

200 14 167 IV und
200 14 168 IV (2)
SCI/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. September 2014

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____

Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügungen vom 15. und 16. Januar 2014

Sachverhalt:

A.

Die 1961 geborene A. _____ (fortan Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 4. September 2007, unter Hinweis auf eine Diskushernie, Lumboischialgie, Fibromyalgie sowie chronische unspezifische Schmerzen, bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II], 2). Diese gewährte ihr mit zwei separaten, unangefochten gebliebenen Verfügungen vom 14. November 2008 (act. II 35 f.) – bei einem anhand der gemischten Methode ermittelten Invaliditätsgrad von 95 % sowie einer Hilflosigkeit leichten Grades – ab 1. September 2007 eine ganze Invalidenrente sowie eine Hilflosenentschädigung. Diese Ansprüche bestätigte sie anlässlich einer ordentlichen Revision mit formlosen Mitteilungen vom 8. bzw. 9. Juli 2009 (act. II 43 f.).

B.

Im Rahmen einer weiteren von Amtes wegen eingeleiteten Revision stellte die IVB der Versicherten gestützt auf ein interdisziplinäres Gutachten (vgl. act. II 58.1, 60, 61.1, 61.2) mit Vorbescheiden vom 9. und 12. August 2013 (act. II 62 f.) die Aufhebung der bisherigen Leistungen in Aussicht. Hiermit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden (vgl. act. II 67, 70, 77). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. act. II 79) verfügte die IVB am 15. bzw. 16. Januar 2014 (vgl. act. II 81 f.) den Vorbescheiden entsprechend die Aufhebung der Hilflosenentschädigung sowie der Invalidenrente auf Ende des der Verfügungen folgenden Monats.

C.

Mit Eingabe vom 17. Februar 2014 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde und stellte die folgenden Anträge:

- «1. Die Verfügungen der IV-Stelle Bern vom 15. und 16. Januar 2014 seien aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien die gesetzlichen IV-Leistungen weiterhin zu erbringen.
2. Eventualbegehren: Die Sache sei unter Aufhebung der Verfügungen vom 15. und 16. Januar 2014 an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden Sachverhaltserhebung und zur Neubegutachtung sowie zur Neuurteilung der beschwerdeführerischen Leistungsansprüche zurückzuweisen.
3. Subeventualiter: Die Sache sei unter teilweiser Aufhebung der Verfügungen vom 15. und 16. Januar 2014 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, zur Prüfung von Wiedereingliederungsmassnahmen im Sinne von Art. 8a IVG mit gleichzeitiger Weiterausrichtung der bisherigen Rente und Hilflosenentschädigung während maximal zwei Jahren, ab dem Zeitpunkt der Eröffnung des verwaltungsgerichtlichen Urteils. Die Beschwerdegegnerin sei weiter anzuweisen, der Beschwerdeführerin für die Zeit zwischen der verfügten Rentenaufhebung und der Eröffnung des verwaltungsgerichtlichen Urteils die bisherige Invalidenrente und Hilflosenentschädigung rückwirkend auszurichten.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolge –»

In ihrer Beschwerdeantwort vom 16. April 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Gestützt auf eine vom Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 5. Juni 2014 angeordnete Beweismassnahme edierten die behandelnden Ärzte im Juni bzw. Juli 2014 die Krankenakten (Akten Dr. med. C._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [act. III], unpaginiert; Akten Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, [act. IIIA], unpaginiert; Akten der Psychiatrischen Tagesklinik der E._____, [act. IIIB], 1-3).

Mit Schreiben vom 13. und 14. August 2014 bestätigten die Parteien die gestellten Anträge.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtenen Verfügungen sind 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 Verfügungen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtenen Verfügungen 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 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 Anfechtungsobjekte bilden die Verfügungen vom 15. Januar 2014 (act. II 81 [Hilflosenentschädigung]) und 16. Januar 2014 (act. II 82 [Invalidenrente]). Streitig und zu prüfen sind die Ansprüche auf eine Invalidenrente sowie eine Hilflosenentschädigung und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Aufhebung der bisherigen Leistungen auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats – mithin per 28. Februar 2014 – verfügte.

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).

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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.

2.2 Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen (vgl. dazu: BGE 133 V 450 E. 7.2 S. 463) dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Die Hilflosigkeit wird nach den Kriterien von Art. 37 IVV in schwer, mittelschwer und leicht abgestuft. Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die hilflos (Art. 9 ATSG) sind, haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (Art. 42 Abs. 1 IVG).

2.3

2.3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentli-

che Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132).

Auch jede andere formell rechtskräftig zugesprochene Dauerleistung wird von Amtes wegen oder auf Gesuch hin erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der ihr zugrunde liegende Sachverhalt nachträglich ändert (Art. 17 Abs. 2 ATSG).

2.3.2 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Anspruch auf die entsprechende Dauerleistung in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Einschätzungen zu prüfen (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

2.3.3 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Leistungsverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (vgl. 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 Dauerleistung 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 (im Zusammenhang mit dem Rentenanspruch) gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Juli 2013, 8C_441/2012, E. 3.1.2).

2.4 Gemäss lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket, in Kraft seit 1. Januar 2012; fortan Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision) des IVG werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen

wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind (Abs. 1). Davon nicht erfasst sind Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen (Abs. 4).

2.5 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).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungsaufhebung in den angefochtenen Verfügungen vom 15. und 16. Januar 2014 (act. II 81 f.) mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes, mithin stützte sie sich auf einen materiellen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG. Es ist deshalb vorab zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum in den tatsächlichen Verhältnissen eine Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad bzw. die Hilflosigkeit in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.3.1 hievor).

Die ursprünglich mit Verfügungen vom 14. November 2008 (act. II 35 f.) zugesprochenen Dauerleistungen wurden – nachdem die Beschwerdeführerin im Rahmen eines von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht hatte (vgl. act. II 39) – am 8. bzw. 9. Juli 2009 formlos bestätigt (vgl. act. II 43 f.). Auch eine blosser Mitteilung eines solchen Revisienergebnisses kann, wenn keine Verfügung verlangt wurde (Art. 74^{quater} Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt grundsätzlich einer rechtskräftigen Verfügung gleichgestellt sein (SVR 2010 IV Nr. 4 S. 8

E. 3.1; BGer 8C_441/2012, E. 3.1.2). Vorausgesetzt ist, dass eine umfassende Prüfung erfolgte (vgl. E. 2.3.2 hievor).

Im Rahmen der Revision postulierte der Hausarzt Dr. med. F. _____ im Verlaufsbericht vom 20. Mai 2009 (act. II 40) zwar einen stationären Gesundheitszustand (vgl. act. II 40/2 lit. C Ziff. 1), verneinte aber gleichzeitig eine Hilfsbedürftigkeit (vgl. act. II 40/3). Die Beschwerdegegnerin ordnete daraufhin, ohne nähere Abklärungen (vgl. act. II 42) und auf Basis des attestierten unveränderten Gesundheitszustandes, die Weiterausrichtung der Leistungen an (vgl. act. II 43 f.). Ob eine Verbesserung in der gesundheitlichen Situation und damit ein Revisionsgrund vorlag, bzw. was den Hausarzt veranlasste, hinsichtlich der Hilflosigkeit eine bessere Beurteilung abzugeben, wurde nicht näher geprüft. Bei dieser Ausgangslage ist in den besagten Mitteilungen (act. II 43 f.) mangels umfassender Prüfung keine rechtskonforme medizinische Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung zu erblicken, weshalb die ursprünglichen Leistungsverfügungen vom 14. November 2008 (act. II 35 f.) als Referenzzeitpunkt heranzuziehen und mit der Situation im Zeitpunkt der angefochtenen Revisionsverfügungen vom 15. und 16. Januar 2014 (act. II 81 f.) zu vergleichen sind. Davon geht zu Recht auch die Beschwerdeführerin aus (vgl. Beschwerde S. 12 Ziff. III lit. B Ziff. 2).

3.2 Die Leistungsverfügungen vom 14. November 2008 (act. II 35 f.) stützten sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die folgenden Arztberichte:

3.2.1 Der Hausarzt Dr. med. F. _____ vermerkte im Bericht vom 25. Oktober 2007 (act. II 16) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes linksbetontes Schmerzsyndrom sowie ein depressives Syndrom. Er erachtete die bisherige Tätigkeit wegen invalidisierender Schmerzen als nicht mehr möglich und gab an, das Heben und Tragen von Gewichten sei ab zirka eineinhalb Kilogramm vor allem im Rücken und in der linken Schulter schmerzhaft. Beim Stehen träten ab vier bis fünf bzw. beim Sitzen ab fünf Minuten Schmerzen im Rücken auf, die Beschwerdeführerin müsse sich deshalb ständig bewegen. Die Gehstrecke sei auf einen Kilometer limitiert. Die Hausarbeit sei nicht mehr möglich, es könnten nur noch kleine Einkäufe getätigt werden und

das Autofahren sei wegen zunehmenden Schulter- und Beinschmerzen links nur eine Viertelstunde möglich. Der Hausarzt liess die Frage nach dem zumutbaren Arbeitspensum in einer leidensadaptierten Tätigkeit offen und empfahl eine berufliche Abklärung.

3.2.2 Dr. phil. G._____, Fachpsychologin FSP, behandelte die Beschwerdeführerin im Mai und Juni 2007. Im Bericht vom 4. Dezember 2007 (act. II 19) führte sie hauptsächlich aus, die Beschwerdeführerin klagt über Rücken-, Arm-, Kopf- und Nackenschmerzen, wodurch das Funktionsniveau massiv beeinträchtigt sei. Es sei ihr nicht mehr möglich, die Hausarbeit zu verrichten, sie ziehe sich stark zurück und pflege kaum noch soziale Kontakte.

3.2.3 Ab 28. August 2007 stand die Beschwerdeführerin in der Psychiatrischen Tagesklinik der E._____ in ... in Behandlung. Im Bericht vom 26. November 2007 (act. II 20) wurden in diagnostischer Hinsicht hauptsächlich eine seit März 2007 bestehende rezidivierende depressive Störung mit derzeit schwerer Episode (ICD-10: F33.2), eine seit 2006 bestehende anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie ein im Jahr 1991 stattgehabter «Bandscheibenvorfall» aufgeführt. Es wurde erklärt, die Schmerzen im Rücken und in der Schulter mit Ausstrahlung in die Arme und Beine schränkten die Beweglichkeit stark ein. Auch das Heben von bereits mittelschweren Lasten sei unmöglich. Es bestehe eine Kraftminderung in Arm und Bein, vor allem linksbetont. Zudem bestünden Kopfschmerzen und intermittierende Kribbelparästhesien der linken Extremitäten. Fibromyalgieforme generalisierte Schmerzen träten am ganzen Körper auf. Aus psychischer Sicht bestünden im Rahmen einer schweren Depression eine gedrückte Stimmung, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, Gedächtnisschwierigkeiten, Verzweiflung, ein Verlust des Selbstwertgefühls, sowie Gefühle von Nutzlosigkeit und innerer Leere. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr möglich, wogegen eine leichte Tätigkeit mit viel Abwechslung zwischen Sitzen, Stehen und Gehen (je höchstens zehn Minuten am Stück), ohne Zeitdruck, die keine regelmässige Konzentration erfordere, wahrscheinlich stundenweise (zurzeit höchstens drei Stunden täglich) zumutbar wäre. Die Beschwerdeführerin sei bei ihrer

Hausarbeit auf die Hilfe ihrer Familie angewiesen, nur noch kleine Handreichungen seien möglich. Autofahren sei nicht mehr möglich.

3.2.4 Die RAD Ärztin Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, erklärte in ihrer die vorstehend genannten Berichte zusammenfassenden Stellungnahme vom 18. Dezember 2007 (act. II 21), es liege neben einem mässig ausgeprägten lumbovertebralen Schmerzsyndrom eine somatoforme Schmerzstörung mit sozialem Rückzug in Verbindung mit rezidivierenden depressiven Episoden vor. Diese Episoden würden als mittel- bis schwergradig beurteilt. Die Beschwerdeführerin sei nachvollziehbar seit September 2006 krank geschrieben, es sei ihr keine Erwerbstätigkeit möglich.

3.3 Die vorliegend angefochtenen Revisionsverfügungen vom 15. und 16. Januar 2014 (act. II 81 f.) basieren auf den Erkenntnissen einer bidisziplinären Begutachtung (vgl. act. II 58.1, 60, 61.1, 61.2), welche die Beschwerdegegnerin auf Empfehlung des RAD (vgl. act. II 52) veranlasst hatte, nachdem die Beschwerdeführerin (vgl. act. II 47) sowie Dr. med. F.____ (vgl. act. II 48) von einem verschlechterten Gesundheitszustand ausgegangen waren, während die seit Januar 2010 behandelnde Dr. med. C.____ (vgl. act. II 77/5) über einen stationären Gesundheitszustand berichtet hatte (vgl. act. II 50).

Die Dres. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH sowie Rheumatologie FMH, erstatten ihre Expertisen am 15. April 2013 (act. II 61.1) bzw. 6. Mai 2013 (act. II 58.1). Mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, sowie familiäre Schwierigkeiten (vgl. act. II 58.1/10 Ziff. III Ziff. 1). Die Experten erklärten, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Auch für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Hingegen stehe die psychosomatische Überlagerung der Schmerzen im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Vordergrund, wobei sich die psychische Komorbidität

ab Herbst bzw. Winter 2012/2013 soweit verbessert habe, dass seither eine Arbeitsfähigkeit von 85 % bestehe. Interdisziplinär könne vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht abgestützt werden (vgl. act. II 60, 61.2).

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

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision er-

stellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Entscheid des BGer vom 25. Juli 2013, 8C_441/2012, E. 6.1.2).

3.5 Die schlüssige und überzeugende interdisziplinäre Beurteilung der Dres. med. I. _____ und J. _____ vom 6. Mai 2013 (act. II 60, 61.2) erfüllt die beweisrechtlichen Anforderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. E. 3.4 hievor).

Die Schlussfolgerung von Dr. med. J. _____, wonach aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen sei und für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Anforderungsprofil keine Einschränkung bestehe (vgl. act. II 58.1/22, 60, 61.2), ist unbestritten.

Die gegen die Einschätzung von Dr. med. I. _____ beschwerdeweise vorgebrachte Kritik verfängt nicht. Was vorab die in formeller Hinsicht gerügte Dauer der psychiatrischen Exploration anbelangt, widerspricht die geltend gemachte Zeit von «weniger als eine[r] Stunde» (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III lit. A Ziff. 1.3 lit. a) den Angaben von Dr. med. I. _____ (vgl. act. II 61.1/1). Selbst wenn das Untersuchungsgespräch tatsächlich nur knapp eine Stunde gedauert hätte, wäre dieser zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie nicht per se unangemessen (vgl. Entscheid des BGer vom 29. März 2010, 8C_942/2009, E. 5.2). Die angeblichen Verständigungsschwierigkeiten sowie die geltend gemachten Fehler in der psychiatrischen Begutachtung zufolge Anwesenheit der Tochter wurden zudem erstmals im vorliegenden Beschwerdeverfahren vorgetragen (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III lit. A Ziff. 1.3 lit. a). Sie sind nachgeschoben und was die Sprache betrifft, offensichtlich unbegrün-

det. Die Beschwerdeführerin lebt seit 1988 in der Schweiz (vgl. act. II 2/3 Ziff. 4.2, 58.1/3 Ziff. I lit. D) und spricht nach der Aktenlage gut (Hoch-)Deutsch (vgl. act. II 20/3 f. lit. E Ziff. 4 und 6 lit. a, 58.1/2 Ziff. I lit. A, 58.1/12 Ziff. IV). Auch aus der von Dr. med. C. _____ verfassten Krankengeschichte ergeben sich keine Hinweise für Verständigungsprobleme in der psychiatrischen Behandlung (vgl. act. III, unpaginiert). Die Beschwerdeführerin lehnte das Angebot, einen Dolmetscher zur Begutachtung hinzuzuziehen, ab (vgl. act. II 58.1/2 Ziff. I lit. A, 58.1/12 Ziff. IV). In Anbetracht der guten Deutschkenntnisse bestehen keine Anzeichen dafür, dass die Tochter für die Verständigung unabdingbare Dolmetscherdienste leistete bzw. hätte leisten müssen (vgl. Entscheid des BGer vom 26. Mai 2014, 9C_738/2013, E. 3.3, zur Publikation vorgesehen). Was die angebliche Teilnahme der Tochter an der Begutachtung betrifft, so würde auch diese allein nicht zur Unverwertbarkeit des Gutachtens führen. Obwohl kein Rechtsanspruch darauf besteht, sich anlässlich einer medizinischen Untersuchung verbeiständen zu lassen (vgl. BGE 132 V 443), schliesst dies nicht aus, dass ein Gutachter – soweit er es für notwendig erachtet – die Anwesenheit einer Drittpersonen zulässt, um beispielsweise fremdanamnestische Angaben unmittelbar zu erhalten (vgl. SVR 2008 IV Nr. 18 S. 55 E. 4.5). Es mag damit durchaus sein, dass der Gutachter sich auch mit der begleitenden Tochter unterhielt. Dies hätte er, falls erfolgt, transparent dokumentieren müssen (vgl. BGer 9C_738/2013, E. 3.2.3). Wie es sich damit verhält, braucht jedoch nicht weitergehend abgeklärt zu werden (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]). Dr. med. I. _____ legte sachlich und einlässlich eine strukturierte Befunderhebung dar (vgl. act. II 58.1/4 ff. Ziff. II lit. A ff.), welche auch von Dr. med. C. _____ nicht substantiiert kritisiert wurde (vgl. act. II 77/5). Dafür, dass eine umfassende gutachterliche Befunderhebung durch die Anwesenheit der Tochter unterblieben bzw. verfälscht worden wäre, ergeben sich auf Basis der nachvollziehbaren Befunde keine Hinweise. Hinzu kommt, dass Dr. med. I. _____ seine Schlussfolgerungen nicht einzig auf die Erkenntnisse aus dem klinischen Explorationsgespräch oder auf eine Fremdanamnese stützte, sondern er vollständige Kenntnis der umfangreichen Vorakten hatte und sich demgemäss bezüglich der Befunde und des Gesundheitsverlaufs auf gesicherte anamnestische Gegebenheiten stützen konnte. Letztlich erge-

ben sich auch aus den gerichtlich eingeholten medizinischen Akten keine Anhaltspunkte für Mängel in der gutachterlichen Befunderhebung.

Auch in materieller Hinsicht beschränken sich die Rügen der Beschwerdeführerin auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. I._____. Der Gutachter ging von einer erheblichen Besserung der gesundheitlichen Situation aus. Er gelangte zum Schluss, dass die depressive Störung seit Herbst bzw. Winter 2012/2013 nur noch leicht ausgeprägt ist (vgl. act. II 61.1/8 f. und 10 lit. B). Dies ist durchaus nachvollziehbar und wird durch die Akten gestützt. Das Aktivitätsniveau ist seit einiger Zeit erheblich höher als anlässlich der Leistungszusprache im Jahr 2008. Die Beschwerdeführerin hat nunmehr eine regelmässige Tagesgestaltung, erledigt leichte Haushaltsarbeiten und die Einkäufe selber, fährt wieder Auto und pflegt vermehrt soziale Kontakte (vgl. act. II 61.1/9 lit. B; act. III, unpaginiert [Eintrag vom 12. Februar 2010]), was eindeutig eine Veränderung der Verhältnisse begründet. Auch Dr. med. C._____ hielt eine gewisse Verbesserung fest, ging sie doch von einer mittelschweren Depression aus und postulierte eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. act. II 77/5), wogegen die ursprüngliche Rentenverfügung (act. II 35) auf einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode und einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit gründete (vgl. act. II 21/3, 25/7 Ziff. 3.8). Wenn hingegen die Beschwerdeführerin sinngemäss geltend macht, es habe sich im Aktivitätsniveau nichts verändert (vgl. Beschwerde S. 7 f. Ziff. III lit. A 1.3 lit. a und b), so wären damit ihre Angaben, die zur Leistungszusprache führten, falsch gewesen und die ursprünglichen Verfügungen damit per se in Frage gestellt (vgl. aber E. 3.6 hienach). So erklärte sie damals beispielsweise noch, die Haushaltsführung müssten aus gesundheitlichen Gründen der Ehegatte sowie die Tochter übernehmen, sie könne keine Einkäufe mehr erledigen und wegen den Medikamenten könne sie seit September 2006 nicht mehr Autofahren (vgl. act. II 19/3 Ziff. 8 lit. a, 20/2 lit. D Ziff. 2 lit. D Ziff. 2 lit. b und c, 20/4 Ziff. 5, 20/10, 25/9 f. Ziff. 5.6 und 6). Die heutige Darstellung der Beschwerdeführerin ist zudem widersprüchlich, ging sie selbst doch noch im Einwand zum Vorbescheid von einer Gesundheitsverbesserung aus (vgl. act. II 77/3).

Dr. med. I._____ gab in einlässlicher Darlegung der psychopathologischen Befunderhebung und Würdigung der Akten eine nachvollziehbare

Beurteilung ab (vgl. act. II 61.1). Diese Darstellung steht nicht im Widerspruch zur Krankengeschichte der Psychiaterin (vgl. act. III, unpaginiert). Aus den Unterlagen von Dr. med. C. _____ ergibt sich das Bild einer sehr klagsamen, auf die Schmerzen fixierten Patientin, deren Störung heute durch die psychosozialen Umstände unterhalten wird. Von der vorab seitens der K. _____ im Jahr 2007 noch attestierten hohen Leistungsbereitschaft und Motivation (vgl. act. II 16/7 f., 20/7 f., 40/17 f.) ist der Krankengeschichte der ab 2010 behandelnden Psychiaterin nichts mehr zu entnehmen. Eine (fortlaufende) systemische Befunderhebung bzw. Befundfestlegung sowie eine Diskussion von Diagnosen findet sich in den Akten von Dr. med. C. _____ zudem nicht. Weitergehende Einschätzungen gab sie offenbar allein im Zusammenhang mit den gelegentlichen Berichten an Dritte ab, ohne dass diese jedoch einlässlicher begründet und damit geeignet wären (vgl. act. II 50, 77/5; act. III, unpaginiert), die gutachterliche Einschätzung in Frage zu stellen.

Die Unterlagen der Psychiatrischen Tagesklinik der E. _____ (act. IIIB, unpaginiert) beschlagen einen Zeitraum bis ins Jahr 2010 und sind insoweit für die aktuelle Situation nicht aussagekräftig.

Die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters, dass und weshalb die Beschwerdeführerin im Schnitt als leicht depressiv zu beurteilen ist, überzeugt. Es bestehen zudem keine Anzeichen dafür, dass die Beschwerdeführerin durch die mit der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit verbundenen Anstrengungen (Konditionierung) in psychischer Hinsicht wieder dekomensieren würde (vgl. act. II 77/3). Denn immerhin verbesserte sich das Aktivitätsniveau und die Distanzierung vom gezeigten Beschwerdebild nicht zuletzt im Zusammenhang mit dem gesunkenen Aktivitätsniveau des Ehegatten und den damit verbundenen höheren Anforderungen an die Beschwerdeführerin (vgl. act. III, unpaginiert [bspw. Einträge vom 12. Juli 2011, 23. Januar 2012, 22. Januar 2013]).

3.6 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass aufgrund der beweiskräftigen interdisziplinären Beurteilung der Dres. med. I. _____ und J. _____ (act. II 58.1, 60, 61.1, 61.2) im Vergleich zur den ursprünglichen Leistungsverfügungen vom 14. November 2008 (act. II 35 f.) zugrunde liegenden Situation im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügungen vom

15. und 16. Januar 2014 (act. II 81 f.) eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eintrat. Damit liegt ein materieller Revisionsgrund vor. Bei dieser Ausgangslage bestand für die Beschwerdegegnerin keine Veranlassung, die Rentenaufhebung anhand der beschwerdeweise mehrfach erwähnten (vgl. Beschwerde S. 4 f. Ziff. III Ziff. 2, S. 12 ff. Ziff. III lit. B) Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision (vgl. E. 2.4 hievor) zu prüfen. Im Übrigen wäre der sachliche Anwendungsbereich der besagten Norm ohnehin nicht betroffen, da bereits die Rentenzusprache in Kenntnis und Würdigung der Rechtsprechung über die anhaltende somatoforme Schmerzstörung erfolgte (vgl. act. II 25, 34 f.) und damit kein Raum für ein Rückkommen unter dem Titel der besagten Schlussbestimmungen bleibt (vgl. BGE 140 V 8). Damit erübrigte sich für die Verwaltung ebenso die Prüfung, ob der Rückkommensgrund der Wiedererwägung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG (vgl. E. 2.5 hievor) erfüllt gewesen wäre (vgl. BGE 140 V 8 S. 13 E. 2.2.1.3), wobei die ursprüngliche Rentenzusprache wohl – ex ante betrachtet – ohnehin nicht als zweifellos unrichtig zu qualifizieren wäre. Immerhin fand damals offenbar eine Auseinandersetzung mit der Frage der Überwindbarkeit statt und ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf die medizinischen Akten von sehr erheblichen Einschränkungen in der Lebensgestaltung aus. Dass unter diesen Umständen neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine mittel- bis schwergradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert und die Überwindbarkeit als eingeschränkt betrachtet wurde, stellt keinen groben Fehler der Verwaltung dar (vgl. ZAK 1988 S. 555 E. 2b).

3.7 Nachdem ein Revisionsgrund vorliegt, sind die Leistungsansprüche in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. E. 2.3.2 hievor), wobei zunächst über den Rentenanspruch und in einem zweiten Schritt über den Anspruch auf Hilflosenentschädigung zu befinden ist.

4.

4.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

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).

4.2 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). Aufgabe des begutachtenden Arztes im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist, sich dazu zu äussern, ob eine psychische Komorbidität oder weitere Umstände gegeben sind, welche die Schmerzbewältigung im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit behindern. Gestützt darauf haben die rechtsanwendenden Behörden zu entscheiden, ob der 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. Die Prüfung schliesst die Beurteilung der Frage ein, inwiefern die ärztliche Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt (SVR 2012 IV Nr. 1 S. 2 E. 3.4.1).

4.3 Entgegen der Argumentation in der Beschwerde (S. 5 Ziff. III lit. A Ziff. 1.2) befasste sich Dr. med. I. _____ auch mit der Frage der zumutbaren Willensanstrengung zur Schmerzüberwindung. Er bejahte das Bestehen einer psychischen Komorbidität, berücksichtigte jedoch, dass ein Teil der Verstimmungen bereits in der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung enthalten ist und die rezidivierende depressive Störung nur noch eine leichtgradige Ausprägung aufweist. Des Weiteren ging er von einer progredienten und chronifizierten Schmerzsymptomatik aus, verneinte aber gestützt auf die Feststellungen von Dr. med. J. _____ das Vorliegen einer chronischen körperlichen Begleiterkrankung sowie den sozialen Rückzug (vgl. act. II 61.1/10 lit. B), worauf basierend er eine Einschränkung in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 15 % attestierte.

Dass Dr. med. I. _____ in medizinischer Hinsicht von einer bloss teilweisen Überwindbarkeit ausging und die besagte medizinisch-theoretische Einschränkung von 15 % postulierte (vgl. act. II 61.1/10 f. lit. B und lit. C Ziff. 13), ist invalidenversicherungsrechtlich nicht ohne weiteres massgebend. Weil sich die Aufgabe der medizinischen Sachverständigen auf eine Tatfrage, jene der rechtsanwendenden Behörde hingegen auf eine Rechtsfrage bezieht (vgl. SVR 2011 IV Nr. 57 S. 171 E. 4.2.2), ist nicht ausgeschlossen, dass die Ärzte die Überwindbarkeit der Schmerzstörung im Einzelfall nicht im gleichen Sinn beurteilen wie die Verwaltung. Wenngleich die Einschätzung von Dr. med. I. _____ aus medizinischer Sicht zutreffen mag, kann aus rein rechtlicher Sicht bei einer gegenwärtig bloss leichtgradigen rezidivierenden depressiven Störung mit Blick auf die höchstrichterliche Kasuistik nicht von einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer gesprochen werden (vgl. Entscheide des BGer vom 5. März 2013, 9C_531/2012, E. 4.1 und vom 9. Juli 2012, 9C_210/2012, E. 4.2; SVR 2012 IV Nr. 1 S. 1 E. 3.4.2.1). Da somit das im Vordergrund stehende Kriterium, welches den Schluss auf fehlende Überwindbarkeit der Schmerzstörung gestatten könnte, nicht in genügender Weise gegeben ist, müssten die zusätzlichen Kriterien besonders ausgeprägt erfüllt sein, damit die Schmerzstörung dennoch ausnahmsweise als unüberwindbar zu betrachten wäre (vgl. Entscheid des BGer vom 26. Juni 2014, 8C_788/2013, E. 4.3). Dies ist vorliegend nicht

der Fall. Dass es an einem sozialen Rückzug in *allen Belangen* des Lebens fehlt, ist aktenkundig. Immerhin pflegt die Beschwerdeführerin nicht nur im Rahmen des wöchentlichen Aufenthalts in der Psychiatrischen Tagesklinik gesellschaftliche Kontakte (vgl. Beschwerde S. 8 Ziff. III lit. A Ziff. 1.3 lit. b), sie trifft auch Verwandte sowie Bekannte, unternimmt regelmässig Reisen mit der Familie und freut sich über ihr Enkelkind, mit dem sie etliches unternimmt (vgl. act. III, unpaginiert [vgl. bspw. Einträge vom 22. August 2011, 23. Januar 2012, 26. Juni 2012, 27. November 2012, 15. August 2012, 8. Juli 2013]). Selbst wenn die weiteren sog. Foerster-Kriterien (vgl. E. 4.1 hievor) allenfalls zu bejahen wären (vgl. Beschwerde S. 9 Ziff. III lit. A Ziff. 1.3 lit. c), lägen sie jedenfalls nicht derart ausgeprägt vor, dass in rechtlicher Hinsicht insgesamt ein Abweichen vom Grundsatz der Überwindbarkeit der Schmerzstörung gerechtfertigt wäre.

4.4 Nach dem vorstehend Ausgeführten bestehen keine invalidisierenden Beschwerden mehr, womit die Beschwerdegegnerin zu Recht auf eine erneute Haushaltsabklärung verzichtete und die laufende ganze Invalidenrente zulässigerweise in Anwendung von Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV mit Verfügung vom 16. Januar 2014 (act. II 82) per 28. Februar 2014 aufhob.

Da die Beschwerdeführerin weder das 55. Altersjahr zurückgelegt hat noch die Rente seit mehr als 15 Jahren bezog, sind die formellen Voraussetzungen, die vorgängig der Leistungsaufhebung die Prüfung beruflicher Massnahmen bedingen würden (vgl. SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220 E. 3.3), vorliegend nicht erfüllt. Weil die Rente auch nicht gestützt auf lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision aufgehoben wurde, lässt sich ein Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG mit Weiterausrichtung der Rente (vgl. Rz. 1007 ff. des vom Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] herausgegebenen und ab 1. September 2013 gültigen Kreisschreibens über die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG [KSSB]) nicht auf lit. a Abs. 2 der besagten Schlussbestimmung stützen (vgl. Beschwerde S. 14 Ziff. III lit. B Ziff. 3). Damit ist auch das Subeventualbegehren (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I Ziff. 3) unbegründet. Zu prüfen bleibt der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung.

5.

5.1 Der Anspruch auf Hilflosenentschädigung setzt nicht in jedem Fall eine Invalidität im rentenleistungsspezifischen Sinn voraus (vgl. BGE 133 V 42 E. 3.4 S. 45) und das Bundesgericht hat bis anhin offen gelassen, ob die Regeln zur Prüfung der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz im Sinne fehlender Überwindbarkeit somatoformer Schmerzstörungen über den Rentenbereich hinaus Anwendung finden (vgl. Entscheid des BGER vom 29. November 2013, 9C_500/2013, E. 5.3.2), was UELI KIESER (in Personen-Schaden-Forum 2011, S. 276; HILL 2010 II Nr. 13 Ziff. 2.2.4 lit. c) verneint. Erforderlich ist jedoch auch bei der Hilflosigkeit allemal ein unüberwindbarer versicherter Gesundheitsschaden mit entsprechenden Auswirkungen (Art. 9 ATSG und Art. 42 IVG). Soweit das Schmerzgeschehen mit zumutbarer Willensanstrengung als überwindbar gilt, vermögen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen von vornherein auch keine Auswirkungen auf die alltäglichen Lebensverrichtungen zu zeitigen. Weil das biopsychosoziale Krankheitsmodell rechtsprechungsgemäss im ganzen Sozialversicherungsrecht keine Geltung beansprucht (vgl. Entscheid des BGER vom 16. Oktober 2012, 8C_611/2012, E. 3.2.2), die Beschwerden vorliegend durch psychosoziale Umständen geprägt sind und die geltend gemachte Hilflosigkeit weder auf der Basis einer somatischen noch einer psychiatrischen Erkrankung erklärt werden kann, ist die subjektiv geklagte Symptomatologie auch bezüglich der Hilflosigkeit unbeachtlich. Damit tritt mit dem verbesserten Gesundheitszustand hinsichtlich der Hilflosenentschädigung dieselbe Rechtsfolge ein wie bezüglich des Rentenanspruchs.

Die Dres. med. I. _____ und J. _____ konnten für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil keine Einschränkung bescheinigen (vgl. act. II 58.1/22, 61.1/11 lit. C Ziff. 2). Unter Berücksichtigung des sich aus den Akten ergebenden, inzwischen wieder erlangten Aktivitätsniveaus ist ohne weiteres mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) erstellt, dass die Beschwerdeführerin in den alltäglichen Lebensverrichtungen nicht eingeschränkt ist. Dass der Hausarzt sowie die behandelnde Psychiaterin im Jahr 2012 – notabene ohne dies näher zu begründen – noch eine Einschränkung bei der Körperpflege postulierten (vgl. act. II 48/3 Ziff. 4, 50/3 Ziff. 4), ist dabei im Rahmen der umfassenden Anspruchsprüfung aufgrund

der Beweiswertigkeit der gutachterlichen Beurteilung und des aktenmässig erstellten Aktivitätsniveaus nicht von Belang. Im Übrigen bestünde von vornherein auch kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung aufgrund lebenspraktischer Begleitung, würde dies doch mindestens einen Anspruch auf eine Viertelsrente erfordern (vgl. Art. 42 Abs. 2 Satz 2 IVG; Art. 38 Abs. 2 IVV; vgl. BGE 133 V 472 E. 5.3.1 S. 475).

5.2 Demzufolge ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ohne weitere Abklärung an Ort und Stelle (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV) allein aufgrund der Akten die bisherige Hilflosigkeit leichten Grades verneinte und den entsprechenden Anspruch auf Hilflosenentschädigung mit Verfügung vom 15. Januar 2014 (act. II 81) unter Berücksichtigung von Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV aufhob.

6. Zusammenfassend erweist sich die Aufhebung sowohl der Invalidenrente als auch der Hilflosenentschädigung als rechtens, weshalb sich die gegen die beiden Verfügungen vom 15. und 16. Januar 2014 (act. II 81 f.) gerichtete Beschwerde vom 17. Februar 2014 als unbegründet erweist und abzuweisen ist.

7.

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'000.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Sie werden dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

7.2 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. 1'000.-- 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.