorzeitig aus der Klinik austrat und dass trotz des kurzen Klinikaufenthaltes "eine leichte Verbesserung der Symptomatik festgestellt" werden konnte (IV-act. 84-6/10).

2.4 Nach der dritten Hospitalisation in der Klinik E._____ (31.1.18 - 1.3.18) wurden im Austrittsbericht vom 10. April 2018 folgende Diagnosen gestellt (vgl. IV-act. 131-1/10):

Psychiatrische Hauptdiagnose (gemäss ICD-10GM)

1. Rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode (F33.1)

Psychiatrische Nebendiagnosen (gemäss ICD-10GM)

2. Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) (F41.0)
3. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40)

Andere Diagnosen (Nebendiagnosen)

4. Adipositas, BMI 58.8 (E66.9)
5. Reine Hypercholesterinämie (E78.0)
6. Symptomatischer Fersensporn li - mehrmalige op. Entfernung 04/2016, 02/2017
7. Knick-Senk Füsse bds.
8. Hypertonie (ED in domo)
9. Vitamin D3 Mangel (ED in domo)

Zur Frage, ob und gegebenenfalls in welchem Umfange eine Arbeitsfähigkeit (auch im Haushaltbereich) anzunehmen sei, wurde im Austrittsbericht nicht Stellung genommen.

2.5 Am interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 27. September 2018 wirkten folgende medizinischen Sachverständige mit (IV-act. 153-10/100):

- Dr.med. I._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/ Facharzt für Neurologie/ Federführung)
- Dr.med. J._____ (Facharzt für Allg. Innere Medizin)
- Dr.med. K._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates/ Facharzt für Chirurgie)
- Prof. (em.) Dr.med. L._____ (Facharzt für Innere Medizin/ med. Supervision)
- Dr.med. M._____ (med. Verantwortung/ Mitglied Geschäftsleitung)

Diese MEDAS-Gutachter konnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden u.a. eine ausgeprägte Adipositas, eine arterielle Hypertonie, eine Refluxkrankheit, chronische zervikospodylogene Schmerzen (ohne Bewegungseinschränkung der HWS), chronische lumbospodylogene Schmerzen sowie unklare muskuloskelettale Schmerzen praktisch am gesamten

Körper ohne objektivierbare Ursachen und Funktionseinschränkungen aufgeführt (IV-act. 153-5/100).

Im Rahmen der Konsistenzprüfung und Beurteilung führten die Gutachter u.a. sinngemäss aus, dass die Angaben der Versicherten (wonach sie faktisch vollinvalid und den ganzen Tag im Bett liegend sei), nicht nachvollziehbar seien, auch weil die Ausführungen der Versicherten vage blieben. Es sei kaum vorstellbar, dass ein Mensch sein Geburtsdatum, das Alter der Kinder und ähnliche Dinge nicht wiedergeben könne, selbst wenn er an einer relevanten depressiven Symptomatik leiden würde und sich keine Hinweise für eine Demenz finden liessen. Abgesehen davon müsste die Demenz so schwer sein, wenn sie die genannten Auffälligkeiten erklären würde, dass sie nicht zum sonstigen Antwortverhalten der Versicherte passte (siehe beispielsweise IV-act. 153-71/100 unten). Die Symptome und Funktionseinbussen seien weder konsistent noch plausibel und konnten in der Untersuchungssituation nicht nachvollzogen werden (vgl. VI-act. 153-7/100). Besonders auffällig war, dass bei der Versicherten keine validen kognitiven Befunde erhoben werden konnten. Die Leistungen in den wenigen durchführbaren Testverfahren waren "weit weg davon, was schwer hirnganisch beeinträchtigte Menschen erbringen. Solche Leistungen könnten am ehesten noch von akut psychotischen Patienten erbracht werden", was bei der Versicherten indes nicht der Fall war (vgl. IV-act. 153-84/100 oben). Insgesamt gelangten die Gutachter zum Ergebnis, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten sowohl bezogen auf die frühere Tätigkeit, als auch für angepasste Tätigkeiten, weder aktuell noch in der Vergangenheit eingeschränkt war (IV-act. 153-8/100).

2.6 Gestützt darauf argumentierte die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung sinngemäss, dass die von der Versicherten postulierten Beeinträchtigungen nicht als versicherte Gesundheitsschädigung zu qualifizieren seien und dies als erhebliche neue Tatsache im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG zu einer rückwirkenden Aufhebung der IV-Rentenleistungen führe.

3. Eine gerichtliche Würdigung des vorliegenden Falles zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

3.1 Das vorliegende MEDAS-Gutachten vom 27. September 2018 erfüllt grundsätzlich die von der Rechtsprechung formulierten Anforderungen. Namentlich wurden die medizinischen Akten sowie die geklagten Beschwerden hinreichend berücksichtigt. Die gutachtlichen Schlussfolgerungen erweisen sich - soweit sie sich auf die aktuelle Situation beziehen - insgesamt als nachvollziehbar (hinsichtlich der Rückschlüsse auf die Vergangenheit siehe nachfolgend).

Weitere medizinische Abklärungen erweisen sich als unnötig, zumal im Rahmen einer antizipierten Beweiswürdigung nicht mit wesentlichen neuen Erkenntnissen zu rechnen ist. Im vorliegenden Gutachten fallen mehrfach Inkonsistenzen auf, welche von der Beschwerdeführerin vor Gericht nicht substantiiert entkräftet werden. Dazu gehört insbesondere auch die Auflistung in Ziffer 12 der vorinstanzlichen Vernehmlassung,

- wonach das von der Beschwerdeführerin gezeigte Verhalten im Rahmen der neuropsychologischen Testung stark dafür spreche, dass ein verfälschtes Bild der tatsächlichen Leistungsmöglichen vermittelt werden sollte (IV-act. 154-30/100);
- wonach die Beschwerdeführerin bereits im ersten Durchgang des TOMM mehr Fehler machte, als bei einem zufälligen Beantworten der Fragen zu erwarten gewesen wäre, was laut Testmanual für das zielgerichtete Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik spreche (IV-act. 153-31/100);
- wonach aus dem Verhalten der Beschwerdeführerin im Rahmen der neurologischen Untersuchung auf ein zielgerichtetes Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik zu schliessen war, weil die Beschwerdeführerin die Symptomatik einer Tetraparese angab, was sicher auszuschliessen war (IV-act. 153-6/100; 153-56/100; 153-58/100);
- wonach die Beschwerdeführerin selbst einfachste Auskünfte zu ihrer Familie (Alter, Aufenthalt) nicht wiedergeben konnte, was kaum vorstellbar sei bei sonst fehlenden Hinweisen auf Demenz (IV-act. 153-7/100);
- wonach die Beschwerdeführerin sehr leidend wirkte, wobei vier von fünf Waddell-Kriterien positiv waren als Hinweise für eine bewusstseinsnahe Ausgestaltung der Beschwerdesymptomatik (IV-act. 153-71/100 unten);
- und wonach die Beschwerdeschilderungen sehr undifferenziert, ausweitung, verdeutlichend, vage blieben (IV-act. 153-34/100; 153-58/100; 153-82/100).

Illustrativ ist in diesem Zusammenhang die Aussage der Versicherten im Rahmen des Explorationsgesprächs, wonach sie hinsichtlich der Frage nach Suizidalität erklärte, "dass sie mehrmals probiert habe, sich mittels Einnahme von Medikamenten zu vergiften"; "sie hätte eine Menge Tabletten in der Hand gehabt und der Mann habe dies dann gemerkt und sie abhalten können. Seither bekomme sie nur noch die Medikamentenration, die sie für den Tag benötigt" (vgl. IV-act. 153-80/100). Etwas später, als die Versicherte zu hyperventilieren begann, verwies sie auf die Frage, was sie brauche, auf ihre Handtasche mit den Medikamenten (und nahm daraufhin 2 Tabletten Escitalopram und später noch Relaxane ein). Dabei fiel dem Gutachter der Widerspruch auf, dass die Versicherte beim Explorationsgespräch gesagt hatte, sie bekomme seit den Selbstvergiftungsversuchen mit Medikamenten nur noch die benötigte Tagesration, was aber mit der

Anzahl Medikamente in der Handtasche nicht vereinbar war (IV-act. 153-82/100 unten).

3.2 Diese auffälligen Inkonsistenzen im MEDAS-Gutachten vom 27. September 2018 stehen grundsätzlich in einem Gegensatz zu den Einschätzungen des Gutachters Dr.med. C._____, welcher zum einen im ersten Gutachten vom 6. Dezember 2007 - obwohl die Versicherte eine ausgeprägt reduzierte Leitungsbereitschaft bzw. Selbstlimitierung zeigte (IV-act. 48-21/41 unten) - eine schwergradige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Symptomatik einer rezidivierenden depressiven Störung (aktuell schwere Episode), der Panikstörung und des Abhängigkeitssyndroms durch Benzodiazepine anerkannte (IV-act. 48-26/41). Zum andern hielt der gleiche begutachtende Psychiater im Verlaufsgutachten vom 28. Januar 2016 ausdrücklich fest, dass (abgesehen von einer Divergenz zwischen verordneten Medikamenten und der Medikamenteneinnahme) keine Hinweise auf Inkonsistenzen oder Diskrepanzen zwischen den geschilderten Symptomen und dem Verhalten der Versicherten bestünden (vgl. IV-act. 78-29/46 oben).

3.3.1 Dieser Gegensatz (Erw. 3.1 zu Erw. 3.2) wird im MEDAS-Gutachten im Ergebnis grundsätzlich dadurch aufgelöst, dass die MEDAS-Gutachter sinngemäss für eine von Anfang fehlende relevante Arbeitsunfähigkeit plädieren, mithin der Versicherten im Zeitpunkt der Rentenzusprechung eine vollständige Arbeitsfähigkeit zu attestieren gewesen wäre.

3.3.2 Eine andere Erklärung für diesen Gegensatz wird im MEDAS-Gutachten nicht substantiiert erwogen und zwar, dass sich der Gesundheitszustand im Verlauf grundsätzlich verbessert hat. Für eine solche Verbesserung spricht vorab, dass die Versicherte - nach Massgabe einer Empfehlung des ursprünglichen Gutachters Dr.med. C._____ (vgl. IV-act. 78-23/46 unten) - sich stationär behandeln liess und ungeachtet des kurzen (von der Versicherten vorzeitig abgebrochenen) Klinikaufenthaltes eine positive Zustandsentwicklung feststellbar war (vgl. IV-act. 84-6/10; siehe auch 153-32/100 unten), welche nach den konkreten Umständen in einem Zusammenhang damit steht, dass (zuvor) keine konsequente Medikamenteneinnahme gewährleistet war (vgl. IV-act. 84-2/10 unten). Ein verbessertes Zustandsbild ergab auch der nächste Klinikaufenthalt im Februar 2018 (31.1.2018 bis 1.3.2018, vgl. IV-act. 126-2/3 oben), wie die RAD-Psychiaterin Dr.med. univ. Dr.phil. F._____ am 26. April 2018 feststellte (vgl. IV-act. 134-5/5). Bereits erwähnt wurde, dass im stationären Rahmen eine konsequente Medikamenteneinnahme gewährleistet war, welche in Verbindung mit der seit Dezember 2017 verlangten Blutspiegelkontrollen der Antidepressiva (vgl.

IV-act. 122 i.V.m. IV-act. 137, 143, 146) auch im ambulanten Setting Auswirkungen zeigte, wie auch anlässlich der einige Monate später durchgeführten MEDAS-Begutachtung festgehalten wurde (vgl. IV-act. 153-33 in fine; demgegenüber war im Verlaufsgutachten von Dr.med. C._____ ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Serumblutspiegel von Escitalopram, Quetiapin und Lorazepam ausserhalb der Referenzbereiche lagen (vgl. IV-act. 78-16/46 oben).

Sodann trägt auch die aktenkundige Reduktion des Körpergewichts zu einer Entlastung und letztlich zu einer Verbesserung bei. Während die Versicherte im Jahre 2016, als die Verlaufsbeurteilung durch Dr.med. C._____ erfolgte, ein Körpergewicht von 119 kg (BMI 41.2) aufwies (vgl. IV-act. 84-5/10 oben), welches zunächst noch auf 180 kg (?) anstieg (BMI 58.8, was wohl als Verschrieb zu beurteilen ist, vgl. IV-act. 131-1/10 und 131-4/10 oben 2. Abs.), hatte sich das Gewicht der Versicherten im Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung auf 111 kg (IV-act. 153-55/100, Ziff. 4.3) bzw. 112 kg (IV-act. 153-66/100, Ziff. 4.3 unten) reduziert. Auch wenn eine weitere Gewichtsabnahme offenkundig für den Gesundheitszustand noch günstiger wäre, spricht die zuletzt aufgetretene Entwicklung der Abnahme des Körpergewichtes für eine verbesserte Situation.

Ferner ist auch bezogen auf die in den Akten thematisierten Tätigkeiten der Versicherten im Haushaltbereich eine Entwicklung feststellbar, welche eine gewisse Zunahme der Betätigungen dokumentiert. Anlässlich der am 8. Juli 2015 durchgeführten Haushaltabklärung machte die Versicherte geltend, dass sie im Haushalt "gar nichts" erledige (vgl. IV-act. 73-2/12 Ziff. 1.3 i.V.m. IV-act. 73-8/12, Ziff. 7.1, allenfalls "äs bitzeli", vgl. 73-9/12 oben), demgegenüber erklärte sie bei der MEDAS-Begutachtung gegenüber dem neuropsychologischen Gutachter, "sie versuche, etwas im Haushalt zu machen" (vgl. IV-act. 153-80/100 unten, "unterbreche dies aber wegen Panikattacken häufig").

3.4.1 Im Lichte dieser Aspekte sprechen die gewichtigeren Argumente für den Standpunkt, wonach die Versicherte grundsätzlich nach der stationären Behandlung sowie der besseren ambulanten Anbindung (mit Blutspiegelkontrollen hinsichtlich der Medikation) eine Besserung erfahren hat, welche die Versicherte mit ihrem inkonsistenten Verhalten anlässlich der MEDAS-Begutachtung nicht offenlegen wollte. Daraus lässt sich auch die im MEDAS-Gutachten per Beurteilungszeitpunkt ermittelte Arbeitsfähigkeit von 100% ableiten.

3.4.2 Und selbst dann, wenn entgegen den vorstehenden Ausführungen keine Verbesserung des Gesundheitszustandes (trotz nunmehr besser gewährleisteten Medikamenteneinnahme) anzunehmen wäre, verhielte es sich so, dass der Eventualargumentation der Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (Ziff. 20) zu fol-

gen wäre, wonach im MEDAS-Gutachten ein aggravatorisches Verhalten der Versicherten zu beurteilen war, welches sie aktenkundig im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung nicht gezeigt hatte bzw. welches damals u.a. mangels Beschwerdevalidierungsverfahren nicht erkannt wurde. Darin ist im Einklang mit der Vorinstanz eine Tatsachenänderung zu erblicken, welche nach Massgabe der höchstrichterlichen Rechtsprechung (wie sie beispielsweise im Urteil 9C_602/2016 vom 14.12.2016 enthalten ist) grundsätzlich als Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG zu würdigen ist (siehe auch Urteil BGer 8C_825/2018 vom 6.3.2019 Erw. 6.1 mit Hinweisen; Urteil BGer 9C_621/2018 vom 27.11.2018 Erw. 5.3.1, u.a. in fine).

Dafür spricht insbesondere auch, dass die beanwaltete Beschwerdeführerin zu den dargelegten, im MEDAS-Gutachten festgestellten Inkonsistenzen (siehe vorstehend Erwägung 3.1) auch nicht ansatzweise plausible Erklärungen vorgebracht hat, und zwar weder in der Beschwerdeschrift, noch in der ergänzenden Eingabe vom 17. September 2019. Namentlich bestreitet die Beschwerdeführerin vor Gericht nicht, dass sie im Rahmen der MEDAS-Begutachtung bei der neurologischen Untersuchung die Symptomatik einer (nach der Aktenlage inexistenten) Tetraparese angegeben hat. Auch der klare Widerspruch hinsichtlich der geltend gemachten täglichen Medikamentenration und dem tatsächlichen Medikamentenvorrat in der Handtasche (bei der MEDAS-Begutachtung, siehe IV-act. 153-82/100 unten), welcher der Glaubwürdigkeit der Versicherten entgegensteht, wurde in den Rechtsschriften ans Gericht übergegangen. Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass die vorgebrachten Leistungseinschränkungen in Anbetracht der thematisierten Inkonsistenzen keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellen, weil solche geltend gemachten Beeinträchtigungen auf einer als bewusstseinsnah zu charakterisierenden Aggravation von erheblicher Ausprägung und Intensität im Sinne von BGE 131 V 49 (Erw. 1.2 in fine S. 51) beruhen. Eine Antwort auf die Fragestellung, weshalb diese Argumentationskette in Anbetracht der geschilderten Inkonsistenzen nicht zutreffen sollte, bleibt die Beschwerdeführerin im Verfahren vor Gericht schuldig (weil diese Inkonsistenzen von der Beschwerdeführerin vor Gericht ausgeblendet und nicht begründet werden).

Analoges gilt auch für die Äusserungen der behandelnden Psychiater, welche in Kenntnis des MEDAS-Gutachtens sich mit den angesprochenen, auffälligen Inkonsistenzen überhaupt nicht befassen (vgl. IV-act. 166). Dazu ist auf die überzeugenden Ausführungen der Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (unter Ziffer 13 und 14) hinzuweisen, denen uneingeschränkt beizupflichten ist. Indem die behandelnden Ärzte zu den festgestellten Inkonsistenzen (siehe oben) schweigen, dokumentierten sie in klassischer Weise eine Haltung, welche sich an den

subjektiven Angaben der Patientin orientiert und mithin auf (einseitige) Unterstützung der Patientin ausgerichtet ist, ohne dass objektive Untersuchungsergebnisse der Gutachter (beispielsweise hinsichtlich des zielgerichteten Vortäuschens einer nicht vorhandenen Tetraparese-Symptomatik) ausreichend mitberücksichtigt werden.

3.5 Dem vorliegenden Ergebnis entsprechend, wonach die Rentenaufhebung grundsätzlich auf der Basis einer Tatsachenänderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG ex nunc (und nicht ex tunc) aufzuheben ist, erweist es sich als unnötig, auf die Argumentation der Beschwerdeführerin näher einzugehen, dass bei einer Revision nach Art. 53 Abs. 1 ATSG die relative Frist von 90 Tagen seit der Entdeckung des Revisionsgrundes nicht eingehalten worden sei. Vielmehr verhält es sich so, dass die Vorinstanz zu Recht davon abgesehen hat, die bisher gewährte ganze IV-Rente weiter auszurichten.

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde insoweit im Sinne der Erwägungen teilweise gutzuheissen, als die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2019 rückwirkend einen Anspruch auf IV-Rentenleistungen verneint und diesbezüglich gemäss Art. 25 Abs. 2 ATSG Leistungen zurückgefordert hat. Soweit in der Beschwerde beantragt wird, die bisherige ganze IV-Rente weiterhin auszurichten (sowie diesbezüglich Rentenleistungen nachzuzahlen), wird die Beschwerde als unbegründet abgewiesen.

4.2 Die Verfahrenskosten werden je zur Hälfte der IV-Stelle und dem Beschwerdeführer auferlegt. Auf das Inkasso gegenüber der Versicherten wird unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege vorderhand verzichtet.

4.3 Analog wird der Beschwerdeführerin zulasten der IV-Stelle eine reduzierte Parteientschädigung zugesprochen. Für die Höhe des Honorars ist auf den kantonalen Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) abzustellen, welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht. Nach § 2 GebTRA ist die Vergütung nach der Wichtigkeit der Streitsache, ihrer Schwierigkeit, dem Umfang und der Art der Arbeitsleistung sowie dem notwendigen Zeitaufwand zu bemessen. Unter Berücksichtigung all dieser Aspekte ist die reduzierte, von der Vorinstanz zu bezahlende Parteientschädigung auf Fr. 1'400.-- festzulegen. Nach den gleichen Grundsätzen ist das vom Staat zu erbringende Honorar für die unentgeltliche Verbeiständung auf Fr. 1'400.-- festzusetzen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen teilweise gutgeheissen. Die angefochtene Verfügung vom 18. Juli 2019 wird insofern abgeändert, als rückwirkend ein Anspruch auf IV-Rentenleistungen verneint und diesbezüglich IV-Rentenleistungen im Sinne von Art. 25 Abs. 2 ATSG zurückgefordert wurden. Soweit die Beschwerdeführerin beantragt, es seien ihr weiterhin IV-Rentenleistungen zu gewähren, ist die Beschwerde als unbegründet abzuweisen.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz sowie der Beschwerdeführerin je zur Hälfte (Fr. 250.--) auferlegt. Die Vorinstanz hat ihren Kostenanteil von Fr. 250.-- innert 30 Tagen seit Zustellung des Entscheids auf das Postkonto 60-22238-6 des Gerichts zu überweisen. Der Verfahrenskostenanteil der Beschwerdeführerin wird unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und unter Vorbehalt der Rückerstattungspflicht (siehe nachstehend Ziff. 5) einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.
3. Für das vorliegende teilweise Obsiegen wird der Beschwerdeführerin zu Lasten der Vorinstanz eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 1'400.-- zugesprochen.
4. Im Übrigen wird der Beschwerdeführerin für das teilweise Unterliegen im verwaltungsgerichtlichen Verfahren die unentgeltliche Verbeiständung gewährt und Rechtsanwalt lic.iur. B. _____ als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Ihm ist zu Lasten des Verwaltungsgerichts ein reduziertes Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) von Fr. 1'400.-- zuzusprechen.
5. Die Beschwerdeführerin hat ihren Verfahrenskostenanteil von Fr. 250.-- und den Honoraranteil von Fr. 1'400.-- für die unentgeltliche Rechtsverbeiständung dem Gericht zurückzuerstatten, wenn sie dazu innert 10 Jahren seit Rechtskraft dieses Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).
6. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

7. Zustellung an:

- den Vertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
- die Vorinstanz (R)
- und das Bundesamt für Sozialversicherungen (A).

Schwyz, 12. Dezember 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 18. Dezember 2019