

200 15 206 IV und  
200 15 222 IV (2)  
SCI/GET/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 27. Januar 2016**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Germann

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

gegen

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

betreffend Verfügungen vom 26. und 28. Januar 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die ... geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im November 1995 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. IIA], 19). Nachdem die damals zuständige IV-Stelle Luzern ein rheumatologisches und psychiatrisches Gutachten (act. IIA 66; 77) hatte erstellen lassen – wobei Letzteres eine schwere narzisstische Persönlichkeitsstörung sowie eine längerdauernde depressive Entwicklung ergab (act. IIA 77 S. 6) – sprach sie der als vollwerbstätige eingestuftem Versicherten mit Verfügung vom 3. Februar 1999 (act. IIA 87) ab Juni 1998 eine auf einem Invaliditätsgrad von 100% basierende ganze Invalidenrente zu. Diese wurde im Januar 2000 (Akten der IVB, [act. II], 1.3) sowie im Februar 2006 (durch die nunmehr zuständige IVB [act. II 7]) revisionsweise bestätigt.

### **B.**

Im Oktober 2012 leitete die IVB eine weitere Revision von Amtes wegen ein (act. II 17). Die IVB tätigte erwerbliche Abklärungen, holte Berichte der behandelnden Ärzte ein, veranlasste auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 32) bei den Dres. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH und D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein bidisziplinäres Gutachten (Expertisen vom 18. und 19. November 2013 [act. II 37.1; 38.1]) und befragte die Versicherte – inzwischen allein erziehende Mutter zweier in den Jahren 2004 und 2007 geborener Kinder (act. II 64 S. 1) – nach dem ohne gesundheitliche Beeinträchtigung (theoretisch) ausgeübten Arbeitspensum (act. II 45). Im Rahmen der hernach durchgeführten beruflichen Eingliederungsmassnahmen erteilte die IVB der Versicherten Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining ab dem 11. August 2014 (act. II 55). Dieses wurde im Oktober 2014 (act. II 61) bei gleichzeitiger Vereinbarung einer 40%igen Präsenzzeit sowie einer kontinuierlichen Leistungssteigerung (innerhalb der Präsenz-

zeit) von 70 auf 100% (act. II 60) verlängert. In der Folge brach die Versicherte das Belastungstraining mit der Begründung, ein 40%-Pensum sei für sie zu hoch, ab und reichte – nachdem die IVB ein Mahn- und Bedenkzeit-schreiben erlassen hatte (act. II 67) – ein Arztzeugnis von med. pract. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zu den Akten (act. II 71 S. 2). Hierauf wies die IVB – nach Durchführung der Vorbescheidverfahren (act. II 73 f.) – das Leistungsbegehren für weitere berufliche Massnahmen mit Verfügung vom 26. Januar 2015 (act. II 82) ab und hob mit weiterer Verfügung vom 28. Januar 2015 (act. II 83) die Invalidenrente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf. In der Begründung hielt sie fest, es liege – bei einem geänderten Status von 40% Erwerb und 60% Haushalt – kein invalidisierender Gesundheitsschaden mehr vor. Gleichzeitig entzog die IVB einer allfälligen Beschwerde gegen die Verfügung vom 28. Januar 2015 die aufschiebende Wirkung.

### C.

Gegen die Verfügung vom 26. Januar 2015 (berufliche Massnahmen) liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 26. Februar 2015 Beschwerde erheben und das folgende Rechtsbegehren stellen (Verfahren IV/2015/206):

Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und das am 25. August 2014 angeordnete und am 27. Oktober 2014 verlängerte Belastbarkeitstraining sei wieder aufzunehmen bzw. der Beschwerdeführerin sei eine Kostengutsprache für die Fortsetzung der beruflichen Massnahme zu erteilen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

In der Begründung macht die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, die Wiederaufnahme des Belastbarkeitstrainings sei aufgrund einer behandlungsbedürftigen akuten Depression mit 80%iger Arbeitsunfähigkeit unzumutbar gewesen (S. 8, Ziffer 3.2). Sodann sei der Beschwerdeführerin keine angemessene Bedenkzeit eingeräumt worden (S. 8, Ziffer 3.3).

Mit Eingabe vom 2. März 2015 (Renteneinstellung) liess die Beschwerdeführerin Beschwerde gegen die Verfügung vom 28. Januar 2015 erheben und die folgenden Rechtsbegehren stellen (Verfahren IV/2015/222):

1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei weiterhin eine ganze Rente der eidgenössischen Invalidenversicherung auszurichten.
2. Eventualiter: Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei eine Teilrente der eidgenössischen Invalidenversicherung auszurichten.
3. Verfahrensantrag: Es sei eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung durch eine unabhängige Stelle anzuordnen.
4. Verfahrensantrag: Die von der Vorinstanz entzogene aufschiebende Wirkung der vorliegenden Beschwerde sei wiederherzustellen.
5. Verfahrensantrag: Das Beschwerdeverfahren sei bis zum Entscheid über die Beschwerde vom 26. Februar 2015 zu sistieren.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

In der Begründung macht die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, die Gutachten der Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_\_ gäben den Gesundheitszustand nicht zutreffend wieder (S. 7, Ziffer 2.1): So habe sich Dr. med. D.\_\_\_\_\_ im psychiatrischen Gutachten unzureichend mit der schwierigen Vorgeschichte der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt (S. 7 f., Ziffer 2.2). Indem er sodann festgestellt habe, die Beschwerdeführerin führe ihren Haushalt selbständig, habe er unberücksichtigt gelassen, dass ihr Lebenspartner sie (im Zeitpunkt der Begutachtung) bei der Haushaltsführung und Kinderbetreuung wesentlich entlastet habe (S. 8, Ziffer 2.3). Im Weiteren treffe es nicht zu, dass die Beschwerdeführerin keine Therapie benötige bzw. sich einer zumutbaren Behandlung widersetze (S. 9, Ziffer 2.4). Schliesslich seien beide Gutachten vor mehreren Monaten erstellt worden und berücksichtigten nicht, dass sich der Gesundheitszustand seither wesentlich verschlechtert habe (S. 7, Ziffer 2.1). Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die IV-Stelle nach dem Eingang des Arzteugnisses vom 28. November 2014 bei med. pract. E.\_\_\_\_\_ keinen Bericht über den aktuellen Gesundheitszustand einverlangt habe (S. 11, Ziffer 2.7). Insgesamt sei die Annahme der Beschwerdegegnerin, wonach bei der Beschwerdeführerin lediglich eine leichte depressive Episode vorliege, unzutreffend und mit der Frage, ob die diagnostizierte Schmerzstörung (Fibromyalgie) überwindbar sei, habe sich die Beschwerdegegnerin nicht auseinandergesetzt (S. 11, Ziffer 2.8). Des Weiteren habe sie übersehen, dass – werde eine Rente (auch) gestützt auf die Schlussbestimmungen der Änderungen vom 18. März 2011 des IVG aufgehoben – die Beschwerdeführerin Anspruch auf Massnahmen der Wiedereingliederung

rung habe und in deren Rahmen die Rente (während längstens zwei Jahren) weiterhin ausgerichtet werde (S. 12, Ziffer 3.2). Sodann sei der Beschwerdeführerin die aufschiebende Wirkung zu gewähren (S. 13, Ziffer 4).

Mit Beschwerdeantwort vom 30. März 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde gegen die Verfügung vom 26. Januar 2015 (Verfahren IV/2015/206). Mit weiterer, gleichentags datierter Beschwerdeantwort beantragt die Beschwerdegegnerin sodann die kostenfällige Abweisung der Beschwerde gegen die Verfügung vom 28. Januar 2015 sowie des Gesuchs um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung (Verfahren IV/2015/222).

Mit prozessleitender Verfügung vom 1. April 2015 vereinigte der Instruktionsrichter die Verfahren IV/2015/206 und IV/2015/222 und forderte die Beschwerdegegnerin zur Aktenergänzung auf. Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 27. April 2015 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung hinsichtlich der mit Verfügung vom 28. Januar 2015 erfolgten Aufhebung der Invalidenrente ab.

Mit Eingabe vom 8. Juni 2015 liess die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen einreichen (Akten der Beschwerdeführerin, [act. I IV/2015/206], 6 f.).

Mit prozessleitender Verfügung vom 12. Juni 2015 ersuchte der Instruktionsrichter Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH und med. pract. E.\_\_\_\_\_, dem Gericht die Krankenakten (inklusive der Krankengeschichte) der Beschwerdeführerin zuzustellen.

Am 19. Juni bzw. am 23. September 2015 reichten Dr. med. F.\_\_\_\_\_ respektive – nach mehrmaliger Mahnung – med. pract. E.\_\_\_\_\_ die die Beschwerdeführerin betreffenden Krankenakten ein (act. III; IIIA), woraufhin der Instruktionsrichter den Parteien mit prozessleitender Verfügung vom 24. September 2015 die Gelegenheit zur Einreichung von Schlussbemerkungen gewährte.

Mit Eingabe vom 15. Oktober 2015 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen von Schlussbemerkungen.

Mit Eingabe vom 26. November 2015 liess die Beschwerdeführerin zwei Briefe ihrer Tochter an sie und an ihren Ex-Partner (act. I IV/2015 222 8 f.) einreichen und im Wesentlichen geltend machen, die in den Verwaltungsgerichtsbeschwerden gestellten Rechtsbegehren und Ausführungen würden bestätigt. Aus den Krankengeschichten gehe eindeutig hervor, dass die Beschwerdeführerin in den vergangenen Jahren an einer mittelgradigen bis schweren Depression gelitten habe. Hinzu komme die offenbar im Jahr 1992 erstmals diagnostizierte Fibromyalgie. Ferner zeige das Verhalten der Kinder und insbesondere der Tochter deutlich, dass sich die Krankheit der Beschwerdeführerin in erheblichem Umfang auf ihr Familienleben auswirke. Schliesslich sei die Praxisänderung gemäss BGE 141 V 281 und in diesem Rahmen insbesondere zu berücksichtigen, dass die medikamentöse Therapie aufgrund der erheblichen Nebenwirkungen bis anhin nicht von dauerhaftem Erfolg gekrönt gewesen und von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen auszugehen sei (S. 3 f., Ziffer 3).

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Die angefochtenen Entscheide 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 vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtenen Entscheide 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 Invalidenversiche-

rung 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 26. und 28. Januar 2015 (act. II 82 f.). Streitig und zu prüfen ist die Aufhebung der Invalidenrente per Ende Februar 2015 und der Anspruch auf (weitere) berufliche Massnahmen.

**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.**

Zu prüfen ist zunächst die Rechtmässigkeit der mit Verfügung vom 28. Januar 2015 (act. II 83) per Ende Februar 2015 erfolgten Aufhebung der Invalidenrente.

### **2.1**

**2.1.1** 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). 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).

**2.1.2** Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist. Insbesondere haben die Ärzte die Diagnose so zu begründen, dass die Rechtsanwendenden nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben erfüllt sind (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität vermögen die subjektiven Angaben der versicherten Person eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht ohne Weiteres rechtsgenügend nachzuweisen, sondern es hat stets eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296).

**2.2** 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 Viertelrente.

## **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).

**2.3.2** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit

den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

**2.3.3** 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).

**2.3.4** 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 Beweismwürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

**2.4** Nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar. Indes können nach langjährigem Rentenbezug ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der sofortigen Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei

hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Das bedeutet nicht, dass sich die versicherte Person auf eine Besitzstandsgarantie berufen kann, sondern lediglich, dass ihr zugestanden wird, dass ihre Rente erst nach Prüfung und Durchführung von Eingliederungsmassnahmen eingestellt wird. Diese Rechtsprechung ist allerdings auf Fälle beschränkt, in denen die revisionsweise Rentenaufhebung eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 17. September 2015, 9C\_661/2014, E. 3.1).

**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 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 3. Februar 1999 (act. IIA 87) sprach die damals zuständige IV-Stelle Luzern der Beschwerdeführerin ab Juni 1998 eine ganze Rente zu. Diese wurde mit Revisionsverfügung vom 28. Januar 2015 (act. II 83) aufgehoben. Die Mitteilung vom 28. Januar 2000 (act. II 1.3) und die Revisionsverfügung vom 3. Februar 2006 (act. II 7) erfolgten ohne allseitige Prüfung der anspruchserheblichen Tatsachen, weshalb sie nicht als Referenzzeitpunkt in Frage kommen (vgl. E. 2.3.4 vorne). Massgebende Vergleichszeitpunkte im vorliegenden Revisionsverfahren bilden demnach die Verfügung vom 3. Februar 1999 und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 28. Januar 2015.

**3.2** Bei Erlass der Verfügung vom 3. Februar 1999 stützte sich die IV-Stelle Luzern im Wesentlichen auf das rheumatologische Gutachten des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 11. Juni 1997 (act. IIA 66) sowie auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 10. April 1998 (act. IIA 77) ab (vgl. act. IIA 85):

**3.2.1** Im Gutachten des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 11. Juni 1997 (act. IIA 66) wurden chronische, belastungsabhängige Lumbalgien bei leichtem myofaszialem Syndrom und Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung, chronische Handgelenkschmerzen links unklarer Ätiologie, ein Status nach Fraktur des Processus styloideus radii links, ein linksbetontes, in Generalisierung begriffenes Weichteilschmerzsyndrom sowie ein Verdacht auf Somatisierungstendenz bei (rheumatologischerseits) nicht klassifizierbarer psychischer Problematik diagnostiziert. Anlässlich der Untersuchung hätten – ausgenommen einer höchstens leichten Bewegungseinschränkung des linken Handgelenkes und multipler Weichteildolenzen – wiederum keine pathologischen Befunde im Bereiche des Bewegungsapparates objektiviert werden können. Das gemäss Beschwerdeführerin eindeutige Zusammenfallen des Beginnes sowohl der Handschmerzen als auch der Lumbalgien mit einer sehr belastenden Vergangenheit (schulische Überforderung in der Kinderpflegerinnenausbildung, Vergewaltigung, Beziehungsproblematik) lenke den Verdacht auf eine Somatisierungstendenz bei psychischer Problematik (S. 3). In einer Aussendiensttätigkeit ohne das Tragen schwerer Lasten sei die Beschwerdeführerin von Seiten des Bewegungsapparates zu 100% arbeits- resp. eingliederungsfähig, dasselbe gelte für andere Tätigkeiten (S. 4).

**3.2.2** Im psychiatrischen Gutachten vom 10. April 1998 (act. IIA 77) diagnostizierte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ eine schwere narzisstische Persönlichkeitsstörung sowie eine längerdauernde depressive Entwicklung (S. 6). Erstere imponiere durch Mangel an Selbstwert- und Kompetenzgefühl, durch schuldhaftes Grunderleben und Resignationsverhalten sowie der Tendenz zu Verzweiflungsreaktionen. Hinzu komme die Problematik einer Essstörung. Die depressive Entwicklung sei einerseits im Rahmen der Persönlichkeitsstörung, andererseits auch im Zusammenhang mit den somatischen Symptomen zu sehen (S. 6). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

betrage aus psychiatrischer Sicht als Krankenpflegerin mindestens 80%. Wie hoch die Arbeitsfähigkeit in den von der Beschwerdeführerin gewünschten Tätigkeiten im Bereich Kinderbetreuung oder als Verkäuferin sei, könne nach einem Arbeitsversuch und / oder Praktikum eingeschätzt werden (S. 8).

**3.3** Für den Zeitraum zwischen Erlass der Verfügung vom 3. Februar 1999 und der hier angefochtenen Verfügung vom 28. Januar 2015 präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**3.3.1** Vom 31. August bis 12. November 2011 war die Beschwerdeführerin in der Klinik I. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 21. November 2011 (act. II 31 S. 2 ff.) wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), ein sexueller Missbrauch in der Kindheit durch jemand innerhalb des engeren Familienkreises (Z61.4), Probleme bezüglich Abgrenzung vom Ex-Partner und Probleme mit dem Vater der Tochter (Z63.8), Alkoholmissbrauch (ICD-10 F10.21) und ein Status nach Bulimie diagnostiziert (S. 2). Die Beschwerdeführerin leide seit Anfang 2011 an einer schweren Depression mit grosser Traurigkeit, Erschöpfungszuständen, innerer Unruhe, Schlaflosigkeit, Schweissausbrüchen, viel Weinen und schneller Überforderung (S. 3). Als Ziel für die Hospitalisation wolle sie wieder Lebensfreude gewinnen, den Alkoholkonsum unter Kontrolle bekommen, an der Vergangenheitsbewältigung und an ihrem Problem mit fehlendem Vertrauen in Beziehungen arbeiten können (S. 4). Der Entzug habe sich problemlos gestaltet, die Beschwerdeführerin habe keine Entzugssymptome und kein Verlangen nach Alkohol gezeigt. Da der Entzug und die Entwöhnung sehr gut verlaufen seien und die Abgrenzungsthematik (vom Ex-Partner) so stark im Vordergrund gestanden habe und auch als zentraler Faktor bei der Entstehung der Alkoholabhängigkeit habe gesehen werden können, habe die Beschwerdeführerin in die Gruppentherapie zur Förderung sozialer Kompetenzen gewechselt. Sie habe sich gut auf den therapeutischen Prozess eingelassen und die Klinik in stabilisiertem Zustand verlassen (S. 5).

**3.3.2** Mit Bericht vom 6. Mai 2013 (act. II 28 S. 4 ff.) hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ fest, der Gesundheitszustand sei stationär (S. 4). Die 2004 geborene Tochter besuche die Primarschule und der 2007 geborene Sohn

werde im Sommer eingeschult. Aus diesem Grund schein nun der Zeitpunkt gekommen, die Beschwerdeführerin wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren, wobei eine begleitende Psychotherapie unumgänglich sei. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100% seit dem Rentenzuspruch (S. 5).

**3.3.3** Mit ärztlichem Bericht vom 11. Juni 2013 (act. II 32) hielt der RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, unter Bezugnahme auf den Bericht der Klinik I.\_\_\_\_\_ fest, weder die Diagnose schwere depressive Episode noch die Diagnose rezidivierende depressive Störung könnten aufgrund des Austrittsberichts der Klinik ... plausibel nachvollzogen werden. Die bei Eintritt erhobenen depressiven „Werte“ liessen allenfalls eine mild bis mittelgradig ausgeprägte Symptomatik erkennen, was sich auch im psychopathologischen Befund spiegle. Er empfehle eine bidisziplinäre, rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung (S. 3).

**3.3.4** Am 18. bzw. 19. November 2013 erstellten die Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein bidisziplinäres (rheumatologisch-psychiatrisches) Gutachten.

Im rheumatologischen Gutachten vom 18. November 2013 (act. II 37.1) stellte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Fibromyalgie, einen Status nach erfolgter Handgelenksfraktur links am 3. Januar 1997 sowie eine beginnende Retropatellararthrose beidseits. Die Beschwerdeführerin gebe heute spontan Schmerzen seit vielen Jahren bestehend am ganzen Körper an, am stärksten lumbal, in den Knien, in den Händen und im Schulter-Nackengürtelbereich, eigentlich jedoch überall (S. 16). Das Achsenorgan zeige eine normale Form, es zeige sich eine freie Beweglichkeit für HWS, BWS und LWS, endphasig würden im Bereiche der HWS und im Bereiche der LWS Schmerzen angegeben. Relevante Verspannungen fänden sich im ganzen Rücken keine. Es finde sich keine radikuläre Problematik; Kraft, Sensibilität und Reflexbild seien an oberen und unteren Extremitäten symmetrisch, es fänden sich keine muskulären Atrophien. Sämtliche Fibromyalgiedruckpunkte seien positiv (S. 17). Der Gelenksstatus sei als altersentsprechend zu bezeichnen; es beständen keine Entzündungszeichen. Klinisch bestehe ein leichtes retropatelläres

Knirschen beidseits bei sonst unauffälligem Kniestatus. Aktuelle Röntgenbilder der Hände seien unauffällig, es zeigten sich keinerlei entzündliche oder degenerative Veränderungen. Die Röntgenbilder der LWS zeigten eine Chondrose L5/S1, was aber noch altersentsprechend sei. Die aktuellen Knieröntgenbilder seien normal (S. 18). Zusammenfassend bestehe eine Fibromyalgie und keine Hinweise für das Vorliegen eines entzündlich-rheumatologischen Krankheitsbildes. Bei einer Schmerzschwellenstörung sei eine körperliche Schwerarbeit nicht sinnvoll, resp. nicht zulässig. Für jegliche leichte bis mittelschwere Frauenarbeit bestehe hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 100% (S. 19). Insofern habe sich aus rheumatologischer Sicht seit dem 3. Februar 1999 nichts geändert (S. 20).

Im psychiatrischen Gutachten vom 19. November 2013 (act. II 38.1) nannte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) und als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41 [S. 10]). Das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Es handle sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die Beschwerdeführerin sei durch verschiedene Missbrauchserfahrungen belastet und fühle sich bei der Arbeit überfordert. Neben der chronischen Schmerzstörung könne auch eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert werden, die leichtgradig ausgeprägt sei. Zurzeit werde aber keine psychiatrische Behandlung durchgeführt und die antidepressive Therapie habe sie wegen Nebenwirkungen bzw. verstärkter Müdigkeit abgesetzt. Die Beschwerdeführerin leide unter Einschlafstörungen. Sie stehe aber jeden Morgen auf, um sich um die Kinder zu kümmern. Den Haushalt führe sie bis auf schwerere Arbeiten selbständig. Dabei müsse sie vermehrt Pausen einlegen; regelmässig gönne sie sich auch einen Mittagsschlaf, der (S. 11) zu den abendlichen Einschlafstörungen beitrage. Die Beziehung zu ihren Kindern sei gut, sie beschäftige sich mit ihnen, unternehme Ausflüge, etc. Auch die Beziehung zu ihrem Freund, der sie unterstütze, sei gut. Sie habe auch regelmässig Kontakt zu ihrer Mutter, dem

Stiefvater und ihrem Halbbruder. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei die Stimmung etwas herabgesetzt, gelegentlich etwas depressiv gewesen. Vor allem habe sie über ihre körperlichen Beschwerden geklagt und wiederholt berichtet, dass sie aufgrund ihrer Schmerzen keiner beruflichen Tätigkeit nachgehen könne. Dies stehe etwas im Gegensatz zu ihren Aufgaben, die sie täglich erledige; sie sei, wenn auch mit Mühe, in der Lage einen Vierpersonenhaushalt zu führen, habe auch berichtet, dass sie sehr gerne und regelmässig koche, dass sie auch gerne bastle, male. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung, nach der keine ausserhäusliche berufliche Tätigkeit möglich sei, lasse sich durch die psychiatrischen Befunde nicht objektivieren (S. 12).

Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ fest, die leichtgradig ausgeprägte rezidivierende depressive Störung mit leichten depressiven Verstimmungen, der leicht erhöhten Ermüdbarkeit und der geringgradig verminderten psychischen Belastbarkeit begründe (für sämtliche berufliche Tätigkeiten) eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20% (S. 12; 14). Bei der Tätigkeit als Hausfrau bestehe keine Einschränkung (S. 13). Die chronische Schmerzstörung habe mangels schwerer psychiatrischer Komorbidität keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 12).

Die Beschwerdeführerin sei im Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 10. April 1998 (act. IIA 77) aufgrund einer schweren narzisstischen Persönlichkeitsstörung und einer längerdauernden depressiven Entwicklung aus psychiatrischer Sicht zu 80% arbeitsunfähig eingeschätzt worden. Die Diagnose einer (schweren narzisstischen) Persönlichkeitsstörung könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr gestellt werden (S. 13). Zudem habe sich auch die depressive Störung wesentlich gebessert: Die Beschwerdeführerin sei in der Zwischenzeit zweimal Mutter geworden, kümmere sich in liebevoller Weise um ihre Kinder, habe eine gute Beziehung zu ihrem jetzigen Partner und führe den Haushalt weitgehend selbstständig (S. 14).

Aus bidisziplinärer Sicht bestehe in jeder leichten bis mittelschweren Frauennarbeit eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20% (S. 16).

**3.3.5** Mit Schreiben vom 28. November 2014 (act. II 71 S. 2) attestierte med. pract. E. \_\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin vom 11. bis 28. November 2014 eine 100%ige und ab 1. Dezember 2014 bis auf weiteres eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit. Gleichzeitig hielt er fest, die Beschwerdeführerin sei seit dem 15. Oktober 2014 „aufgrund Erkrankung“ bei ihm in Behandlung.

**3.3.6** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt mit Schreiben vom 20. Februar 2015 (act. II 84 S. 19) gegenüber der Beschwerdegegnerin fest, leider habe die Beschwerdeführerin die Wiedereingliederungsbemühungen der IV mit Hilfe eines Zeugnisses des behandelnden Psychiaters abgebrochen. Er appelliere an die IV, die Wiedereingliederung wieder aufzunehmen. Am ehesten sehe er eine Arbeit in einer Küche. Neben der Familienarbeit liege ein Beschäftigungsgrad von 30 bis 40% durchaus drin.

**3.3.7** Mit Bericht vom 27. Mai 2015 (act. I IV/2015/206 6) hielt med. pract. E. \_\_\_\_\_ zu Handen der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin fest, die Therapie fokussiere auf die Behandlung der aktuellen depressiven Symptomatik und Beeinflussung der erheblichen Schmerzstörung. Seit etwa Mitte 2014 habe sich erneut eine depressive Symptomatik eingestellt, die zu einer erheblichen Belastung der Beschwerdeführerin und ihres familiären Umfeldes geführt habe. Sie habe sich zurückgezogen, sei mit ihrer Alltagsgestaltung zunehmend überfordert und nur noch mit viel Anstrengung und Unterstützung in der Lage gewesen, die täglichen Aufgaben zu erledigen. Neben einer Zunahme der diffusen Schmerzsymptomatik habe die Beschwerdeführerin vermehrt Pausen und Rückzugsmöglichkeiten benötigt und sei emotional vielfach nicht mehr verfügbar gewesen. In diesem Zusammenhang habe die Tochter der Beschwerdeführerin Auffälligkeiten im familiären und schulischen Kontext gezeigt, so dass es zunächst zu einer kinder- und jugendpsychotherapeutischen Behandlung gekommen sei, in deren Verlauf dann auch die Beschwerdeführerin selbst, die Ängste ihrer Tochter aufnehmend, eine psychotherapeutische Behandlung aufgenommen habe (S. 1). Im Verlauf des Belastbarkeitstrainings sei es dann nach beginnender Stabilisierung auf niedrigem Niveau zu einer erneuten Anspannung des familiären Systems gekommen. Die Beschwerdeführerin sei aspektmässig durch das 20%-Pensum bereits an die Grenze ihrer Be-

lastbarkeit gestossen; dennoch sei sie dem Arbeitsversuch insgesamt sehr positiv gegenüber gestanden. Die weitere Erhöhung des Arbeitspensums habe aber klar zu einer Überforderung der Ressourcen geführt. Eine Fortführung der 20%igen Tätigkeit wäre in Würdigung des bis dahin recht ordentlichen Arbeitsverlaufs wohl aber möglich gewesen, so dass er – med. pract. E. \_\_\_\_\_ – eine 20%ige Arbeitsfähigkeit attestiert habe. Das Streichen der finanziellen Mittel durch die IV habe zu einer erheblichen Belastung der Beschwerdeführerin mit grossen Existenzängsten geführt. Mitte Dezember sei eine zusätzliche Unterstützung durch eine ambulante psychiatrische Spitexbetreuung zuhause erfolgt. Es habe sich gezeigt, dass die Beschwerdeführerin immer wieder in Zeiten erhöhter Belastung auf die Unterstützung ihres Partners angewiesen sei, um tagesaktuelle Probleme ohne Überforderung und vermehrtes Schmerzempfinden bewältigen zu können. Aus Sicht der bisher gemachten Erfahrungen in der psychiatrischen Behandlung seit ... erscheine eine Eingliederung in ein regelmässiges Beschäftigungsverhältnis, das mehr als 20% betrage, wenig erfolgversprechend zu sein.

**3.3.8** In der im gerichtlichen Beweisverfahren erhobenen Krankengeschichte der Beschwerdeführerin hatte med. pract. E. \_\_\_\_\_ (den hier massgeblichen Zeitraum bis zum Verfügungserlass betreffend) mit Eintrag vom 15. Oktober 2014 festgehalten, die Beschwerdeführerin komme im Zusammenhang mit der Behandlung der Tochter, da sie unter dem Druck einer IV-unterstützten Arbeitswiedereingliederung zunehmend wieder einen depressiven Rückzug spüre, der schon früher zu einer längeren psychiatrischen Hospitalisation und Trennung von der Tochter geführt habe. Die Tochter habe grosse Angst vor einem „Rückfall“ der Mutter (S. 42). Die Beschwerdeführerin stehe unter Druck wegen des sich steigernden Arbeitspensums und dem Anspruch, auch den Haushalt erledigen zu können. Im Psychostatus habe sich eine wache, voll orientierte, gepflegte, psychomotorisch ruhig und freundlich zugewandte Beschwerdeführerin präsentiert. Sie wirke deutlich niedergestimmt bei erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit und spreche von zunehmender Überforderung und Ängsten im Haushalt. Die Belastung von Haushalt und Arbeit sei aktuell noch machbar, aber mit sehr viel Anstrengung verbunden. Sie brauche für ihre Arbeit viel Zeit und habe auch mehr und mehr Konzentrationsschwie-

rigkeiten. Sie wolle abends nur noch in Ruhe gelassen werden, was sich nun auch negativ auf die Beziehung auszuwirken drohe (S. 43). Formale oder inhaltliche Denkstörungen, Halluzinationen, eine Ich-Störung oder Suizidalität seien nicht feststellbar. Es bestehe eine aktuelle psychosoziale Belastungssituation bei Wiedereingliederungsversuch bei bekannter rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (S. 44).

Im KG-Eintrag vom 22. Oktober 2014 vermerkte med. pract. E. \_\_\_\_\_ keine neuen Feststellungen zum Psychostatus, hielt jedoch fest, v.a. die Doppelbelastung durch Kinder und Haushalt belaste die Beschwerdeführerin trotz Entlastungsangeboten sehr (S. 41). Am 12. November 2014 notierte er einen depressiv gefärbten Erschöpfungszustand; die aktuelle Lebens- und Arbeitssituation sei schwierig und die Beschwerdeführerin habe den Arbeitsversuch abbrechen müssen (S. 39). Am 26. November 2014 beurteilte med. pract. E. \_\_\_\_\_ die geklagten Beschwerden als depressive Dekompensation bei Arbeitsüberforderung (S. 38). Am 5. Dezember 2014 berichtete er über wenig Befundänderung. Die Beschwerdeführerin wirke insgesamt wenig schwingungsfähig und von ihren Alltagsverpflichtungen schnell überfordert. Es bestehe weiterhin eine mittel- bis schwergradige depressive Symptomatik (S. 35).

Mit Eintrag vom 18. Dezember 2014 – wie auch in den folgenden Einträgen – notierte er, es beständen Spannungen in der Partnerschaft nach recht langer depressiv gefärbter Phase. Objektiv sei noch keine Prognose bei weiterer medikamentöser Umstellung der schon lange gegebenen Vormedikation möglich. Allenfalls bestehe eine leichte Stabilisierung mit allerdings bisher kaum reduzierter permanenter diffuser Schmerzsymptomatik (S. 29).

Am 15. Januar 2015 berichtete med. pract. E. \_\_\_\_\_ über Sorgen um das finanzielle Auskommen; die Beschwerdeführerin sei etwas lebhafter,bezogener und auch konzentrierter, in der Selbstwahrnehmung jedoch noch resignativ wirkend. Es bestehe eine leichte Besserungstendenz der vorbestehenden depressiven Symptomatik (S. 28 f.). Am 5. Februar 2015 hielt er fest, es beständen zwischen der Beschwerdeführerin und ihrem Partner starke Differenzen bei sehr unterschiedlichem Erziehungs- bzw. Lebenshintergrund; die Kinder seien immer wieder Anlass zum Streit (S. 26).

**3.4** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

Schliesslich hängt der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (Entscheid des BGer vom 28. Oktober 2014, 9C\_459/2014, E. 2).

**3.5** Das bidisziplinäre rheumatologisch-psychiatrische Gutachten der Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ vom 18. bzw. 19. November 2015 (act. II 37.1; 38.1) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4 hiavor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen

sind überzeugend begründet. Indem es sich zudem auf die frühere Befundlage bezieht und diese würdigt, äussert sich das Gutachten auch ausdrücklich zur Frage einer potentiell revisionsrelevanten Änderung des Gesundheitszustandes (vgl. E. 3.4 vorne; act. II 37.1 S. 20; 38.1 S. 15). Während Dr. med. C. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen eine die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussende Fibromyalgie diagnostizierte, hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ als die Arbeitsfähigkeit um 20% einschränkende Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) und als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) fest.

Was die Beschwerdeführerin dagegen respektive insbesondere gegen das psychiatrische Gutachten vorbringt, dringt nicht durch:

**3.5.1** Zunächst trifft es nicht zu, dass Dr. med. D. \_\_\_\_\_ die Vorgeschichte der Beschwerdeführerin zu wenig berücksichtigt hätte. Gegenteilig wurde die Anamnese – insbesondere auch die geltend gemachten sexuellen Missbräuche in der Kindheit – ausführlich erhoben (act. II 38.1 S. 5 ff.) und der Gutachter hielt im Rahmen der Beurteilung fest, die Beschwerdeführerin sei durch verschiedene Missbrauchserfahrungen belastet (S. 11). Davon abgesehen, ist der Befund stets anhand der Klinik zu überprüfen, wohingegen eine schwierige Vorgeschichte (in der Kindheit) nicht auch schon den Rückschluss auf ein potentiell invalidisierendes, das ganze Leben andauerndes psychisches Leiden erlaubt. Auch kann nicht gesagt werden, Dr. med. D. \_\_\_\_\_ sei – insoweit er seinen Einschätzungen eine durch die Beschwerdeführerin erfolgte selbständige Kinderbetreuung und Haushaltführung zugrunde gelegt hat (S. 14) –, von falschen Voraussetzungen ausgegangen: Wie die Beschwerdeführerin selber einzuräumen scheint (Beschwerde, S. 8 f., Ziffer 2.3), basiert diese Feststellung auf ihren Angaben während der Begutachtung (act. II 38.1 S. 8). Für die Annahme, dass diese unzutreffend sein könnten, besteht angesichts fehlender entsprechender Hinweise in den übrigen Akten kein Anlass, zumal sich ihre Angaben mit den sich in den Akten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ befindlichen (und ausführlichen) Notizen zu ihrem Tagesablauf ohne weiteres decken (vgl. act. III und act. II 37.2 S. 3 f.). Dass die Beschwerdeführerin bei der Besorgung des Haushalts mal mehr, mal weniger die Hilfe ihres Partners in

Anspruch nahm, stellt derweil nichts Besonderes dar und erlaubt (für sich allein) namentlich keinen Rückschluss auf eine allfällig invaliditätsbedingt erschwerte oder gar verunmöglichte Haushaltsführung.

Ferner hat die Beschwerdeführerin mit Bezug auf die Therapiebedürftigkeit gegenüber Dr. med. D. \_\_\_\_\_ angegeben, „zurzeit“ einzig vier Tabletten Mydocalm einzunehmen, ein Medikament gegen Muskelspasmen und schmerzhaftes Erkrankungen der Skelettmuskulatur, und mit Bezug auf die Depressionen einzig in den Jahren 2011 und 2012 Antidepressiva eingenommen zu haben, welche jedoch zu Müdigkeit geführt, ansonsten ihren Zustand nicht verändert hätten (act. II 38.1 S. 5). Wenn Dr. med. D. \_\_\_\_\_ angesichts dessen sowie seiner – in Anbetracht der Angaben der Beschwerdeführerin (solange sie unter Schmerzen leide, sei arbeiten nicht möglich [S. 9]) nachvollziehbaren – Feststellung einer ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung, auf eine geringe Motivation zur Behandlung der geklagten Beschwerden schloss (S. 12), ist dies deshalb nicht zu beanstanden.

**3.5.2** Die Beschwerdeführerin macht im Weiteren geltend, die Beschwerdegegnerin berücksichtige nicht, dass sich der Gesundheitszustand seit Erstellung des Gutachtens wesentlich verschlechtert habe.

Das bidisziplinäre Gutachten vom 18. bzw. 19. November 2013 basiert auf Untersuchungen vom 12. und 13. November 2013 (act. II 38.1 S. 1; 37.1 S. 1). Die renteneinstellende Verfügung erging – nach zwischenzeitlich erfolgter Bemühungen zur Eingliederung (vgl. E. 4.1 hinten) – am 28. Januar 2015, welcher Zeitpunkt Grenze des massgebenden Sachverhalts bildet.

Im Gutachten vom 19. November 2013 hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ den psychiatrischen Befund im Wesentlichen wie folgt fest (act. II 38.1 S. 9 f.): Die Beschwerdeführerin habe einen gepflegten Eindruck gemacht. Die Stimmung sei herabgesetzt, bedrückt, gelegentlich auch leicht depressiv gewesen. Als sie über die schwierigen Beziehungen mit ihren Ex-Partnern und die Missbrauchserlebnisse berichtet habe, habe sie geweint. Die Psychomotorik sei lebhaft gewesen. Antriebsstörungen hätten sich nicht finden lassen. Sie habe einen guten affektiven Kontakt zum Untersucher aufge-

nommen. Sie habe einen gelegentlichen Lebensüberdruß beklagt, sich aber explizit von Suizidgedanken und Suizidimpulsen distanziert. Die Beschwerdeführerin habe einen wachen Eindruck gemacht, habe sich differenziert ausgedrückt und sei bewusstseinsklar, zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person gut orientiert gewesen. Während der ganzen Untersuchung habe sie nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt und habe gut auf die gestellten Fragen eingehen können. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen, ihre Ausführungen anschaulich und das Denken nicht eingengt. In ihren Schilderungen seien keine Hinweise auf überwertige Ideen erkennbar, kein wahnhaftes Denken oder Wahnvorstellungen vorhanden gewesen. Es habe keine Anhaltspunkte für illusionäre Verkennungen, akustische, optische, olfaktorische oder taktile Halluzinationen gegeben.

Eine psychiatrische Behandlung fand seit längerer Zeit nicht mehr statt. Erst im Zusammenhang mit den Eingliederungsbemühungen der Beschwerdeführerin begab sich die Beschwerdeführerin ab dem 15. Oktober 2014 im Zusammenhang mit der Behandlung ihrer Tochter bei med. pract. E. \_\_\_\_\_ beim gleichen Arzt in psychotherapeutische Behandlung.

Im KG-Eintrag vom 15. Oktober 2014 (act. IIIA) beschrieb med. pract. E. \_\_\_\_\_ den Psychostatus im Wesentlichen wie folgt: Wache, voll orientierte, gepflegte Beschwerdeführerin, psychomotorisch ruhig und freundlich zugewandt. Sie wirke deutlich niedergestimmt bei erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit (S. 43). Es beständen keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, keine Halluzinationen, keine Ich-Störung, keine Suizidalität. Aktuell bestehe eine psychosoziale Belastungssituation bei Wiedereingliederungsversuch bei bekannter rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (S. 44).

Eine (wesentliche) Änderung im Sinne einer Verschlechterung der Befundlage ist damit im Vergleich zur psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nicht dargetan; vielmehr ergibt sich auch ab Oktober 2014 in objektiver Hinsicht ein nahezu identischer Psychostatus, wie er bereits im November 2013 vorgelegen hatte. Etwas Anderes folgt auch nicht aus den übrigen KG-Einträgen von med. pract. E. \_\_\_\_\_ sowie aus dem zu Händen der Rechtsvertreterin verfassten Bericht vom 27. Mai 2015

(act. I IV/2015/206 6). Soweit er deshalb im Verlauf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ohne Bezug auf klassifikatorische Vorgaben und uneinheitlich mit einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradigen Episode (act. IIIA S. 44), einem depressiv gefärbten Erschöpfungszustand (S. 39), einer depressiven Dekompensation bei Arbeitsüberforderung (S. 38) oder einer mittel- bis schwergradigen depressiven Symptomatik (S. 35) beschrieb, entspricht dies weder den rechtlichen Vorgaben zur Begründung von Diagnosen, noch basieren diese Einschätzungen auf einer fachärztlich einwandfrei, auf der Basis der medizinischen Befundlage diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung. Auch die Erhebungen von med. pract. E. \_\_\_\_\_ bestätigen letztlich vielmehr die Beurteilung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, wonach die festgestellte, ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung aus rein psychiatrischer Sicht nicht zu objektivieren ist (act. II 38.1 S. 12). Sodann zeichnen gemäss den KG-Einträgen vorwiegend und im Zentrum der Therapiesitzungen stehende psychosoziale Belastungsfaktoren – offenbar durch das psychosoziale Umfeld der Mutter bedingte psychiatrische Auffälligkeiten der Tochter, Partnerschaftsprobleme sowie finanzielle Probleme – für die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden verantwortlich. Hierauf hat med. pract. E. \_\_\_\_\_ in der KG denn auch wiederholt hingewiesen (act. IIIA S. 44, 5, 2). Nichts anderes folgt letztlich aus den ins Recht gelegten Briefen der Tochter an die Beschwerdeführerin (Akten der Beschwerdeführerin [act. I IV/2015/222] 8 f.).

Treten – wie vorliegend – belastende psychosoziale Umstände in den Vordergrund, müsste eine fachärztlich festgestellte psychische Störung besonders ausgeprägt vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299), was dem Gesagten zufolge nicht zutrifft. Ebenso wenig begründet der Umstand der Renteneinstellung und ein dadurch allenfalls bedingter finanzieller Engpass für sich allein einen invalidisierenden Gesundheitsschaden. Die von med. pract. E. \_\_\_\_\_ ab Dezember 2014 postulierte Arbeitsunfähigkeit von 80% fusst demnach nicht auf einem weitgehend objektivierten Massstab, nach dem rechtsprechungsgemäss zu beurteilen ist, ob und inwiefern einer versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit zugemutet werden kann (vgl. Entscheid des BGer vom 1. September 2015, 8C\_340/2015, E. 4.2). Die von der Beschwerdeführerin

ab Oktober 2014 (respektive ab Mitte 2014 [vgl. act. I IV/2015/206 6 S. 1]) postulierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes erweist sich deshalb als nicht ausgewiesen. Der Beweiswert des bisdisziplinären Gutachtens ist somit auch in zeitlicher Hinsicht ungeschmälert und beansprucht Gültigkeit bis zum Renteneinstellungszeitpunkt am 28. Januar 2015.

**3.5.3** Schliesslich liegen auch anderweitig keine medizinischen Berichte im Recht, welche den Beweiswert des Gutachtens der Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ zu reduzieren vermöchten:

Zwar wird im Bericht der Klinik ... vom 21. November 2011 (act. II 31 S. 2 ff.) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, festgehalten (S. 2). Einerseits jedoch verliess die Beschwerdeführerin die Klinik in stabilisiertem Zustand (S. 5), andererseits wies Dr. med. J. \_\_\_\_\_ (RAD) im ärztlichen Bericht vom 11. Juni 2012 (act. II 32) darauf hin, dass die Diagnosen schwere depressive Episode und rezidivierende depressive Störung aufgrund der Angaben im nämlichen Bericht nicht plausibel nachvollzogen werden könnten respektive die bei Eintritt erhobenen depressiven „Werte“ allenfalls eine mild bis mittelgradig ausgeprägte Symptomatik erkennen liessen, was sich auch im psychopathologischen Befund spiegle (S. 3). Davon abgesehen, diente der Aufenthalt in der nämlichen Klinik in erster Linie der (erfolgreichen) Behandlung der Alkoholabhängigkeit, deren Entstehung massgeblich auf die Abgrenzungsproblematik vom Ex-Partner (und nicht auf die Depression) zurückgeführt wurde (S. 5).

Sodann attestierte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 6. Mai 2013 zwar nach wie vor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 28 S. 5). Diese begründete er jedoch nicht näher; zudem erachtete er die Wiedereingliederung der Beschwerdeführerin in den Arbeitsprozess als angezeigt und einen „Beschäftigungsgrad zwischen 30 bis 40%“ neben der Familienarbeit als zumutbar (act. II 84 S. 19).

**3.5.4** Insgesamt enthalten die Berichte der behandelnden Ärzte keine konkreten Indizien (vgl. E. 3.4 vorne), welche gegen die Zuverlässigkeit des bisdisziplinären Gutachtens der Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ sprechen. Im Gegenteil bestätigen sie die gutachterliche Befunderhebung, weshalb vorbehaltlos und mit Bezug auf den gesamten, vorliegenden

massgebenden Beurteilungszeitraum (vgl. E. 3.1 vorne) auf das bidisziplinäre Gutachten abgestellt werden kann. Der rechtserhebliche Sachverhalt erweist sich demnach als hinreichend abgeklärt, womit es weder der in der Beschwerde beantragten polydisziplinären Begutachtung noch der in der Eingabe der Beschwerdeführerin vom 26. November 2015 verlangten Edition der die Tochter der Beschwerdeführerin betreffenden Unterlagen bedarf.

**3.6** In somatischer respektive rheumatologischer Hinsicht ergibt sich im Vergleich zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung ein unveränderter Gesundheitszustand (vgl. act. II 37.1 S. 20 unten). Hingegen hat sich der psychische Gesundheitszustand verbessert, weshalb ein Revisionsgrund erstellt ist (vgl. E. 2.3.2 vorne): Dr. med. D. \_\_\_\_\_ konnte die im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 10. April 1998 diagnostizierte schwere narzisstische Persönlichkeitsstörung (act. IIA 77 S. 6) nicht mehr feststellen (act. II 38.1 S. 15), was im Übrigen auch von den behandelnden Ärzten nicht in Frage gestellt wird. Zudem war die rezidivierende depressive Störung allein noch leicht ausgeprägt (S. 15).

Der Vollständigkeit halber bleibt schliesslich anzumerken, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse auch in erwerblicher Hinsicht geändert haben, wäre die Beschwerdeführerin als Gesunde hypothetisch doch nicht mehr voll-, sondern „nur noch“ teilerwerbstätig (act. II 45). Der (dem Grundsatz nach unbestrittene) Statuswechsel stellt einen weiteren Revisionsgrund dar (vgl. auch E. 3.7.2 hinten).

### **3.7**

**3.7.1** Während Dr. med. D. \_\_\_\_\_ als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) und als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) festhielt, nannte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ mit einer Fibromyalgie, einem Status nach erfolgter Handgelenksfraktur links sowie einer beginnenden Retropatellararthrose beidseits einzig Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis sind in der Regel therapierbar und führen invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Entscheid des BGer vom 18. November 2015, 9C\_125/2015, E. 7.2.1). Auch vorliegend besteht – angesichts der geringen Ausprägung der Depression – kein Anlass, von der geltenden Rechtsprechung abzurücken, hätte gemäss Dr. med. D.\_\_\_\_\_ doch eine niedrigdosierte Behandlung mit einem schlafanstossenden Antidepressivum einen günstigen Einfluss sowohl auf die geklagten Schlafstörungen als auch die Schmerzwahrnehmung, womit die Therapierbarkeit des Leidens grundsätzlich zu bejahen ist. Überdies liegt gemäss Dr. med. D.\_\_\_\_\_ eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung vor, welche nach schlüssiger Einschätzung des Experten jedoch keinen Krankheitswert aufweist (act. II 38.1 S. 16).

Die übrigen Diagnosen zeitigen bereits aus medizinischer Sicht keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, was insbesondere auch auf die Fibromyalgie bzw. – im Sinne deren psychiatrischen Gegenstücks – auf die Schmerzstörung zutrifft. Deshalb besteht für ein strukturiertes Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 entgegen der von der Beschwerdeführerin offenbar vertretenen Auffassung (vgl. Eingabe vom 26. November 2015, S. 3 f., Ziffer 3) kein Anlass. Eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Invalidität ist somit zu verneinen, womit grundsätzlich zum vornherein kein Rentenanspruch mehr besteht (vgl. E. 2.1 vorne).

**3.7.2** An diesem Ergebnis änderte auch nichts, wenn von der im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens postulierten, jede leichte bis mittelschwere „Frauenarbeit“ umfassenden Arbeits- und Leistungsunfähigkeit von 20% (act. II 38.1 S. 16) ausgegangen würde:

Diesbezüglich ist zunächst vorzuschicken, dass die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Statuswechsels (vgl. E. 3.6 vorne) zu Recht von einem erwerblichen Anteil von 40% ausgegangen ist. So gab die Beschwerdeführerin auf konkrete Nachfrage der Beschwerdegegnerin hin an, im Gesundheitsfalle in einem Pensum von 40% erwerbstätig zu sein (act. II 45), was sie im Rahmen der beruflichen

Eingliederungsmassnahmen mit dem Hinweis, ein höheres Pensum sei wegen der Kinderbetreuung nicht möglich, bekräftigte (act. II 54 S. 1; vgl. Protokoll per 30. März 2015, Eintrag vom 31. Juli 2014 [in den Gerichtsakten]).

Bei einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% ist die Beschwerdeführerin damit im Bereich Erwerb (40%) sowohl mit Bezug auf die vor der Rentenzusprache ausgeübten Tätigkeit als ungelernte ... (act. IIA 77 S. 2; II 38.1 S. 7) wie auch in jeder anderen vergleichbaren Tätigkeit in der Lage, ohne Erwerbseinbusse tätig zu sein. Hinsichtlich des Tätigkeitsbereichs Haushalt, dem ein Anteil von 60% zukommt, bestehen keine Hinweise dahingehend, wonach gesundheitsbedingt eine höhere als die von den Gutachtern (allein für den Erwerbsbereich) postulierte 20%ige Einschränkung bestehen würde. Insbesondere hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin kümmere sich in liebevoller Weise um ihre Kinder und führe den Haushalt weitgehend selbständig (act. II 38.1 S. 14). Entsprechend attestierte er im Haushaltbereich keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 13). Soweit die Beschwerdeführerin ab Mitte Dezember 2014 die Unterstützung in der Haushaltsführung und Kinderbetreuung durch die Psychiatriespitex in Anspruch nahm (vgl. act. I IV/2015/206 6 S. 2), ist dies dem Dargelegten zufolge nicht auf eine (invalidenversicherungsrechtlich relevante) Gesundheitsbeeinträchtigung zurückzuführen, sondern auf die belastenden psychosozialen Umstände (vgl. E. 3.5.2 vorne).

Aus dem Dargelegten erhellt, dass selbst bei Annahme eines im Grundsatz invalidenversicherungsrechtlich relevanten Leidens offensichtlich kein rentenrelevanter IV-Grad mehr resultieren würde.

**3.8** Zusammenfassend ist die mit Verfügung vom 28. Januar 2015 erfolgte Rentenaufhebung dem Grundsatz nach nicht zu beanstanden. Zu prüfen ist jedoch, ob die im Verfahren IV/2015/206 zu führende Diskussion betreffend berufliche Massnahmen (vgl. E. 2.4 vorne) an diesem Ergebnis etwas ändert.

#### 4.

##### 4.1

**4.1.1** Die Beschwerdegegnerin hat vorgängig der Rentenaufhebung – in Nachachtung der entsprechenden höchstrichterlichen Praxis (vgl. E. 2.4 vorne) – Eingliederungsmassnahmen im Sinne eines Belastbarkeitstrainings angeordnet. Entgegen der von der Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 2. März 2015 (S. 12, Ziffer 3.2) vertretenen Auffassung, erfolgten weder die Eingliederungsmassnahmen noch die Rentenaufhebung gestützt auf lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; in Kraft seit 1. Januar 2012), qualifizierte die damalige Gutachterin den der ursprünglichen Rentenzusprache vom 3. Februar 1999 zugrunde liegenden psychischen Gesundheitsschaden doch als schwere narzisstische Persönlichkeitsstörung und längerdauernde depressive Entwicklung (act. IIA 77 S. 6). Diese Störungen können nicht unter die pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder bzw. psychosomatischen Störungen im Sinne von BGE 141 V 281 subsumiert werden (vgl. auch BGE 139 V 547 E. 7.1.4 S. 562).

Im Übrigen beurteilt sich die mit Verfügung vom 26. Januar 2015 erfolgte Abweisung des Begehrens um „weitere berufliche Massnahmen“ nicht nach Massgabe des mit der 6. IV-Revision, erstes Massnahmepaket, eingeführten Art. 8a IVG – welcher die Wiedereingliederung für rentenbeziehende Personen vorsieht, bei denen der Gesundheitszustand oder die erwerblichen Verhältnisse, anders als vorliegend, keine anspruchswesentlichen Änderungen erfahren haben (vgl. Entscheide des BGer vom 6. März 2014, 8C\_667/2013, E. 2 und vom 25. März 2014, 8C\_664/2013, E. 2) –, sondern nach Art. 8 IVG.

**4.1.2** Indem grundsätzlich unbestritten und erstellt ist, dass die Beschwerdeführerin die hinzugewonnene Arbeitsfähigkeit nicht auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertet hat, bleibt die Rechtmässigkeit des mit Verfügung vom 26. Januar 2015 (act. II 82) verneinten Anspruchs auf weitere berufliche Massnahmen zu prüfen.

## **4.2**

**4.2.1** Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern, und soweit die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Art. 8 Abs. 1 IVG). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem in Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung und in den Massnahmen beruflicher Art selber (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; Art. 8 Abs. 3 lit. a<sup>bis</sup> und b IVG).

**4.2.2** Der in Art. 8 Abs. 1 IVG verankerte Grundsatz der Verhältnismässigkeit besagt, dass die versicherte Person in der Regel nur Anspruch auf die dem jeweiligen Eingliederungszweck angemessenen, notwendigen Massnahmen hat, nicht aber auf die nach den gegebenen Umständen bestmöglichen Vorkehren (Entscheid des BGer vom 16. Dezember 2013, 8C\_388/2013, E. 3.2.1). In diesem Sinn ist insbesondere von Bedeutung, dass die fragliche Massnahme – unter prospektiver Betrachtung – eingliederungswirksam ist, was eine subjektive und objektive Eingliederungsfähigkeit der betroffenen Person voraussetzt (Entscheid des BGer vom 23. Oktober 2013, 9C\_644/2012, E. 3).

**4.2.3** Nach der Rechtsprechung gilt im Gebiet der Invalidenversicherung ganz allgemein der Grundsatz, dass eine invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (Art. 7 IVG). Als zumutbar gilt jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient; ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind (Art. 7a IVG, in Kraft seit dem 1. Januar 2008). Nach den Gesetzgebungsmaterialien konkretisiert diese Bestimmung den bis anhin nur von der Rechtsprechung näher definierten Begriff der Zumutbarkeit und hält fest, dass jede Massnahme, die der Eingliederung einer versicherten

Person dient, grundsätzlich zumutbar ist, solange sie nicht ausdrücklich als unzumutbar betrachtet werden muss (Botschaft des Bundesrates, BBl 2005 S. 4560).

**4.2.4** Gemäss Art. 7b IVG können die Leistungen nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person u.a. den Pflichten nach Art. 7 dieses Gesetzes nicht nachgekommen ist (Abs. 1). Beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen sind alle Umstände des einzelnen Falles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens und die wirtschaftliche Lage der versicherten Person, zu berücksichtigen (Abs. 3).

Art. 21 Abs. 4 ATSG lautet wie folgt: Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar.

**4.3** Nach Vorliegen des bidisziplinären Gutachtens der Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ erteilte die Beschwerdegegnerin (act. II 52-55) Kostengutsprache für ein erstes Belastbarkeitstraining vom 11. August bis 7. November 2014, welchem die Beschwerdeführerin Folge leistete. Am 27. Oktober 2014 (act. II 61) gewährte die Beschwerdegegnerin die Verlängerung des Belastbarkeitstrainings bis zum 30. Januar 2015. In der auch von der Beschwerdeführerin unterzeichneten Zielvereinbarung vom 23. Oktober 2014 (act. II 63) wurde insbesondere die weitere Stabilisierung der Präsenzzeit auf 40% und die stufenweise Steigerung der Leistungsfähigkeit im Rahmen der Präsenzzeit von 70 auf 100% vereinbart. Mit Schreiben vom 18. November 2014 (act. II 66 S. 2) teilte die Beschwerdeführerin der zuständigen Eingliederungsfachperson mit, sie stecke nach drei Wochen (richtig: Monaten) Belastbarkeitstraining in einem körperlichen und depressiven Tief, weshalb ihr Psychiater sie krank

geschrieben habe; leider sei die Belastung im Rahmen eines 40%-Pensums zu gross, weshalb sie um einen Termin für die Besprechung des weiteren Vorgehens ersuche. Am 20. November 2014 (act. II 67) teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, Grundlage für das Zumutbarkeitsprofil betreffend die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit bilde nach wie vor das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_. Gleichzeitig forderte sie die Beschwerdeführerin auf, bis zum 28. November 2014 ein Arztzeugnis zuzustellen und das Belastbarkeits-training am 1. Dezember 2014 wieder aufzunehmen, widrigenfalls die Leistungen gekürzt oder verweigert würden. Am 30. November 2014 (act. II 71 S. 1) reichte die Beschwerdeführerin ein Zeugnis von med. pract. E.\_\_\_\_\_ ein, wonach sie vom 11. bis 28. November 2014 zu 100% und ab 1. Dezember 2014 zu 80% arbeitsunfähig sei. Hierauf brach die Beschwerdegegnerin das Belastbarkeitstraining mit Mitteilung vom 2. Dezember 2014 ab (act. II 72); mit Vorbescheid vom 3. Dezember 2014 (act. II 73) stellte sie sodann die Abweisung des Gesuchs um weitere berufliche Massnahmen in Aussicht. Mit Schreiben vom 29. Dezember 2014 (act. II 79) beantragte die Beschwerdeführerin „eine Fristverlängerung von 30 Tagen“ sowie die Zustellung der Akten, woraufhin die Beschwerdegegnerin am 6. Januar 2015 (act. II 80) festhielt, eine Fristerstreckung werde mangels zureichender Gründe nicht gewährt. Weiter wies sie darauf hin, dass die Frist zur Einreichung von Einwänden am 26. Januar 2015 ablaufe und hernach – sollten keine Einwände erhoben werden – im Sinne des Vorbescheids verfügt werde. In der Folge liess sich die Beschwerdeführerin nicht mehr vernehmen, woraufhin die Beschwerdegegnerin im Sinne der Vorbescheide vom 3. Dezember 2014 verfügte (act. II 82 f.).

#### **4.4**

**4.4.1** Die mit Verfügung vom 26. Januar 2015 erfolgte Leistungseinstellung respektive Leistungsverweigerung für weitere berufliche Massnahmen ist mit Blick auf den hiervor dargelegten Verfahrensablauf und im Lichte des Verhaltens der Beschwerdeführerin (vgl. E. 4.3 hiervor) nicht zu beanstanden: Wie bereits in E. 3.5.2 vorne dargelegt und worauf verwiesen werden kann, basiert die ab November 2014 respektive ab Dezember 2014 von med. pract. E.\_\_\_\_\_ attestierte

100%ige bzw. 80%ige Arbeitsunfähigkeit nicht auf einem invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden. Weder das rudimentär gehaltene Arztzeugnis vom 28. November 2014 (act. II 71 S. 2) noch die KG-Einträge (act. IIIA) belegen eine im Vergleich zu den von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im psychiatrischen Gutachten erhobenen Befunden und Diagnosen zwischenzeitlich eingetretene und rechtlich erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welche auf eine Unzumutbarkeit der niederschweligen Eingliederungsmassnahmen respektive des Belastungstrainings schliessen liessen (vgl. E. 3.5 und E. 4.2.3 vorne). Insofern kann letztlich auch offen bleiben, ob die Beschwerdegegnerin – wie die Beschwerdeführerin geltend macht – den Untersuchungsgrundsatz verletzt hat, indem sie auf das Einholen eines weiteren Berichts von med. pract. E. \_\_\_\_\_ verzichtet hat.

Im Weiteren geht aus den Akten hervor, dass sich die Beschwerdeführerin mit der Doppelbelastung Familie/Beruf offensichtlich überfordert fühlte (vgl. act. II 81 S. 6). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin die Zielvereinbarung vom 23. Oktober 2014 (act. II 63), worin die weitere Stabilisierung der Präsenzzeit auf 40% und die Steigerung der Leistungsfähigkeit im Rahmen der Präsenzzeit von 70 auf 100% vereinbart wurde, mitunterzeichnet hat. Die entsprechende Vorgabe der Beschwerdegegnerin ist denn auch mit Blick auf die diesbezügliche Sachlage und dem unbestrittenen Status nicht zu beanstanden. Die von med. pract. E. \_\_\_\_\_ im KG-Eintrag vom 25. Februar 2015 geäusserte Auffassung, wonach eine Arbeitsbeurteilung ohne das nun einmal gegebene Umfeld mit zwei minderjährigen Kindern nicht wirklich realistisch sei (act. IIIA S. 24), mag aus der Optik des bio-psycho-sozial orientierten Therapeuten nachvollziehbar sein. Sie lässt jedoch ausser Acht, dass bei einer Versicherten, welche einen Erwerbsstatus geltend macht, in diesem Teil (abgesehen von hier nicht massgeblichen Wechselwirkungen [vgl. BGE 134 V 9]) häusliche Belastungen unbeachtlich sind respektive eine solche Doppelbelastung für sich genommen grundsätzlich iv-fremd ist, da auch Gesunde organisatorische Massnahmen für eine allfällige Fremdbetreuung ihrer Kinder treffen müssen.

**4.4.2** Demnach vermag die Beschwerdeführerin keine Unzumutbarkeit der angeordneten Massnahme darzutun (vgl. E. 4.2.3 vorne); gegenteils ist auch während der Eingliederungsmassnahme ab Ende Oktober 2014 eine mindestens 80%ige Arbeitsfähigkeit erstellt (vgl. E. 3.7 vorne), weshalb das Belastbarkeitstraining respektive die Stabilisierung der Präsenzzeit auf 40% und die Steigerung der Leistungsfähigkeit von 70 auf 100% dem Gesundheitszustand angemessen und damit zumutbar war und die Beschwerdeführerin mit dem Abbruch der Massnahme ihre Pflicht zur Schadenminderung verletzte, zumal die Verlängerung des Belastbarkeitstrainings (gerade in Anbetracht des langjährigen Rentenbezugs) für die Eingliederung ins Erwerbsleben zweifellos geeignet gewesen wäre.

Im Übrigen hat die Beschwerdegegnerin das Mahn- und Bedenkzeitverfahren korrekt durchgeführt (act. II 67). Insbesondere kann dem Einwand der Beschwerdeführerin, wonach ihr keine angemessene Bedenkzeit eingeräumt worden sei respektive wonach ihr nicht bewusst gewesen sein könne, dass ihr bei Nichtwiederaufnahme des Belastbarkeitstrainings die Einstellung der beruflichen Massnahme und die Rentenaufhebung drohen könnten, nicht gefolgt werden: Das mit „Schadenminderung“ betitelte Mahn- und Bedenkzeitschreiben vom 20. November 2014 (act. II 67) enthält eine unmissverständliche Verhaltensaufforderung mit Frist bis zum 1. Dezember 2014 und die im Falle der Widersetzlichkeit drohende Sanktion. Zwar trifft es zu, dass die Beschwerdegegnerin bereits mit Mitteilung vom 2. Dezember 2014 die Einstellung der Eingliederungsmassnahme vorsah (act. II 72). Die effektive Einstellung der beruflichen Massnahmen erfolgte jedoch erst mit der hier angefochtenen Verfügung vom 26. Januar 2015, womit der erwähnten Mitteilung einzig formale Bedeutung zukommt. Die Beschwerdegegnerin ist mit Blick auf die Vielzahl weiterer Versicherter, die einer derartigen Massnahme bedürfen, nicht verpflichtet, Eingliederungsplätze unbesehen offen zu halten. Die Beschwerdeführerin hat das Belastbarkeitstraining von sich aus bereits im November 2014 abgebrochen und mit Blick auf ihr Schreiben vom 18. November 2014 (act. II 66 S. 2) und der Nichtbeachtung der Mahn- und Bedenkzeitfrist sprach nichts dafür, dass sie es im vereinbarten Rahmen und in absehbarer Zeit wieder aufnehmen werde.

Sodann hatte sie nach Zustellung der Vorbescheide vom 3. Dezember 2014 fast zwei Monate Zeit, die drohenden Leistungseinstellungen durch ein rechtskonformes Verhalten abzuwenden. Ausser dem Schreiben vom 29. Dezember 2014 (act. II 79) erfolgten indessen weder Einwände gegen die Vorbescheide noch eine anderweitige Kontaktaufnahme seitens der Beschwerdeführerin mit der Beschwerdegegnerin. Dass jene hierzu (aus invalidenversicherungsrechtlich relevanten gesundheitlichen Gründen) nicht in der Lage gewesen sein könnte, kann gestützt auf die Akten ausgeschlossen werden.

Die Beschwerdeführerin hat auch in der weiteren Folge an ihrer (subjektiven) Überzeugung festgehalten, dass die Belastung im Rahmen eines 40%-Pensums für sie zu gross sei. Es fehlte ihr demnach am Eingliederungswillen (vgl. E. 4.2.2 vorne), weshalb die am 26. Januar 2015 erfolgte Leistungseinstellung respektive -verweigerung auch unter dem Aspekt der Verhältnismässigkeit nicht zu beanstanden ist.

## 5.

Damit ist die Beschwerdegegnerin ihrer Pflicht, bei langjährigem Rentenbezug vor der Rentenaufhebung berufliche Massnahmen zu prüfen und gegebenenfalls auch durchzuführen (vgl. E. 2.4 vorne), rechtsgenügend nachgekommen, womit weder die Einstellung der Eingliederungsmassnahmen noch die Renteneinstellung zu beanstanden sind. Dass die Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren in Aussicht gestellt hat, nun wiederum an beruflichen Massnahmen interessiert zu sein, ändert weder hinsichtlich der Einstellung der beruflichen Massnahmen noch der Rentenaufhebung etwas.

Zusammenfassend erweisen sich die Verfügungen vom 26. und 28. Januar 2015 als rechtmässig und die dagegen erhobenen Beschwerden sind abzuweisen.

## 6.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'000.--, zu tragen. Diese werden den für die beiden Verfahren geleisteten Kostenvorschüssen in der Höhe von insgesamt Fr. 1'400.-- (2x Fr. 700.-- [vgl. prozessleitende Verfügungen vom 2. und 4. März 2015]) entnommen. Die Restanz im Betrag von Fr. 400.-- ist der Beschwerdeführerin nach Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten.

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

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerden werden abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und den geleisteten Kostenvorschüssen in der Höhe von insgesamt Fr. 1'400.-- entnommen. Die Restanz von Fr. 400.-- wird der Beschwerdeführerin nach Rechtskraft dieses Urteils zurückerstattet.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin 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.