

200 14 1052 IV  
SCJ/IMD/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 24. Juni 2015**

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Matti  
Gerichtsschreiber Imhasly

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. September 2014



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1963 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im September 2005 unter Hinweis auf ein chronifiziertes Rückenleiden bei Diskushernie im Segment L5/S1 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegründerin) nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor; sie holte namentlich die Akten des zuständigen Krankentaggeldversicherers ein (AB 10) und liess die Versicherte durch die C.\_\_\_\_\_ (MEDAS C.\_\_\_\_\_) begutachten (Gutachten vom 3. Juli 2008 [AB 32]). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Bericht vom 10. Dezember 2008 [AB 37]) und Einholung eines Abklärungsberichts Haushalt vom 13. Januar 2009 (AB 38) stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 20. Januar 2009 (AB 39) die Zusprache einer vom 1. September 2005 bis 31. Juli 2008 befristeten ganzen Rente bei einem Status von 80 % Erwerbstätigkeit und 20 % Aufgabenbereich Haushalt sowie einem gewichteten Invaliditätsgrad von 82 % in Aussicht. Nachdem die Versicherte hiergegen durch ihren Rechtsvertreter Einwand erheben liess (AB 42), verfügte die IVB am 26. Mai 2009 (AB 47) die Zusprache einer ganzen Rente ab dem 1. September 2005 sowie einer Viertelsrente ab dem 1. August 2008 bei einem gewichteten Invaliditätsgrad von 82 % bzw. 43 %. Mit Mitteilungen vom 25. Oktober 2011 (AB 55) und 4. Juli 2012 (AB 63) bestätigte sie den bisherigen Rentenanspruch.

### **B.**

Im Rahmen einer im Mai 2013 von Amtes wegen eingeleiteten Revision (AB 64) liess die IVB die Versicherte in der D.\_\_\_\_\_ (MEDAS D.\_\_\_\_\_) polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 29. April 2014 [AB 72.1]). In der Folge holte sie einen Abklärungsbericht Haushalt vom 1. Juli 2014 (AB 75) ein und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 7. Juli 2014 (AB 76) die wiedererwägungsweise Aufhebung der laufenden

Rente bei einem Status von 80 % Erwerbstätigkeit und 20 % Aufgabenbereich Haushalt sowie einem gewichteten Invaliditätsgrad von 8 % in Aussicht. Daran hielt sie nach Einwänden seitens des Rechtsvertreters der Versicherten (AB 77) mit Verfügung vom 30. September 2014 (AB 79) fest.

### **C.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 31. Oktober 2014 Beschwerde mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr sei unverändert eine Viertelsrente auszurichten.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. November 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

### **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 30. September 2014 (AB 79). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung und in diesem Zusammenhang die Rechtmässigkeit der verfügten wiedererwägungsweisen Rentenaufhebung per 30. November 2014 (AB 80).

**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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Bei Nichterwerbstätigen wird der Erwerbsunfähigkeit die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, gleichgestellt (Art. 5 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 3 Satz 1 ATSG).

Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Mit dieser Regelung sind die bisher ungeschriebenen Rechtsgrundsätze und insbesondere die Rechtsprechung zur Ausscheidung der invaliditätsfremden Faktoren und zum Zumutbarkeitsprinzip neu ausdrücklich im Gesetz festgehalten (BGE 140 V 197 E. 6.2.1 S. 199, 135 V 215 E. 7.3 S. 230; Botschaft zur 5. IVG-Revision, BBl 2005 4530 ff.).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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. Gemäss der bis zur diesbezüglichen Praxisänderung (vgl. zur Publikation bestimmter Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. Juni 2015, 9C\_492/2014) geltenden Rechtsprechung bestand 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).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegat-

tin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit beziehungsweise der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 125 V 146 E. 2a S. 150).

**2.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

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).

**2.6** 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, oh-

ne 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).

## **2.7**

**2.7.1** Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG).

Die Wiedererwägung dient der nachträglichen Korrektur einer ursprünglich unrichtigen Rechtsanwendung oder Sachverhaltsfeststellung durch die Verwaltung (BGE 117 V 8 E. 2c S. 17, 115 V 308 E. 4a cc S. 314).

**2.7.2** Nach der Rechtsprechung kann die Wiedererwägung rechtskräftiger Verfügungen nur in Betracht kommen, wenn es sich um die Korrektur grober Fehler der Verwaltung handelt (ZAK 1988 S. 555 E. 2b). Eine gesetzwidrige Leistungszusprechung gilt regelmässig als zweifellos unrichtig (BGE 126 V 399 E. 2b bb S. 401; ARV 2002 S. 181 E. 1a). Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss – derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung – denkbar (BGE 138 V 324 E. 3.3 S. 328; SVR 2014 IV Nr. 7 S. 30 E. 4.1). Zurückhaltung bei der Annahme zweifelloser Unrichtigkeit ist stets dann geboten, wenn der Wiedererwägungsgrund eine materielle Anspruchsvoraussetzung betrifft, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzungen oder Beweiswürdigungen und damit auf Elementen beruht, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen. Eine vor dem Hintergrund der seinerzeitigen Rechtspraxis vertretbare Beurteilung der (invaliditätsmässigen) Anspruchsvoraussetzungen kann nicht zweifellos unrichtig sein (SVR 2014 IV Nr. 10 S. 40 E. 4.1; Entscheid des BGer vom 28. Juli 2011, 8C\_962/2010, E. 3.1). Hingegen ist das Erfordernis in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falscher Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 140 V 77 E. 3.1 S. 79).

Um wiedererwägungsweise auf eine verfügte Leistung zurückkommen zu können, genügt es nicht, wenn ein einzelnes Anspruchselement rechtswid-

rig festgelegt wurde. Vielmehr hat sich die Leistungszusprache auch im Ergebnis als offensichtlich unrichtig zu erweisen. So muss etwa, damit eine zugesprochene Rente wegen einer unkorrekten Invaliditätsbemessung wiedererwägungsweise aufgehoben werden kann, nach damaliger Sach- und Rechtslage erstellt sein, dass eine korrekte Invaliditätsbemessung hinsichtlich des Leistungsanspruchs zu einem anderen Ergebnis geführt hätte (BGE 140 V 77 E. 3.1 S. 79).

### **3.**

Die Beschwerdegegnerin begründete die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 26. Mai 2009 (AB 47) im Wesentlichen damit, dass im Rahmen der Rentenzusprache die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Überwindbarkeit von somatoformen Schmerzstörungen und ähnlichen Beschwerdebildern unberücksichtigt geblieben sei, was eine zweifellose Unrichtigkeit darstelle.

Dagegen macht die Beschwerdeführerin in der Beschwerde geltend, die Gutachter der MEDAS C. \_\_\_\_\_ (AB 32), gestützt auf deren Einschätzung die Rentenzusprache erfolgt sei, hätten sich zur Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzanteile gemäss den sogenannten Foerster-Kriterien geäussert und eine eingeschränkte psychische Belastbarkeit attestiert. Entsprechend könne die damalige Verfügung nicht als zweifellos unrichtig bezeichnet werden. Eine Wiedererwägung sei damit ausgeschlossen.

Vorab ist somit zu prüfen, ob die ursprüngliche Leistungszusprache zweifellos unrichtig gewesen ist und damit wiedererwägungsweise darauf zurückgekommen werden kann.

**3.1** Bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 26. Mai 2009 (AB 47) lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.1.1** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 4. September 2004 (AB 10 S. 6) über eine notfallmässige Konsultation aufgrund einer akuten Exazerbation eines lumbalen Schmerzsyn-

droms. Es bestünden lumbale Schmerzen mit spondylogener Ausstrahlung in beide Extremitäten und eine allseits eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule.

**3.1.2** Im Gutachten vom 3. Juli 2005 (AB 6 S. 12 ff.) diagnostizierte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, chronische untere Rückenschmerzen (beginnende Diskopathien L4/5 und L5/S1 mit interkurrent radikulärer Reizsymptomatik im rechten Bein; sicher seit April 2005 ohne organisches Korrelat) sowie Hand- und Knieschmerzen ohne organisches Korrelat. Er führte aus, es bestünden keine körperlichen Beeinträchtigungen. Die Diskusschädigungen auf den Segmenthöhen L4/5 und L5/S1 seien altersentsprechend, die radikuläre Symptomatik vor etwas mehr als einem halben Jahr habe sich auf eine Reizung mit Schmerzen ohne motorische oder sensorische Ausfälle beschränkt und sich vollständig zurückgebildet. Geistige oder psychische Einschränkungen seien weder in den medizinischen Akten dokumentiert noch bei der einstündigen gutachterlichen Untersuchung aufgefallen. Ab dem 1. Juni 2005 bestehe keine gesundheitliche Beeinträchtigung, die Versicherte sei voll arbeitsfähig.

**3.1.3** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, hielt im Bericht vom 15. Dezember 2005 (AB 6 S. 10 f.) fest, eine klare radikuläre Symptomatik aufgrund der Diskushernie, welche auf den MRI-Bildern des letzten Jahres auszumachen sei, finde sich nicht. Die Patientin schildere einen recht diffusen Symptomenkomplex, dessen Ausprägung und subjektives Empfinden sich sicherlich mit der nun entstandenen psychosozialen Situation vermischen würden. Das Problem liege seiner Meinung nach in der Schmerzverarbeitung, von invasiven Eingriffen sei abzuraten. Die von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ angeführten Gründe für eine Arbeitsfähigkeit von 100 % seien sicherlich nachvollziehbar und in sich gesehen auch korrekt. Gleichwohl sei er der Ansicht, dass dies der Gesamtsituation nicht ganz gerecht werde und durchaus eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege, die nicht orthopädisch-morphologisch sondern eher psychosomatisch zu begründen sei.

**3.1.4** Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, attestierte im Bericht vom 12. Januar 2006 (AB 6 S. 1 ff.) eine Arbeitsun-

fähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit als ... in einem .... Eine nicht rückenbelastende Tätigkeit, mit Möglichkeit zu wechselnder Körperposition sei medizinisch-theoretisch initial zu 50 % denkbar. Eine epidurale Infiltration habe die radikulären Ausstrahlungen verbessert, übrige Therapiemassnahmen seien praktisch ohne Effekt geblieben. Die Prognose sei aufgrund des unbefriedigenden Verlaufs und der zunehmenden Ausweitung der Symptome eher düster.

**3.1.5** Im Bericht des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 16. März 2006 (AB 14 S. 18 ff.) bezüglich einer stationären Abklärung und Behandlung vom 24. Januar bis 2. März 2006 wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und eine mittelgradige Depression (ICD-10: F32.1) diagnostiziert. Bei der Untersuchung durch den Orthopäden hätten sich keine Hinweise auf eine lumboradikuläre Reizsymptomatik gezeigt. Die im November 2004 dokumentierte kleine mediolaterale Diskushernie auf der Höhe des Segments L5/S1 rechts könne das zwischenzeitlich ausgeweitete Beschwerdebild nicht ausreichend erklären. Manifest sei eine mindestens mittelschwere Depression, die sich schleichend über mehrere Jahre reaktiv auf die chronische Schmerzerkrankung und Überforderung entwickelt habe. Attestiert wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % im bisherigen Beruf für zwei Wochen nach dem Austritt mit weiterer Beurteilung durch den Hausarzt.

**3.1.6** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte im Gutachten vom 29. September 2006 (AB 14 S. 1 ff.) aus, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liege ein mittelgradig ausgeprägtes reaktives (neurotisches) depressives Zustandsbild bei anhaltender Schmerzstörung und akzentuierter Persönlichkeit mit hysterischen, passiv-abhängigen, ängstlich vermeidenden, aggressionsgehemmten und zwanghaften Anteilen (ICD-10: F31.11, F45.4, Z73.1) vor. Die Versicherte sei einerseits schmerzbedingt nicht in der Lage, den beruflichen Anforderungen im ... zu entsprechen. Andererseits würden die Erschöpfungszustände mit reaktiver Depression zu einer solchen Belastung führen, dass eine berufliche Tätigkeit als ... nicht mehr möglich sei. In einer den körperlichen Leiden angepassten beruflichen Tätigkeit könne theoretisch mit einer Arbeitsfähigkeit von 100 % gerechnet werden, sofern sich das depressive

Zustandsbild kompensieren lasse. Im jetzigen Stadium der Beschwerden bestehe auch für angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 70 %.

**3.1.7** Die behandelnde Ärztin Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 29. Mai 2007 (AB 22) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und eine mittelgradige Depression (ICD-10: F32.1). Sie attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 2004. Jegliche Tätigkeit in der freien Wirtschaft sei zum jetzigen Zeitpunkt wegen der körperlichen Symptomatik nicht möglich. Auch bei körperlicher Beschwerdefreiheit könnte die Versicherte aufgrund der morgendlichen Antriebsstörung lediglich am Nachmittag zu 40 % tätig sein.

**3.1.8** Dem Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_\_, vom 3. Juli 2008 (AB 32) lassen sich die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen (AB 32 S. 25):

- Chronisches lumbovertebrales Syndrom
  - mit spondylogener Ausstrahlung nach rechts
  - bei medio-rechtsseitiger Discushernie L5/S1
  - Spondylarthrose L5/S1
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
  - mit leichter depressiver Episode
  - bei akzentuierten narzisstisch-selbstunsicheren Persönlichkeitszügen

Interdisziplinär hielten die Gutachter fest, aufgrund der durchgeführten Untersuchungen sei das lumbovertebrale Schmerzgeschehen zu bestätigen. Die Kreuzschmerzen seien bewegungs- und belastungsabhängig und durchaus mit den Befunden in den bildgebenden Untersuchungen vereinbar. Die Spondylarthrose auf Höhe L5/S1 rechts sei wahrscheinlich auch eine erhebliche Mitursache für die im rechten Bein geklagten Beschwerden. Aus somatischer Sicht sei es der Explorandin nicht möglich, repetitiv schwerere Lasten zu heben oder zu tragen. Auch Arbeiten in ungünstiger bzw. in Zwangshaltung seien nur sehr beschränkt möglich. Damit komme die angestammte Tätigkeit als ... praktisch kaum mehr in Frage. Als ... könnte die Explorandin nur noch bei körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten eingesetzt werden und damit wäre ihr Einsatzbereich in einem Altersheim sehr begrenzt.

Daneben leide die Explorandin an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Diese stehe psychodynamisch wahrscheinlich in Zusammenhang mit den akzentuierten narzisstisch-selbstunsicheren Persönlichkeitszügen. Der Explorandin sei es bisher nicht gelungen, die somatischen Affektionen, die aus somatischer Sicht erklärbaren Schmerzen adäquat zu verarbeiten. Die Explorandin sei in eine depressive Entwicklung geraten. Diese habe sich im Vergleich zur psychiatrischen Vorbegutachtung bei Dr. med. J.\_\_\_\_\_ und auch im Vergleich zu den Befunden der behandelnden Psychiaterin im Jahr 2007 bereits zurückgebildet. Trotzdem unterliege die Explorandin erheblichen affektiven Schwankungen als Ausdruck einer reduzierten Belastbarkeit. Hinsichtlich der Frage, ob sie über genügend psychische Ressourcen verfüge, um ihre Schmerzen mit einer Willensanstrengung zu überwinden und wieder in den Erwerbsprozess zurückzukehren, sei anhand der komplexen Ich-Funktionen zu sagen, dass hier eine leichte bis mässige Einschränkung bestehe und aus diesem Grund auch von einer im gleichen Umfang eingeschränkten psychischen Belastbarkeit ausgegangen werden könne.

Dies führe zum Schluss, dass die Explorandin aus somatischen Gründen für eine rückenangepasste Tätigkeit in Wechselhaltung, unter Vermeidung des repetitiven Tragens und Hebens von schweren Lasten vollschichtig arbeitsfähig sei. In Anbetracht der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der Folgeerscheinungen mit dem depressiven Syndrom bei leicht bis mässiger Einschränkung der psychischen Belastbarkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen (AB 32 S. 27 f.).

**3.2** Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin gestützt auf das Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_\_ mit Verfügung vom 26. Mai 2009 (AB 47) ab dem 1. September 2005 zunächst eine ganze Rente und ab dem 1. August 2008 eine Viertelsrente zu. Beides ist als zweifellos unrichtig zu qualifizieren, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

**3.2.1** Die Gutachter der MEDAS C.\_\_\_\_\_ führten hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit aus, es sei anhand der Aktenlage davon auszugehen, dass die Explorandin nach dem Ereignis von 2004 zunächst vollständig arbeitsunfähig gewesen und im Verlauf des Jahres 2007 teilarbeitsfähig geworden sei. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ habe am

8. Mai 2007 noch ein mittelgradig ausgeprägtes depressives Syndrom festgehalten, wahrscheinlich sei die Explorandin damals immer noch arbeitsunfähig gewesen, seither sei allerdings aus psychiatrischer Sicht eine Besserung eingetreten. Genauer könne zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit nicht Stellung genommen werden (AB 32 S. 28).

Der RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Bericht vom 10. Dezember 2008 (AB 37) fest, vom 4. September 2004 bis zum 23. April 2005 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden; anschliessend sei bis auf weiteres von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit auszugehen. Die von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ attestierte höhere Einschränkung von 70 % sei auf eine vorübergehende – und behandelbare – Verschlechterung auch im Zusammenhang mit der Begutachtung zurückzuführen. Im Durchschnitt sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen, was sich auch mit der Einschätzung des langjährigen Hausarztes Dr. med. H. \_\_\_\_\_ decke.

Unabhängig davon, ob der gutachterlich attestierten Einschränkung der Erwerbsfähigkeit aufgrund der somatoformen Schmerzstörung aus rechtlicher Sicht zu folgen gewesen wäre oder nicht (vgl. dazu sogleich E. 3.2.2), war das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, bei gegebener medizinischer Aktenlage bis April 2008 von einer Einschränkung von 100 % im Erwerbsbereich auszugehen (AB 38 S. 8) und unter Annahme eines Anteils Erwerbstätigkeit von 80 % bis Ende Juli 2008 eine ganze Rente zuzusprechen, zweifellos unrichtig. Einerseits wurden die unterschiedlichen ärztlichen Angaben zum Ausmass der Arbeitsfähigkeit im zeitlichen Verlauf – insbesondere hinsichtlich der Verbesserung während des Jahres 2007 – nicht gewürdigt, andererseits schloss die Beschwerdegegnerin von einer vollen Arbeitsunfähigkeit kurzerhand auf eine entsprechende volle Invalidität, ohne abzuklären, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit verhielt.

**3.2.2** Die Weitergewährung einer Viertelsrente ab dem 1. August 2008 basierte in medizinischer Hinsicht auf der Einschätzung der Gutachter der MEDAS C. \_\_\_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin aus somatischen Gründen in einer rückenangepassten Tätigkeit in Wechselhaltung, unter Vermeidung repetitiven Tragens und Hebens von schweren Lasten voll-

schichtig arbeitsfähig sei, wobei jedoch aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der Folgeerscheinungen mit depressivem Syndrom bei leichter bis mässiger Einschränkung der psychischen Belastbarkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen sei (AB 32 S. 27 f.). Die Beschwerdegegnerin übernahm dieses Zumutbarkeitsprofil nach Rücksprache mit dem RAD-Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_\_. Dieser gelangte im Bericht vom 17. November 2008 (AB 34) in Beantwortung der seitens der Verwaltung gestellten Frage nach dem Vorliegen einer psychiatrischen Komorbidität zum Schluss, dass das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_\_ in jeder Hinsicht den Anforderungen, die an ein Gutachten gestellt würden, entspreche. Insbesondere auch bezüglich der psychiatrischen Komorbidität argumentiere der psychiatrische Gutachter sehr differenziert und fachlich einwandfrei. Das im Gutachten formulierte Zumutbarkeitsprofil sei eingehend begründet und medizinisch nachvollziehbar. Im Ergebnis hat die Beschwerdegegnerin damit der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine invalidisierende Wirkung zugesprochen.

**3.2.2.1** Im Vordergrund der Prüfung der Möglichkeit der willentlichen Überwindung von somatoformen Schmerzstörungen stand gemäss im Zeitpunkt der Verfügung vom 26. Mai 2009 (AB 47) geltender und damit hinsichtlich der Frage deren zweifelloser Unrichtigkeit vorliegend zu berücksichtigender Praxis (vgl. E. 2.7.2) die Frage, ob eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer gegeben ist (vgl. E. 2.2 hiervor), welche ein von den belastenden Lebensumständen selbstständiges und davon unterscheidbares Leiden darstellt (Entscheid des BGer vom 27. November 2009, 8C\_591/2009, E. 4.1). Die Gutachter der MEDAS C.\_\_\_\_\_ diagnostizierten in psychiatrischer Hinsicht neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine leichte depressive Episode sowie akzentuierte narzisstisch-selbstunsichere Persönlichkeitszüge (AB 32 S. 23). Beide Diagnosen stellten gemäss Gutachter hinsichtlich der Frage der Überwindbarkeit eine Komorbidität zu der Schmerzstörung dar, wobei die Persönlichkeitszüge die entscheidendere Rolle spielten (AB 32 S. 24). Dem kann aus rechtlicher Sicht nicht gefolgt werden: Einerseits galt eine leichte depressive Episode nicht als Komorbidität von erheblicher Schwere und Ausprägung zur somatoformen Schmerz-

störung (Entscheid des BGer vom 6. Juni 2011, 9C\_1040/2010, E. 3.4.2.1), dies insbesondere wenn sie – wie im vorliegenden Fall – in engem Zusammenhang mit der zunehmenden Schmerzsymptomatik stand bzw. daraus resultierte (AB 32 S. 23). Andererseits stellen die diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge als Z-Diagnose (ICD-10: Z73) kein bei der Beschwerdegegnerin versichertes Risiko dar. Bei den sogenannten Z-Kodierungen handelt es sich um Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Die Kategorien Z00-Z99 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar

sind (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/chapter-xxi.htm>). Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (vgl. Entscheid des BGer vom 4. Mai 2009, 8C\_570/2008, E. 4.2.5; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, E. 2.2.2.2) und stellen somit keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer dar.

Sodann lassen die weiteren Kriterien (vgl. E. 2.2 hiavor) zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens im Juli 2008 nicht auf eine damalige ausnahmsweise Unzumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung schliessen: Die Beschwerdeführerin litt zwar an chronischen körperlichen Begleiterkrankungen der Wirbelsäule mit mehrjährigem Verlauf. Diese hatten jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer rückenadaptierten Tätigkeit. Es lag – wie die Gutachter auch explizit festhielten (AB 32 S. 24) – kein schwerer sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens vor. Ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit weitgehend unveränderter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung liess sich zwar mit Bezug auf die Schmerzproblematik nicht von der Hand weisen; dieser Verlauf ist jedoch für Somatisierungsstörungen diagnosespezifisch und daher nicht ausschlaggebend (Entscheid des BGer vom 16. Dezember 2008, 8C\_195/2008, E. 7.3). Ferner konnte gemäss Gutachtern auch nicht von einem verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf ausgegangen werden. Trotz der "narzisstischen Lücke" der Explo-

randin habe die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung doch eine Verbesserung des psychischen Zustandes bewirkt (AB 32 S. 24).

**3.2.2.2** In der erforderlichen Gesamtbetrachtung hätte die Beschwerdegegnerin damit zwingend zum Ergebnis gelangen müssen, dass bei der Beschwerdeführerin weder eine psychische Komorbidität von hinreichender Schwere, Ausprägung, und Dauer vorlag noch die übrigen Kriterien (ausgeprägt oder gehäuft) erfüllt waren und es demnach an einem invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden gefehlt hat. Somit wäre von den diesbezüglichen Schlussfolgerungen des psychiatrischen Gutachters der Gutachterstelle abzuweichen gewesen, ist es doch die Aufgabe der rechtsanwendenden Behörden – nicht diejenige des begutachtenden Arztes – zu entscheiden, ob dieser Gesundheitsschaden invalidisierend ist, d.h. zu prüfen, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung zu erlauben (SVR 2012 IV Nr. 1 S. 2 E. 3.4.1). Soweit die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 26. Mai 2009 (AB 47) der gutachterlichen bzw. RAD-ärztlichen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit gefolgt ist, ohne diese notwendige und ihr obliegende Prüfung vorzunehmen, hat sie den Invaliditätsgrad in Verletzung der einschlägigen Rechtsregeln ermittelt. Damit ist von einer zweifellos unrichtigen Rentenzusprache auszugehen (vgl. E. 2.7.2. hiervor). Da es sich bei Renten um Dauerleistungen handelt, ist auch die zweite Voraussetzung der Wiedererwägung, die erhebliche Bedeutung einer Berichtigung, erfüllt (vgl. E. 2.7.1 hiervor).

#### **4.**

Sind die Voraussetzungen der Wiedererwägung gegeben, was – wie eben dargelegt (vgl. E. 3.2 hiervor) – hier der Fall ist, werden die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs pro futuro geprüft (SVR 2014 IV Nr. 7 S. 30 E. 4.1).

**4.1** In medizinischer Hinsicht erging die angefochtene Verfügung vom 30. September 2014 (AB 79) gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS D. \_\_\_\_\_ vom 29. April 2014 (AB 72.1). Darin wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (AB 72.1 S. 50):

- Belastungsabhängige lumbovertebrale Beschwerden ausgehend vom Segment L5/S1 bei
  - beginnender Chondrose und Spondylarthrosen L5/S1 mit facetten-gelenksfortgeleiteten und belastungsabhängigen Missempfindungen in der rechten unteren Extremität
    - Status nach Diskushernie L5/S1 mediolateral rechts
    - Diskusprotrusion L4/L5
- Zeitweise auftretende, belastungsabhängige zervikovertebrale Missempfindungen mit zervikozephaler Ausstrahlung okzipital bei
  - Streckhaltung degenerativ bedingt unterhalb HWK3 mit Chondrose HWK5/6 und HWK6/7, ohne Spondylarthrosebildung
- Leichte depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10: F33.0)
- Akzentuierte Persönlichkeitszüge vom narzisstisch-unsicheren Typ (ICD-10: Z73.0).

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter das Folgende auf (AB 72.1 S. 50):

- Nicht näher spezifizierbare Arthralgien im Bereich Füsse, Kniegelenke, Ellbogengelenke und Schultergelenke
  - ohne Hinweis für eine arthritische Aktivität, ohne Periarthropathie bei
    - diskret beginnender medialer Gonarthrose rechtsseitig mit angedeuteter Ausziehung am medialen Tibiaplateau bei noch deutlich erhaltenem Restknorpel
- Chronische Schmerzstörung bei psychosozialen Belastungsfaktoren (ICD-10: F45.41).

Die im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung durchgeführte internistische Untersuchung ergebe das Bild einer 50-jährigen adipösen, kardio-pulmonal kompensierten Versicherten in unauffälligem Allgemeinzustand. Die klinische Untersuchung sei altersentsprechend normal, ohne Hinweise für eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz oder für eine Lungenerkrankung. Auch im Abdominal- und Neurostatus hätten sich keine pathologischen Befunde erheben lassen. Korrelierend dazu fänden sich durchwegs Normalwerte in den Laboruntersuchungen. Das EKG zeige einen unauffälligen Erregungsablauf und die Spirometrie liefere keine Hinweise für eine

obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Aus internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen.

Auf rheumatologischem Fachgebiet handle es sich aktuell um eine stabile, gut kompensierte Situation unter Einhalten von Schonkriterien betreffend der in der Diagnose genannten Abschnitte des Achsenskeletts. Betreffend Hals- und Lendenwirbelsäule seien folgende Schonkriterien zu erwähnen: Keine repetitiv gebückten Arbeitspositionen, keine repetitiven Gewichtsbelastungen über 15 kg, keine monotonen Arbeitspositionen in HWS-Extensionsstellung, Wechsel zwischen sitzender und stehender Position. Für eine diese Schonkriterien berücksichtigende Tätigkeit, leicht bis zeitweise mittelschwer wechselbelastend, werde bezogen auf ein volles Pensum eine Arbeitsfähigkeit von 100 % als zumutbar und ausgewiesen erachtet. Weiter klage die Explorandin über diffuse, nicht näher spezifizierbare Arthralgien an den grossen Gelenken und Fingergelenken ohne somatisches Korrelat. Dabei handle es sich um eine Symptomausweitung, wie dies bereits im MEDAS-Gutachten von 2008 erwähnt worden sei. Darüber hinaus bestünden Diskrepanzen und Hinweise für eine Selbstlimitierung.

Der während der psychiatrischen Exploration erhobene objektivierbare Befund habe psychopathologische Auffälligkeiten ergeben, die auf eine leichte depressive Episode analog den ICD-10-Kriterien zurückgeführt werden könnten. Zudem hätten sich auffällige Persönlichkeitszüge gefunden. Es bestehe keine leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten seien allenfalls leicht eingeschränkt. Zusammenfassend bestünden bei der Versicherten mit Verweis auf die aktuellen somatischen Untersuchungen erhebliche Inkonsistenzen und ein ausgesprochen selbstlimitierendes Verhalten. Es lägen weder Suizidalität noch Lebensüberdruß vor. Bei der Versicherten stehe ein subjektives Schmerzsyndrom im Vordergrund. Die Versicherte erlebe sich dadurch insuffizient und im Selbstwertgefühl reduziert. Aufgrund der von der Versicherten angegebenen körperlichen Schmerzen und der nicht ausreichenden Erklärbarkeit durch ein so-

matisches Korrelat sei aus psychiatrischer Sicht die bereits in der Akte mehrheitlich erwähnte Diagnose einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10: F45.41 zu stellen. Zusätzlich seien aufgrund der Exploration und der psychiatrischen Untersuchung die Kriterien einer leichten depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung ICD-10: F33.0 erfüllt. Darüber hinaus ergäben sich bei der Versicherten aufgrund der Untersuchung und der Aktenlage Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung vom narzisstisch-selbstunsicheren Typ (ICD-10: Z73). Erwähnenswert seien anhand der gutachterlichen Konsistenzprüfung gewonnene Eindrücke mit Hinweisen auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen; es würden auch Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden, der Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe und dem gewonnenen Eindruck des Referenten in der psychiatrischen Untersuchung auffallen. Es bestünden auch während der körperlichen Untersuchung Hinweise auf Aggravationsverhalten und eine Selbstlimitierung der Versicherten. Zudem würden im Rahmen der Exploration diverse, nicht IV-relevante psychosoziale Belastungsfaktoren deutlich. Es lägen aus psychiatrischer Sicht aufgrund der akzentuierten Persönlichkeitszüge vom narzisstisch-unsicheren Typ und der leichten depressiven Symptomatik bei rezidivierender depressiver Störung verminderte krankheitsbedingte Ressourcen und eine reduzierte Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte vor. Eine verminderte Zumutbarkeit zur Überwindung der im Subjektiven liegenden Defizite könne aus fachärztlicher Sicht als überwiegend wahrscheinlich angenommen werden. Die Ausprägung der Störung sei bei der versicherten Person im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv leicht einzustufen.

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Versicherten aus rheumatologischer Sicht eine leichte bis zeitweise mittelschwer wechselbelastende Tätigkeit bezogen auf ein volles Pensum von 100 % zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht werde aufgrund der leichten depressiven Episode bei jedoch aktenkundig dokumentierter rezidivierender depressiver Störung (ICD-10: F33.0) und der beschriebenen akzentuierten Persönlichkeitszüge vom narzisstisch-selbstunsicheren

Typ (ICD-10: Z73.0) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 30 % für alle Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt attestiert.

Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil aus rheumatologischer Sicht gelte seit dem Zeitpunkt der poydisziplinären Abklärung im Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_\_ von 2008. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit von aktuell 30 % Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit von 70 % für alle Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt) sei auf die psychiatrische Beurteilung zurückzuführen und gelte ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung im Februar 2014. Es müsse ganz klar festgehalten werden, dass sich die gesundheitliche Situation der Versicherten nicht verändert habe, es werde aus heutiger Sicht nur eine andere Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt. Die damals beurteilte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % für alle Tätigkeiten könne aufgrund der auch bereits damals vorliegenden gleichen psychischen Störung nicht nachvollzogen werden.

**4.2** Das Gutachten der MEDAS D.\_\_\_\_\_ vom 29. April 2014 (AB 72.1) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines derartigen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 hiervor). Es ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden sowie die erhobenen Befunde und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Im Weiteren leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die Schlussfolgerungen sind begründet. Von den Parteien wird denn auch nichts Gegenteiliges vorgebracht.

Obwohl grundsätzlich auf das beweiskräftige Gutachten abzustellen ist, stellt sich doch die Frage, ob der medizinisch attestierten, psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 30 % in adaptierter Tätigkeit auch aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht gefolgt werden kann: Die Gutachter der MEDAS D.\_\_\_\_\_ begründeten die entsprechende Arbeitsunfähigkeit mit einer leichten depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10: F33.0) und akzentuierten Persönlichkeitszügen vom narzisstisch-unsicheren Typ (ICD-10: Z73.0). Das Bundesgericht hat einer leichtgradigen depressiven Episode regelmässig keine invalidisierende Wirkung zuerkannt, selbst wenn sie vor dem Hintergrund einer rezidivie-

renden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (vgl. Entscheide des BGer vom 29. Juni 2011, 9C\_176/2011, E. 4.3 und vom 24. August 2012, 8C\_870/2011, E. 3.2). Vielmehr sei bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (Entscheid des BGer vom 4. April 2007, I 251/06, E. 3.3.1). Die invalidisierende Wirkung der attestierten psychischen Erkrankung ist im vorliegenden Fall darüber hinaus dadurch fraglich, als gemäss Gutachtern keine leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bestehe und die Einnahme der Medikamente unregelmässig und in geringer Dosierung erfolge, womit kein Effekt der Therapie zu erwarten sei (AB 72.1 S. 43). Hinsichtlich der akzentuierten Persönlichkeitszüge und deren Krankheitswert kann auf das bereits Gesagte verwiesen werden (vgl. E. 3.2.2.1 hiervor). Die Frage nach der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz des diagnostizierten Leidens kann letztlich jedoch offenbleiben, da selbst unter Berücksichtigung der attestierten psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 30 % ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad resultiert, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

Im Weiteren ist festzuhalten, dass die Praxisänderung des Bundesgerichts zur Beurteilung somatoformer Schmerzstörungen (vgl. E. 2.2 hiervor) vorliegend keine Anwendung findet, da eine solche bzw. eine chronische Schmerzstörung im Gutachten der MEDAS D. \_\_\_\_\_ lediglich unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wird (AB 72.1 S. 50) und ihr damit – wegen der fehlenden Funktionseinschränkung – hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine Bedeutung zukommt (BGer 9C\_492/2014, E. 4.3.1.1).

## **5.**

**5.1** Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung die Invaliditätsbemessung – wie bereits im Rahmen der damaligen Rentenzusprache (AB 44) – anhand der gemischten Methode unter Berücksichtigung

eines Status von 80 % Erwerbstätigkeit und 20 % Aufgabenbereich Haushalt vorgenommen (AB 75 S. 6). Die Beschwerdeführerin wendet dagegen ein, sie wäre bei guter Gesundheit zu 100 % erwerbstätig, dies habe sie bereits im Einwandverfahren vor der Rentenzusprache geltend gemacht. Im weiteren Verlauf habe die Statusfrage keine Rolle mehr gespielt, da ihr eine Viertelsrente zugesprochen worden sei und sich auch mit einem korrekten Status keine relevante Erhöhung des IV-Grades ergeben hätte (Beschwerde S. 6 Ziff. 12).

Es besteht kein Anlass, die Statusfrage heute anders zu beurteilen als im Zeitpunkt der Verfügung vom 26. Mai 2009 (AB 47), zumal die damalige Statusfestlegung im Abklärungsbericht vom 13. Januar 2009 überzeugend begründet worden ist (AB 38 S. 4 Ziff. 3.5) und sich aus den Akten keine Hinweise ergeben, dass sich die Lebensumstände der Beschwerdeführerin in einer Weise geändert hätten, die zu einer Anpassung der Gewichtung der zwei Bereiche führen müsste. Hinzu kommt, dass die damals bereits anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin die Verfügung nicht angefochten hatte, obwohl der von ihr geltend gemachte Status von 100 % Erwerbstätigkeit sich entgegen ihrer Ansicht durchaus auf den Rentenanspruch ausgewirkt hätte. Diesfalls hätte bei gleicher Bemessungsgrundlage (AB 44 S. 2) sogar ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von 60 % resultiert ([Fr. 54'024.-- {Pensum von 100 % statt 80 %} - Fr. 21'389.--] / Fr. 54'024.-- x 100).

Damit ist ausgehend von einem Status von 80 % Erwerbstätigkeit und 20 % Aufgabenbereich Haushalt nachfolgend der Invaliditätsgrad anhand der gemischten Methode zu ermitteln.

**5.2** Zunächst ist die Einschränkung im Erwerbsbereich zu bestimmen.

**5.2.1** Für den Einkommensvergleich sind grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt der allfälligen Wiedererwägung massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind. Soweit dazu nachfolgend statistische Daten herangezogen werden, ist mangels Verfügbarkeit einschlägi-

ger Werte für das Jahr 2014 auf die vom Bundesamt für Statistik für das Jahr 2013 veröffentlichten Daten abzustellen.

**5.2.2** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325, 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlöhnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (AHI 1999 S. 240 E. 3b; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen in der angefochtenen Verfügung anhand der Tabelle TA1 der Lohnstrukturerhebung (LSE) 2010, Position 87 (Gesundheits- und Sozialwesen; Heime), Anforderungsniveau 4 bestimmt, was angesichts der Tatsachen, dass die Beschwerdeführerin zuletzt bis September 2004 als ... tätig war und über keine Berufsausbildung in der Schweiz verfügt, grundsätzlich nicht zu beanstanden ist. Da in der Zwischenzeit allerdings die Ergebnisse der LSE 2012 veröffentlicht worden sind, ist auf deren Zahlen abzustellen. Unter Berücksichtigung der Tabelle TA1, "Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor", Frauen, Position 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen), Kompetenzniveau 1 ergibt sich bei einem Pensum von 80 % ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 46'143.- - (Fr. 4'610.-- x 12 Monate / 40 Wochenarbeitsstunden x 41.5 Wochenarbeitsstunden [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit {BUA}, 2013, 86-88] / 101 x 101.5 [BFS, Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, 86-88, Index 2012 bzw. 2013] x 0.8).

**5.2.3** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte

Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). 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 LSE herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1).

Da die Beschwerdeführerin ihre zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer adaptierten Tätigkeit (vgl. E. 4.1 hiervor) nicht verwertet, hat die Beschwerdegegnerin für das Invalideneinkommen richtigerweise ebenfalls auf einen hypothetischen Tabellenlohn der LSE abgestellt. Unter Berücksichtigung der Tabelle TA1 der LSE 2012, Frauen, Position Total, Kompetenzniveau 1 ergibt sich ein zumutbares Jahreseinkommen von Fr. 36'221.-- (Fr. 4'112.-- x 12 Monate / 40 Wochenstunden x 41.7 Wochenstunden [BUA, Total, 2013] / 102 x 102.6 [Tabelle T1.2.10, Total, Frauen, 2013] x 0.7). Offen bleiben kann, ob – wie beantragt (Beschwerde S. 6 Ziff. 12) – ein statistischer Abzug von 10 - 20 % zu gewähren ist, da selbst unter Berücksichtigung des vorliegend nicht gerechtfertigten Maximalabzuges von 25 % (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) kein Rentenanspruch mehr resultierte (vgl. E. 5.4 hiernach).

**5.2.4** Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen (vgl. E. 5.2.2 und 5.2.3 hiervor) resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 9'922.-- bzw. ein auf 22 % aufzurundender (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) Invaliditätsgrad ( $[(\text{Fr. } 46'143.-- - \text{Fr. } 36'221.--)] / \text{Fr. } 46'143.-- \times 100$ ). Damit ergibt sich für den Teilbereich Erwerbstätigkeit ein gewichteter Invaliditätsgrad von 17.6 % ( $22 \% \times 0.8$  [vgl. E. 5.1 hiervor]).

**5.3** Im Weiteren ist die Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt zu bestimmen.

**5.3.1** Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich erge-

benden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 130 V 61 E. 6.2 S. 63).

**5.3.2** Im Abklärungsbericht Haushalt vom 1. Juli 2014 (AB 75) wurde mittels Betätigungsvergleichs eine Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt von 2 % ermittelt. Der Bericht wurde vom spezialisierten Abklärungsdienst der Beschwerdegegnerin aufgrund einer Erhebung vor Ort am 6. Juni 2014 verfasst. Das Ergebnis stützt sich auf die Angaben der Beschwerdeführerin zu den sozialen und erwerblichen Verhältnissen und zum Haushalt (Ziff. 1-6). Die im Abklärungsbericht enthaltene Umschreibung der Haushaltsaufgaben entspricht den Vorgaben des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung des Bundesamtes für Sozialversicherung in der ab 1. Januar 2015 gültigen Fassung (KSIH, Version 13, Rz. 3086). Die Gewichtung der einzelnen Aufgabenbereiche hält sich sodann innerhalb der dort angegebenen Bandbreiten und ist in Anbetracht der konkreten Umstände nicht zu beanstanden. Was die Gewichtung der einzelnen Einschränkungen anbelangt, ist der Betätigungsvergleich nachvollziehbar begründet und hinreichend detailliert.

Die Beschwerdeführerin bringt diesbezüglich lediglich vor, es sei nicht einzusehen, weshalb die Einschränkung im Haushalt bei unverändert gebliebenen Verhältnissen lediglich noch 2 % statt die im Abklärungsbericht vom 5. September 2008 (AB 38) festgelegten 12 % betragen solle (Beschwerde S. 6 Ziff. 12). Ob diese Diskrepanz auf die unzutreffenden Annahmen bei der ursprünglichen Rentenzusprechung zurückzuführen ist (vgl. dazu E. 3.2.2), kann schlussendlich offen bleiben, da es am Ergebnis nichts ändert, wenn die Einschränkung im Haushalt 12 % betragen würde. Bei einer

maximalen Einschränkung von 12 % resultiert im Aufgabenbereich Haushalt ein gewichteter Invaliditätsgrad von 2.4 % (12 % x 0.2 [vgl. E. 5.1 hier- vor]).

**5.4** Bei einer gewichteten Einschränkung von 17.6 % im Erwerbsbereich (vgl. E. 5.2.4 hier- vor) und 2.4 % im Haushaltsbereich (vgl. E. 5.3.2 hier- vor) resultiert ein IV-Grad von 20 %, womit kein Rentenanspruch mehr besteht (vgl. E. 2.3 hier- vor) und die Beschwerdegegnerin die laufende Ren- te korrekterweise aufgehoben hat. Selbst unter Gewährung eines statisti- schen Abzuges von 25 % bei der Bestimmung des Invalideneinkommens (vgl. E. 5.2.3 hier- vor) resultierte lediglich ein gewichteter Invaliditätsgrad von 32.9 % im Teilbereich Erwerb ( $[\text{Fr. } 46'143.-- - \{\text{Fr. } 36'221.-- \times 0.75\}] / \text{Fr. } 46'143.-- \times 100 \times 0.8$ ) und damit ein rentenausschliessender Gesamtin- validitätsgrad von gerundet 35 % (32.9 % + 2.4 %). Der Zeitpunkt der Ren- tenaufhebung ist unter Berücksichtigung von Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. a IVV ebenfalls nicht zu beanstanden (vgl. ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 452 N. 108).

**5.5** Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin die rentenzu- sprechende Verfügung vom 26. Mai 2009 (AB 47) zu Recht in Widererwä- gung gezogen und die Rentenleistungen ex nunc et pro futuro auf das En- de des der Zustellung der angefochtenen Verfügung folgenden Monats aufgehoben. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und so- mit 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdefüh- rerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen

(Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**6.2** Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

**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):
  - Fürsprecher 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 Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.