

200 14 279 IV
SCJ/JAP/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 2. Juni 2014

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Februar 2014

Sachverhalt:

A.

Die 1962 geborene A. _____ (fortan Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 28. Mai 1998 bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an. Diese ermittelte gestützt auf eine Expertise des C. _____ (MEDAS) vom 27. März 2001 einen Invaliditätsgrad von 48 % und sprach ihr ab 1. Februar 1999 eine halbe Härtefallrente zu (Akten der IVB, Antwortbeilagen [AB] 16, 30, 92.1).

Dieser Rentenanspruch wurde im Rahmen von ordentlichen Revisionen mit Verfügungen vom 4. August 2004 (AB 49/7) und – basierend auf einem ...-Verlaufsgutachten vom 15. Dezember 2005 (AB 47) – 8. Februar 2006 (AB 51) bestätigt.

Anlässlich einer im November 2011 von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision machte die Versicherte eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend (AB 65), worauf die IVB sie durch die D. _____ (MEDAS) polydisziplinär begutachten liess (AB 82, 86). Nachdem die Expertise am 10. Mai 2013 vorgelegen (AB 91.1) und die Gutachter am 12. Juli 2013 Ergänzungsfragen beantwortet hatten (AB 94), stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 6. November 2013 (AB 97), unter Hinweis auf die 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 Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG; SR 831.20), die Aufhebung der Rente am ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats in Aussicht.

Hiermit zeigte sich die Versicherte mit Einwand vom 20. Dezember 2013 (AB 107) nicht einverstanden, worauf die IVB nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD, AB 114 f.) an ihrem Vorbescheid festhielt und mit Verfügung vom 20. Februar 2014 (AB 116) die Invalidenrente per 31. März 2014 aufhob. Sie erwog hauptsächlich, in medizinischer Hinsicht könne auf das aktuellste MEDAS-Gutachten abgestellt werden, die festgestellten psychischen Beeinträchtigungen gälten aus rechtlicher Sicht

als überwindbar und die somatischen Beschwerden bewirkten keine Einschränkungen.

Am 21. Februar 2014 teilte die IVB der Versicherten formlos mit, dass die Invalidenrente während der Durchführung der Massnahmen zur Wiedereingliederung für längstens zwei Jahre weiter ausgerichtet werde (AB 117).

B.

Mit Eingabe vom 19. März 2014 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde und beantragte die kostenfällige Aufhebung der Verfügung vom 20. Februar 2014. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen und sinngemäss geltend, die sog. Foerster-Kriterien seien durch die MEDAS-Gutachter bejaht worden, womit das psychische Beschwerdebild als nicht überwindbar zu qualifizieren sei. Zudem habe sich der Gesundheitszustand seit der ursprünglichen Rentenzusprache im Juni 2001 verschlechtert und liege ein somatisch nachweisbares gesundheitliches Problem vor. Schliesslich sei sie länger als 15 Jahre in rentenbegründendem Ausmass arbeitsunfähig und vom Arbeitsmarkt abwesend, womit sie unter die gesetzliche Besitzstandsregelung falle.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 30. April 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Aufforderungsgemäss reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin am 7. Mai 2014 seine Kostennote ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG). 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 20. Februar 2014 (AB 116). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente zu Recht am ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats – mithin per Ende März 2014 – aufhob.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 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 Tätigkeitsbe-

reich, 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).

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

2.3 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 be-

einflussbarer 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).

2.4 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.

In Härtefällen hatte die versicherte Person nach aArt. 28 Abs. 1^{bis} IVG (in der bis 31. Dezember 2003 gültigen Fassung) bereits bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine halbe Rente, wobei die Schlussbestimmungen der Änderung vom 21. März 2003 (4. IV-Revision) bei der Aufhebung der Härtefallrenten eine Besitzstandsregelung vorsahen.

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).

2.6 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132).

Gemäss lit. a der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision 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).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht basierte die ursprüngliche Rentenzusprache auf dem MEDAS-Gutachten vom 27. März 2001 (AB 16), in welchem hauptsächlich ein Panalgiesyndrom, im Rahmen einer somatoformen Störung mit Anteilen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer undifferenzierten Somatisierungsstörung, diagnostiziert wurde (AB 16/18 Ziff. 4.1). Diese Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde im Verlaufsgutachten der MEDAS vom 15. Dezember 2005 (AB 47) bestätigt (AB 47/14 Ziff. 4.1) und ist zweifellos unter die pathogenetisch-ätiologisch unklaren Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage zu subsumieren, was die Beschwerdeführerin anerkennt (vgl. Beschwerde S. 4 Art. 2). Die undifferenzierte Somatisierungsstörung wird unter ICD-10: F45.1 klassifiziert und gehört zum Symptomenkomplex der somatoformen Störungen (ICD-10: F45; vgl. Entscheid des Bundesgerichts

[BGer] vom 15. November 2010, 8C_663/2010, E. 5.2.5). Das Panalgiesyndrom umschreibt dagegen einen Ganzkörperschmerz und stellt keine Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem dar (vgl. Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl., S. 1397; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht], I 49/06, E. 5.3.2).

Da die Rentenzusprache ausschliesslich aufgrund eines entsprechenden unklaren Beschwerdebildes erfolgte, konnte die Beschwerdegegnerin die bisherige Rente grundsätzlich nach den Kriterien der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision überprüfen (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.1.1 S. 568 f.), wobei unerheblich ist, dass die Rentenrevision bereits im November 2011 im Hinblick auf eine allenfalls im Sinne von Art. 17 ATSG eingetretene wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingeleitet wurde.

3.2 Für die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente nach Massgabe der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision ist weiter erforderlich, dass auch im Revisionszeitpunkt ausschliesslich ein unklares Beschwerdebild vorlag (BGE 139 V 547 E. 20.1.2 S. 569). Die Beschwerdeführerin erachtet diese Voraussetzung vorliegend als nicht erfüllt und geht von einer im Verlauf eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes und dem Bestehen von somatischen Beschwerden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus (vgl. Beschwerde S. 5 f. Art. 3).

3.2.1 In diagnostischer Hinsicht wurde im MEDAS-Gutachten vom 10. Mai 2013 (AB 91.1) eine rezidivierende depressive Störung, aktuell in Remission (ICD-10: F33.4), sowie ein chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10: F45.41) aufgeführt (AB 91.1/19 lit. E Ziff. 1). Die Gutachter erklärten, rein somatisch gelte die Explorandin aus orthopädischer, internistischer, neurologischer und dermatologischer Optik als uneingeschränkt arbeitsfähig. Dagegen resultiere aus den psychiatrischen Diagnosen eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % (AB 91.1/22 lit. G Ziff. 1).

Die Beschwerdeführerin verwies im Einwand vom 20. Dezember 2013 (AB 107) auf eine Beurteilung von Dr. med. E. _____, Facharzt für Neurologie FMH, welcher sie am 7. Dezember 2013 elektroneurographisch untersucht hatte und gleichentags im Konsiliarbericht an den Hausarzt er-

klärte, es liege beidseits eine deutliche Schädigung des Nervus medianus im Gebiet des Karpaltunnels vor, was die Gefühlsstörungen an den Händen erkläre und mittels einer operativen Dekompression der besagten Nerven am Handgelenk behandelt werden könne (AB 107/3-7). Gemäss dem zusätzlich ins Recht gelegten Bericht des Hausarztes, Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 2. März 2014 (Beschwerdebeilage [BB] 4) soll die Beschwerdeführerin unter Schmerzen zervikal und im Bereich der Arme leiden, welche ihre Belastbarkeit einschränkten. Im aktuellen MEDAS-Gutachten sei aufgrund der bildgebenden Untersuchung der Halswirbelsäule vom 5. April 2013 eine fortgeschrittene Osteochondrose auf Stufe C5/6 beschrieben worden, was gegenüber dem früheren MEDAS-Gutachten aus dem Jahre 2001 neu sei. Damals sei auf den Röntgenaufnahmen vom 19. April 1996 keine wesentliche degenerative Veränderung festgestellt worden. Die Osteochondrose sei als (organisches) Korrelat der Nacken- bzw. Armschmerzen mit radiologischer Progredienz seit 1996 zu betrachten.

Der RAD-Arzt, Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, wies in seiner Stellungnahme vom 13. Februar 2014 (AB 115) darauf hin, dass sich die beidseitige Kompressionsneuropathie des Nervus medianus durch zumutbare medizinische Massnahmen in Form einer operativen Dekompression problemlos behandeln lasse und entsprechend invalidenversicherungsrechtlich irrelevant sei. Im neusten MEDAS-Gutachten sei die Halswirbelsäulen-Beweglichkeit als allseits frei beschrieben worden, mithin sei sie nicht schmerzbedingt eingeschränkt. Nachdem sich die radiologisch dokumentierte Osteochondrose im Bereich der mittleren Halswirbelsäule nicht funktionell auswirke, habe sie auch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aus orthopädischer Sicht könne uneingeschränkt auf die MEDAS-Beurteilung abgestützt werden.

3.2.2 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).

Die MEDAS-Expertise vom 10. Mai 2013 (AB 91.1) erfüllt diese von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert medizinischer Berichte gestellten Anforderungen. Die interdisziplinäre fachärztliche Einschätzung der Gutachter, wonach rein somatisch eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe (AB 91.1/22 lit. G Ziff. 1), ist einleuchtend und nachvollziehbar. Zwar zeigte die konventionelle radiologische Bildgebung der Halswirbelsäule vom 5. April 2013 gemäss Dr. med. H._____, Facharzt für Radiologie FMH, eine deutliche Streckfehlhaltung der Halswirbelsäule sowie eine fortgeschrittene Osteochondrose auf Stufe C5/6 (AB 91.6). Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte anlässlich der klinischen Exploration vom 20. März 2013 jedoch eine «weitestgehend» freie Beweglichkeit fest, die «allenfalls nur endphasig von Schmerzen begleitet» sei. Der nach der sog. Neutral-Null-Methode erhobene Status der Halswirbelsäule (AB 91.1/13 lit. D Ziff. 1.2) offenbarte keine Blockaden und ergab keine bedeutenden Abweichungen von den Normalwerten (vgl. BERCHTOLD/HAMELMANN/PEIPER, Chirurgie, 2. Aufl. 1990, S. 590; HOHMANN/UHLIG, Orthopädische Technik, 9. Aufl. 2005, S. 124). Da bei einer dem Zumutbarkeitsprofil entsprechenden Tätigkeit die Halswirbelsäule kaum je bis an die Endphasen geneigt, in- bzw. rekliniert oder rotiert zu werden braucht, wirken sich die dabei allenfalls auftretenden Schmerzen nicht aus, weshalb – entsprechend der Einschätzung von Dr. med. G._____ (AB 115/2) – davon auszugehen ist, dass aus der Osteochondrose klinisch-funktionell keine relevante Einschränkung resultiert, zumal auch keine Nervenwurzelkompression oder sensomotorische Ausfälle dokumentiert sind. Daran vermag auch der Bericht des Hausarztes vom 2. März 2014 (BB 4) nichts zu ändern. Er beschrieb keine funktionellen Einschränkungen, sondern gab lediglich in allgemeiner Art und Weise an, seine Patientin leide unter Nacken- bzw. Armschmerzen. Dabei stützte er

sich auf die bildgebenden Befunde vom 5. April 2013, welche durch die MEDAS-Gutachter veranlasst und bei deren Beurteilung bereits einbezogen wurden. Diesbezüglich ist auch darauf hinzuweisen, dass die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits es nicht zulässt, ein medizinisches Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Dr. med. F. _____ konnte hinsichtlich der degenerativen Veränderung im Bereich der Halswirbelsäule keine Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind.

Auch die erst nach der neusten Begutachtung von Dr. med. E. _____ festgestellte beidseitige Nervenschädigung im Karpaltunnelsegment (AB 107) ist nicht geeignet, die schlüssige Beurteilung im MEDAS-Gutachten vom 10. Mai 2013 (AB 91.1) zu erschüttern. Die Gutachterin, Dr. med. J. _____, Fachärztin für Neurologie FMH, sah offenbar keine Veranlassung, die Beschwerdeführerin im Rahmen der Exploration vom 15. Februar 2013 zusätzlich mittels Elektroneurographie zu untersuchen, weshalb sie die allenfalls damals bereits bestehende Beeinträchtigung der Nervenleitgeschwindigkeit nicht befunden konnte (vgl. AB 91.3). Wenn Dr. med. G. _____ diese Beschwerden für invalidenversicherungsrechtlich irrelevant qualifiziert, weil sie sich mittels einer im Rahmen der Schadenminderungspflicht zumutbaren Routineoperation problemlos behandeln lassen (AB 107), so überzeugt dies. Auch der behandelnde Dr. med. E. _____ hat die Problematik als operativ korrigierbar betrachtet (vgl. AB 107/3-7). Immerhin ist jedoch auf das grundsätzliche Erfordernis eines vorgängig durchzuführenden Mahn- und Bedenkzeitverfahrens hinzuweisen (vgl. Art. 7, Art. 7a, Art. 7b IVG; Art. 21 Abs. 4 ATSG). Dieser Umstand, sowie die Tatsache, dass sich die Beschwerdeführerin dem operativen Eingriff bis zum hier massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140) noch nicht unterzog (vgl. Beschwerde S. 6 Art. 3), ist jedoch nicht entscheidungswesentlich. Denn die vom behandelnden Neurologen postulierte Schädigung der peripheren Nerven betrifft lediglich die Gefühlsstörungen, nicht aber die Schmerzen an den Händen;

letztere konnten auch von ihm keinem neurogenen Ursprung zugeordnet werden (vgl. AB 107/3). Weder der behandelnde Neurologe noch der Hausarzt attestierten jedoch in Bezug auf dieses Symptom eine funktionelle Einschränkung und es wäre für den medizinischen Laien auch nicht einleuchtend, dass unter Ausschluss der geklagten Schmerzen einzig aus diesen Gefühlsstörungen für das im MEDAS-Gutachten vom 10. Mai 2013 (AB 91.1) formulierte Belastungsprofil (AB 91.1/20 lit. F) eine invalidisierende Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit fliessen könnte. Überdies klagte die Beschwerdeführerin auch während der letzten MEDAS-Begutachtung über Sensibilitätsstörungen («taube Hände» [AB 91.4/4 Ziff. 1]), womit den Gutachtern die Symptomatologie bekannt war und mitberücksichtigt werden konnte. Es kann hier folglich offen bleiben, ob es sich bei der von den Dres. med. E. _____ und G. _____ (AB 107/3, 115/2) vorgeschlagenen operativen Dekompression (vgl. JÜRGEN RUDIGIER, *Kurzgefasste Handchirurgie*, 5. Aufl. 2006, S. 309 ff. Ziff. 19.3.11; BIRGITTA WALDNER-NILSSON [Hrsg.], *Handrehabilitation*, 2. Aufl. 2009, S. 297 ff.) tatsächlich um einen zumutbaren Routineeingriff handelt (vgl. Beschwerde S. 6 Art. 3).

3.3 Damit steht tatbestandsmässig fest, dass im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. Februar 2014 (AB 116) keine organischen Korrelate vorlagen, die eine Teilarbeitsunfähigkeit selbst in einer den körperlichen Beschwerden angepassten Tätigkeit begründeten. Auch wenn mit der Beschwerdeführerin davon auszugehen wäre, dass eine wesentliche Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes eingetreten ist (vgl. Beschwerde S. 5 Art. 3) – was offen bleiben kann –, könnte sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Denn diesfalls läge ein materieller Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vor und müsste die freie Prüfung des Rentenanspruchs (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1) prinzipiell zum gleichen Ergebnis führen wie die Prüfung der Voraussetzungen von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision, da ebenfalls die Frage nach der invalidisierenden Wirkung der psychischen Beschwerden im Fokus stünde.

Bei dieser Ausgangslage gilt es weiter zu prüfen, ob die sog. Foerster-Kriterien (vgl. E. 2.3 hievor) als erfüllt zu betrachten sind und eine Validität-

seinbusse auf diese Weise nachweisbar ist (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.1.3 S. 569), wovon die Beschwerdeführerin ausgeht (vgl. Beschwerde S.4 f. Art. 2).

4.

4.1 Gemäss der Beurteilung im MEDAS-Gutachten vom 10. Mai 2013 (AB 91.1) bestand mit der rezidivierenden depressiven Störung zusätzlich zur somatoformen Schmerzstörung eine eigenständige komorbide psychiatrische Erkrankung, die spätestens seit 1998 die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigte (AB 91.1/18 lit. D Ziff. 2.4, 91.1/22 lit. F, 91.4/8 Ziff. 4). Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin führten die MEDAS-Gutachter am 12. Juli 2013 insbesondere aus, die Intensität der rezidivierenden depressiven Störung schwanke und habe zeitweise – zuletzt im Sommer 2012 – eine mittelgradige Schwere erreicht. Aktuell liege zwar eine weitgehende Remission vor, da die depressive Störung jedoch exazerbieren könne, beeinträchtige diese psychische Komorbidität die Arbeitsfähigkeit (AB 94/2 Ziff. 2). Es liege zudem ein chronifizierter Krankheitsverlauf der Schmerzstörung vor, auf keinen Fall könne aktuell von einer längerfristigen Remission gesprochen werden (AB 94/2 Ziff. 4). Es bestehe ein gewisser sozialer Rückzug, der sich aber nicht auf alle Belange des Lebens beziehe und wohl in erster Linie invaliditätsfremden Faktoren zuzuschreiben sei (AB 94/3 Ziff. 5). Weiter liege eine missglückte, psychisch aber entlastende Konfliktbewältigung vor, welche als ausgesprochen verfestigt und therapeutisch nicht mehr angebar zu interpretieren sei (AB 94/3 Ziff. 6). Die komorbid bestehende rezidivierende depressive Störung sei als gewichtiger, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigender Faktor zu betrachten. Die Fähigkeit, die Schmerzsymptomatik zu überwinden, sei durch die depressive Grunderkrankung deutlich beeinträchtigt (AB 94/4).

Aus diesen Ausführungen der MEDAS-Gutachter schliesst die Beschwerdeführerin, dass diverse Foerster-Kriterien erfüllt seien und es damit an einer Voraussetzung für eine Aufhebung der laufenden Rente nach Massgabe der Übergangsbestimmungen der 6. IV-Revision fehle. Es könne nicht

sein, dass die Foerster-Kriterien entgegen der gutachterlichen Beurteilung seitens der Beschwerdegegnerin anders beurteilt würden (vgl. Beschwerde S. 4 f. Art. 2).

4.2 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).

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. Vorliegend postulierten die MEDAS-Gutachter das Bestehen einer psychiatrischen Komorbidität und erachteten die Fähigkeit zur Überwindung der Schmerzproblematik als deutlich beeinträchtigt (AB 94/4), während die Beschwerdegegnerin davon ausgeht, dass die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung aus rechtlicher Sicht weder als Komorbidität zum Schmerzsyndrom noch als invalidenversicherungsrechtlich relevante eigenständige psychiatrische Erkrankung zu betrachten sei (AB 116/2).

4.3 Was die im Vordergrund stehende Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer (vgl. E. 2.3

hievon) anbelangt, ist zu beachten, dass sich eine depressive Störung von einer depressiven Episode hauptsächlich hinsichtlich ihrer Dauer, nicht aber bezüglich der Schwere der Erkrankung unterscheidet (vgl. Entscheid des BGer vom 14. August 2013, 9C_917/2012, E. 3.2). Anders als eine mittelgradige depressive Episode (vgl. Entscheid des BGer vom 9. August 2011, 8C_369/2011, E. 4.3.2), kann eine mittelgradige rezidivierende depressive Störung, welche definitionsgemäss länger dauert, jedoch nicht ohne weiteres als blosser Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung und damit als nichtinvalidisierender Faktor eingestuft werden (vgl. Entscheid des BGer vom 24. August 2009, 9C_340/2009, E. 3.4.3). Vorliegend ist jedoch entscheidend, dass die depressive Störung als aktuell in Remission (ICD-10: F33.4) bezeichnet wurde, womit dieser Zustand die Kriterien für eine depressive Episode jeglichen Schweregrades nicht erfüllte (vgl. DILLING/MAMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 8. Aufl. 2011, S. 180). Damit bestand im Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung im Jahr 2013 keine psychische Komorbidität im geforderten Ausmass und das Auftreten einer solchen bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. Februar 2014 (AB 116) wird weder geltend gemacht noch wäre es aktenkundig.

Es ist nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführerin seitens der MEDAS-Gutachter aufgrund der Gefahr, wonach die rezidivierende depressive Störung bei Zunahme umgebungsbedingter Stressfaktoren exazerbieren könne, eine reduzierte Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (vgl. AB 91.1/18 lit. D Ziff. 2.4, 91.4/8 Ziff. 4, 94/4). Dies ändert jedoch nichts daran, dass im massgebenden Zeitraum (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140) eine depressive Störung nicht vorhanden respektive remittiert war. Selbst wenn man der remittierten rezidivierenden depressiven Störung aufgrund der immer bestehenden latenten Rückfallgefahr die Qualität einer psychischen Begleiterkrankung zuerkannt werden wollte, könnte ihr damit rechtsprechungsgemäss keine ausschlaggebende Bedeutung für die Frage des invalidisierenden Charakters der somatoformen Schmerzstörung beigemessen werden (vgl. Entscheid des BGer vom 3. April 2009, 9C_45/2009, E. 6.2).

Die weiteren Foerster-Kriterien sind ebenfalls nicht im erforderlichen Ausmass erfüllt: Eine chronische somatische Begleiterkrankung liegt nicht vor. Zwar bestehen gewisse degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule und wurde neu ein beidseitiges Karpaltunnelsyndrom festgestellt, daraus ergibt sich jedoch keine wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (vgl. AB 94/3 bzw. E. 3.2.2 hievor), auch liessen sich die geklagten Schmerzen ohnehin nicht klar vom somatoformen Schmerzgeschehen trennen. Die MEDAS-Gutachter berichteten über einen gewissen sozialen Rückzug (vgl. AB 94/3 Ziff. 5), damit wurde das entsprechende Kriterium aber nicht «teilweise bejaht» (vgl. Beschwerde S. 4 Art. 2), denn es wäre ein sozialer Rückzug in *allen* Belangen des Lebens erforderlich, der klarerweise nicht vorliegt, zumal die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben über «genug Freunde» (AB 91.4/3 Ziff. 1) und «hinreichende Sozialkontakte» (AB 91.1/11 lit. C Ziff. 1) verfügt. Des Weiteren erfolgten seit Jahren keine Rehabilitationsbemühungen mehr (AB 94/3 Ziff. 7), weshalb nicht von einem Scheitern einer konsequent durchgeführten Behandlung gesprochen werden kann. Einzig für einen primären Krankheitsgewinn (vgl. AB 94/3 Ziff. 6) und einen chronifizierten Krankheitsverlauf der Schmerzstörung liegen gewisse Anhaltspunkte vor (AB 94/2 Ziff. 4), was jedoch nicht genügt, um darauf zu schliessen, der Beschwerdeführerin mangle es an hinreichenden psychischen Ressourcen zur Schmerzüberwindung.

Die Beschwerdegegnerin ging im Rahmen der Rentenüberprüfung folglich zu Recht davon aus, dass das diagnostizierte chronische Schmerzsyndrom bzw. dessen Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar gelten und demgemäss die im MEDAS-Gutachten vom 10. Mai 2013 (AB 91.1) attestierte Arbeitsunfähigkeit invalidenversicherungsrechtlich grundsätzlich ausser Betracht fällt.

5.

5.1 Die Beschwerdeführerin erachtet das Ausschlusskriterium des über 15-jährigen Rentenbezugs im Sinne von lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision (vgl. E. 2.6 hievor) als erfüllt, da sie ab Februar 1998 in einem rentenbegründenden Ausmass

arbeitsunfähig gewesen und während über 15 Jahren aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sei (vgl. Beschwerde S. 6 f. Art. 4).

5.2 Die Beschwerdegegnerin leitete die Rentenrevision noch vor dem Inkrafttreten der 6. IV-Revision im November 2011 ein (vgl. AB 65), weshalb der 1. Januar 2012 der fiktive Anknüpfungspunkt für die Ermittlung der massgebenden Rentenbezugsdauer bildet (BGE 140 V 15). In diesem Zeitpunkt bezog die Beschwerdeführerin aufgrund des Rentenbeginns per 1. Februar 1999 (vgl. AB 16, 30, 92.1) noch nicht seit mehr als 15 Jahren eine Invalidenrente, womit sie vom persönlichen Anwendungsbereich von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision ohne weiteres erfasst wurde.

Eine Rentenbezugsdauer von mehr als 15 Jahren läge auch dann nicht vor, wenn zugunsten der Beschwerdeführerin auch noch die einjährige Wartezeit gemäss aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG in der bis Ende 2007 gültigen Fassung zu addieren wäre, was indes gegen den klaren Wortlaut von lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision und die aktuelle Rechtsprechung verstiesse (BGE 139 V 442). Schliesslich ist auch nicht die Dauer der Absenz vom Arbeitsmarkt massgebend, zumal die Beschwerdeführerin – entgegen ihrer Darstellung – ohnehin nicht aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist, sondern seit Jahren in Anstellung sowie bei privaten Kunden Reinigungsarbeiten im Stundenlohn übernimmt (vgl. AB 91.1/12 lit. C Ziff. 5, 91.2/3 Ziff. 1, 91.3/2 Ziff. 1, 91.4/3 Ziff. 1, 91.5/2; Protokollauszug der Beschwerdegegnerin per 30. April 2014, Eintrag vom 17. Dezember 2013).

Nach dem vorstehend Dargelegten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die laufende Invalidenrente in Anwendung von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision per 31. März 2014 (vgl. Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]) formell aufgehoben hat (faktisch wird sie vorerst weiter ausgerichtet [vgl. AB 117; lit. a Abs. 3 der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision; Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen {BSV} über die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG {KSSB}, gültig ab 1. April 2014, Rz. 1007]).

Die Beschwerde vom 19. März 2014 erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen.

Sollte die prospektiv für möglich erachtete Exazerbation der depressiven Störung (AB 94/2 Ziff. 2) künftig auftreten und zu einer längeren Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen, wäre dies im Rahmen einer Neu-anmeldung unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten zu prüfen.

6.

6.1 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. 700.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

4. Zu eröffnen (R):

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

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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