

200 15 245 IV
SCP/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 1. Juli 2015

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Advokat B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. Februar 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1964 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war am 17. Februar 1992 an einem Verkehrsunfall beteiligt (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin; Antwortbeilage {AB}] 1). Wegen der Folgen dieses Unfalls sprach ihr die zuständige obligatorische Unfallversicherung, die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend SUVA), mit Verfügung vom 7. Oktober 1996 (AB 1.1/195) eine Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrads von 20% sowie eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Einschränkung der Integrität von 5% zu. Nach anschliessendem Einsprache- und Beschwerdeverfahren (vgl. AB 1.1/177-194) veranlasste die SUVA weitere medizinische Abklärungen. Insbesondere liess sie die Versicherte durch Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. phil. D. _____, Psychologe FSP, und Dr. med. E. _____, Facharzt für Neurologie FMH, untersuchen. Gestützt auf deren Gutachten (AB 1.1/138, 1.1/128 und 1.1/97) einigten sich die Parteien im August 2000 (AB 1.1/82) vergleichsweise auf einen Invaliditätsgrad von 40% sowie eine Integritätsentschädigung von 15%. Der Vergleich wurde mit Verfügung vom 6. September 2000 (AB 1.1/80) bestätigt und blieb unangefochten.

B.

Am 16. Juni 2000 meldete sich die Versicherte bei der IV-Stelle Graubünden zum Leistungsbezug an (AB 1.1/87). Diese tätigte daraufhin erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere holte sie die Akten der SUVA ein. Weiter veranlasste sie bei Dr. med. E. _____ eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 17. Oktober 2001 (AB 1.1/24). Mit Vorbescheid vom 6. November 2001 (AB 1.1/18) stellte die IV-Stelle Graubünden der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 63% ab 1. Juni 1999 die Ausrichtung einer halben Rente in Aussicht. Mit Verfügung vom 22. Januar 2002 (AB 1.1/6) entschied sie wie im Vorbescheid angekündigt.

C.

Infolge Wohnsitznahme im Kanton Bern überwies die IV-Stelle Graubünden am 15. Mai 2002 (AB 1.1/1) die Akten an die IVB. Im Rahmen von 2003 (AB 6), 2004 (AB 9) und 2008 (AB 18) in die Wege geleiteten Rentenrevisio-
nen, wurde die Rente jeweils aufgrund eines unveränderten Invaliditäts-
grads weiterausgerichtet (AB 8, 11 und 21) bzw. infolge der 4. Revision des
Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG;
SR 831.20) ab Januar 2004 auf eine Dreiviertelsrente erhöht (AB 11).

D.

Anlässlich des 2012 (AB 22) eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens tätig-
te die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere wurde
die Versicherte durch Gutachter der Medizinischen Abklärungsstelle ME-
DAS F._____ (nachfolgend MEDAS), untersucht. Deren interdiszi-
plinäres Gutachten datiert vom 16. Juni 2014 (AB 50.1). Mit Vorbescheid
vom 18. August 2014 (AB 51) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von
30% die Aufhebung der Rente in Aussicht, wogegen die Versicherte am 8.
September (AB 55), 20. Oktober 2014 (AB 59) und 26. Januar 2015 (AB
64) Einwände erheben liess. Nach Einholung eines Berichts bei Dr. med.
G._____, Fachärztin für Anästhesiologie, Psychiatrie und Psychothera-
pie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 3. Februar 2015
(AB 66) entschied die IVB mit Verfügung vom 6. Februar 2015 (AB 67) wie
im Vorbescheid angekündigt.

E.

Mit Eingabe vom 9. März 2015 liess die Versicherte hiergegen Beschwerde
erheben mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 6.2.2015 aufzuheben und der Be-
schwerdeführerin weiterhin eine Dreiviertelsrente der Eidgenössischen Invali-
denversicherung auszurichten.
2. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Angelegenheit
zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle Bern zurückzuweisen.

3. Unter o/e-Kostenfolge (zuzüglich Auslagen und 8% MWST).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 1. April 2015 auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 6. Februar 2015 (AB 67). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 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.

2.3 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).

2.4 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).

2.4.1 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 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.1).

2.4.2 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 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

2.4.3 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 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).

3.

Vorliegend ist durch einen Vergleich des Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 22. Januar 2002 (AB 1.1/6) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 6. Februar 2015 (AB 67) zu prüfen, ob in den für den Leistungsanspruch relevanten Tatsachen eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Die Verfügungen vom 12. März 2003 (AB 8) und 24. Februar 2004 (AB 11) sowie die Mitteilung vom 26. Mai 2008 (AB 21), mit welchen jeweils der Invaliditätsgrad von 63% bestätigt wurde, stellen entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 5 f. Ziff. 9) keine Vergleichsbasis dar. Die Beschwerdegegnerin liess jeweils lediglich von der Beschwerdeführerin einen Revisionsfragebogen ausfüllen (AB 6, 9 und 18). Soweit sie zudem 2003 (AB 7) vom behandelnden Arzt und Ehemann, Dr. med. H. _____, Facharzt für Urologie FMH, welcher den Gesundheitszustand als stationär beurteilte, bzw. 2008 (AB 20) von Dr. med. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, welche ohne eine eigene Diagnose zu formulieren den Gesundheitszustand als verbessert bezeichnete, einen ärztlichen Bericht einholte, handelt es sich hierbei nicht um eine fundierte Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen. Gleiches gilt für die Einforderung eines Auszugs des Individuellen Kontos (AB 19) anlässlich des Revisionsverfahrens 2008. Die Beschwerdegegnerin weist in der Beschwerdeantwort (S. 2 f. Ziff. 6 f.) zu Recht darauf hin, dass die getätigten Abklärungen nicht ausreichen, um die beiden Verfügungen von 2003 und 2004 bzw. die besagte Mitteilung von 2008 als Vergleichsbasis zu betrachten. Daran ändert der Umstand, dass Dr. med. I. _____ eine Verbesserung des Gesundheitszustandes insoweit als für erstellt hielt (AB 20 S. 1 Ziff. 1), als dass eine Besserung der Bewältigung der Alltagsroutine eingetreten sei (Ziff. 2), nichts, da die Beschwerdegegnerin dies in der Folge nicht zum Anlass nahm, weitere Abklärungen einzuleiten und eine umfassende Überprüfung des Leistungsanspruchs vorzunehmen.

Somit ist erstellt, dass entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nach der ursprünglichen Rentenverfügung vom 22. Januar (2002) bis ins aktuelle Revisionsverfahren nie eine umfassende Überprüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und

Durchführung eines Einkommensvergleichs stattfand (vgl. E. 2.4.3). Vergleichsbasis bildet damit die Verfügung vom 22. Januar 2002.

3.1 Die ursprüngliche Verfügung vom 22. Januar 2002 (AB 1.1/6) stütze sich im Wesentlichen auf folgende medizinischen Berichte:

3.1.1 Dr. phil. D. _____ untersuchte die Beschwerdeführerin am 7. Mai 1999 (vgl. Bericht vom 31. Januar 2000; AB 1.1/128) neuropsychologisch. Das damalige Beschwerdebild umfasse vorrangig Gedächtnisprobleme, Schluckbeschwerden sowie Hypästhesien (S. 6 Ziff. 3.1). Insgesamt würden die neurokognitiven Funktionen ein ausgeprägtes Defizit im Bereich der visuellen Funktionen erkennen lassen, ein etwas leichteres Defizit im Bereiche der verbalen Leistungsfähigkeit. Die mnestischen Funktionen würden Defizite vor allem im Bereiche der Lernphase sowie der freien Wiedergabe zeigen. Unauffällig seien dagegen die Befunde in der Wiedererkennungslleistung. Die Spontanproduktion, dem Bereich des Denkens zugeordnet, zeige analog ein schweres Defizit für den visuellen Bereich, ein leichtes für verbale Inhalte. Die Untersuchung des Befindens habe ein schwer beeinträchtigtes Allgemeinbefinden, ebenso eine herabgesetzte, depressive Grundstimmung ergeben, jedoch weitgehend unauffällige Werte in Bezug auf Angstspannung. Die Untersuchung überdauernder Persönlichkeitsaspekte habe in der Selbstwahrnehmung eine Veränderung der Gesamtpersönlichkeit in Bezug auf verstärkte Depressivität und Zwanghaftigkeit ergeben. Die Fremdbeurteilung lasse schliesslich analog eine Veränderung zu starker Depressivität hin erkennen, divergent zur Selbstwahrnehmung jedoch auch ein vermehrtes „sich verschliessen“ (Reduktion der Durchlässigkeit; S. 7 f. Ziff. 3.1). Bei der Untersuchung seien verschiedene Defizite im Bereiche der mnestischen Funktionen sowie der Denkprozesse zu Tage getreten. Trotz unterschiedlicher Einflussfaktoren sei davon auszugehen, dass die so vorliegenden Befunde als valide zu beurteilen seien und tatsächlich ein defizitäres Leistungsvermögen bestehe. Hinweise für eine bewusst-willentliche Verfälschung der Befunde wie auch für eine vorwiegend toxisch induzierte Minderleistung liessen sich nicht finden. Da jedoch keine Hinweise auf das prämorbidem Leistungsvermögen vorlägen, im Weiteren auch keine fremdanamnesticen explorativen Angaben als Grundlage gedient hätten, sei eine eindeutige ätiopathogenetische Zuord-

nung nicht möglich. Dies sei allerdings ein Charakteristikum, welches nicht „nur“ auf den vorliegenden Fall zutreffe, sondern generell eine Einschränkung der Querschnittsuntersuchungen ohne Referenzgrössen darstelle (S. 9 Ziff. 3.3).

3.1.2 Dr. med. C. _____ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 6. Dezember 1999 (AB 1.1/138) eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) bei einfach strukturierter, neurotischer Persönlichkeit (ICD-10 F60.8) mit beginnendem Vermeidungsverhalten und Tendenz zu phobischen Verhaltensweisen (ICD-10 F40.2), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie einen Status nach depressiven Reaktionen (ICD-10 F33) bei psychosozialer Belastung mit Status nach multiplem Substanzgebrauch (Tranquilizer, Schmerzmittel vom Opiattyp) von ca. 1996-1998 bis Anfang 1999. Die Beschwerdeführerin zeige viele Einschränkungen in ihrer Sozialkompetenz, Todesängste beim Autofahren, Unmöglichkeit zu fliegen, Angst in Trams jeweils mit entsprechenden funktionellen Begleitsymptomen wie Zittern, Hitzewallungen, Herzklopfen. Ausserdem bestünden Prüfungsängste. Wegen Ängsten sei sie 1994 trotz Lernfahrausweis nicht an die Prüfung gegangen und es bestünden Rückzugs- sowie Vermeidungsverhalten oder sie müsse sich beim Ausgehen von ihren Eltern oder dem Gatten zeitweilig begleiten lassen. Es kämen funktionelle nervlich bedingte Symptome hoch, wenn sie am J. _____ esse und ehemalige Vorgesetzte sehe. Ängste würden schon beim Betreten des J. _____ auftreten. Aus all dem Gesagten müsse auf eine generalisierte Angststörung geschlossen werden. Des Weiteren bestünden deutliche Symptome aus dem Formenkreis der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit Ausweitungstendenz der Symptome, teilweise ebenfalls verbunden mit ängstlicher Verarbeitung (Schwarzwerden beim Hängen der Vorhänge oder Fensterputzen; S. 9 Ziff. 3). Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung seien Symptome aus dem Formenkreis der Angststörung im Vordergrund gestanden. Die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit sei ausser einer gewissen Verlangsamung und gewissen erschwerten Aufnahmefähigkeit im Gespräch wenig behindert gewesen. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit sei teilweise unter der Norm gewesen (Ziff. 2). Die einfache Strukturierung und die in Teilbereichen vorliegende Unterintelligenz der Persönlichkeit mit früher bestehenden Schwierigkeiten

seien vorbestehend. Ebenso ihre neurotische Tendenz zu Abhängigkeiten, ihre Vermeidungshaltung und die Tendenz, sich missbrauchen zu lassen. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Verarbeitungsfähigkeit der kumulierenden Problematik nach dem Unfall vor allem durch die privaten Ereignisse mit dem Exfreund und der Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz mit der ... eingeschränkt gewesen seien und zunehmend zu einer Überforderung geführt hätten. Die Schmerzfehlerverarbeitung sei auf die ungünstige strukturelle Vorbedingung vor dem Unfall und die Bedingungen psychosozial nach und um den Unfallzeitpunkt zurückzuführen. Die Beschwerdeführerin habe schliesslich auch zusätzlich psychisch neben den chronischen Schmerzen dekomponiert, ab ca. 1994 mit deutlicher Depression und habe sich während zweier Jahre psychiatrisch behandeln lassen. Dazu komme, dass der Unfall 1992 und die nachfolgenden Jahre mit der sich zuspitzenden schwierigen Beziehungssituation mit ihrem langjährigen Freund kumuliert habe, mit welchem sie immer mehr in Auseinandersetzungen und Probleme geraten sei und von welchem sie immer mehr ausgenutzt worden sei und sich habe ausnutzen lassen (S. 10 Ziff. 4). Die knapp durchschnittliche Intelligenzlage zusammen mit dem verminderten Selbstwertgefühl, der Tendenz zu ängstlicher Fehlerverarbeitung mit depressiven Reaktionen dürfte für den ungewöhnlichen posttraumatischen Verlauf verantwortlich sein. Es sei schwierig hier einen anteilmässigen Prozentsatz festzulegen. Er schätzte den psychischen Anteil auf ca. 50% ein (S. 10 f. Ziff. 5). Aus psychiatrischer Sicht seien die neuropsychologisch erhobenen Befunde in einer einfachen Hilfstätigkeit nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 Ziff. 7).

3.1.3 Dr. med. E. _____ stellte in seinem Gutachten vom 29. Februar 2000 (AB 1.1/97) folgende Diagnosen:

1. Status nach Autounfall am 17. Februar 1992 in Form einer seitlichen Kollision mit wahrscheinlich leichterem bis mässigem dominant seitlichen HWS-Distorsions-trauma mit dominanter Einwirkung der Kräfte von rechts, verbunden mit
 - einem posttraumatisch chronifizierten Cervicalsyndrom mit intermittierenden wechselseitigen cervicobrachialgischen Beschwerden (derzeit ganz im Hintergrund);
 - teilweise übergehend in eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, begünstigt durch die Persönlichkeitsstruktur;
 - sekundärer generalisierter Angststörung, ausgelöst durch die indirekt unfallbedingten massiven Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, begünstigt durch die unfallfremde vorbestehende Persönlichkeitsstruktur, die unfallfremden zunehmenden Beziehungsprobleme;

- sekundäre depressive Reaktionen, zum Teil aufgrund des chronischen Schmerzproblems, zum Teil im Rahmen der psychosozialen Belastung;
 - Status nach Abusus von Tranquilizern und Schmerzmitteln vom Opiattyp von 1996 bis Anfang 1999 im Rahmen der Schmerzproblematik, begünstigt durch die psychosoziale Belastung, die Persönlichkeitsstruktur und die depressiven Episoden;
 - mögliche leichtgradige posttraumatische Hirnleistungsschwäche (S. 26 Ziff. 9.2).
2. Vorbestehende leichte Hirnleistungsschwäche mit fokalisiertem schulischen Leistungsschwierigkeiten, verminderter Assoziations- und Introspektionsfähigkeit, verbunden mit einer Tendenz zu überangepasstem Verhalten (Wunsch der Anlehnung, des Geführtwerdens), ohne dass bereits eine Persönlichkeitsstörung vorliegen würde.
 3. Migräne (S. 26 Ziff. 9.2).

Anlässlich der neurologischen Untersuchung habe sich die Beschwerdeführerin über tägliche Nackenschmerzen vorwiegend links nuchal beschwert. Wegen dieser Nackenschmerzen erwache sie drei bis vier Mal nachts und müsse dann wieder eine schmerzfreie Position suchen. Im Rahmen der Nackenschmerzen komme es oft zu Schmerzausstrahlungen in die linke Schulterregion. Weiter leide sie an halbseitigen pulsierenden Kopfschmerzen links, die sie vor dem Unfall nicht gekannt habe. Sie würden ein bis zwei Mal pro Woche auftreten und drei bis vier Stunden andauern. Auch würden chronische Konzentrationsstörungen bestehen. Diese hätten sich vorwiegend bei der Arbeit gezeigt und zu Spannungen am Arbeitsplatz geführt. Inwieweit sie im Alltag dadurch behindert sei, könne sie nicht klar formulieren. Das Einkaufen gehe jedenfalls gut. Sie habe in Läden keine Orientierungsprobleme, schreibe sich aber alles auf. Einen Zusammenhang dieser Konzentrationsstörungen mit der Medikation sehe sie nicht. Zudem habe die Beschwerdeführerin angegeben, aufgrund der Unfallfolgen könne sie einige Tätigkeiten nicht mehr durchführen. So sei sie in ihrer üblichen beruflichen Tätigkeit einerseits eingeschränkt wegen belastungsabhängigen Nacken- und Schulterschmerzen, andererseits wegen Konzentrationsproblemen und einer abnormen Ermüdbarkeit. Nach eintägiger Arbeit sei sie völlig „geschafft“, vermöge nichts mehr im Haushalt zu erledigen und sei am anderen Tag kaum mehr einsatzfähig. Diverse Haushaltsarbeiten (Staubsaugen, Bügeln, Fenster putzen, Geschirr abwaschen, Wäsche aufhängen, Boden aufnehmen) könnten wegen damit verbundener verstärkter Beschwerden nur mit erhöhtem Effort, vermehrten Pausen, verlängertem Zeitaufwand oder sehr beschränkt erledigt werden. Den Einkauf könne sie erledigen, wenn sie ein „Einkaufswägel“ benutze. Seit dem Unfall habe sie

Angst unter Leute zu gehen, sie müsse sich überwinden. Ebenso sei sie nicht mehr in der Lage, ihren früheren sportlichen Aktivitäten wie Skifahren, Tennisspiel und Reiten nachzugehen. Was die psychische Konstellation anbelange, sei sie erst im Rahmen des Mobbing am Arbeitsplatz depressiv geworden, weshalb sie einen Psychiater aufgesucht habe. Auf die Therapie habe sie gut angesprochen. Sie sei depressiv und habe Mühe, ihre Gesundheitseinschränkungen zu akzeptieren sowie mit den Unfallfolgen fertig zu werden. Ganz besonders habe sie unter dem Mobbing am Arbeitsplatz gelitten. Seit dieser Druck mit Aufgabe der Arbeit im Februar 1999 weggefallen sei, gehe es ihr besser (S. 11 f.).

Aufgrund dieser neurologischen Befunde schätzte Dr. med. E. _____ die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als ... um 25-30% ein. Eine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere aus psychischen Gründen. Die gesamte Arbeitsunfähigkeit schätzte Dr. med. E. _____ auf 40-50% ein, 40% bei ausgesprochen optimalen Arbeitsplatzverhältnissen, sofern dies nicht zutrefte 50%, bei besonders ungünstigen Arbeitsverhältnissen sogar 60%. Bei angepasstem Arbeitsplatz sollte die Beschwerdeführerin je nach Situation eine 65-80%-ige Arbeitszeit bei 75% Leistung (u.a. keine schwere Arbeit, kein Heben schwerer Lasten, keine Über-Kopf-Arbeiten) erreichen können (S. 27 f. Ziff. 9.4).

3.1.4 Gemäss der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme von Dr. med. E. _____ vom 17. Oktober 2001 (AB 1.1/24) lebte die Beschwerdeführerin sehr zurückgezogen, verblieb in den eigenen vier Wänden und verliess das Haus nur für unbedingt notwendige kleine Einkäufe (grössere Einkäufe würden mit dem Ehemann zusammen erledigt). Sie besuchte aus eigener Initiative nur die engste Verwandtschaft (Eltern, Freundin), lebte sonst aber sehr zurückgezogen (S. 2). An den subjektiven Beschwerden habe sich keine Änderung ergeben. Konkret würden tägliche, weitgehend chronifizierte linksbetonte Nackenschmerzen mit schmerzbedingter Störung des nächtlichen Schlafes, ein bis zwei Mal wöchentlich stärkere migräneformige Kopfschmerzen, chronische Konzentrationsstörungen, abnorme Ängste bei unveränderter chronisch depressiver Grundstimmung beklagt (S. 2). Im Vergleich zu seiner letzten gutachterlichen Untersuchung habe sich an der Situation nichts geändert. Die Arbeitsfähigkeit sei zweifelsfrei

eingeschränkt. Seine damalige Einschätzung treffe nach wie vor zu. Eine entsprechende Arbeitstätigkeit wie sie durch den Berufsberater vorgeschlagen worden sei, halte er im Rahmen der seinerseits bereits früher festgelegten Rahmenbedingungen für zumutbar (Arbeitszeit 70-80% bei eingeschränkter Leistung). Der Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit stehe die Angstsymptomatik mit entsprechender Vermeidungsstrategie entgegen. Diese Symptomatik hielt Dr. med. E. _____ aber nicht für derartig gravierend, dass der Beschwerdeführerin eine entsprechende Tätigkeit nicht hätte zugemutet werden können, wobei er hierfür flankierend-stützende Massnahmen im Rahmen einer psychologisch-psychiatrischen Stütztherapie für notwendig hielt (S. 2 f.).

3.2 Der nun angefochtenen Verfügung vom 6. Februar 2015 (AB 67) liegen im Wesentlichen folgende ärztliche Berichte zugrunde:

3.2.1 Die MEDAS-Gutachter stellten im interdisziplinären Gutachten vom 16. Juni 2014 (AB 50.1) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms links (ICD-10 M54.5; S. 32 Ziff. 5.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie u.a. ängstlich akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), den Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54.0), ein intermittierendes zervikoskopuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1) sowie ein episodisches Spannungstyp-Kopfweg (ICD-10 G44.2; Ziff. 5.2). Anlässlich der Begutachtung habe die Beschwerdeführerin angegeben, es gehe ihr nicht so gut. Sie leide nach wie vor unter Rückenschmerzen nach einem Bandscheibenvorfall mit Notfalloperation 2011. Seit einem Unfall 1992 würde ab und zu ein Spannungskopfweg auftreten. Auch ihre Konzentration lasse schnell nach, sie sei vergesslich geworden. Psychisch fühle sie sich schnell dünnhäutig, dies aufgrund der Schmerzen. Sie neige dann zum Rückzug und komme schnell an ihre Grenzen (S. 14 Ziff. 4.1.1.2). Im Vordergrund der Beschwerden am Bewegungsapparat stünden chronische therapieresistente lumbogluteale Beschwerden links mit Ausstrahlungen in den dorsolateralen Ober- und Unterschenkel bis zum Fuss, vor allem bis Richtung Dig. III und IV. Weiter bestünden intermittierende zervikale Schmerzen links mit Ausstrahlung in den Schultergürtel (S. 19 f. Ziff. 4.2.1). Die Nackenschmerzen hätten insgesamt im Verlauf deutlich gebessert und

seien jetzt nicht mehr konstant vorhanden. Die Konzentrations- und Gedächtnisstörungen hätten gebessert, bestünden aber nach wie vor (S. 25 Ziff. 4.3.1.2). Drei Mal am Tag gehe sie mit den Hunden spazieren. Ansonsten kaufe sie ein, wozu sie das Auto benütze, koche das Nachtessen, schaue abends fern, gehe gerne mit einer Freundin Kaffeetrinken und zwei Mal in der Woche schwimmen. An den Wochenenden unternehme sie oft zweitägige Ausflüge mit dem Ehemann (S. 16 Ziff. 4.1.1.2).

Gemäss den Ausführungen der MEDAS-Gutachter habe sich die Situation vor dem November 2011 hinsichtlich des zervikozephalen Syndroms und der früher offenbar vorhandenen neuropsychologischen Einschränkungen subjektiv und objektiv verbessert. Ab wann aufgrund der HWS-Beschwerden keine Einschränkung mehr vorgelegen habe, sei retrospektiv nicht mehr nachzuvollziehen, könne aber letztlich ebenfalls nur mit Sicherheit ab dem Mai 2014 festgestellt werden. Es seien subjektiv im HWS-Bereich gegenüber der ursprünglichen „Berentung“ nur geringgradige Schmerzen geltend gemacht worden. Frühere neuropsychologische Beeinträchtigungen, vor 15 Jahren testmässig offensichtlich nachgewiesen, hätten sich eindeutig nicht mehr nachweisen lassen, auch keinerlei klinische Befunde wie Verhärtungen oder Bewegungseinbussen im HWS-Bereich. Diese Situation habe sich folglich klar gebessert und lasse keine Einschränkung mehr begründen (S. 34 Ziff. 6.3).

Sowohl bei der rheumatologischen als auch der neurologischen Untersuchung habe sich ein chronisches lumbovertebrales bzw. lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links gezeigt, möglicherweise mit einer intermittierenden radikulären Reizung der Wurzel S1 links, dies bei Status nach Entfernung einer Diskushernie L5/S1 links am 11. Januar 2001 (recte: 1. November 2011). Subjektiv und objektiv im Hintergrund seien residuelle Beschwerden bei Status nach HWS-Distorsionstrauma 1992 zur Kenntnis zu nehmen, formal einem intermittierenden zervikoskopulären Schmerzsyndrom zuzuordnen. Die Befundlage sei sehr gering mit leichten reaktiven Myogelosen der Trapeziusmuskulatur links, ansonsten ohne zervikale Dysfunktionen. Im Weiteren sei aus neurologischer Sicht ein nicht im Vordergrund stehendes, episodisches Spannungstypkopfweg anzumerken. Aus Sicht des Bewegungsapparates resultiere eine verminderte Belastbarkeit

vor allem der unteren Wirbelsäule, so dass keine körperlich schweren und auch anhaltend mittelschweren Tätigkeiten zumutbar seien. Für körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Einnahme von Zwangshaltungen, ohne repetitive Rotationsbewegung der LWS, ohne anhaltende Oberkörpervorneigeposition bestehe eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der andauernden Schmerzsymptomatik, nicht sicher als intermittierend radikulär abgrenzbar, könne von einer Leistungseinbusse im Sinne eines etwas erhöhten Pausenbedarfes von 10% ausgegangen werden. Bei der ergänzend durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung hätte sich gezeigt, dass keinerlei Funktionseinbusse aus neuropsychologischer Sicht nachweisbar sei. Aus allgemeinerninternistischer Sicht bestünden keine weiteren Befunde und Diagnosen die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Aus psychiatrischer Sicht könne bei somatisch nicht ausreichend erklärbaren Befunden für die subjektiv angegebenen Beschwerden und insbesondere die subjektive Limitierung eine Schmerzverarbeitungsstörung angenommen werden, wobei hingegen gewisse Kriterien fehlen würden. Es sei keine Ausweitung zu beobachten. Die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung mit vorbestehender psychosozialer Belastungssituation seien ebenfalls nicht gegeben. Es lägen ängstlich akzentuierte Persönlichkeitszüge vor. Eine psychiatrische Erkrankung im engeren Sinne sei nicht festzustellen. Die Arbeitsfähigkeit sei folglich aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Zusammenfassend resultiere aus interdisziplinärer Sicht, dass bei der Beschwerdeführerin für körperlich schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten, so auch in der ursprünglich gelernten Tätigkeit als ..., von einer Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine 90%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit leicht erhöhtem Pausenbedarf. Dies würde auf die in den letzten Jahren durchgeführte Tätigkeit in der ... zutreffen (S. 33 f. Ziff. 6.2).

3.2.2 Gemäss dem Bericht von Dr. med. G. _____ vom 3. Februar 2015 (AB 66) habe das MEDAS-Gutachten vom 16. Juni 2014 (Ab 50.1) eindeutig den Nachweis einer Verbesserung gebracht, indem im neuropsychologischen Gutachtensteil nachgewiesen worden sei, dass im Gegensatz zu den früheren neuropsychologischen Befunden nunmehr keinerlei neuro-

psychologischen Funktionseinbussen mehr bestünden. Dies sei in den Testverfahren und klinisch festgestellt worden. Ausserdem würden die neuropsychologischen Testergebnisse der MEDAS eine durchschnittliche Intelligenz und eben keine „einfach strukturierte Person mit Lernschwäche“ wie es in den früheren Akten erwähnt worden sei, zeigen. Die durchschnittlich normale Intelligenz spiegle sich auch im schulischen und beruflichen Werdegang wieder, den eine Person mit Lernschwäche nicht hätte bewältigen können. Zu erwähnen sei auch, dass die Beschwerdeführerin an ihren Arbeitsstellen, solange sie beruflich vor der Heirat tätig gewesen sei, jeweils über lange Jahre arbeitsfähig und leistungsfähig gewesen sei, unter anderem am K._____ in der Dies schliesse eine gravierende Persönlichkeitsproblematik im Sinne einer Persönlichkeitsstörung aus, denn bei einer auffallend neurotisch-ängstlichen Persönlichkeitsstruktur wäre dies nicht möglich gewesen. Ein Vermeidungsverhalten müsse denn auch nicht immer krankheitswertig sein und könne auch auf anderen Ursachen beruhen. Die Untersuchungsergebnisse der MEDAS-Gutachter würden zeigen, dass die Beschwerdeführerin fähig zur Realitätsprüfung und zur Impulskontrolle sei. Sie sei beziehungs- und urteilsfähig und fähig zur Willensbildung, d.h. sie wisse was sie tue und könne antizipieren, was ihr Denken, Handeln usw. bewirken werde. Sie könne sich steuern und sei fähig, einen Willen zu bilden. Was den sozialen Rückzug angehe, sieht Dr. med. G._____ im Gegensatz zum Rechtsvertreter einen solchen aufgrund der Erhebungen im MEDAS-Gutachten nicht ausgewiesen. Die Versicherte gehe z.B. einkaufen, treffe sich mit Freundinnen zum Café, gehe mit dem Hund hinaus, gehe schwimmen und mit dem Ehemann einkaufen. Abschliessend hielt Dr. med. G._____ fest, dass die Unsicherheit und subjektiv geringe Belastbarkeit durch keinerlei von der MEDAS erhobenen medizinischen Befunden begründet seien. Dünnhäutigkeit und subjektiv verminderte Belastbarkeit sowie daraus resultierendes Vermeidungsverhalten könne Ausdruck einer Selbstlimitierung resp. langen Entwöhnung sowie Dekonditionierung von Anforderungen an zumutbare Leistungen sein.

3.3 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). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

3.4 Die Beschwerdeführerin hat in der der hier angefochtenen Verfügung vom 6. Februar 2015 (AB 67) im Wesentlichen auf das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 16. Juni 2014 (AB 50.1) abgestellt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3. hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Die untersuchenden Gutachter haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchungen sowie die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. In der Folge ist darauf abzustellen, zumal deren Fest-

stellungen auch von der RAD-Ärztin Dr. med. G. _____ in ihrem Bericht vom 3. Februar 2015 (AB 66) gestützt und bestätigt werden und keine sonstigen medizinischen Berichte vorliegen, die den Schlussfolgerungen des MEDAS-Gutachtens widersprechen.

Daran vermögen weder die formalen noch inhaltlichen Rügen der Beschwerdeführerin etwas zu ändern. Dem Einwand, die psychiatrische Exploration habe lediglich 50 Minuten gedauert (Beschwerde S. 10 Ziff. 14 c), vermag an der Schlüssigkeit und Verwertbarkeit des psychiatrischen Gutachtens nichts zu ändern, gibt es doch gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. Mai 2014, 8C_660/2013, E. 4.2.3) für eine psychiatrische Exploration keine verbindliche Mindestdauer. Vielmehr hat die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig zu sein, wobei der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss, was hier eindeutig gegeben ist. Schliesslich gingen der psychiatrischen Untersuchung die allgemein-internistische und rheumatologische Begutachtung voran (AB. 49 S. 3), d.h. die Untersuchung dauerte bei Beginn der psychiatrischen Exploration bereits während mehr als zwei Stunden an, weshalb bereits der Einwand der Beschwerdeführerin, dem psychiatrischen Teilgutachten könne nicht gefolgt werden, da sich die Konzentrationsstörungen erst ab 60 Minuten einstellen würden, die psychiatrische Untersuchung jedoch nur 50 Minuten gedauert habe, ins Leere läuft. Auch der Einwand, der begutachtende Neuropsychologe, lic. phil. L. _____, verfüge nicht über die erforderliche fachliche Qualifikation (Beschwerde S. 11 f. Ziff. 16), erweist sich in Anbetracht der Tatsache, dass dieser von der MEDAS eingesetzte Gutachter über den Titel Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP verfügt und auf der Liste der zertifizierten neuropsychologischen Gutachter SIM (vgl. <http://www.swiss-insurance-medicine.ch>) figuriert, als widerlegt.

4.

Nachfolgend ist zu prüfen, ob ein Revisionsgrund vorliegt.

Bei der ursprünglichen Rentenzusprechung waren vor allem Beeinträchtigungen des funktionellen Leistungsvermögens ausschlaggebend, welche sich aus psychiatrischer Sicht (Gutachten Dr. med. C. _____ [AB 1.1/138 ff.] insbesondere S. 148 i.V.m. S. 123 f. [Gutachten Dr. Med. E. _____]) zufolge der diagnostizierten generalisierten Angst- und somatoformen Schmerzstörung mit Rückzugs- und Vermeidungstendenz ergaben. Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, die damaligen neuropsychologischen Befunde von 2001 hätten ihre Arbeitsfähigkeit nach Einschätzung der Gutachter in einer angepassten Hilfstätigkeit nicht beeinträchtigt (Beschwerde S. 6 Ziff. 10 b), verkennt sie, dass in der ursprünglichen Verfügung vom 22. Januar 2002 (AB 1.1/6) davon ausgegangen wurde, die Arbeitsfähigkeit werde durch die diagnostizierten psychischen Störungen aufgrund der in diesem Zusammenhang erhobenen Befunde, wozu vor allem die neuropsychologischen Defizite zu zählen sind, sowie die rein organischen Befunde um durchschnittlich 45% eingeschränkt. Insoweit erweist sich der Einwand, die damals erhobenen neuropsychologischen Defizite hätten die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt, als unbegründet. Ebenfalls verkennt die Beschwerdeführerin offensichtlich, dass die damals gestellten Diagnosen mit nachvollziehbarer Begründung heute nicht mehr gestellt werden können (vgl. u.a. AB 50.1 S. 29 ff. Ziff. 4.4). Anlässlich der im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens erfolgten Begutachtung zeigte sich, dass diesbezüglich per April 2012 nach medizinisch-klinisch erfreulichem Verlauf der im November 2011 erfolgten DH-Operation eine wesentliche Verbesserung eingetreten ist (AB. 50.1 S. 34 Ziff. 6.3). So haben sich insbesondere die psychosozialen Verhältnisse im privaten Umfeld und am Arbeitsplatz (erlittene Kränkungen in der Beziehung zum damaligen Freund und zur Vorgesetzten [...] im J. _____) wesentlich verändert. Dies gilt auch für die späteren Probleme in der Beziehung zur Schwiegermutter, welche in den Jahren 2006 bis 2011 zu einer erneuten psychiatrischen Behandlungsbedürftigkeit geführt hatten (AB 50.1 S. 17 Ziff. 4.1.4). Weiter war die Beschwerdeführerin auch in der Lage mit dem Auto anderthalb Stunden von ... nach ... an die Begutachtung zu fahren (AB 50.1 S. 16 Ziff. 4.1.1), wogegen sie noch anlässlich der 1999 erfolgten psychiatrischen Begutachtung angab, sie erleide bei der Fahrt mit dem Gatten im Auto oft Todesängste (AB 1.1 S. 144). Auch von dem anlässlich der neurologischen Begutachtung 1999 noch angegebenen sozialen Rück-

zug (AB 1.1/97 S. 11) konnte 2014 in Anbetracht der anamnestischen Erhebungen zum Tagesablauf und der Freizeitgestaltung, wonach sich die Beschwerdeführerin u.a. auch gerne mit einer Freundin zum Kaffeetrinken trifft (AB 50.1 S. 16), keine Rede mehr sein, worauf die RAD-Ärztin Dr. med. G._____ in ihrer Stellungnahme vom 3. Februar 2015 zu Recht hingewiesen hat. Auch liesse sich ein solcher Rückzug mangels entsprechend sozialversicherungsrechtlich relevanter Diagnosen auch nicht mit einer psychischen Erkrankung erklären.

Zusammenfassend ist damit erstellt, dass ab dem Zeitpunkt der interdisziplinären MEDAS-Begutachtung vom 26. und 28. Mai 2014 ein Revisionsgrund gegeben ist, indem von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes berichtet wird, und es sich beim MEDAS-Gutachten vom 16. Juni 2014 (AB 50.1), entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 8 Ziff. 13 und S. 10 Ziff. 15), nicht bloss um eine andere ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Zustandes handelt.

Somit ist nachfolgend der Rentenanspruch umfassend und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (vgl. E. 2.4 hiavor).

5.

Aufgrund des massgeblichen interdisziplinären MEDAS-Gutachtens vom 16. Juni 2014 (AB 50.1) besteht für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, so z.B. in der ambulanten Praxistätigkeit, eine 90%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, die vollschichtig realisierbar ist (S. 35 Ziff. 6.9).

5.1 Die aufgrund des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin mit der Heirat per Februar 1999 ihre im Rahmen ihrer Restarbeitsfähigkeit ausgeübte Erwerbstätigkeit aus nicht behinderungsbedingten Gründen aufgab (AB 50.1 S. 17 Ziff. 4.1.4), aufzuwerfende Frage, nach welcher Methode die Invalidität zu bemessen ist, liess die Beschwerdegegnerin seit jeher ungeprüft. Der Frage nach der zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Verfügung bzw. des aktuell festgelegten Status braucht vorliegend

deshalb nicht weiter nachgegangen zu werden, weil bei der freien Überprüfung des Rentenanspruchs selbst bei der für die Beschwerdeführerin günstigeren Annahme einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit gemäss den nachfolgenden Ausführungen kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr resultiert.

5.2 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).

5.3 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 (BfS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen bei Versicherten, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist in der Regel vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn („Total“) für Männer oder Frauen bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4; bis und mit LSE 2010) bzw. bei einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1; ab LSE 2012) auszugehen. Dabei sind in erster Linie die Lohnverhältnisse im privaten Sektor massgebend (SVR 2002 UV Nr. 15 S. 50 E. 3c cc). 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 müs-

sen. 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 pflichtgemäßem 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 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

5.4 Die Beschwerdegegnerin ist in ihrer Verfügung vom 6. Februar 2015 (AB 67) davon ausgegangen, dass per 2012 eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist und hat somit die Vergleichseinkommen auf diesen Zeitpunkt hin berechnet. Praxisgemäss hätte sie dagegen die Vergleichseinkommen auf das Jahr 2014 aufzurechnen gehabt. Demnach ist das Invalideneinkommen aufgrund des Totalwerts der Tabelle T1.2.10 (Nominallohnindex, Frauen, 2011-2014) des BfS für das Jahr 2013 um 0.7% und für 2014 um 1% zu erhöhen. Dagegen ist das Valideneinkommen gemäss Ziff. Q (Gesundheits- u. Sozialwesen) derselben Tabelle für das Jahr 2013 lediglich um 0.4% zu erhöhen; für das Jahr 2014 betrug die Nominallohnentwicklung sogar 0%. Daraus erhellt, dass die Beschwerdegegnerin vom für die Beschwerdeführerin günstigeren Lohn ausgegangen ist. Selbst wenn auf diesen abgestellt wird, resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad, wie die nachfolgenden Erwägungen ergeben.

5.5 Die Beschwerdeführerin lernte 1996 ihren heutigen Ehemann kennen, den sie 1998 heiratete (AB 1.1/138 S. 4 i.V.m. 1.1/87 S. 1 Ziff. 1.5). Von Mitte 1996 bis Juli 1999 pendelte sie von ... nach ..., wo das Paar in einer Wohnung zusammenwohnte. In ... hatte sie eine 1-Zimmerwohnung (AB 1.1/138 S. 5). Infolge beruflicher Veränderungen des Ehemannes (AB 1.1/24 S. 2) zog das Paar 2002 in den Kanton Bern (AB 1.1/1); per 15. April 2014 (AB 44) verlegte es seinen Wohnsitz in den Kanton Damit ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin auch im Gesundheitsfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr am J. _____ arbeiten würde, was

das Heranziehen des seinerzeitigen Einkommens für die Bestimmung des Valideneinkommens verbietet. Somit ist für die Berechnung des Valideneinkommens, nicht wie in der Verfügung vom 6. Februar 2015 (AB 67) erfolgt, das für die Invaliditätsberechnung 2002 massgebende Einkommen bis ins Jahr 2012 aufzuindexieren, sondern es ist auf der Grundlage statistischer Durchschnittslöhne zu ermitteln. Die Beschwerdeführerin besuchte von 1981 bis 1982 die ... am J. _____ und schloss diese mit dem Fähigkeitsausweis ab. Alsdann arbeitete sie bis Ende Januar 1999 als ... (AB 50.1 S. 12 Ziff. 3.1.2). Gemäss der Tabelle TA1 der LSE 2012 verdienten Frauen 2012 im Gesundheits- und Sozialwesen im Kompetenzniveau 2 (praktische Tätigkeiten wie z.B. ...) monatlich Fr. 5'084.--. Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Gesundheits- und Sozialwesen 2012 von 41.5 Stunden (vgl. Tabelle „betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS, Zeile Q [Gesundheits- und Sozialwesen]) ergibt sich ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 63'295.80 (Fr. 5'084.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.5 Stunden).

5.6 Was das Invalideneinkommen betrifft, so verdienten Frauen im Jahr 2012 im Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) gemäss dem Totalwert für Frauen der Tabelle TA1 der LSE 2012 monatlich 4'112.--. Aufgerechnet auf ein Jahr sowie unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Totalwert der Tabelle „betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS) und der gesundheitlichen Einschränkung von 10%, resultiert, wie die Beschwerdeführerin in der Beschwerde auf S. 15 Ziff. 11 zu Recht vorbringt, ein massgebliches Invalideneinkommen von Fr. 46'297.-- (Fr. 4'112.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.7 Stunden x 90%) und nicht ein solches von Fr. 48'515.--, wie dies die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 6. Februar 2015 (AB 67) fälschlicherweise angenommen hat. Was den Abzug vom Tabellenlohn betrifft, ist Folgendes auszuführen. Der Umstand allein, dass nur mehr leichte bis intermittierend mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ausgeführt werden können, rechtfertigt keinen Abzug vom Tabellenlohn, umfasst der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 doch bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten (Entscheid des BGer vom 5. April 2013,

8C_99/2013, E. 4.1.3). Der Leistungseinbusse von 10% hat die Beschwerdegegnerin zudem mit einem 10%-igen Abzug vom Tabellenlohn (AB 67 S. 2) genügend Rechnung getragen. Auch der Beschäftigungsgrad rechtfertigt keinen Abzug vom Tabellenlohn, zumal die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit vollschichtig einsetzbar ist (AB 50.1 S. 35). Die sonstigen Einzelfallkriterien (vgl. E. 5.3) begründen keinen zusätzlichen Abzug, ist die Beschwerdeführerin doch Schweizer Bürgerin (AB 1.1/94), kommen fehlenden Dienstjahren im untersten Kompetenzniveau im privaten Sektor keine grosse Bedeutung zu (Entscheid des BGer vom 16. Juli 2014, 8C_97/2014, E. 4.2) und werden Hilfsarbeiten auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt (Entscheid des BGer vom 6. Mai 2008, 8C_321/2007, E. 8.2.2).

5.7. Stellt man das Valideneinkommen von Fr. 63'295.80 dem Invalideneinkommen von Fr. 46'297.-- gegenüber, resultiert eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse von Fr. 11'097.50 (46'297.-- - 57'394.50) bzw. ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 19% (Fr. 11'097.50 x 100 / Fr. 57'394.50).

6.

6.1 Im Regelfall ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der 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 vermittle Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Diese Rechtsprechung ist grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die revisionsweise Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat. Ein Anspruch auf Massnahmen beruflicher Art setzt voraus, dass die objektive und subjektive

Eingliederungsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist (Entscheid des BGer vom 1. Februar 2012, 9C_726/2011 E. 5.1).

6.2 Die Beschwerdeführerin bezog zum Zeitpunkt der rentenaufhebenden Revisionsverfügung vom 6. Februar 2015 (AB 67) knapp seit über 15 Jahren eine Invalidenrente, weshalb vor der Rentenaufhebung grundsätzlich Integrations- und Eingliederungsmassnahmen zu prüfen wären. Im vorliegenden Fall sind jedoch trotzdem keine beruflichen Massnahmen notwendig. Bereits im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache verfügte die Beschwerdeführerin über eine Restarbeitsfähigkeit von mehr als 50%, welche sie zufolge Heirat bzw. Aufnahme der ... ihres Ehemannes nicht mehr bzw. nur noch in einem bescheidenen Ausmass von 20% (zwei halbe Tage pro Woche [vgl. u.a. AB 50.1 S. 17]) verwertete. Dass sie regelmässig auch als Rentenbezügerin gearbeitet hat, belegt, dass sie über Ressourcen verfügt, sich selber einzugliedern (Entscheid des BGer vom 22. Dezember 2014, 8C_586/2014, E. 8.2). Dabei handelt es sich um eine ideal leidensangepasste Tätigkeit im persönlichen Umfeld der ... des Ehemannes, bei dem es der Beschwerdeführerin umso leichter gelingen würde, durch Selbsteingliederung ihre verbleibenden Ressourcen optimal zu nutzen. Weshalb sie ihre Restarbeitsfähigkeit nicht im Rahmen eines höheren Pensums verwertete, kann nach den Ausführungen zum Status (vgl. E. 5.1 hiervor) auch mit Bezug auf die Frage der Verpflichtung zur Selbsteingliederung offen bleiben. Denn soweit der Grund dafür nicht in dem mit der Heirat erlangten sozialen Status liegen sollte, wäre mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, der Grund für die nicht volle Verwertung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit gründe in der im MEDAS-Gutachten festgestellten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung sowie deutlichen Selbstlimitierung (AB 50.1 S. 14 Ziff. 3.1.4, S. 16 Ziff. 4.1.1, S. 18 Ziff. 4.1.7, S. 23 Ziff. 4.2.8), womit es am erforderlichen Eingliederungswillen und somit an der Eingliederungsfähigkeit mangelt (Entscheid des BGer vom 20. Februar 2014, 9C_474, E. 6.3), worauf die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort zu Recht hinweist (S. 4 Ziff. 10).

7.

Die angefochtene Verfügung vom 6. Februar 2015 (AB 67) erweist sich damit als korrekt. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und somit abzuweisen.

8.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

8.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Advokat 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.