

200 13 591 IV  
SCP/JAP/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 17. Dezember 2014**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiber Jakob

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



gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Juni 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1962 geborene A. \_\_\_\_\_ (fortan Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 15. Juli 2003 unter Hinweis auf Hüft- bzw. Beinschmerzen sowie am 24. Oktober 2005 wegen einer Überfunktion der Schilddrüse bzw. Schilddrüsenkrebs bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (vgl. Akten der IVB [act. II] 1, 9). Diese nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor – insbesondere liess sie die Versicherte medizinisch begutachten (vgl. act. II 34 f.) –, und sprach ihr mit Verfügung vom 10. Oktober 2007 (act. II 42) bei einem Invaliditätsgrad von 60 % ab 1. April 2006 eine Dreiviertelsrente zu. Diesen Rentenanspruch bestätigte sie im Rahmen einer ordentlichen Revision mit formloser Mitteilung vom 12. Dezember 2008 (act. II 48).

Im Juli 2012 leitete die IVB von Amtes wegen eine weitere Rentenrevision ein, ermittelte gestützt auf ein Verlaufsgutachten (act. II 71) einen Invaliditätsgrad von 0 % und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 1. Mai 2013 (act. II 72) die Rentenaufhebung in Aussicht. Nachdem sich die Versicherte hiermit nicht einverstanden erklärt und die IVB keine Fristerstreckung zur Begründung des Einwands gewährt hatte (vgl. act. II 73, 76), verfügte die letztere am 13. Juni 2013 entsprechend dem Vorbescheid die Aufhebung der Invalidenrente per Ende des der Verfügung folgenden Monats (vgl. act. II 78). Gleichzeitig entzog sie einer allfälligen Beschwerde gegen die Verfügung die aufschiebende Wirkung.

### **B.**

Mit Eingabe vom 3. Juli 2013 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei wegen Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör kostenfällig aufzuheben und zur Neuurteilung, unter Gewährung einer angemessenen Frist zum Nachreichen einer Stellungnahme, an die Be-

schwerdegegnerin zurückzuweisen. Zudem ersuchte sie um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung.

Nachdem der Instruktionsrichter das Gesuch um Wiederherstellung des Suspensiveffekts mit prozessleitender Verfügung vom 5. Juli 2013 abgewiesen hatte, reichte die Beschwerdeführerin am 15. Juli 2013 einen «Nachtrag zur Beschwerde» mit weiteren Unterlagen (Akten der Beschwerdeführerin [act. IA], 1-12) ein, in welchem sie die kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung materiell begründete und eventualiter die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung beantragt.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 16. August 2013 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

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

rechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 13. Juni 2013 (act. II 78). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die bisherige Dreiviertelsrente zulässigerweise auf Ende des der Verfügung folgenden Monats – mithin per 31. Juli 2013 – aufhob.

**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** Die Beschwerdeführerin rügt vorab eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (vgl. Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]; BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 371; SVR 2008 UV Nr. 1 S. 2 E. 3.2), da ihr die Frist nach Art. 73<sup>ter</sup> Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) zum Vorbringen von Einwänden gegen den Vorbescheid vom 1. Mai 2013 (act. II 72) trotz Ersuchen ihres Rechtsvertreters (vgl. act. II 73) nicht erstreckt worden sei (vgl. act. II 76; vgl. Beschwerde S. 3 f. Ziff. IV Art. 1).

**2.2** Ob die seitens der Beschwerdegegnerin vertretene Auffassung, wonach es sich bei der besagten Anhörungsfrist um eine im Sinne von Art. 40 Abs. 1 ATSG nicht erstreckbare gesetzliche Frist handle (vgl. act. II 76), zutrifft, erscheint zweifelhaft (vgl. URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, S. 420 N. 2147; Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 30. Juni 2014, IV.2013.00717, publiziert in: Plädoyer 5/14 S. 65 f.; Rz. 3013/3 des vom Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] herausgegebenen und ab 1. Januar 2010 gültigen Kreisschreibens über das Verfahren in der Invali-

denversicherung [KSVI]), kann hier letztlich aber offen bleiben. Wie bereits mit prozessleitender Verfügung vom 5. Juli 2013 dargelegt, könnte eine in diesem Zusammenhang allfällig erfolgte Verletzung des rechtlichen Gehörs in Anbetracht der uneingeschränkten Kognition des angerufenen Gerichts als geheilt gelten (vgl. BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2). Zwar ist bei einem Verzicht auf die Durchführung des Vorbescheidverfahrens eine Gehörsverletzung anzunehmen, die grundsätzlich keiner Heilung zugänglich ist (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. Februar 2012, 9C\_356/2011, E. 3.4). Ebenso kann rechtsprechungsgemäss die Verletzung der Anhörungspflicht schon dann schwerwiegend sein, wenn ein nach Erlass des Vorbescheids ergangenes Begehren um Aktenedition oder eine Stellungnahme zum Vorbescheid unberücksichtigt geblieben ist, indem auf die vorgebrachten Einwendungen nicht eingegangen wurde (vgl. Entscheid des eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 24. Juli 2002, I 584/01, E. 2). Eine Verweigerung einer Fristverlängerung für die Stellungnahme zu einem Vorbescheid kommt jedoch nicht einem gänzlichen Verzicht auf das Vorbescheidverfahren gleich; zudem wurden dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin nach Vorliegen der Vollmacht die amtlichen Akten umgehend zugestellt und enthielt der Vorbescheid einen Hinweis, dass die Frist peremptorisch sei (vgl. act. II 71/1). Dass die Beschwerdeführerin ihren Rechtsvertreter erst am 29. Mai 2013 mandatierte (vgl. act. II 75; Akten der Beschwerdeführerin [act. I], 2), hat sie selbst zu vertreten. Es sind demnach die materiellen Rügen im Zusammenhang mit dem streitigen Anspruch auf eine Invalidenrente zu prüfen.

### **3.**

**3.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

**3.2** Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; «Flucht in die Krankheit»); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354). Diese für alle Versicherten in gleicher Weise geltende Gerichtspraxis ist weder menschenrechtswidrig noch diskriminierend (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2) noch basiert sie – mit Blick auf die rechtliche Natur des Kriterienkataloges – auf medizinwissenschaftlich unhaltbaren Annahmen (SVR 2012 IV Nr. 32 S. 128 E. 2.3 - 2.5).

Aus Gründen der Rechtsgleichheit ist es geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283). Die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze sind deshalb u.a. analog anwendbar auf Fibromyalgien (BGE 137 V 64 E. 4.2 S. 68, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 132 V 65 E. 4 S. 70; SVR 2011 IV Nr. 26 S. 74 E. 2.3).

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

**3.4** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

**3.4.1** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. 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; Entscheid des BGer vom 25. Juli 2013, 8C\_441/2012, E. 3.1.1).

Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich ge-

bliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; SVR 2009 IV Nr. 57 S. 178 E. 3.2.1).

**3.4.2** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die 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).

**3.4.3** 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; Entscheid des BGer vom 25. Juli 2013, 8C\_441/2012, E. 3.1.2).

#### **4.**

**4.1** Der Anspruch auf die ursprünglich zugesprochene Dreiviertelsrente wurde mit formloser Mitteilung vom 12. Dezember 2008 (act. II 48) bestätigt. Auch eine blosser Mitteilung eines solchen Revisionsergebnisses ist, wenn keine Verfügung verlangt wurde (Art. 74<sup>quater</sup> Abs. 1 IVV), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt grundsätzlich einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (SVR 2010 IV Nr. 4 S. 8 E. 3.1; BGer 8C\_441/2012, E. 3.1.2). In diesem Verwaltungsakt ist jedoch keine rechtskonforme Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung zu erblicken, es wurde lediglich ein Verlaufsbericht der behandelnden Ärzte (act. II 47) eingeholt bzw. sei-

tens der Ausgleichskasse der Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; act. II 45) ediert. Folglich ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenverfügung vom 10. Oktober 2007 (act. II 42) mit jenem im Zeitpunkt der angefochtenen Revisionsverfügung vom 13. Juni 2013 (act. II 78) zu vergleichen und zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchrelevanter Weise zu beeinflussen (vgl. E. 3.4.1 hievor).

**4.2** Die ursprüngliche Rentenverfügung vom 10. Oktober 2007 (act. II 42) basierte in medizinischer Hinsicht auf einem polydisziplinären (internistischen, rheumatologischen, neurologischen, ophthalmologischen, endokrinologischen und psychiatrischen) Gutachten der MEDAS Medizinische Abklärungsstation des Spitals K.\_\_\_\_\_ (fortan MEDAS) vom 31. Mai 2007 (act. II 34). Darin wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vermerkt (vgl. act. II 34/10 lit. A Ziff. 4.1):

1. Hyperthyreose bei Autoimmunthyreopathie vom Typ Morbus Basedow (Erstdiagnose 2003) mit/bei:
  - Status nach totaler Thyreoidektomie (2005)
  - Radio-Jod-Ablation (2005)
  - beidseitiger ausgeprägter endokriner Orbitopathie
  - Schilddrüsenkarzinom beidseits (2005)
2. Gering ausgeprägte endokrine Myopathie (Differentialdiagnose: Insertionstendopathie)

Die Gutachter erklärten, die Beschwerdeführerin leide an Augenproblemen und an Muskelschmerzen. Während gute Chancen bestünden, dass die ophthalmologischen Beschwerden operativ verbessert werden könnten, bestehe das Weichteilschmerzsyndrom in unverminderter Stärke. Es sei nicht klar, ob es sich hier um eine endokrine Myopathie oder um eine Insertionstendopathie handle, für die gesamtheitliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit spiele es aber keine Rolle, ob die eine oder die andere Diagnose zutrefte (vgl. act. II 34/11 lit. B). Die Sehstörungen und die eingeschränkte Beweglichkeit der Augen führten zu deutlichen Behinderungen, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr möglich (vgl. act. II 34/12 lit. C Ziff. 2 f.). Es sei anzunehmen, dass eine weitere operative Entlastung der linken Orbita zu einer weiteren Besserung führe, unklar sei, wie sich die Muskelschmerzen entwickelten. Falls es sich um eine endokrine Myopathie handle, sei anzunehmen, dass sie schliesslich verschwinde, Insertionstendopathien könnten physiotherapeutisch angegangen werden (vgl. act. II 34/12 f. lit. C

Ziff. 8). Eine leidensadaptierte Tätigkeit sei noch im Umfang von vier bis fünf Stunden täglich bei einer Leistungseinschränkung von 20 % zumutbar (vgl. act. II 34/13 lit. C Ziff. 13 f.).

**4.3** Die angefochtene Verfügung vom 13. Juni 2013 (act. II 78) stützt sich einerseits auf ein Gutachten des Spitals K.\_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2013 (act. II 71) und andererseits auf ein solches von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH sowie Endokrinologie/Diabetologie FMH, vom 10. März 2013 (act. II 70.1).

**4.3.1** Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Rheumatologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, und die Dres. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, sowie F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, stellten in der Expertise vom 30. Januar 2013 (act. II 71) als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Fibromyalgie (mit 10 von 18 Schmerzpunkten, einer starken Dekonditionierung, Schmerzausweitung, Schlafstörungen sowie mit lumbovertebraler Haltungsinsuffizienz; vgl. act. II 71/13 Ziff. V Ziff. 1). Sie gaben an, aus rheumatologischer Sicht sei bisher nie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden und auch im Rahmen der aktuellen Exploration habe weder klinisch, serologisch noch radiologisch eine wesentliche Einschränkung diagnostiziert werden können. Die geschilderten Beschwerden seien mit einer chronischen Schmerzerkrankung, respektive Fibromyalgie vereinbar. Eine klinisch relevante endokrine Myopathie habe aktuell nicht diagnostiziert werden können und sei aufgrund der länger bestehenden euthyreoten Lage und normalen Kreatinkinase-Werten nicht zu erwarten. Sie bescheinigten sowohl für die bisherige als auch eine Verweisungstätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von sechs Stunden täglich (bzw. 70 %) mit einer Steigerungsfähigkeit auf acht Stunden täglich (bzw. 100 %) bei einer Rekonditionierung innerhalb von drei Monaten (vgl. act. II 71/15 f. lit. C Ziff. 3 f., 8 f., 11, 13).

**4.3.2** Dr. med. C.\_\_\_\_\_ konnte im Gutachten vom 10. März 2013 (act. II 70.1) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. act. II 70.1/5 lit. A Ziff. 4) stellen und attestierte dementsprechend eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung (vgl.

act. II 70.1/6 ff. lit. C Ziff. 2-5, 13 f.). Sie schilderte aus endokrinologischer Sicht einen erfreulichen Verlauf, die Beschwerdeführerin sei korrekt substituiert (Schilddrüsenhormon-Substitution [vgl. act. II 70.2/4]), die endokrine Orbitopathie sei nicht mehr aktiv, bestmöglichst korrigiert und das Schilddrüsenkarzinom sei in Remission. Betreffend die Augenbeteiligung könne festgehalten werden, dass die Untersuchungen der Orthoptik des Spitals K.\_\_\_\_\_ eine stabile Situation zeigten, dies seit Jahren. Beim Tragen der Prismen-Brille liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Die Prognose sei ausgezeichnet, insbesondere könne davon ausgegangen werden, dass ein Rezidiv der endokrinen Orbitopathie sehr wenig wahrscheinlich sei, da die Basedow'sche Autoimmunerkrankung nicht mehr aktiv sei. Auch betreffend das Schilddrüsenkarzinom bestehe eine ausgezeichnete Prognose. Es handle sich um ein Karzinom, welches aufgrund der pathologischen Kriterien und der Ausdehnung bei Diagnosestellung bei einer korrekt durchgeführten Therapie keine Auswirkung auf die Lebenserwartung habe. Im Falle der Beschwerdeführerin könne von einer Heilung ausgegangen werden. Die im MEDAS-Gutachten vom 31. Mai 2007 (act. II 34) festgehaltene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei mit der Augenbeteiligung des Morbus Basedow begründet. Diese sei nun korrigiert. Schon zum Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung sei die Beschwerdeführerin jedoch subjektiv vor allem durch die generalisierten Gliederschmerzen beeinträchtigt. Eine endokrine Myopathie könne zum jetzigen Zeitpunkt mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden (vgl. act. II 70.1/5 f. lit. B).

**4.4** 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).

**4.5** Die beiden Administrativgutachten vom 30. Januar und 10. März 2013 (act. II 70.1, 71) erfüllen die beweisrechtlichen Anforderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. E. 4.4 hievor) und erbringen damit vollen Beweis. Insbesondere gaben die Experten ihre fachärztlichen Einschätzungen in Kenntnis der vollständigen Vorakten und unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus den persönlichen Explorationen ab. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Beschwerdeergänzung S. 4 f. Ziff. IV Art. 5) erübrigte sich eine zusätzliche ophthalmologische Abklärung sowie eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL); die Verlaufsbeurteilung erweist sich für die zu beurteilende medizinische Situation als umfassend. So berücksichtigte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ aus endokrinologischer Sicht, dass zur Korrektur der Doppelbilder mehrere Augenoperationen durchgeführt wurden, die endokrine Orbitopathie nicht mehr aktiv ist und bestmöglich korrigiert wurde (vgl. act. II 70.1/5 lit. B). Diese Einschätzung korreliert mit dem Verlaufsbericht von Dr. med. Dr. sc. nat. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Ophthalmologie FMH, vom 8. Oktober 2012 (act. II 55/3), der erklärte, die Doppelbilder würden mit der aktuellen Brille und einer Prismenfolie gut auskorrigiert, so dass aus orthoptischer und ophthalmologischer Sicht keine Einschränkungen bestünden. Die Beschwerdeführerin selbst beschrieb die diesbezügliche Symptomatik als aktuell «eher regredient» (vgl. act. II 71/8 Ziff. II Ziff. 6) bzw. gab an, aufgrund der Prismen-Brille seien die Doppelbilder nicht störend (vgl. act. II 70.2/3). Was die EFL anbelangt, wurde eine solche seitens des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) wohl als sinnvoll erachtet (vgl. act. II 66/2) und von der Verwaltung auch in Auftrag gegeben (vgl. act. II 64). Eine EFL ist aber nicht in jedem Fall durchzuführen, sondern nur allenfalls in Betracht zu ziehen, wenn sich die beteiligten Fachärzte ausser Stande sehen, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen, und des-

halb eine konkrete leistungsorientierte berufliche Abklärung als zweckmässige Massnahme ausdrücklich empfehlen (Entscheid des BGer vom 25. Februar 2013, 9C\_556/2012, E. 5.4). Diese Voraussetzungen waren vorliegend offenbar nicht erfüllt, weshalb die Gutachter des Spitals K. \_\_\_\_\_ auf weitere Untersuchungen verzichteten (vgl. act. II 71/11 Ziff. III Ziff. 4). Einzig zur Beantwortung der Frage nach den spezifischen Anforderungen an einen leidensadaptierten Arbeitsplatz verwiesen sie auf die Möglichkeit einer EFL (vgl. act. II 71/16 lit. C Ziff. 12). Diese erübrigte sich jedoch bereits deshalb, weil die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht für eine Verweisungstätigkeit identisch ausfiel wie für die angestammte Beschäftigung und damit kein konkretes medizinisches Zumutbarkeitsprofil zu formulieren war.

Das rheumatologische Gutachten weist nur vorderhand einige Unklarheiten auf, die jedoch nicht geeignet sind, dessen Beweiswert zu erschüttern. So wurde einerseits ausgeführt, es bestünden keine Beeinträchtigungen für Arbeiten in der angestammten oder leidensadaptierten Tätigkeit (vgl. act. II 71/15 f. lit. C Ziff. 2 und 10), andererseits wurde eine aktuelle Restarbeitsfähigkeit von lediglich 70 % postuliert (vgl. act. II 71/15 f. lit. C Ziff. 3 und 11). Aus der rheumatologischen Beurteilung (vgl. act. II 71/12 Ziff. IV) geht aber ohne weiteres hervor, dass im Zeitpunkt der Exploration weder klinisch, serologisch noch radiologisch eine wesentliche Einschränkung bestand und die bescheinigte Einschränkung des Rendements lediglich auf einer starken Dekonditionierung bzw. Schmerzausweitung gründete, welche mittels multimodalen Rehabilitation innert drei Monaten zu beseitigen wäre. Des Weiteren wurde eine Präsenzzeit von acht Stunden täglich einem Beschäftigungsgrad von 100 % gleichgesetzt, womit ein Pensum von sechs Stunden eigentlich über der attestierten 70%igen Arbeitsfähigkeit läge (vgl. act. II 71/16 lit. C Ziff. 11 und 13). Diese marginale Divergenz betrifft jedoch ebenfalls lediglich die dreimonatige Einschränkung vor der zumutbaren Rekonditionierung und ist damit nicht entscheidungswesentlich (vgl. auch E. 5.3 hienach).

Soweit die Beschwerdeführerin sodann unter Hinweis auf «eine vergleichbare Situation beim Vorliegen eines Morbus Crohn» vorbringt (vgl. Beschwerdeergänzung S. 4 Ziff. IV Art. 5), es hätte zwingend abgeklärt wer-

den müssen, ob die Begleiterscheinung einer Basedow-Myopathie mit Behandlung der Autoimmunerkrankung *stets* verschwinden würde, kann ihr nicht gefolgt werden. Massgebend ist im vorliegenden Kontext nicht eine allgemeine medizin-wissenschaftliche Betrachtung, sondern einzig die individuelle und konkrete Situation der Beschwerdeführerin, wobei die Gutachter nicht nur den Verlauf der Grunderkrankung, sondern auch die geklagte Symptomatologie einbezogen. Schliesslich vermag die Beschwerdeführerin allein aus dem Umstand, dass der ursprünglich als Gutachter in Aussicht genommene Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Endokrinologie/Diabetologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, den Auftrag nicht annehmen wollte und von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausging (vgl. act. II 61), nichts zu ihren Gunsten abzuleiten (vgl. Beschwerdeergänzung S. 5 Ziff. IV Art. 5), unterliess er es doch, seine Auffassung auch nur ansatzweise zu begründen.

**4.6** Aufgrund der beiden beweiskräftigen Administrativgutachten vom 30. Januar (act. II 71) und 10. März 2013 (act. II 70.1) ist in tatsächlicher Hinsicht nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) erstellt, dass seit der Rentenverfügung vom 10. Oktober 2007 (act. II 42) eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zwar erfolgten die operativen Orbitadekompressionen bereits am 26. Februar bzw. 20. August 2007 (vgl. act. II 35/14, 49/1), und damit noch vor Erlass der ursprünglichen Verfügung (act. II 42). Zudem können die danach erreichten zufriedenstellenden Visusverhältnisse (auch) mit den verordneten Korrekturen der Prismen erklärt werden (vgl. act. II 50, 55/3-5). Dr. med. C.\_\_\_\_\_ führte aber nachvollziehbar und einleuchtend aus, dass die im MEDAS-Gutachten vom 31. Mai 2007 (act. II 34) festgehaltene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch mit dem Morbus Basedow begründet worden sei, der sich mittlerweile in Remission befinde (vgl. act. II 70.1/6 lit. B).

Hinzu kommt, dass im früheren MEDAS-Gutachten für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als unerheblich erklärt wurde, ob die von der Beschwerdeführerin im muskulären Bereich geklagte und die Arbeitsfähigkeit im Sinne des umschriebenen Zumutbarkeitsprofils einschränkende Beschwerde-

symptomatik (allgemeine Erschöpfung und Kraftlosigkeit sowie muskuläre Beschwerden im Schulter- und Beckengürtel [vgl. act. II 34/9 lit. A Ziff. 3, 35/8 Ziff. 3]) mit einer endokrinen Myopathie oder einer Insertionstendopathie vereinbar sind (vgl. act. II 34/11 lit. B). Während die Letztere im Rahmen einer adäquaten Physiotherapie hätte behoben werden können, war für die Verbesserung des Gesundheitszustandes bei endokriner Myopathie die Normalisierung der Schilddrüsenfunktion vorauszusetzen (vgl. act. II 34/12 f. lit. C Ziff. 8). Indem die Beschwerdegegnerin mit der Rentenverfügung von einer sozialversicherungsrechtlich erheblichen Arbeitsunfähigkeit ausging, nahm sie dabei implizit und zugunsten der Beschwerdeführerin das Vorliegen einer endokrinen Myopathie an, wäre doch bei Annahme einer Insertionstendopathie (myofasiales Schmerzsyndrom [vgl. act. II 35/11]; differentialdiagnostisch: Fibromyalgiesyndrom [vgl. act. II 34/9 lit. A Ziff. 3]) als Schmerz- und Erschöpfungsursache die sog. Überwindbarkeitsspraxis (vgl. E. 3.2 hievor) zur Anwendung gelangt. Dass die Beschwerdegegnerin von einer sozialversicherungsrechtlich relevanten Erkrankung ausging, erweist sich im Lichte des neurologischen Teilgutachtens insoweit nicht als offensichtlich unrichtig, als Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vorbehaltlos eine endokrine Myopathie diagnostizierte (vgl. act. II 35/8 Ziff. 2), während Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, bloss mit «hoher Wahrscheinlichkeit» eine Insertionstendopathie annahm (vgl. act. II 35/11). Im Rahmen der Verlaufsbeurteilung im Jahr 2013 konnte dagegen keine klinisch relevante endokrine Myopathie mehr diagnostiziert werden (vgl. act. II 70.1/6 lit. B; act. II 71/12 Ziff. IV). Dr. med. C. \_\_\_\_\_ stellte sowohl hinsichtlich der endokrinen Orbitopathie als auch der Myopathie eine ausgezeichnete Prognose, da die Basedow'sche Autoimmunerkrankung nicht mehr aktiv sei und die Diagnose einer Remission dieser Krankheit sowohl aufgrund des klinischen Verlaufs als auch aufgrund der Abwesenheit der TSH-Rezeptorantikörper (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. S. 2169; RUDOLF HÖRMANN, Schilddrüsenkrankheiten, Leitfaden für Praxis und Klinik, 4. Aufl. 2005, S. 42) gestellt werden könne. Damit liegt – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerdeergänzung S. 6 Ziff. IV Art. 5) – nicht etwa eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts (vgl. E. 3.4.1 hievor), sondern eine als Revisions-

grund zu qualifizierende relevante Sachverhaltsentwicklung vor, zumal selbst die Beschwerdeführerin von einem seit 2007 «tendenziell» gebesserten Zustand ausging (vgl. act. II 71/9 Ziff. II Ziff. 7). Der Rentenanspruch ist folglich allseitig zu prüfen (vgl. E. 3.4.2 hievor).

## **5.**

**5.1** Gestützt auf die beweiskräftige gutachterliche Beurteilung ist erstellt, dass die im Zeitpunkt der Exploration durch die Dekonditionierung bzw. Schmerzausweitung bestehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht mit einer multimodalen Rehabilitation binnen dreier Monate auf eine Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer Verweisungstätigkeit von 100 % steigerbar war (vgl. act. II 71/12 Ziff. IV, 71/16 lit. C Ziff. 13 f.), während aus endokrinologischer Sicht jedenfalls seit der Begutachtung eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestand (vgl. act. II 70.1/6-8 lit. C Ziff. 2, 4, 13 f.).

**5.2** Nach der Rechtsprechung ist dann, wenn ein medizinisches Gutachten die versicherte Person als arbeitsunfähig erklärt, aber gleichzeitig festhält, dass nach durchgeführter erfolgreicher Eingliederung wieder eine deutlich bessere Arbeitsfähigkeit erreichbar sein sollte, der Anspruch auf eine Rente für die zurückliegende Zeit so lange nicht ausgeschlossen, als die bestehende Erwerbsunfähigkeit nicht (oder noch nicht) mit geeigneten Eingliederungsmassnahmen tatsächlich behoben oder in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise verringert werden konnte. Der gleiche Grundsatz hat auch hinsichtlich der Massnahmen der Selbsteingliederung zu gelten, so lange solche noch nicht durchgeführt sind und noch keine Aufforderung zur Mitwirkung im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG erfolgt ist (vgl. Entscheid des BGer vom 13. Dezember 2007, I 1048/06, E. 6.3). Als Rechtsfolge des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nach Art. 21 Abs. 4 ATSG ist dabei nicht nur eine ursprüngliche Leistungsverweigerung, sondern auch eine nachträgliche Rentenaufhebung möglich (vgl. Entscheid des BGer vom 26. März 2010, 9C\_438/2009, E. 4.4).

Die entsprechende Rekonditionierung wäre der Beschwerdeführerin im Rahmen der Schadenminderungspflicht (Art. 7 Abs. 1 IVG) bis zum Erlass

der Revisionsverfügung vom 13. Juni 2013 (act. II 78) möglich sowie zumutbar gewesen und ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren war im vorliegenden Fall nicht durchzuführen. Einerseits betrifft die Dekonditionierung einen auszuschheidenden rein invaliditätsfremden Aspekt und andererseits beruhte die Schmerzausweitung auf der überwindbaren Fibromyalgie. Eine psychische Komorbidität fehlt gänzlich und aufgrund der remittierten endokrinologischen Situation sowie des allgemein verbesserten Gesundheitszustandes bestehen auch keine chronischen körperlichen Begleiterkrankungen bzw. kann nicht von einem chronischen Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik gesprochen werden. Ein sozialer Rückzug in *allen* Belangen des Lebens liegt nicht vor, denn die Beschwerdeführerin pflegt Kontakte zu einigen Nachbarn, betreut ihre im selben Haushalt wohnende Mutter, wird von ihrer Tochter und ihrem Sohn besucht, die sie mitunter bekocht, und sie hat einen guten Kontakt zu ihrem Ehegatten, mit dem sie sich gerne um die Gartenarbeit kümmert (vgl. act. II 70.1/3 f. lit. A Ziff. 1 f.; 71/8 Ziff. II Ziff. 4). Schliesslich gibt es in den Akten auch keinen Anhalt für das Vorliegen anderer Kriterien, die geeignet wären, die Überwindbarkeitsvermutung umzustossen (vgl. E. 3.2 hievor).

**5.3** Der Beschwerdeführerin kann aufgrund des vorstehend Dargelegten nach überwiegender Wahrscheinlichkeit eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit nicht nur in einer Verweisungstätigkeit, sondern auch in der angestammten Beschäftigung wieder vollschichtig und ohne Leistungseinschränkung zugemutet werden. Somit erübrigt sich die genaue Ermittlung der Vergleichseinkommen und insbesondere des Valideneinkommens (vgl. Beschwerdeergänzung S. 7 Ziff. IV Art. 6). Der Invaliditätsgrad entspricht der Arbeitsunfähigkeit von 0 %. Selbst wenn die allein von der Dekonditionierung und Schmerzausweitung herrührende (befristete) Arbeitsunfähigkeit von 30 % (vgl. act. II 71/15 lit. C Ziff. 3 f.) herangezogen würde, ergäbe sich ein Invaliditätsgrad von 30 % und damit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr (vgl. E. 3.3 hievor).

Die Beschwerdegegnerin hob die laufende Dreiviertelsrente folglich zulässigerweise mit Verfügung vom 13. Juni 2013 (act. II 78) in Anwendung von Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. a IVV per 31. Juli 2013 auf. Die Beschwerde vom 3. Juli 2013 erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen.

**6.**

**6.1** 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Sie werden dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

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

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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