

200 13 1095 IV  
SCP/SHE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 2. April 2015**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Schnyder

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. November 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1964 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 18. Februar 1998 mit Hinweis auf Rückenschmerzen sowie Schmerzen im rechten Bein bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Vorakten der IVB [VA] 23). Diese veranlasste erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere liess sie die Versicherte neurochirurgisch bei Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, untersuchen (vgl. Gutachten vom 12. Februar 1999; VA 5). Mit Verfügungen vom 27. Januar 2000 wurde ab Februar 1998 eine halbe Invalidenrente (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 7/2) und ab April 1998 befristet bis 30. April 1999 eine ganze Rente (AB 7/4) inkl. zwei Kinderrenten und eine Ehegattenrente zugesprochen. Die beiden Verfügungen blieben unangefochten.

Nach der Eingabe von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 22. März 2000 (AB 8) veranlasste die IVB weitere medizinische Abklärungen. Insbesondere wurde die Versicherte in der Klinik E.\_\_\_\_\_ untersucht (vgl. psychiatrisches Gutachten vom 19. Februar 2001; AB 15). Mit Verfügungen vom 25. Juni 2001 wurde ihr befristet vom 1. September 2000 bis zum 31. März 2001 eine halbe (AB 18/2) und ab April 2001 eine ganze Rente (AB 18/7) inkl. Kinderrenten und Ehegattenrente zugesprochen. Nach drei von Amtes wegen in die Wege geleiteten Rentenrevisionen wurde jeweils eine unveränderte Rente ausgerichtet (AB 27, 44 und 51).

### **B.**

Im Rahmen der am 30. August 2012 von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision (AB 66 f.) tätigte die IVB erneut erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere liess sie die Versicherte bei der F.\_\_\_\_\_ (MEDAS) bidisziplinär begutachten (AB 81.1). Gestützt auf das hierauf erstellte Gutachten vom 11. Juli 2013 stellte die IVB mit Vorbescheid vom 28.

August 2013 (AB 83) die Aufhebung der Rente in Aussicht, wogegen die Versicherte am 27. September 2013 Einwände erheben liess (AB 88). Am 6. November 2013 (AB 90) verfügte die IVB wie im Vorbescheid angekündigt.

### C.

Mit Eingabe vom 6. Dezember 2013 liess die Versicherte hiergegen Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen:

- „1. Die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern vom 6. November 2013 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2014 eine volle IV-Rente zu gewähren.
2. Eventualiter: Es sei eine neue Begutachtung anzuordnen und die Sache zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Die aufschiebende Wirkung sei wiederherzustellen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -“

Der Beschwerde beigelegt war der Bericht von med. pract. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 2. Dezember 2013 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 3).

Weiter liess die Beschwerdeführerin am 6. Dezember 2013 dem Verwaltungsgericht ein Gesuch um Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege einreichen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 10. Dezember 2013 wies der zuständige Instruktionsrichter das Gesuch um Erlass vorsorglicher Massnahmen (Weiterausrichtung der Rentenleistungen während bzw. bis zum rechtskräftigen Abschluss des Rechtsstreits) ab.

Mit weiterer Eingabe vom 18. Dezember 2013 liess die Beschwerdeführerin den Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2014 (BB 4) einreichen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Eingabe vom 13. Januar 2014 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 28. Februar 2014 hiess der zuständige Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 6. November 2013 (AB 90). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei namentlich die Rechtmässigkeit der verfügten Rentenaufhebung.

**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** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

**2.3** 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.

**2.4** 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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den In-

validitätsgrad 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. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.1).

**2.5** 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 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**2.6** 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 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).

**2.7** 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).

### 3.

**3.1** Vorliegend ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügungen vom 25. Juni 2001 (AB 18/2 und 18/7) mit demjenigen im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 6. November 2013 (AB 90) zu prüfen, ob in den für den Leistungsanspruch relevanten Tatsachen eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Die Verfügung vom 7. April 2003 (AB 27) sowie die Mitteilungen vom 28. September 2007 (AB 44) und 11. März 2010 (AB 51), welche infolge von Amtes wegen in die Wege geleiteter Rentenrevisionen erlassen wurden, stellen keine Vergleichsbasis dar, da sie nicht auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruhen (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 7. Februar 2012, 8C\_433/2011 E. 2.1). Bei der Verfügung vom 27. April 2003 und der Mitteilung vom 11. März 2010 wurde jeweils neben einer schriftlichen Befragung der Beschwerdeführerin (AB 21 und 46) sowie der behandelnden Psychiaterin (AB 26 und 48) lediglich eine schriftliche Befragung des Arbeitgebers (AB 24) bzw. des Hausarztes (AB 50) durchgeführt und/oder der Auszug des Individuellen Kontos (IK) (AB 47) einverlangt. Was die am 17. Mai 2004 eingeleitete Rentenrevision (AB 28) betrifft, die mit Bestätigung des bisherigen Invaliditätsgrads und Rentenanspruchs endete (AB 44), stellt diese ebenfalls keine Vergleichsbasis dar. Obwohl neben der Durchführung einer schriftlichen Befragung der Beschwerdeführerin (AB 28) und des Arbeitgebers (AB 30) sowie der Einholung des IK-Auszugs (AB 29), Berichten der behandelnden Psychiaterin (AB 31) und des Hausarztes (AB 34) auch eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 38) eingeholt sowie eine Haushaltsabklärung (AB 35) und eine psychiatrische Verlaufsbegutachtung (AB 43) veranlasst wurden, hat keine tatsächliche materielle Überprüfung des Leistungsanspruches stattgefunden. So wurde, was den Gesundheitszustand betrifft, lediglich eine psychiatrische Verlaufsbegut-

achtung veranlasst, obwohl die untersuchende Psychiaterin med. pract. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, im Verlaufsgutachten vom 30. August 2007 (AB 43) ausdrücklich darauf hinwies, dass im Hinblick auf die somatischen Beschwerden die entsprechenden Spezialisten die verminderte Leistungsfähigkeit beurteilen sollten (S. 8 Ziff. 14). Auch wurde weder im Abklärungsbericht vom 22. März 2005 (AB 35) noch in der Mitteilung vom 28. September 2007 (AB 44) ein konkreter Einkommensvergleich vorgenommen.

**3.2** Die rentenzusprechenden Verfügungen vom 25. Juni 2001 (AB 18/2 und 18/7) basierten im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Unterlagen:

**3.2.1** Dr. med. C.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im neurochirurgischen Gutachten vom 12. Februar 1999 (VA 5) ein ischialgiformes Schmerzsyndrom rechts bei Status nach mikrochirurgischer Fenestration L5/S1 rechts am 3. November 1998 und neuroradiologisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen lumbosakral (wurzelbeengend, nicht neurokompressiv; S. 6 Ziff. 4). Im Wesentlichen könne klinisch eine etwas eingeschränkte Beweglichkeit der LWS festgestellt werden. Als radikuläre Störung müsse die Sensibilitätsstörung L5 und S1 rechts interpretiert werden, wobei jedoch keine Reflexstörung und auch keine Parese nachweisbar sei. Neuroradiologisch lägen degenerative Veränderungen lumbosakral vor, eine Wurzelkompression könne jedoch nicht nachgewiesen werden (S. 6 Ziff. 3). Für die geklagten, in das rechte Bein ausstrahlenden Beschwerden müssten die degenerativen Veränderungen lumbosakral, nämlich die Discusprotrusion sowie Spondylarthrose und Fazettenarthrose, verantwortlich gemacht werden. Ein radikuläres Kompressionssyndrom könne zurzeit weder klinisch noch neuroradiologisch nachgewiesen werden. Eine körperlich schwere Arbeit sollte der Beschwerdeführerin nicht mehr zugewiesen werden, da die erwähnten Veränderungen durch eine wiederholte schwere körperliche Belastung zwangsläufig vermehrt Schmerzen verursachen würden. Als Köchin sollte sie keine schweren Gewichte über 10 bis 15 kg mehr heben müssen. Unter dieser Voraussetzung wäre sie zurzeit - in allerdings ungünstiger vorwiegend stehender Position - zu 50% arbeitsfähig (S. 6 f. Ziff. 5). Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit bzw. Arbeitsstelle sollte in

erster Linie Gewichteheben über 10 bis 15 kg ausschliessen, zudem sollte keine rein stehende oder nach vorn gebückte Tätigkeit notwendig sein. Es kämen somit alle Tätigkeiten mit der Möglichkeit, herumzugehen, zu sitzen und die Körperposition gelegentlich zu wechseln, in Frage (S. 9 Ziff. 7.4.1). Eine solche dem Leiden angepasste Tätigkeit wäre zurzeit 75%, d.h. zweimal drei Stunden täglich, ohne leistungsmässige Einbusse zumutbar (Ziff. 7.4.2).

**3.2.2** A. I. \_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP in der Klinik J. \_\_\_\_\_, diagnostizierte im Bericht vom 25. September 2000 (AB 12) eine posttraumatische Belastungsstörung mit somatoformer Schmerzstörung nach sexueller Gewalt bei einer selbstunsicheren, aggressionsgehemmten, vulnerablen Persönlichkeit. Die Störung bestehe seit einer massiven Gewalterfahrung im Krieg in ... vor ca. sieben Jahren (S. 3 lit. A). Die Beschwerdeführerin klagt über massive Rücken- und Beinschmerzen, Alpträume und rekurrente, intrusive Erinnerungen an die im Krieg erlebte sexuelle Gewalt, denen sie nicht ausweichen könne und die bei ihr Zustände der Verzweiflung auslösen würden (lit. D Ziff. 2).

**3.2.3** Im psychiatrischen Gutachten der Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 19. Februar 2001 (AB 15) stellte Dr. med. K. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: anhaltende posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) unter Ausbildung einer somatoformen Störung (ICD-10 F45.9) sowie depressiver Symptomatik; Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3); ischialgiformes Schmerzsyndrom rechts (Status nach mikrochirurgischer Fenestration L5/S1 rechts am 3. November 1998 und neuroradiologisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen lumbosakral; S. 1 lit. A Ziff. 1). Es liege eine schwere, verzögert aufgetretene posttraumatische Belastungsstörung verbunden mit multiplen depressiven Symptomen, nächtlichen Alpträumen über die Kriegserlebnisse und einer Reihe somatischer Beschwerden vor. Daneben fände sich ein lumboradikuläres Syndrom. Sowohl die psychischen als auch die somatischen Beschwerden bestünden seit mindestens drei Jahren und hätten in dieser Zeit die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 100 auf derzeit 20% reduziert (S. 5 Ziff. 1). Die posttraumatische Störung weise mehrere traumatische Sequenzen auf und sei verzögert aufgetreten,

was im Allgemeinen eine ungünstigere Prognose bedeute. Nicht nur die Vergewaltigung während der Kriegsperiode unter Androhung von Gewalt gegenüber ihrer Familie belaste die Beschwerdeführerin heute noch in wiederkehrenden Alpträumen. Aus kulturellen Gründen habe sie dieses Ereignis längere Zeit nicht mit dem Ehemann besprechen können, da sexuelle Kontakte mit fremden Männern stark mit Ehrverletzungen verbunden seien. Die kulturelle Integration in der Schweiz sei nur schlecht gelungen (S. 5 Ziff. 2).

**3.3** Der medizinische Zustand nach den beiden Verfügungen vom 25. Juni 2001 (AB 18/2 und 18/7) präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

**3.3.1** Dr. med. H. \_\_\_\_\_ stellte im Gutachten vom 30. August 2007 (AB 43) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) mit/bei posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) seit Jahren bestehend sowie ischialgiformes Schmerzsyndrom rechts bei Status nach mikrochirurgischer Fenestration L5/S1 rechts am 3. November 1998 und neuroradiologisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen lumbosakral seit 1997 bestehend (S. 5 Ziff. 4). Im Verlauf einer anhaltenden schweren posttraumatischen Belastungsstörung habe sich bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig mittelgradiger Episode etabliert. Von somatischer Seite bestehe zusätzlich ein ischialgiformes Schmerzsyndrom rechts mit nachgewiesenen degenerativen Veränderungen lumbosakral. Die bei der letzten Begutachtung in den E. \_\_\_\_\_ 2001 gestellte Diagnose einer somatoformen Störung, die damals als eine nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (ICD-10 F45.9) klassifiziert worden sei, habe zum jetzigen Zeitpunkt weder klinisch noch durch die erfolgte Testung erhärtet werden können. Die beschriebenen Beschwerden würden sich mit den objektiven Leitlinien, die zur Diagnosestellung der Erkrankungen führen würden, decken. Eine Simulation sei ausgeschlossen. Weitere Änderungen der damals erstellten Diagnosen bestünden im Verlauf nicht, wobei sich aktuell Zeichen einer Aggravation in Krisensituationen im Bereich der Depression abzeichnen würden (S. 5 f. lit. B). Dr. med. H. \_\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass keine geistigen Beein-

trächtigungen bestünden. Von körperlicher Seite sei die Beschwerdeführerin infolge ihres ischialgiformen Schmerzsyndroms rechts beeinträchtigt. Daneben bestünden depressive Symptome, die zu einer weiteren Beeinträchtigung beitragen (S. 6 lit. C Ziff. 1). Die Beschwerdeführerin sei wenig belastbar, affektiv gespannt, in ihrer Konzentration beeinträchtigt, leicht ermüdbar und vermindert leistungsfähig (Ziff. 2). Ihre bisherige Tätigkeit sei ihr noch zwei Stunden am Tag zumutbar (Ziff. 4); die Leistungsfähigkeit sei dabei um 50% infolge der depressiven Symptome gemindert (Ziff. 5 und S. 8 Ziff. 14). In einer anderen Tätigkeit könnten die verbleibenden Fähigkeiten nicht besser verwertet werden (S. 7 Ziff. 10).

**3.3.2** Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 3. Februar 2009 (AB 48/3) rezidivierende depressive Episoden sowie belastungs- und wetterabhängige Rückenschmerzen (Ziff. 2). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich in den Jahren 2008 und 2009 wegen psychosozialer Belastungsprobleme verschlechtert. Ihr Ehemann sei krank und wegen seiner Krankheit sei ihm gekündigt worden; er sei zur Zeit den ganzen Tag zu Hause. Ihr behinderter Sohn habe seine Stelle gekündigt und sei auch ganztags zu Hause. Ihre noch verheiratete Tochter und die zweijährige Enkelin seien vom Ehemann misshandelt worden, von zu Hause geflüchtet und hätten eine Zeit lang im Frauenhaus gewohnt. Die Beschwerdeführerin sei psychisch und physisch nicht belastbar. Diese zusätzlichen Probleme hätten sie psychisch völlig überfordert (Ziff. 3)

Gemäss ihrem Bericht vom 29. Oktober 2012 (AB 73) arbeite die Beschwerdeführerin seit Juli 2009 eindreiviertel Stunden pro Tag als ... (Ziff. 1). Es sei mehrmals eine Steigerung versucht worden, aber mit mehr Arbeit sei sie physisch und psychisch überfordert gewesen (Ziff. 2). Sie sei in ihrer Reisefähigkeit nicht eingeschränkt und könne sogar mit ihrem Auto oder dem Fahrrad zur Arbeit fahren (Ziff. 3). Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit könne zurzeit nicht erreicht werden, weil sie psychisch und physisch sehr eingeschränkt belastbar sei (Ziff. 5). Die Präsenzzeit könne nicht mehr gesteigert werden, aber eventuell die Arbeitsqualität. Die Beschwerdeführerin sei am 1. September 2012 zur ... befördert worden und sei verantwortlich für ... (Ziff. 6). In den Jahren 2010 und 2011 habe man eine gesundheitli-

che Verschlechterung in Form von depressiven Episoden und akuten Schmerzen beobachten können (S. 4 Ziff. 10). Zurzeit sei sie etwa wieder so belastbar wie 2009 (Ziff. 11). Sie sei psychisch und physisch sehr eingeschränkt belastbar und könne nach eigenen Angaben bis auf Weiteres ihr Arbeitspensum nicht steigern (Ziff. 12).

**3.3.3** Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, stellte im orthopädischen Teil des bisdisziplinären Gutachtens der MEDAS vom 11. Juli 2013 (AB 81.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen: Lumboschialgie beidseits bei Osteochondrose L5/S1 mit Spondylarthrose und Discushernie mit links rezessaler Nervenwurzelkompression S1 und rechts rezessalem Wurzelkontakt S1 bei Status nach mikrotechnischer Fenestration und Wurzeldekompression L5/S1 rechts im November 1998 sowie leichte Spondylarthrose L2-5; Fersensporen rechts und links bei Senk-/Spreizfüssen; Adipositas per magna (S. 8 Ziff. 6.1). Die lumbalen Schmerzen und die abnormen Untersuchungsbefunde der LWS könnten im Wesentlichen auf die im MRI dokumentierte Osteochondrose L5/S1 mit Spondylarthrose und medianer Discushernie mit links rezessaler Wurzelkompression S1 und rechts rezessalem Wurzelkontakt S1 zurückgeführt werden, wobei die Ausstrahlung der Schmerzen den Dermatomen entspreche, die von den betroffenen Nervenwurzeln S1 versorgt würden. Die Fersenschmerzen rechts und links sowie die pathologischen objektiven Befunde der Fersen seien durch den radiologisch dokumentierten Fersensporen rechts und links erklärt. Prognostisch ungünstig sei das Übergewicht, das zu einer vermehrten Belastung der abgenützten unteren Lendenwirbelsäule und auch der Fersen bei Senk-/Spreizfüssen führe (S. 8 f. Ziff. 7.2).

Im psychiatrischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische depressive Verstimmung (Dysthymie; ICD-10 F34.1, bestehend seit mindestens Januar 2013) und aktenanamnestisch einen Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1, beschrieben von 2000 bis etwa 2007) sowie nach mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10 F33.1, bestehend etwa 2006/2007; S. 23 Ziff. 6.1).

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er Persönlichkeitszüge mit passiven, vermeidenden Zügen (ICD-10 Z73.1, bestehend seit Jahren; Ziff. 6.2). Aus psychiatrischer Sicht könne bei der Beschwerdeführerin nach einer schweren Traumatisierung über Jahre eine posttraumatische Belastungsstörung erhoben werden, wobei sich zum gegenwärtigen Untersuchungszeitpunkt keine Symptome für eine weiterhin bestehende posttraumatische Belastungsstörung erheben liessen. Nach den Aktenunterlagen hätten diese Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung vor allem in Albträumen mit rekurrenten, intrusiven Erinnerungen an die im Krieg erlebte sexuelle Gewalt mit Zuständen von Verzweiflung, depressiven Verstimmungen, Schlafstörungen und Somatisierungen bestanden. Diese Symptome könnten von der Beschwerdeführerin inzwischen nicht mehr angegeben werden, wobei auch nicht erhebbar sei, wann sich diese Symptome gebessert hätten. Weiter lasse sich seit etwa 2000 eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradigen depressiven Episoden erheben im Zusammenhang mit anhaltenden körperlichen Beschwerden, anfänglichen Integrationsschwierigkeiten, sozialer Isolierung und zuletzt 2007 im Zusammenhang mit familiären Belastungen bei Erkrankung des Ehemannes. Diese mittelgradigen depressiven Episoden seien gekennzeichnet gewesen durch eine niedergeschlagene Stimmungslage mit Unruhezuständen, vermehrter Nachdenklichkeit, Zukunftsängsten und Durchschlafstörungen. Zum gegenwärtigen Untersuchungszeitpunkt fänden sich lediglich Hinweise für chronische depressive Stimmungsschwankungen entsprechend einer Dysthymie. Dabei handle es sich um eine leichte depressive Störung, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden gegenwärtig nicht die Kriterien für eine mittelgradige rezidivierende depressive Störung erfülle. Dabei wirke die Beschwerdeführerin zum Untersuchungszeitpunkt in der Stimmung ausgeglichen und zeige nur leichte Affektstörungen mit vermindertem affektivem Mitschwingen, vermehrt klagenden Verhalten. Das Denken wirke etwas langsam, umständlich, jedoch nicht wesentlich negativistisch eingeengt. Auch fänden sich keine Suizidgedanken und keine Hinweise für eine suizidale Einengung (S. 25 Ziff. 7.2). Aufgrund der über Jahre bestehenden posttraumatischen Belastungsstörung und der rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradigen depressiven Episoden, seien die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, Antrieb, Interessen, Motivation, Anpassungsfähigkeit,

Kontaktfähigkeit und Dauerbelastung über Jahre erheblich beeinträchtigt gewesen. Inzwischen könne nach Besserung des psychischen Zustandes auch eine deutliche Besserung der psychischen Belastbarkeit angenommen werden (S. 26 Ziff. 7.3).

Zusammenfassend kommen die Dres. med. M.\_\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_\_ in ihrer polydisziplinären Konsensbeurteilung zu folgenden Schlussfolgerungen: Die Arbeitsfähigkeit als ..., einer häufig stehenden und gehenden Tätigkeit mit inklinierter und rotierter Körperhaltung betrage seit Februar 1999 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eines normalen Pensums 50%, nachdem bei Osteochondrose L5/S1 mit Spondylarthrose, medialer Discushernie sowie links rezessaler Nervenwurzelkompression S1 und rechts rezessalem Wurzelkontakt S1 sowie Fersensporn rechts und links bei Senk-/Spreizfüssen vorwiegend stehende und gehende Tätigkeiten mit häufig inklinierter und rotierter Körperhaltung nicht mehr vollumfänglich zumutbar seien (S. 34 Ziff. 12.1). Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei häufig gelaufen werden müsse und die nicht mit häufigen inklinierten und rotierten Körperhaltungen verbunden seien, könnten gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Februar 1999 zu 90% zugemutet werden und zusätzlich Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung könnten gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Januar 2013 zu 80% durchgeführt werden (Ziff. 12.2). Die bisherige und adaptierte Arbeitsfähigkeit bestehe ab Februar 1999 und die revidierte adaptierte Arbeitsfähigkeit seit Januar 2013. Die weiterhin angenommene 20%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit beruhe darauf, dass trotz der nur leichten depressiven Störung eine erhöhte Vulnerabilität bei Status nach posttraumatischer Belastungsstörung bestehe (Ziff. 12.3).

**3.3.4** Wie med. pract. G.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 2. Dezember 2013 (BB 3) ausführte, habe sie es in ihrer Tätigkeit häufiger erlebt, dass schwierige Ereignisse im Leben von Patienten (Arbeitsplatzverlust, Trennung, Todesfall) andere traumatisierende Ereignisse in der Vergangenheit aktiviert und zu einer erheblichen Retraumatisierung und Destabilisierung

der Patienten geführt hätten. Die im Gutachten der MEDAS gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung werde nicht bestritten. In diesem Sinne müssten die psychiatrischen Diagnosen ergänzt werden durch „Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung, ICD-10 F62.0“, nicht „Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit passiven vermeidenden Zügen.“ Das Vermeidungsverhalten sei ein typisches Verhalten für Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen, die auch in der ICD-10 beschrieben sei. Im psychiatrischen Gutachten bemängle Dr. med. N. \_\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin ihren psychischen Zustand nicht näher beschreiben könne. Dies habe viele Gründe. Zum einen habe sie zumindest befriedigende Deutschkenntnisse, zum anderen lediglich eine Schulausbildung, die wohl dem Primarschulabschluss entspreche. Im Weiteren sei sie schon Wochen vor der Begutachtung nervös und ängstlich gewesen, vor allem weil sie eigentlich nicht mehr über ihre Vergangenheit habe sprechen wollen, weil es ihr dann jedes Mal wieder schlechter gehe. Ein weiterer Grund für die Schwierigkeiten über die Vergangenheit zu sprechen sei möglicherweise auch darin begründet, dass sie über ihre sexuelle Gewalterfahrung bisher nur mit Frauen (Schwester, Mutter, Psychiaterin in Bern, ihrer späteren Therapeutin, Dr. med. L. \_\_\_\_\_ sowie med. pract. G. \_\_\_\_\_) gesprochen habe. Dr. med. N. \_\_\_\_\_ schätze die Schwere der Erkrankung anders ein, als die bisherigen Untersucher und Therapeuten. Die Arbeitsfähigkeit werde rein aufgrund des Gespräches eingeschätzt und mit 20% Arbeitsunfähigkeit beurteilt, was nur mittels einer Arbeitsabklärung möglich wäre. Zusammenfassend sei die Erkrankung als mindestens mittelschwere depressive Störung einzuschätzen und als Diagnose „Anhaltende Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit“, statt der von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ gewählten Diagnose „Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit passiven, vermeidenden Zügen, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit“ zu ergänzen (S. 2). Die Schwierigkeiten der Beschwerdeführerin über ihre Gefühle und über ihre frühe Traumatisierung zu sprechen seien typisch für Menschen mit Traumatisierung und würden nicht bedeuten, dass sie einen enormen Leidensdruck habe (S. 3).

**3.3.5** In seiner Stellungnahme vom 10. Dezember 2013 (BB 4) äusserte sich Dr. med. D. \_\_\_\_\_ über den orthopädischen Teil des Gutachtens

der MEDAS. Über die Untersuchung und Feststellungen lasse sich „eigentlich nicht viel sagen.“ Der einzige Diskussionspunkt wäre die Rotationsinstabilität im oberen Sprunggelenk. Die Liste der Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit müsste allenfalls noch mit den Problemen des Sprunggelenkes ergänzt werden. Die Feststellung, dass eine körperlich schwere Arbeit nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden könne, sei insofern unkorrekt, weil nämlich eine schwere körperliche Arbeit überhaupt nicht zugemutet werden könne. Weiter sei die Folgerung, dass in der bisherigen Tätigkeit eine 50%-ige und in einer adaptierten Tätigkeit eine 75%-ige Arbeitsfähigkeit bestehe, nicht verständlich, da die bisherige Tätigkeit adaptiert sei und die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sei, und es ihr nicht zumutbar sei, mehr als 50% zu arbeiten. Angesichts ihres Alters und ihrer Herkunft sowie ihres Ausbildungsstandes erscheine die Eingliederungsfähigkeit äusserst klein zu sein.

**3.4** 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 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 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin hat in der hier angefochtenen Verfügung vom 6. November 2013 (AB 90) im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 11. Juli 2013 (AB 81.1) abgestellt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4. hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Die Dres. med. M.\_\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_\_ haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchungen sowie die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. In der Folge ist darauf abzustellen.

Der eingereichte Bericht von med. pract. G.\_\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2013 (BB 3) ändert daran nichts. So schienen anlässlich der 70-minütigen psychiatrischen Untersuchung in der MEDAS die Auffassung, die Aufmerksamkeit sowie die Konzentrationsfähigkeit intakt und es liessen sich keine wesentlichen Gedächtnisstörungen oder Suizidgedanken und keine Hinweise für eine suizidale Einengung finden bzw. erheben (AB 81.1 S. 2 i.V.m. S. 22 Ziff. 5.2 i.V.m. S. 25 Ziff. 7.2). Schlafstörungen konnten von der Beschwerdeführerin aktuell nicht mehr angegeben werden (S. 25 Ziff. 7.2).

Bei der psychiatrischen Untersuchung bei Dr. med. N.\_\_\_\_\_ konnten keine mittelgradigen depressiven Episoden mehr erhoben werden; es fanden sich lediglich Hinweise für chronische depressive Stimmungsschwankungen entsprechend einer Dysthymie, bei der es sich um eine leichte depressive Störung handelt (S. 25 Ziff. 7.2). Entgegen der Ansicht von med. pract. G.\_\_\_\_\_ konnte bei der aktuellen psychiatrischen Begutachtung keine posttraumatische Belastungsstörung mehr diagnostiziert werden, bzw. nur eine von 2000 bis 2007 (S. 23 Ziff. 6.1 und S. 24 Ziff. 7.1). Nicht gefolgt werden kann med. pract. Rentfle betreffend der von ihr gestellten Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0; BB 3 S. 2). Aufgrund der Akten sowie seiner psychiatrischen Exploration kam Dr. med. N.\_\_\_\_\_ zum überzeugenden und nachvollziehbaren Schluss, dass akzentuierte Persönlichkeitszüge mit passiven, vermeidenden Zügen, bestehend seit Jahren (ICD-10 Z31.1), vorliegen, die keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben. Med. pract. G.\_\_\_\_\_ bringt denn auch keine konkreten Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit der psychiatrischen Beurteilung - inkl. Diagnosestellung - von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ sprächen, was eine Abweichung von ihr rechtfertigen würde. Die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F 62.00) wurde denn auch über die gesamte Länge der Behandlung ausser von med. pract. G.\_\_\_\_\_ weder von einem begutachtenden noch einem behandelnden Psychiater gestellt. Was den Einwand betreffend der mangelnden Deutschkenntnisse betrifft, so kann dem bidsziplinären Gutachten entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin ausreichend die deutsche Sprache beherrscht und keine Verständigungsprobleme bestanden (AB 81.1 S. 11 Ziff. 1.1). Auch ist davon auszugehen, dass sie nach über zwanzigjährigem Aufenthalt und langjähriger Erwerbstätigkeit in der Schweiz der deutschen Sprache mächtig ist. Soweit eine fehlende Berufsausbildung geltend gemacht wird (BB 3 S. 2), stellt eine solche, anders als Sprachprobleme, keinen Umstand dar, der Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens wecken könnte. Abgesehen davon hat die Beschwerdeführerin sehr wohl eine Berufsausbildung abgeschlossen. So kann den Akten entnommen werden, dass sie die dreijährige Mittelschule für ... mit dem Fähigkeitsausweis/Diplom als ... bzw. Ausbildung zur ... abschloss (vgl. u.a. VA 23 S. 4 Ziff. 6.2, AB 2, 12 S. 3 lit. D1, 15 S. 2 lit. D1). Entgegen der Ansicht von med. pract. G.\_\_\_\_\_ basiert

die Einschätzung der Erwerbsfähigkeit von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ nicht nur auf der eigenen Untersuchung. Vielmehr hat er dabei die gesamten medizinischen Vorakten mitberücksichtigt und im Rahmen der medizinischen Würdigung nachvollziehbar kommentiert.

Auch der Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2013 (BB 4) ändert an den Schlussfolgerungen des MEDAS-Gutachtens nichts. Entgegen den Ausführungen von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2013 (BB 4) ist die Diagnoseliste mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht noch um Probleme des Sprunggelenkes zu ergänzen. Erstmals berichtete die Beschwerdeführerin am 10. September 2012 über eine chronische OSG-Rotationsinstabilität beidseits (AB 67 S. 2 Ziff. 1.2), von ärztlicher Seite erwähnte sie erstmals Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, in seinem undatierten, bei der Beschwerdegegnerin am 5. November 2012 eingegangenen Bericht (AB 74 S. 1 Ziff. 1.1). In den vorherigen Berichten wurde, wenn überhaupt lediglich über Rückenschmerzen mit (gelegentlicher) Ausstrahlung in die Beine bzw. Schmerzen beim Gehen (u.a. VA 11 und 13, AB 10/2 lit. D Ziff. 4, AB 15 S. 3 Ziff. 2, AB 43 S. 2) berichtet. Wie dem Gutachten der MEDAS vom 11. Juli 2013 (AB 81.1) entnommen werden kann, konnte anlässlich der orthopädischen Begutachtung im Juni 2013 die von Dr. med. O.\_\_\_\_\_ festgestellte OSG-Rotationsinstabilität nicht bestätigt werden (S. 9 Ziff. 7.5). Der sowohl im linken als auch rechten OSG bildgebend festgestellte deutliche Fersensporn (S. 7 Ziff. 5.3) wurde zudem bei den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit berücksichtigt (S. 8 Ziff. 6.1). Betreffend eine adaptierte Verweistätigkeit hat Dr. med. M.\_\_\_\_\_ nachvollziehbar und überzeugend ausgeführt, welche Einschränkungen in der Tätigkeit als ... und welche in einer adaptierten Tätigkeit bestehen. Körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten sind denn auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchaus vorhanden (Entscheid des BGer vom 23. Juli 2010, 8C\_300/2010, E. 4.2), weshalb es sich erübrigt, die adaptierte zumutbare Arbeit konkret zu benennen. Weiter stehen weder die berufliche Ausbildung der Beschwerdeführerin noch deren Alter einer Eingliederung im Wege.

Nach dem Gesagten besteht kein Anlass, von der Einschätzung der Gutachter der MEDAS abzuweichen, zumal die Kritik der behandelnden Ärzte denn auch mehr auf die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit als auf deren Vorliegen aus medizinisch-theoretischer Sicht zielen.

**4.** Nachfolgend ist zu prüfen, ob ein Revisionsgrund vorliegt.

**4.1** Was die somatischen Beschwerden betrifft, so wurden diese mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 27. Januar 2000 (AB 7/4) zumindest ab 1. Mai 1999 als nicht mehr rentenrelevant eingestuft. Die Rentenzusprechung vom 25. Juni 2001 (AB 18), mit welcher der Beschwerdeführerin ab September 2000 eine halbe und ab April 2001 eine ganze Invalidenrente zugesprochen wurde, beruhte damals hauptsächlich auf der erstmals im Jahre 2000 geltend gemachten Kriegstraumatisierung (AB 10) und der von der Klinik E.\_\_\_\_\_ diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung unter Ausbildung einer somatoformen Störung sowie depressiven Symptomatik und Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (AB 15 S. 1 lit. A Ziff. 1). Diese Diagnose und die gestützt darauf erfolgte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beruhte auf den anamnestisch erhobenen Angaben sowie dem Psychostatus. Berichtet wurde von Schlafstörungen zufolge anhaltender Alpträume bezüglich der Kriegserlebnisse mit entsprechender Erschöpfung und Niedergeschlagenheit, besonders am Morgen (S. 3 Ziff. D2), was - unter Beachtung der somatischen, seit der Rentenaufhebung per 30. April 1999 unverändert gebliebenen Beschwerden - nach der von der Beschwerdegegnerin übernommenen gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 20% (S. 4 Ziff. D5) zur Ausrichtung einer ganzen Rente führte (AB 18). Im Rahmen der psychiatrischen Verlaufsbeurteilung 2007 in der Klinik E.\_\_\_\_\_ (AB 43) wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) diagnostiziert (S. 5 Ziff. 4). Anamnestisch wurden mannigfache psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren aufgelistet (ungewollte Schwangerschaft, Krankheit und Unfall des Ehemannes, Erziehungsprobleme mit zwei kriegsgeschädigten Kindern, Problematik der ... Mischehe im familiären und sozialen Umfeld [leide unter Ausgrenzung und Isolierung], nicht näher erhobene Umstände eines Mordes in der Fami-

lie, Verheimlichung des erlittenen Traumas vor dem Ehemann aus kulturellen Gründen; AB 26 S. 3 lit. A, AB 31 S. 3 und AB 43 S. 2 f.), welche der behandelnden Psychiaterin zur Befürchtung Anlass gaben, die Beschwerdeführerin könne die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Rahmen nicht weiter aufrechterhalten (AB 43 S. 7 Ziff. 12). Von erheblichen psychosozialen Belastungen wird denn auch im Verlaufsbericht vom 3. Februar 2009 (AB 48) berichtet, wonach sowohl der Ehemann zufolge Arbeitslosigkeit als auch der behinderte Sohn zufolge Stellenkündigung ganztags zu Hause seien und zudem ihre Tochter und Enkelin von deren Ehemann bzw. Vater misshandelt worden seien (S. 1).

**4.2** Im Vergleich dazu präsentierten sich 2012/2013 ganz andere Verhältnisse. So wurde die Beschwerdeführerin aus beruflicher Sicht befördert und ist seit dem 1. September 2012 als ... verantwortlich für ... (AB 73 S. 3 Ziff. 6). Gegenüber Dr. med. N. \_\_\_\_\_ gab sie anlässlich der MEDAS-Begutachtung an, dass sie sich derzeit unter Medikamenten ruhiger fühle, fünf bis sechs Stunden schlafe und bloss noch selten Alpträume und Erinnerungen an die durchgemachten Kriegseignisse habe (S. 16 Ziff. 3.2.1). Die familiäre Situation würde sie weiterhin belasten, sie habe vor allem Angst vor der Zukunft (S. 17 Ziff. 3.2.2) und sei manchmal traurig, besonders bei Schlechtwetter (S. 16 Ziff. 3.2.1). Hinsichtlich der familiären Situation ist jedoch insoweit eine Entlastung festzustellen, als dass der leicht behinderte Sohn nun selbstständig wohnt, verheiratet ist und einer Arbeit nachgeht. Ebenso lebt die Tochter selbstständig und hat wieder einen Freund (S. 19 Ziff. 3.2.5). Gleiches gilt hinsichtlich der sozialen Kontakte, wonach die Beschwerdeführerin über Kolleginnen verfügt (S. 19 Ziff. 3.2.5) und den jüngsten Sohn zum Fussballtraining und -turnieren begleitet. Ebenso reiste sie im Juli 2012 zusammen mit der Tochter nach ... (S. 21 Ziff. 3.2.10).

**4.3** Im Lichte dieser - seit der für die Rentenausrichtung massgeblichen Begutachtung eingetretenen - Veränderungen ist sowohl von einer zwischenzeitlich eingetretenen Entlastung von gravierenden familiären Problemen (Sohn/Tochter) als auch von einer beachtlichen Zunahme des sozialen Aktivitätsniveaus (Ausgrenzung/Isolation) und des beruflichen Aufstiegs (Beförderung) auszugehen. Insoweit ist nachvollziehbar, dass Dr.

med. N.\_\_\_\_\_ von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen ist (AB 81.1 S. 25 f. Ziff. 7.2 f.). Unter Berücksichtigung dieser objektiv ausgewiesenen verbesserten Lebensumstände erscheint dagegen fraglich, ob sich die vom Gutachter rückwirkend per Februar 1999 angenommene Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90% (vgl. dazu E. 3.3.3) mit ausschliesslich versicherungspsychiatrisch relevanten Faktoren begründen liesse. Vielmehr dürfte es sich dabei um eine ausserhalb des Beweisgegenstandes liegende retrospektiv andere Beurteilung eines damals ausgewiesenen medizinischen Sachverhaltes handeln, weshalb dieser Frage im vorliegenden Verfahren nicht mehr weiter nachzugehen ist.

Schliesslich überzeugt in Anbetracht des erhobenen Psychostatus auch die vom Gutachter gestellte Diagnose einer Dysthymie, erweist sich doch die in den medizinischen Akten dokumentierte chronisch depressive Verstimmung nicht mehr in einer Ausprägung vorliegend, um die Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung zu erfüllen. Damit ist der von der Beschwerdegegnerin angenommene Grund zur Rentenrevision ausgewiesen und es ist nachfolgend eine freie Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen vorzunehmen (vgl. E. 2.5 hiervor). Aus diesem Grund braucht der von Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom RAD sinngemäss aufgeworfenen Frage, ob bei der ursprünglichen Rentenzusprache ausser Acht gelassen worden sei, dass bei der angenommenen posttraumatischen Belastungsstörung der Gesundheitsschaden bereits bei der Einreise in die Schweiz bestanden haben dürfte (AB 77 S. 5), unter dem Aspekt der zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung (zufolge der möglicherweise nicht gegebenen versicherungsmässigen Voraussetzungen) nicht weiter abgeklärt werden.

## 5.

In der Folge ist der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

Aufgrund der massgeblichen bidisziplinären Beurteilung der MEDAS vom 11. Juli 2013 (AB 81.1) können der Beschwerdeführerin körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden können, ohne dass dabei häufig gelaufen wer-

den muss und die nicht mit häufigen inklinierten und rotierten Körperhaltungen verbunden sind, gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 90% zugemutet werden. Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung können zusätzlich gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Januar 2013 zu 80% durchgeführt werden (S. 34 Ziff. 12.2). Was die diagnostizierte Dysthymie betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass dieser gemäss Rechtsprechung keine invalidisierende Wirkung zukommt (SVR 2011 IV Nr. 17 S. 45 E. 2.2.2). Da zudem, wie bereits gesagt, die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht mehr gestellt werden kann, erübrigt sich die Prüfung der Zumutbarkeit der willentlichen Überwindung. Bezüglich der diagnostizierten Adipositas ist unbestritten, dass diese die Arbeitsfähigkeit beeinflusst, aufgrund des MEDAS-Gutachtens ist jedoch erstellt, dass trotzdem in einer angepassten Verweistätigkeit eine 80%-ige Resterwerbsfähigkeit besteht. Zudem ist die Adipositas einer therapeutischen Behandlung zugänglich (AB 81.1 S. 35 Ziff. 12.4).

**5.1** 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).

**5.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). 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 herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen bei Versicherten, die nach Eintritt

des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist in der Regel vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn („Total“) für Männer oder Frauen bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) auszugehen. Dabei sind in erster Linie die Lohnverhältnisse im privaten Sektor massgebend (SVR 2002 UV Nr. 15 S. 50 E. 3c cc). 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 pflichtgemäßem 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 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

**5.3** Da der Revisionsgrund ab dem Zeitpunkt der bidisziplinären Exploration am 26. Juni 2013 (AB 81.1 S. 1 Ziff. 1.1) erstellt ist, ist auf diesen Zeitpunkt hin ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

**5.4** Da der Beschwerdeführerin ihre Anstellung als ... am 20. Juli 1998 aus wirtschaftlichen Gründen per 31. August 1998 gekündigt wurde (VA 15), wäre sie auch im Gesundheitsfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr beim damaligen Arbeitgeber angestellt. Da somit die „gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ nicht ursächlich für die Kündigung waren, rechtfertigt sich für die Bestimmung des Valideneinkommens rechtssprechungsgemäss ein Abstellen auf Tabellenlöhne (Entscheid des BGer vom 14. April 2010, 9C\_130/2010, E. 3.3.1). Hierfür ist der Totalwert Frauen der Tabelle TA1 der LSE 2010 massgebend. Ebenfalls ist das Invalideneinkommen aufgrund dieses Tabellenlohnes zu ermitteln. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berech-

nen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 15. April 2003, I 1/03, E. 5.2). Hier beruhen beide Vergleichseinkommen auf statistischen Grössen, weshalb invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Urteil des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5), mithin keinen Abzug zur Folge hätte. Daher lässt sich der von der Beschwerdegegnerin errechnete rentenausschliessende Invaliditätsgrad von 20% nicht beanstanden.

## **6.**

**6.1** Im Regelfall ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können ausnahmsweise 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 Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Diese Rechtsprechung ist grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die revisionsweise Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat. Ein Anspruch auf Massnahmen beruflicher Art setzt voraus, dass die objektive und subjektive Eingliederungsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist (Entscheid des BGer vom 1. Februar 2012, 9C\_726/2011 E. 5.1).

**6.2** Die Beschwerdeführerin war im Verfügungszeitpunkt (Entscheid des BGer vom 12. Januar 2015, 8C\_446/2014 [zur Publikation vorgesehen], E. 4.2.1) 50-jährig und bezog vom 1. Februar 1998 bis 30. April 1999 (AB 7) und ab dem 1. September 2000 (AB 18) bis 31. Dezember 2013 (AB 90), d.h. während weniger als 15 Jahren eine Rente. Da zudem kein

Grenzfall im Sinne der jüngsten Rechtsprechung (BGer 8C\_446/2014) vorliegt, ist es der Beschwerdeführerin zumutbar, ihre medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit direkt auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Trotz langjährigem Rentenbezug war sie denn auch in einem Teilpensum erwerbstätig und erlebte trotz ihres Gesundheitsschadens einen beruflichen Aufstieg, indem sie zur Objektleiterin befördert wurde (AB 73 S. 3 Ziff. 6). Sie verfügt somit auch über die erforderlichen Ressourcen, um ihr Arbeitspensum zu steigern bzw. die aus medizinisch-theoretischer Sicht bestehende Arbeitsfähigkeit bestmöglich zu verwerten (Entscheid des BGer vom 22. Dezember 2014, 8C\_586/2014, E. 8.2).

## 7.

Die angefochtene Verfügung vom 6. November 2013 (AB 90) erweist sich damit als korrekt. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und somit abzuweisen.

## 8.

**8.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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 die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Unter Berücksichtigung des mit prozessleitender Verfügung vom 28. Februar 2014 gutgeheissenen Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege wird sie – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

**8.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**8.3** Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte vom 20. Oktober 2010 (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Die Kostennote von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ vom 18. Februar 2014, in welcher er einen Aufwand von 4.90 Stunden à Fr. 260.-- für seine Tätigkeit und 5.50 Stunden à Fr. 160.-- (resp. Fr. 100.-- im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege) für die Tätigkeit des juristischen Mitarbeiters (vgl. Entscheidung des BGer vom 6. Februar 2009, 5D\_175/2008, E. 4 mit Hinweis) geltend macht, ist nicht zu beanstanden. Somit ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf Fr. 2'534.10 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzulegen. Entsprechend ist das amtliche Honorar auf Fr. 1'860.20 (Fr. 1'530.-- [4.90 Stunden à Fr. 200.-- und 5.50 Stunden à Fr. 100.--] zuzüglich Auslagen von Fr. 192.40 und Mehrwertsteuer von Fr. 137.80) festzusetzen und Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ aus der Gerichtskasse zu vergüten. Die Beschwerdeführerin hat dem Kanton Bern diese Kosten nach den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO - d.h. sobald sie innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist - nachzubezahlen (Art. 113 VRPG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO - jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'534.10 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'860.20 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.