

200 15 107 IV  
LOU/BOC/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 19. Mai 2016**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiberin Bossert

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Dezember 2014



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1964 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 29. April 1993 wegen Schulter-/ Armschmerzen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten vor 1999 der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II/vor 1999] 5.1/51 - 56). Nach Abklärung des Leistungsanspruchs sprach die IVB der Versicherten aufgrund therapieresistenter Schulter-Arm-Schmerzen links mit/bei weichteilrheumatischen Manifestationen und psychosomatischer Komponente sowie einer konversionsneurotischen Störung ab dem 1. März 1993 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente zu (Verfügung vom 20. Januar 1994 [act. II/vor 1999 5.1/21 f., 5.1/28 - 48]). Die Weiterausrichtung der ganzen Rente wurde revisionsweise in den Jahren 1996, 1999, 2002, 2006 und 2010 bestätigt (act. II/vor 1999 5.1/9 f., 5.1/2 f.; Akten nach 1999 der IVB [act. II] 13, 18, 24).

### **B.**

Im März 2013 leitete die IVB ein weiteres Revisionsverfahren von Amtes wegen ein (act. II 26) und holte einen Bericht beim Hausarzt der Versicherten, Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, ein (act. II 27), welcher von einem unveränderten Gesundheitszustand seit dem 26. Februar 2010 berichtete und für berufliche Massnahmen (Belastbarkeits- und Aufbautraining) eine Präsenzzeit von acht Stunden pro Tag als möglich und zumutbar erachtete. Daraufhin liess die IVB die Versicherte auf Empfehlung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) polydisziplinär durch die MEDAS O. \_\_\_\_\_ begutachten (Gutachten vom 19. November 2013 inklusive Teilgutachten in den Bereichen Neurologie, Psychiatrie und Rheumatologie [act. II 38.1 – 38.3]). Da den MEDAS-Gutachtern die Unterlagen, welche zur ursprünglichen Rentenzusprache mit Verfügung vom 20. Januar 1994 geführt hatten, bei der Verfassung des Gutachtens nicht vorgelegen hatten, ersuchte die IVB die MEDAS O. \_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 9. Dezember 2013 unter Vorlage der entsprechenden Vorakten

um Ergänzung ihrer Expertise (act. II 39), welche diese am 13. Dezember 2013 erstattete (act. II 41).

Daraufhin absolvierte die Versicherte in der D. \_\_\_\_\_ in ... vom 22. April bis 15. Juli 2014 ein Belastbarkeitstraining und vom 16. Juli bis 7. Oktober 2014 ein Aufbautraining, wobei sie in dieser Zeit zwei Mal zur Schadenminderung aufgefordert wurde (act. II 52 - 65). In der Folge stellte die IVB mit Vorbescheid vom 17. Oktober 2014 die Verneinung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen in Aussicht (act. II 66) und kündigte mit Vorbescheid vom 22. Oktober 2014 die Aufhebung der bisherigen ganzen Rente an (act. II 67). Am 1. Dezember 2014 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, nur gegen den Vorbescheid betreffend Rentenaufhebung Einwände und stellte ein Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung im Verwaltungsverfahren (act. II 76, 79). In der Folge verfügte die IVB am 23. Dezember 2014 bei einem Invaliditätsgrad von 0 % die Aufhebung der bisherigen ganzen Rente mit Wirkung auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats (act. II 80), wobei sie einer allfällig dagegen erhobenen Beschwerde die aufschiebende Wirkung entzog.

### **C.**

Dagegen erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, am 2. Februar 2015 Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen, subsidiär sei die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen mit der Anweisung, weitere medizinische Abklärungen durchzuführen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Gleichzeitig beantragt sie die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde und stellt ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt. Zur Begründung macht sie im Wesentlichen geltend (Beschwerde S. 13 ff.), die Beschwerdegegnerin ziehe aus dem MEDAS-Gutachten den Schluss, es sei zu einer objektivierbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen; aus mehreren Stellen des MEDAS-Gutachtens gehe jedoch hervor, dass dies eben gerade

nicht der Fall sei, sondern dass sich lediglich die rechtliche Qualifikation geändert habe. Auch im MEDAS-Ergänzungsbericht vom 13. Dezember 2013 werde festgehalten, die Beschwerden seien im Wesentlichen die gleichen, die seit vielen Jahren dokumentiert würden, die rheumatologische Beurteilung sei analog zu jener im Jahr 1994, einzig der psychische Zustand habe sich verbessert, da die psychischen Störungen nun remittiert seien. Entgegen dem MEDAS-Gutachten leide die Beschwerdeführerin aber nach wie vor an psychischen Beschwerden, es sei diesbezüglich keine objektivierbare Verbesserung eingetreten.

Nachdem die Beschwerdeführerin mit prozessleitender Verfügung vom 4. Februar 2015 zur Mitteilung aufgefordert worden war, ob sie Rechtsschutz durch Dritte erhalte, zog sie am 26. Februar 2015 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. März 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die angefochtene Verfügung vom 23. Dezember 2014 und die Stellungnahme des RAD vom 9. März 2015 (act. II 88) die Abweisung der Beschwerde inklusive des Antrags auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 1. Juni 2015 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde ab.

## **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** Angefochten ist die Verfügung vom 23. Dezember 2014 (act. II 80). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung und dabei insbesondere die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die laufende Rente zu Recht aufgehoben hat.

**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** Vorweg rügt die Beschwerdeführerin eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör in Form einer Verletzung der Begründungspflicht. Sie macht geltend (Beschwerde S. 11 f.), aus der angefochtenen Verfügung gehe nicht klar hervor, ob es sich hier um eine Revision gemäss Art. 17 ATSG oder um eine Wiedererwägung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG handle.

**2.2** Die Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründungs-

pflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101). Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181).

**2.3** Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin die Begründungspflicht und damit den Anspruch auf rechtliches Gehör nicht verletzt. Denn der angefochtenen Verfügung vom 23. Dezember 2014 (act. II 80) ist klar zu entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Gutachten der MEDAS O. \_\_\_\_\_ vom 19. November 2013 (inklusive Ergänzung vom 13. Dezember 2013 [act. II 38.1 - 38.3, 41]) von einem seit der ursprünglichen Rentenzusprache verbesserten Gesundheitszustand und somit vom Vorliegen eines Revisionsgrundes im Sinne von Art. 17 ATSG ausgeht. Zudem findet sich der in der angefochtenen Verfügung erwähnte Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) in gesetzssystematischer Hinsicht unter dem Titel „Die Revision der Renten, der Hilflosenentschädigung und des Assistenzbeitrages“ und betrifft die Wirkung einer anspruchsbeeinflussenden Verbesserung der Erwerbsfähigkeit. Im Übrigen wird zur Begründung der Rentenaufhebung in der angefochtenen Verfügung nirgends auf eine Wiedererwägung der ursprünglichen Verfügung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG Bezug genommen, insofern sind die entsprechenden Ausführungen in der Beschwerde obsolet.

### **3.**

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

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

**3.3** 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).

**3.4** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte

und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

**3.5** 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).

**3.6** 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 Rentenrevisi- on erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sach- verhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvoll- ziehbaren 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 Sachla- gen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2).

#### **4.**

**4.1** 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 wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 135 V 201 E. 6.4 S. 210, 115 V 308 E. 4a bb S. 313).

**4.2** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszu-

stands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

**4.3** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**4.4** Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV).

**4.5** Bei Versicherten, welche die Leistung weder unrechtmässig erwirkt noch die Meldepflicht verletzt haben, erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV).

## **5.**

**5.1** Vorliegend ist durch einen Vergleich des Sachverhaltes im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 20. Januar 1994 (act. II/vor 1999 5.1/21 f.) und demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. Dezember 2014 (act. II 80) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 4.1 hiervor). Die zwischenzeitlich erlassenen Rentenentscheide (act. II/vor 1999 5.1/9 f., 5.1/2 f.; act. II 13, 18, 24) sind revisionsrechtlich nicht relevant, da jeweils keine umfassende materielle Prüfung des Rentenanspruchs erfolgt ist (vgl. E. 4.2 hiervor).

**5.2** Die Verfügung vom 20. Januar 1994 (act. II/vor 1999 5.1/21 f.) basiert im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Unterlagen:

**5.2.1** Der Hausarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 23. Mai 1993 (act. II/vor 1999 5.1/41 - 44) die folgenden Diagnosen auf:

Therapieresistente Schulter-Arm-Schmerzen links m/b

- weichteilrheumatischen Manifestationen
- psychosomatischer Komponente

Dr. med. C. \_\_\_\_\_ gab an, die Beschwerdeführerin leide an einem therapieresistenten Schulter-Arm-Syndrom links, wobei psychosomatische Faktoren eine grosse, wenn nicht entscheidende Rolle spielen dürften. Hinweise für ein entzündliches, degeneratives u/o malignes Geschehen fehlten. Zusätzlich dürften ethnische Probleme dazu kommen. Bei der aktuellen Situation mit einer verzweifelten, psychisch nur knapp kompensierten Patientin bestehe keine realistische Möglichkeit einer Arbeitsaufnahme in irgendwelchen Bereichen. Seit einem Jahr sei der Verlauf trotz regelmässiger Psychotherapie (Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Spital F. \_\_\_\_\_), verschiedenen paramedizinischen Therapieansätzen sowie Physiotherapie und lokaler sowie perioraler NSA-Applikation absolut therapieresistent.

**5.2.2** Im Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom Psychiatrischen Dienst des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 18. Oktober 1993 (act. II/vor 1999 5.1/28 - 30) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt:

Konversionsneurotische Störung mit

- Depression
- chronischem Schmerz, Sensibilitätsstörung, zeitweise Lähmung mit Kollaps
- Verspannungen und Myogelosen auf verschiedenen Niveaus der Wirbelsäule mit Atlas- und ISG-Blockierung

Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt fest, während der sechsjährigen Tätigkeit in der H. \_\_\_\_\_ als ... sei es zu Synkopen, lumbo-sacralen Schmerzen, rezidivierenden Infekten, Angst und Hyperventilation, Ruhelosigkeit, Erschöpfung, Nacken- und Schulterschmerzen auf der Arbeit (stereotype Bewegungen an der Maschine) gekommen, ferner habe eine Ehekrise vorgelegen, die später habe gelöst werden können. Wegen der Beschwerden habe eine hausärztliche Behandlung stattgefunden, eine neurologische Ab-

klärung sei ohne spezifische Befunde gewesen. Nach der Kündigung anfangs ..., welche die Beschwerdeführerin als völlig ungerecht empfunden habe, sei es zu einer depressiven Dekompensation und verstärkten Schmerzen, Schlafstörung, Parästhesien und Lähmungsempfindungen, Todesangst, Schwindel, Schwäche, subjektivem Bewusstseinsverlust mit Stürzen und Verlust der Impulskontrolle gegenüber den Kindern gekommen. Es habe eine medizinische Abklärung im Spital F.\_\_\_\_\_ stattgefunden, seither erfolge eine Behandlung wegen Schmerzen, Verspannungen und Myogelosen paravertebral links mit Neuraltherapie und wegen der psychischen Komponente mit Psychotherapie. Eine Erwerbstätigkeit sei ausgeschlossen, da die Kombination von Schmerz-, Bewegungseinschränkung und Depression eine generelle Behinderung zur Folge habe. Es bestehe auch eine Behinderung für die schwereren Haushaltarbeiten, die seit Beginn der Krankheit der Ehemann übernommen habe. Die Therapiemöglichkeiten seien beinahe erschöpft, es seien alle schulmedizinischen und die vernünftigerweise in Frage kommenden alternativen Behandlungsmöglichkeiten bereits angewandt, auch Psychotherapie stosse auf eine kulturelle und bildungsmässige Grenze, die Prognose sei höchst ungewiss.

**5.3** Der angefochtenen Verfügung vom 23. Dezember 2014 (act. II 80) liegen insbesondere die folgenden medizinischen Unterlagen zu Grunde:

**5.3.1** Das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS O.\_\_\_\_\_ vom 19. November 2013 (act. II 38.1) basiert auf Teilgutachten in den Bereichen Neurologie, Psychiatrie und Rheumatologie (act. II 38.2, 38.3). Die Gutachter führten die folgende Diagnose mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit auf (act. II 38.1/10):

- Synkopen, wahrscheinlich vasovagal

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, wurden die Folgenden angegeben:

- Periarthropathia genu links bei medial betonter Meniskusdegeneration und fibrotischem Narbengewebe bei
  - Status nach Kniekontusion infolge Treppensturz 2004
- Skapulokostalsyndrom links und Insertionstendinopathie des Musculus deltoideus links

- leichte rechtskonvexe Kyphoskoliose thorakal mit Kopfprotraktion
- Episodisches Kopfweg vom Spannungstyp
- Anamnestisch Karpaltunnelsyndrom links
- psychiatrische Diagnosen
  - weitestgehend remittierte Panikstörung wahrscheinlich
  - Hinweise auf vollständig remittierte dissoziative Störung
- Nikotinabusus (10 bis 20 Zigaretten täglich)
- Adipositas (BMI 38)

Im *neurologischen* Teilgutachten vom 25. September 2013 (act. II 38.2/13 - 17) gab Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, an (act. II 38.2/15), neurologisch von Belang sei zunächst das Kopfweg. Es handle sich um ein episodisches Kopfweg vom Spannungstyp. Die Beschwerden träten recht häufig auf, seien aber wenig intensiv. Eine Beeinträchtigung bestehe dadurch nicht. Die Natur und Ursache der Bewusstlosigkeiten bleibe zunächst noch unklar. Die Annahme von vasovagalen Kollapsen erscheine am wahrscheinlichsten. Daraus könne als einzige Einschränkung postuliert werden, dass die Beschwerdeführerin nicht an Maschinen mit offen rotierenden Teilen sowie auf Gerüsten und Leitern beschäftigt werden sollte.

Im *psychiatrischen* Teilgutachten vom 11. Oktober 2013 (act. II 38.2/7 - 12) hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, fest (act. II 38.2/11 f.), in den letzten Jahren hätten sich keine handfesten psychopathologischen Befunde mehr gefunden, die eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht rechtfertigen würden. Die Angaben seien vage geblieben, wenig konkret, es fänden sich erstaunlicherweise auch keinerlei Hinweise in der vermuteten Richtung in den zahlreichen hausärztlichen Berichten, so dass mit den psychiatrischen Aspekten im heutigen Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden könne. Die Beschwerdeführerin habe sich ohne Zweifel an den Status einer Frührentnerin gewöhnt, diese Tatsache alleine rechtfertige aber in keiner Weise das Attestieren einer Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Nach den Schilderungen der letzten Monate sei eine psychiatrische Diagnose nicht mehr zu stellen. Auch eine Diagnose aus der Gruppe der somatoformen Störungen könne nicht gestellt werden, es fehlten aktuelle psychosoziale Belastungsfaktoren und auch die bei einzelnen Diagnosen geforderte psychiatrische Komorbidität lasse sich nicht mehr nachweisen. In der bis-

herigen Tätigkeit, in der Tätigkeit als Hausfrau wie auch in einer Verweistätigkeit bestehe keine Arbeitsunfähigkeit.

Im *rheumatologischen* Teilgutachten vom 14. Oktober 2013 (act. II 38.2/1 – 6) hielt Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, fest (act. II 38.2/5), eine Fibromyalgie im engeren Sinne habe er nicht bestätigen können. Der monotone Verlauf über viele Jahre, die sogenannte Therapieresistenz, die Diskrepanz zwischen objektiven Befunden (klinisch und mittels bildgebenden Verfahren) und den subjektiven Angaben, die positiven Waddellzeichen im Stehen, die Auslösung von Schulterschmerzen links bei Prüfung der thorakalen Wirbelsäulenbeweglichkeit sowie beim Gaenslenzeichen an der linken Hand, die diffusen Druckdolenzen und die Berührungsempfindlichkeit am linksseitigen oberen Quadranten inklusive linker Arm, die Provokation von Schulterschmerzen links durch tiefe Inspiration sprächen für eine Symptomverdeutlichung und eine Symptomausweitung bei abnormem Schmerzgebaren. Der hohe Analgetikakonsum ohne angebliche Wirksamkeit sei ebenso auffällig. Zusammenfassend könne aus rheumatologischer Sicht eine berufliche Dispensierung nicht gerechtfertigt werden. Das früher erwähnte „therapieresistente weichteilrheumatische Syndrom mit Zervikobrachialgie links“ könne er klinisch nicht nachweisen, „ausser mit den anamnestischen Angaben zur Schmerzlokalisierung zum Teil in Übereinstimmung“ bringen. Die seit 1992 definierte Arbeitsunfähigkeit auf Grund von muskuloskelettalen Befunden könne er nicht nachvollziehen, auch beim Fehlen eines Vergleiches von klinisch aufgezeichneten Befunden (Aktenstudium) in den vergangenen Jahren. In den zuletzt ausgeübten Berufstätigkeiten als ... in der ... respektive als ..., aber auch für leichtere und mittelschwere manuelle Tätigkeiten, für sämtliche ... und ... Berufstätigkeiten sowie für ... sei die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht zu 100 % (8 - 8.5 h pro Arbeitstag an fünf folgenden Wochentagen) arbeitsfähig.

In der zusammenfassenden Beurteilung hielten die Gutachter fest (act. II 38.1/10), die Beschwerdeführerin sei für jede Tätigkeit voll arbeitsfähig mit Ausnahme von Tätigkeiten an Maschinen mit offenen rotierenden Teilen und auf Leitern und Gerüsten. Weiter gaben die Gutachter an (act. II

38.1/9), die Beschwerdeführerin sei seit 1994 berentet; aufgrund der vorliegenden Akten sei nicht ersichtlich, aufgrund welcher medizinischer Dokumente/Diagnosen damals eine Rente zugesprochen worden sei. Inzwischen seien die Klagen unverändert, verändert hätten sich aber die versicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen, nach welchen bei chronischen Schmerzzuständen Renten zugesprochen würden. In Anlehnung an die nun geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen („Überwindbarkeitspraxis“, BGE 130 V 352) könne aktuell keine Arbeitsunfähigkeit (mit Ausnahme der vom Neurologen gemachten Einschränkung) attestiert werden, das heisse, heute gelte eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts.

**5.3.2** In der Ergänzung vom 13. Dezember 2013 (act. II 41) zum Gutachten vom 19. November 2013 führte die MEDAS O. \_\_\_\_\_ aus, die Rentenzusprache mit Verfügung vom 20. Januar 1994 sei wegen einem weichteilrheumatischen Schmerzsyndrom und einer konversionsneurotischen Störung erfolgt, wobei vermutlich Letztere ausschlaggebend gewesen sei. Anlässlich der Begutachtung im September 2013 habe die Beschwerdeführerin im Wesentlichen die gleichen Beschwerden geklagt, die seit vielen Jahren dokumentiert seien. Was die rheumatologische Beurteilung anbelange, so handle es sich nach wie vor um weichteilrheumatische Beschwerden, analog zu 1994. Psychisch sei es zu einer objektivierbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen, sowohl die dissoziative (konversionsneurotische) Störung wie auch die Panikstörung seien remittiert. So habe im Gutachten vom 19. November 2013 weder aus rheumatologischer, neurologischer noch psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit (ohne Beschäftigung an gefährlichen Maschinen, auf Leitern und Gerüsten) begründet werden können. Wann die Besserung eingetreten sei, lasse sich aufgrund der Aktenlage nicht seriös rekonstruieren. Die Neueinschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte ab Datum der Schlussbesprechung vom 26. Oktober 2013.

**5.3.3** Die RAD-Ärztin med. pract. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, gab am 29. Januar 2014 an (act. II 42), aufgrund kultureller Umstände sei der Beschwerdeführerin als ... von den Eltern eine Ausbildung verweigert worden. Sie habe nach der dortigen Tradition in eine Zwangsehe einwilligen müssen als sie ... Jahre alt gewesen

sei. Als die Mutter der Beschwerdeführerin sie in der Kindererziehung nicht mehr habe entlasten können, sei es bei einer 80 %-igen Arbeitstätigkeit in der ... mit zusätzlicher alleine zu bewältigender Kindererziehung, Haushalt, ihren Eltern und den sie nicht unterstützenden Ehemann zu einer völligen Dekompensation und Flucht in die Krankheit gekommen. Nur die Krankheit habe der Beschwerdeführerin für ihr Umfeld das Recht gegeben, nicht weiter neben ihren vielfältigen familiären und kulturellen Pflichten auch noch zu arbeiten. Nachdem nun die Kinder erwachsen und selbstständig seien und der Ehemann teilberentet sei, so dass er ohne weiteres im Haushalt mehr mithelfen könne, was er ja nun anscheinend auch tue, seien einige Stressoren weggefallen, welche die Beschwerdeführerin früher in eine konversionsneurotische Störung getrieben hätten und welche deshalb beim MEDAS-Gutachten nicht mehr als im Alltag und Berufsleben einschränkend hätte gefunden werden können.

**5.3.4** In einer undatierten Problem-/Diagnoseliste führte med. pract. M.\_\_\_\_\_ folgendes auf (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 2):

1. Therapieresistentes weichteilrheumatisches Syndrom mit Cervikobrachialgie links, IV-berentet
  - unklare Knieschmerzen links 2005
2. Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.10)
  - Beginn psychiatrische Therapie 09/14 Ambulatorium ...
3. Obstruktives Defäkations-Syndrom, operiert 2008
4. Reinke-Oedem bds. 2007
5. Adipositas
6. VD Alport-Syndrom
7. Hysterektomie bei Menometrorrhagien 2011
8. Dyshidrosiformes Ekzem palmoplantar 2010

Im Überweisungsschreiben vom 25. August 2014 (act. I 3) an den Psychiatrischen Dienst des Spitals N.\_\_\_\_\_ führte med. pract. M.\_\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin sei im Rahmen eines weichteilrheumatischen Syndroms während zirka 20 Jahren IV-berentet und arbeitsunfähig gewesen. Im Rahmen der IV-Revision sei eine Überprüfung ihres Zustandes mit Arbeits-Reintegrationsversuch ab 03/14 beschlossen worden. Dabei sei es zu einer Exazerbation der chronischen Schmerzproblematik mit zunehmender Opiatbedürftigkeit ohne adäquates Ansprechen gekommen. Zeitgleich sei es zu einer zunehmenden psychischen Dekompensation mit

Zukunftssorgen, Überforderungsgefühlen, Unzulänglichkeitsgefühlen und zum Teil passiven Sterbewünschen gekommen.

**5.3.5** Im Bericht des Psychiatrischen Dienstes des Spitals N. \_\_\_\_\_ vom 19. September 2014 (act. I 4) zum ambulanten Konsilium vom 1. September 2014 wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt:

- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.10)
- Krankheiten des Weichteilgewebes, Rheumatismus der Schulterregion (ICD-10: M79.01).

Die untersuchenden Ärzte hielten fest, seit vier Monaten arbeite die Beschwerdeführerin bei der D. \_\_\_\_\_, das Arbeitspensum sei im Verlauf von zwei auf aktuell fünf Stunden täglich gesteigert worden. Wegen einer damit einhergehenden Schmerzexazerbation sei eine zunehmende Opiatgabe notwendig, ohne dass die Schmerzen sich relevant verbessert hätten. Die Beschwerdeführerin fühle sich in der Arbeitsumgebung im Grunde genommen wohl, die Leute seien nett, die eigentliche Arbeit sei nicht zu schwer. Sie leide aber stärker unter den Schmerzen, müsse regelmässig Pausen einlegen, sich zwischendrin kurzzeitig hinlegen, gelegentlich komme es zu Kreislaufschwäche mit Schwindel und Bewusstlosigkeit (2 - 3 Mal pro Monat). Immer wieder müsse sie unkontrolliert weinen, meist aus nichtigen Anlässen. Die Schmerzintensität sei fluktuierend, insbesondere bei Schmerzspitzen habe sie gelegentlich Suizidgedanken, die sie jedoch nicht aktiv umsetzen wolle.

**5.3.6** Die RAD-Ärztin med. pract. L. \_\_\_\_\_ hielt in der im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens erstellten Stellungnahme vom 9. März 2015 fest (act. II 88), der vertretende Jurist mache keinen neuen Gesundheitsschaden geltend, ebenso sei eine Verschlechterung aufgrund der eingereichten Berichte medizinisch nicht ausgewiesen. Die beigelegte medizinische Problemliste sei im MEDAS-Gutachten vom 11/13 zur Genüge gewürdigt worden. Woher der Verdacht auf ein Alport-Syndrom durch den neuen Hausarzt komme, sei unklar, habe aber, solange es nicht bestätigt worden sei und es keine ausgeprägte Niereninsuffizienz gebe, keine Relevanz auf das Zumutbarkeitsprofil. Weiter spreche das nicht Ansprechen der Beschwerdeführerin auf eine kurzfristige Erhöhung der neu durch den Hausarzt ab 2014 veränderten Schmerzmittel weiterhin für eine

über die IV nicht mitversicherte Erkrankung als Ursache der Schmerzen. Aufgrund der Medikamentenliste des Ambulatoriums der Psychiatrie G. \_\_\_\_\_ könne ein Analgetikaabusus, welcher auch nicht über die IV mitversichert sei, nicht ausgeschlossen werden. Zudem sei nicht ausgeschlossen, dass die Kreislaufschwächen mit Schwindel und Bewusstlosigkeit 2 - 3 Mal pro Monat dem seit Jahren iatrogen geförderten Medikamentenabusus geschuldet seien.

## **6.**

**6.1** Die ursprüngliche Verfügung vom 20. Januar 1994 (act. II/vor 1999 5.1/21 f.) basiert auf der Diagnose einer konversionsneurotischen Störung mit Depression und chronischem Schulter-, Arm- und Rückenschmerz sowie Verspannungen (act. II/vor 1999 5.1/28 ff., 42 ff.).

**6.2** Für das im Vergleichszeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 23. Dezember 2014 bestehende Zustandsbild liegt das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS O. \_\_\_\_\_ vom 19. November 2013 inklusive Ergänzung vom 13. Dezember 2013 (gestützt auf die nachgereichten Vorakten [act. II 39]) vor (act. II 38.1 - 38.3, 41). Im rheumatologischen Teilgutachten (act. II 38.2/1 - 6) wird – unter Hinweis auf eine Symptomverdeutlichung und eine Symptomausweitung bei abnormem Schmerzgebaren – eine rentenrelevante Beeinträchtigung ausgeschlossen und eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der bisherigen wie in einer angepassten Arbeit sowie im Aufgabenbereich attestiert (act. II 38.2/5). Das psychiatrische Teilgutachten (act. II 38.2/7 - 12) erweist sich als stringent und einleuchtend; eine Einschränkung in jeglicher Tätigkeit wird ausgeschlossen (act. II 38.2/11 f.), zumal die 1993 ausgewiesene dissoziative konversionsneurotische Störung wie auch die Panikstörung remittiert seien, wie in der Ergänzung des MEDAS-Gutachtens vom 13. Dezember 2013 (act. II 41) ausgeführt wird. Im neurologischen Teilgutachten (act. II 38.2/13 - 17) werden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Synkopen diagnostiziert, welche Tätigkeiten an Maschinen mit offen rotierenden Teilen sowie auf Leitern und Gerüsten nicht zulassen (act. II 38.2/15). Zusammenfassend wird von den Gutachtern eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert

mit den besagten Limiten aus neurologischen Gründen (act. II 38.1/10). Der Beginn der Besserung lässt sich anhand der Akten durch die Ärzte nicht mehr eruieren, weshalb er auf den Zeitpunkt des Gutachtens festgesetzt wurde (act. II 38.1/10, 41/2), was nachvollziehbar ist und der Beschwerdeführerin nicht zum Nachteil gereicht.

**6.3** Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS O.\_\_\_\_\_ vom 19. November 2013 inklusive Ergänzung vom 13. Dezember 2013 (act. II 38.1 - 38.3, 41) überzeugt und erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.5 hiervor). Es ist voll beweiskräftig, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet. Mit Blick auf die an die MEDAS-Gutachter nachträglich erfolgte Vorlage der Akten, welche der ursprünglichen Rentenzusprache zu Grunde lagen (act. II 39), und die entsprechende Ergänzung des Gutachtens vom 13. Dezember 2013 (act. II 41) erfüllt das Gutachten der MEDAS O.\_\_\_\_\_ auch die in revisionsrechtlicher Hinsicht an eine medizinische Expertise gestellten Beweisanforderungen, welche einen Vergleich zum (medizinischen) Sachverhalt im Referenzzeitpunkt verlangen (vgl. E. 3.6 hiervor). Es ist folglich darauf abzustellen.

**6.4** Zusammengefasst sind die weichteilrheumatischen Beschwerden unbestritten seit 1994 gleich geblieben, womit in somatischer Hinsicht von einem unveränderten Zustandsbild auszugehen ist, dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anders beurteilt wird als damals. Daran ändert der von der Beschwerdeführerin eingereichte Bericht des neuen Hausarztes med. pract. M.\_\_\_\_\_ vom 25. August 2014 (inklusive Problem-/Diagnoseliste [act. I 2 f.]) nichts. Eine andere Beurteilung eines gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt keinen Revisionsgrund dar, ebenso wenig berechtigt eine neue Rechtspraxis zu einer Revision im Sinne von Art. 17 ATSG (vgl. E. 4.1 hiervor). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass im rheumatologischen Teilgutachten vom 14. Oktober 2013 eine Fibromyalgie im engeren Sinne nicht bestätigt (act. II 38.2/5) und im psychiatrischen Teil-

gutachten vom 11. Oktober 2013 keine Diagnose aus der Gruppe der somatoformen Störungen gestellt werden konnte (act. II 38.2/11), womit hier kein Anwendungsfall der mit BGE 141 V 281 im Zusammenhang mit somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden geänderten Rechtsprechung gegeben ist.

In psychischer Hinsicht sind gemäss den MEDAS-Gutachtern die dissoziative konversionsneurotische Störung und die Panikstörung mittlerweile remittiert (act. II 41). Im Nachgang zum MEDAS-Gutachten vom 19. November 2013 hat die RAD-Ärztin Dr. med. L. \_\_\_\_\_ diesbezüglich in der Stellungnahme vom 29. Januar 2014 (act. II 42) überzeugend und schlüssig festgehalten, einige Stressoren (u.a. kleine Kinder, fehlende Unterstützung durch den Ehemann) seien weggefallen, welche die Beschwerdeführerin früher in eine konversionsneurotische Störung getrieben hätten. Diese hätten deshalb beim MEDAS-Gutachten nicht mehr als einschränkende Faktoren im Alltag und Berufsleben festgestellt werden können. Folglich ist die damalige psychische Beeinträchtigung als überwunden zu betrachten. Insofern liegt eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit eine revisionsrechtlich relevante Veränderung vor. Soweit die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf den Bericht des psychiatrischen Dienstes des Spitals N. \_\_\_\_\_ vom 19. September 2014 (act. I 4) geltend macht (Beschwerde S. 16), sie leide nach wie vor an einer psychischen Störung, ist ihr entgegenzuhalten, dass es sich bei der im genannten Bericht diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.10) um ein kurzfristiges, reaktives und therapeutischen Bemühungen zugängliches Leiden handelt, welches nach ständiger Rechtsprechung nicht invalidisierend wirkt (Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 2. Februar 2016, 9C\_613/2015, E. 5, und vom 18. November 2015, 9C\_125/2015, E. 7.2.1). Demnach kommt der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 9. März 2015 (act. II 88) keine entscheidungswesentliche Bedeutung zu. Nach dem Dargelegten ist ein Revisionsgrund gegeben und der Rentenanspruch ist – unter Berücksichtigung der gutachterlich attestierten uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit – frei zu prüfen (vgl. E. 4.3 hiavor).

## **7.**

**7.1** Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

**7.2** 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 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325). 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 Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

## **7.3**

**7.3.1** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstruktur-

erhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

**7.3.2** Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

**7.4** Der Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt der allfälligen Rentenrevision hin vorzunehmen (vgl. Entscheid des EVG vom 3. Juli 2006, I 86/06, E. 4). Dass die Beschwerdegegnerin sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Daten ermittelt hat (act. II 80), ist nicht zu beanstanden, da die Beschwerdeführerin die letzte Stelle bei der H.\_\_\_\_\_ aus invaliditätsfremden Gründen verloren (act. II/vor 1999 5.1/45 - 48; Entscheid des BGer vom 9. Juni 2015, 9C\_212/2015, E. 5.4) und nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat (vgl. E. 7.3.1 hiervor). Vorliegend sind das Validen- und das Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, was dazu führt, dass sich deren genaue Ermittlung erübrigt; diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2008 IV Nr. 2 S. 5 E. 5.4; Entscheid des BGer vom 24. Juli 2014, 8C\_450/2014, E. 7.3). Da keine genaue Ermittlung der Vergleichseinkommen notwendig ist, kann offen bleiben, ob im vorliegenden Revisionsverfahren auf die Tabelle TA1 der LSE 2010, Anforderungsniveau 4 (Einfache und repetitive Tätigkeiten),

Total, Frauen, oder auf die Tabelle TA1 der LSE 2012, Kompetenzniveau 1 (Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Total, Frauen, abzustellen wäre (vgl. Entscheid des BGer vom 4. April 2016, 9C\_632/2015 [zur Publikation vorgesehen], E. 2.5.8.1). Ein leidensbedingter Abzug (vgl. E. 7.3.2 hiervor) wurde von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung nicht gewährt (act. II 80). Ob dies korrekt ist, kann angesichts des Ergebnisses offen gelassen werden. Denn selbst bei Gewährung des maximal möglichen Tabellenlohnabzuges von 25 % resultiert bei der der Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit zumutbaren vollständigen Arbeits- und Leistungsfähigkeit ein Invaliditätsgrad von höchstens 25 % (100 % – [100 % – 25 %]), womit kein Anspruch auf eine Rente besteht. Die Aufhebung der Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats (Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. a IVV) bzw. per Ende Januar 2015 ist damit nicht zu beanstanden.

**7.5** Betrifft die revisionsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Rente eine versicherte Person, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat, so hat die Verwaltung die Notwendigkeit (vorgängiger) befähigender beruflicher Massnahmen trotz wiedergewonnener Arbeitsfähigkeit abzuklären (BGE 141 V 5 E. 4.1 S. S. 7; SVR 2011 IV Nr. 73 S. 222 E. 3.3; zum Ganzen vgl. SVR 2011 IV Nr. 30 S. 88 E. 4.2.2; Entscheid des BGer vom 10. September 2010, 9C\_768/2009, E. 4.1). Vorliegend hatte die 1964 geborene Beschwerdeführerin (act. II/vor 1999 5.1/51) im Zeitpunkt des Erlasses der rentenaufhebenden Verfügung vom 23. Dezember 2014 (act. II 80) das fragliche Alter von 55 Jahren noch nicht erreicht. Hingegen erfolgte die Rentenzusprache mit Wirkung ab dem 1. März 1993 (act. II/vor 1999 5.1/21 f.), womit der Rentenbezug länger als 15 Jahre gedauert hat.

Die Gutachter der MEDAS O.\_\_\_\_\_ halten Eingliederungsmassnahmen aus medizinischer Sicht (mit Ausnahme der Gewichtsreduktion und physikalischen Massnahmen) nicht für erforderlich, ebenso erachten sie eine berufliche Eingliederung für nicht angezeigt (act. II 38.1/10 Ziff. 5.3). Dennoch wurden durch die Beschwerdegegnerin umfassende berufliche Massnahmen durchgeführt, indem die Beschwerdeführerin in der D.\_\_\_\_\_ in ... vom 22. April bis 15. Juli 2014 ein Belastbarkeitstraining und vom 16.

Juli bis 7. Oktober 2014 ein Aufbautraining absolvierte (act. II 52 - 65). Die berufliche Eingliederung wurde aber letztlich wegen nicht erreichter Zielvorgaben bzw. der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Schmerzen eingestellt (act. II 66, 77); diese sind indessen medizinisch nicht zu objektivieren, sondern auf die sozio-kulturelle Belastung zurückzuführen; sie sind insofern nicht geeignet, weitere Eingliederungsmassnahmen und damit einhergehend die Weiterausrichtung der Rente zu begründen (vgl. dazu Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 28. Oktober 2015, IV/2014/602, E. 7). Die Beschwerdegegnerin durfte demzufolge ohne Gewährung zusätzlicher beruflicher Massnahmen die Rente aufheben.

**7.6** Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

## **8.**

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

**8.2** Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).

**8.3** Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt ist zufolge Rückzugs als erledigt vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt wird zufolge Rückzugs als erledigt vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin (samt der RAD-Stellungnahme vom 9. März 2015)
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**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.