

200 15 355 IV
FUR/COC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. März 2016

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. März 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1974 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 30. Oktober 2005 unter Hinweis auf das Churg-Strauss-Syndrom bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1.1 S. 70 ff.). Nachdem die IV-Stelle des Kantons I. _____ erwerbliche und medizinische Abklärungen vorgenommen hatte, sprach sie der Versicherten mit Verfügung vom 16. Mai 2006 (AB 1.1 S. 5 ff.) bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 100% ab dem 1. September 2005 eine ganze IV-Rente zu.

In der Folge verlegte die Versicherte ihren Wohnsitz in den Kanton Bern, so dass das Dossier zur weiteren Bearbeitung an die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) überwiesen wurde (AB 1.1 S. 1). Anlässlich einer im Jahr 2007 eingeleiteten Revision von Amtes wegen (AB 2) bestätigte diese mit Mitteilung vom 24. Juli 2007 (AB 8) die Weiterausrichtung der laufenden ganzen IV-Rente (IV-Grad 100%).

B.

Im Rahmen einer im Jahr 2012 eingeleiteten Revision von Amtes wegen führte die IVB medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei veranlasste sie insbesondere eine polydisziplinäre Begutachtung durch die Fachärzte der MEDAS C. _____, (MEDAS; Gutachten vom 13. Juni 2014; AB 45.1; vgl. auch Stellungnahme zum MEDAS-Gutachten vom 6. August 2014; AB 47). Gestützt darauf stellte sie mit Vorbescheid vom 21. August 2014 (AB 48) mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens die Aufhebung der ganzen IV-Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats in Aussicht. Mit diesem Vorbescheid zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden (AB 53).

Nach Einholung einer Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 60) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 29. Januar 2015 (AB 61)

erneut die Aufhebung der ganzen IV-Rente in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte wiederum nicht einverstanden (AB 62). Am 11. März 2015 (AB 65) verfügte die IVB wie im Vorbescheid angekündigt und hob die bisher ausgerichtete ganze IV-Rente auf Ende des folgenden Monats (Ende April 2015) auf. Einer allfälligen gegen diesen Entscheid gerichteten Beschwerde entzog sie gleichzeitig die aufschiebende Wirkung (S. 3).

C.

Hiergegen lässt die Versicherte am 21. April 2015 Beschwerde erheben und folgende Anträge stellen:

1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die bisherige, per 30. April 2015 eingestellte IV-Rente weiter auszurichten.
2. Eventualiter: Es seien seitens des Gerichts ergänzende medizinische Abklärungen anzuordnen bzw. die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, solche durchzuführen.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Mai 2015 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 7. Januar 2016 reichte die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme und diverse medizinische Berichte beim Gericht ein.

Mit Stellungnahme vom 12. Februar 2016 hält die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

Am 26. Februar 2016 ging eine weitere Stellungnahme der Beschwerdeführerin mit diversen Arztberichten beim Gericht ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. März 2015 (AB 65). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und dabei insbesondere die revisionsweise Aufhebung der bisher ausgerichteten ganzen IV-Rente.

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).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

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 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.4 Um den IV-Grad 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).

2.5 Ändert sich der IV-Grad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

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).

3.

3.1 Vorab ist zu prüfen, ob zwischen der Verfügung vom 16. Mai 2006 (AB 1.1 S. 5 ff.) – anlässlich welcher die letzte materielle Überprüfung des Rentenanspruchs stattfand (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2) – und der hier angefochtenen Verfügung vom 11. März 2015 (AB 65) eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen

Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 16. Mai 2006 (AB 1.1 S. 5 ff.) stützte sich massgebend auf den Schlussbericht des RAD J. _____ vom 15. März 2006 (AB 1.1 S. 16 ff.). In diesem wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin leide an einem Churg-Strauss-Syndrom. Dabei handle es sich um eine eigenständige Erkrankung, die durch eine nekrotisierende granulomatöse Vaskulitis, eine periphere Eosinophilie und ein Asthma gekennzeichnet sei. Die Beschwerdeführerin stehe zurzeit unter Kortikosteroidtherapie. In der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 17).

3.3 Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 11. März 2015 (AB 65) liegen insbesondere folgende Berichte zugrunde:

3.3.1 Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 18. Juni 2012 (AB 21 S. 4 ff.) insbesondere ein hypereosinophiles Syndrom (Differentialdiagnose Churg-Strauss Vaskulitis), kardiovaskuläre Risikofaktoren sowie ein Cushing-Syndrom. In der Untersuchung zeige sich ein normal strukturiertes Herz (S. 4 f.). Eine pulmonale Hypertonie liege nicht vor und eine Herzinsuffizienz könne nicht nachgewiesen werden. Das Ruhe-EKG sei unauffällig. In der Ergometrie habe eine normale Leistungsfähigkeit dokumentiert werden können. Hinweise auf eine belastungsinduzierte Myokardischämie hätten nicht bestanden. Die kardialen Befunde seien somit weitgehend unauffällig und die beklagten Thoraxschmerzen am ehesten muskuloskelettal bedingt (S. 6).

3.3.2 Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 3. Juli 2012 (AB 22) ein Cushing-Syndrom, ein Hypereosinophilie-Syndrom und eine Eosinophile Oesophagitis. Klinisch bestehe zurzeit eine Remission. Im Vordergrund stehe das Cushing-Syndrom. Die Beschwerdeführerin nehme selbst 15mg Spiricort® ein. Unter dieser Therapie finde sich weder eine humorale Aktivität noch eine Erhöhung der Eosinophilenzahlen. Das Nüchtern-Cortisol sei im unteren Normbereich. Erneut habe er versucht der Be-

schwerdeführerin die Gefahren einer regelmässigen, hochdosierten Steroidtherapie nahe zu bringen. Der Arzt empfahl eine Steroidreduktion (S. 1).

3.3.3 Prof. Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Allergologie und klinische Immunologie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 19. Februar 2013 (AB 55 S. 9 ff.) ein Hypereosinophilie-Syndrom, ein Cushing-Syndrom, eine Salicylat-Intoleranz und Moxifloxacin-Allergie sowie eine seborrhoische Dermatitis (S. 9). Die Symptome der Beschwerdeführerin würden am besten durch Steroide kontrolliert werden, was jedoch zu einem beträchtlichen Cushing-Syndrom und einer relativen Nebennierenrinden-Insuffizienz geführt habe. Eine Reduktion der Steroiddosis sei erfolgt. Die Beschwerdeführerin klagt vor allem über einen sehr zähen Schleim. Dies obwohl das IL5 normal, die Eosinophilen nicht erhöht und die Beschwerdeführerin bezüglich Asthma und Polypen recht gut kontrolliert sei (S. 10).

3.3.4 Die Fachärzte der MEDAS diagnostizierten im polydisziplinären Gutachten vom 13. Juni 2014 (AB 45.1) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Episode, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.0), eine Dysthymie (ICD-10 F34.1), ein Hypereosinophilie-Syndrom und ein intrinsisches Asthma bronchiale. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden insbesondere eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits, unspezifische Kreuzschmerzen und eine Bursitis olecrani rechts festgehalten (S. 21 Ziff. 6.1). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einengung des Denkens mit erkennbaren destruktiven Bewertungsmustern mit Sorge um die Krankheitsausprägung, welches sich unter anderem in der Nichteinhaltung verordneter Medikation äussere. In der Folge verstärke sich die Selbstbeobachtung und führe zu deutlicher Selbstlimitierung aus Angst vor Verschlechterung. Diese Krankheitsangst trete im Rahmen von Depressionen auf. Die Müdigkeit und das Erschöpfungsgefühl bereits nach geringer Belastung seien ebenfalls der affektiven Störung (Dysthymie/Depression) zuzuschreiben und an Minderwertigkeitsgefühle, Schuld- und Versagensgefühlen bezüglich der Rollenerfüllung als Mutter, Ehefrau und Berufstätige gekoppelt. Es bestehe eine Affektlabilität mit wiederkehrendem Weinen insbesondere bei Schilderung der Befindlichkeit als Ausdruck der Belastung. In der Gesamtbeurteilung sei die geschilderte und

beobachtbare Symptomatik als leichte depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung auf der Grundlage einer Dysthymie zu bewerten (S. 16 f.). Infolge der unzureichend behandelten psychiatrischen Störungsbilder bestehe derzeit eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Nach konsequenter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung könne eine Arbeitsfähigkeit von 70% erreicht werden (S. 17). Aus rheumatologischer Sicht wurde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert (S. 18). Aus pneumologischer Sicht habe sich bei der durchgeführten Spiroergometrie bei insgesamt normaler körperlicher Leistungsfähigkeit keine pulmonale Limitierung gezeigt. Bei normalen Atemwiderständen, einem normalen Peak-flow (100% Soll), einer Einsekundenkapazität von 90% Soll und insgesamt derzeit moderaten klinischen Beschwerden sei von einem leichtgradig persistierenden Asthma bronchiale auszugehen. Anhand der vorliegenden erweiterten laborchemischen Diagnostik sei eine allergisch bronchopulmonale Mykose als Ursache des unter Steroidbehandlung partiell unkontrollierten Asthmas bronchiale eher unwahrscheinlich. Der aktuelle klinische Befund spreche insgesamt eher gegen das Vorliegen einer systemischen Vaskulitis. Zusammenfassend liege bei nicht nachweisbarer pulmonaler Limitierung eine normale körperliche Leistungsfähigkeit vor. Aus pneumologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrem angestammten Beruf 100% arbeitsfähig (S. 19). Aus immunologischer Sicht sei das bestehende Asthma kontrolliert. Es bestehe weder eine Eosinophilie noch lägen Hinweise auf eine Vaskulitis vor. Deshalb bestehe aktuell keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ferner wurde eine möglichst vollständige Reduktion der systemischen Steroidtherapie empfohlen. Sollte sich dabei erneut eine relevante Eosinophilie oder ein unkontrolliertes Asthma zeigen, sei eine neue Diagnostik und eine neue Beurteilung der Arbeitsfähigkeit angezeigt (S. 21). Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten und in jeder anderen (leichten bis mittelschweren) Tätigkeit aufgrund des psychiatrischen Störungsbildes zu 50% arbeitsfähig. Gesamthaft gesehen habe sich das immunologische Krankheitsbild seit der Diagnosestellung im Jahr 2004 stabilisiert. Somit sei diesbezüglich eher eine Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten (S. 25 oben und Ziff. 7.2 f.).

In der Stellungnahme zum MEDAS-Gutachten vom 6. August 2014 (AB 47) wurde ergänzend ausgeführt, die immunologische Erkrankung könne zwischenzeitlich als gebessert eingestuft werden. Die somatischen Erkrankungen seien in den Hintergrund getreten. Neu hinzugekommen sei die bisher unbehandelte, jedoch behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankung, welche aus gesamtgutachterlicher Sicht für die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im Vordergrund stehe. Eine somatisch erklärbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe derzeit nicht (S. 1).

3.3.5 Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 29. Oktober 2014 (AB 57) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein Hypereosinophilie-Syndrom mit Sinusitis, eine Pneumopathie mit Bronchiektasen, eine Ösophagitis und rezidivierende Infektschübe (S. 2 Ziff. 1.1). Er attestierte seit September 2004 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.6). Es träten mehrmals pro Monat rezidivierende Infekte mit starker Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes auf (S. 3 Ziff. 1.4). Es bestehe eine rasche Erschöpfbarkeit und eine verlängerte Erholungszeit. Bereits relativ geringe Überbelastung führe zu tagelanger Erschöpfung bei erneutem Infekt. Die Haushaltsarbeit könne die Beschwerdeführerin nur im Umfang von ca. 50% bewältigen. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar und mit der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden (S. 4 Ziff. 1.7 – 1.9). Schliesslich erachtete der Arzt rein sitzende Tätigkeiten zu ein bis zwei Stunden am Tag (10%-20%) zumutbar (S. 6).

3.3.6 Auf Ersuchen der Beschwerdeführerin nahm Dr. med. E. _____ am 12. Januar 2015 zum MEDAS-Gutachten Stellung (AB 59 S. 2 f.). Aufgrund des langjährigen, chronischen Krankheitsverlaufes liege mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Hypereosinophilie-Syndrom vor. Dies manifestiere sich derzeit in einem wechselnden Ausmass einer Asthmaerkrankung. Möglicherweise bestünden zudem psychische Veränderungen. Die aktuellen funktionellen Einschränkungen bestünden in einer hormonell verminderten Stressanpassung (Nebennieren-Insuffizienz) und einer möglicherweise auch psychischen Abhängigkeit von der Kortison-Therapie. Entsprechend müsste für die Rentenzumessung auf jeden Fall eine psychiatrische möglicherweise auch endokrinologische Beurteilung erfolgen (S. 2). Im ersten

Arbeitsmarkt sei die Beschwerdeführerin nicht einsetzbar (fehlende Belastbarkeit, Stress-Intoleranz, langdauernde Krankheit). Im Rahmen einer medizinischen Gesamtbeurteilung sei von einer ca. 50%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Hinsichtlich der initialen Rentenbemessung habe sich keine entscheidende Verbesserung ergeben, die ein Absprechen der Rente rechtfertige. In diesem Sinne erscheine zwar die im Gutachten formulierte Krankheitsbeurteilung adäquat, die daraus folgenden Konsequenzen (Absprechen der Rente) seien aus medizinischen Gründen jedoch auf keinen Fall gerechtfertigt (S. 3).

3.3.7 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens führte der RAD-Arzt Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, am 22. Januar 2015 (AB 60) aus, auf die Beurteilung im MEDAS-Gutachten könne abgestützt werden. In diesem seien insbesondere die Folgen der Dauersteroid-Therapie und das psychische Leiden ausreichend berücksichtigt worden (S. 2).

Ferner führte der RAD-Arzt im Rahmen des Beschwerdeverfahrens am 28. April 2015 (AB 68) aus, die in der bildgebenden Untersuchung vom 13. Februar 2015 sichtbaren bronchitischen Veränderungen seien mit den Diagnosen im MEDAS-Gutachten vereinbar. Rückschlüsse auf das funktionelle Leistungsprofil seien damit nicht möglich. Für die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit sei die durch die Gutachter durchgeführte Spiroergometrie aussagekräftig. Die vorgesehene endokrinologische Abklärung sei für die Beurteilung des funktionellen Leistungsprofils ebenfalls nicht massgebend. Für die Beurteilung des vorliegenden Sachverhaltes sei auf das MEDAS-Gutachten abzustellen (S. 2).

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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der vorliegend angefochtenen Verfügung massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 13. Juni 2014 (AB 45.1) gestützt. Die Gutachter haben sich in ihren ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das Gutachten die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Auf dieses Gutachten ist – wie nachfolgend dargelegt wird – abzustellen.

3.5.1 Zunächst haben die Gutachter aufgezeigt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht verbessert hat. Diesbezüglich haben sie nachvollziehbar dargelegt, dass sich das immunologische Krankheitsbild seit der Diagnosestellung im Jahr 2004 – und somit auch im Vergleich zur Beurteilung im RAD-Bericht vom 15. März 2006 – (AB 1.1 S. 16 ff.) – stabilisiert hat und deshalb als gebessert eingestuft werden kann (AB 45.1 S. 25; vgl. auch AB 47 S. 1). Daran ändert nichts, dass Dr. med. E. _____ im Bericht vom 12. Januar 2015 (AB 59 S. 2 f.) das Eintreten einer Verbesserung verneint hat (S. 3). Denn dies steht klar

im Widerspruch zu seiner Beurteilung im Bericht vom 3. Juli 2012 (AB 22), in welchem der behandelnde Arzt von einer Remission ausgegangen ist. So kommt Dr. med. E. _____ im Rahmen seiner medizinischen Gesamtbeurteilung selber zum Schluss, dass eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50% besteht (AB 59 S. 3), was im Vergleich zur Rentenzusprache, welche auf der Annahme einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit beruht (vgl. AB 1.1 S. 17), die aus medizinischer Sicht erhobene Verbesserung unterstreicht.

Somit ist eine revisionsrechtlich erhebliche Änderung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustands im massgebenden Zeitraum zwischen der Rentenverfügung vom 16. Mai 2006 (AB 1.1 S. 5 ff.) und der hier angefochtenen Verfügung 11. März 2015 (AB 65) mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360) erstellt. Diese Änderung ist geeignet, den IV-Grad und somit den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu beeinflussen, weshalb dieser nachfolgend frei zu prüfen ist (vgl. E. 2.5 hiervor).

3.5.2 Bezüglich des Gesundheitszustandes und der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit haben die MEDAS-Gutachter einlässlich begründet, dass die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht insbesondere an einem Hypereosinophilie-Syndrom und einem Asthma bronchiale leidet und dass aus rheumatologischer, pneumologischer und immunologischer Sicht in der angestammten Tätigkeit jedoch keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (mehr) bestehen. Diese Beurteilung ist nicht nur für sich allein nachvollziehbar und überzeugend, sie wurde im weiteren Verlauf vom RAD-Arzt Dr. med. H. _____ in seinen Stellungnahmen vom 22. Januar 2015 (AB 60) und 28. April 2015 (AB 68) bestätigt. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin sind die Gutachter in ihrer Beurteilung nicht von der Hypothese ausgegangen, dass die empfohlene Reduktion der Steroidtherapie erfolgreich und komplikationslos verlaufen werde (Beschwerde S. 9). Aus dem Gutachten geht klar hervor, dass für die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der aktuelle Gesundheitszustand beurteilt worden ist. Dabei wurde auch eine Steroidreduktion empfohlen. Gleichzeitig wurde jedoch darauf hingewiesen, falls durch diese Reduktion eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eintreten soll-

te, eine neue Beurteilung der Arbeitsfähigkeit angezeigt sei (AB 45.1 S. 21). Auf diese prognostische Einschätzung ist vorliegend abzustellen.

An der schlüssigen Beurteilung im Gutachten ändert nichts, dass Dr. med. G._____ im Bericht vom 29. Oktober 2014 (AB 57) eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und dabei als bestehende körperliche resp. psychische Einschränkungen eine rasche Erschöpfbarkeit und eine verlängerte Erholungszeit erwähnt (S. 3 Ziff. 1.6 und S. 4 Ziff. 1.7). Denn die Gutachter haben gestützt auf die durchgeführte Spiroergometrie dargelegt, dass bei der Beschwerdeführerin eine normale körperliche Leistungsfähigkeit besteht (AB 45.1 S. 19), was seinen Rückhalt im Bericht von Dr. med. D._____ vom 18. Juni 2012 (AB 21 S. 4 ff.) findet. Damit ist insbesondere die geltend gemachte rasche Erschöpfbarkeit somatisch nicht erklärbar. Diesbezüglich geht aus dem Gutachten klar hervor, dass die bestehende Müdigkeit und das Erschöpfungsgefühl der diagnostizierten Dysthymie und depressiven Störung zuzuschreiben sind, wobei es sich jedoch nicht um invalidisierende Diagnosen resp. Krankheiten handelt (vgl. E. 3.5.3 hiernach). Darüber hinaus ist die Einschätzung von Dr. med. G._____ in sich widersprüchlich. Einerseits attestierte er eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit und beurteilte die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit als nicht wahrscheinlich (S. 3 Ziff. 1.6 und S. 4 Ziff. 1.9). Andererseits erachtete er rein sitzende Tätigkeiten zu ein bis zwei Stunden am Tag (10% – 20%) zumutbar (S. 6).

Soweit Dr. med. E._____ im Bericht vom 12. Januar 2015 (AB 59 S. 2 f.) die Beschwerdeführerin im ersten Arbeitsmarkt als nicht einsetzbar einschätzte (fehlende Belastbarkeit, Stress-Intoleranz, langdauernde Krankheit), kann ihm nicht gefolgt werden. Wie soeben dargelegt worden ist, geht sowohl aus dem MEDAS-Gutachten vom 13. Juni 2014 (AB 45.1) wie auch aus dem Bericht von Dr. med. D._____ vom 18. Juni 2012 (AB 21 S. 4 ff.) klar hervor, dass die Leistungsfähigkeit weder aus kardiologischer noch aus pneumologischer Sicht eingeschränkt ist. Ausserdem ist nicht nachvollziehbar, warum Dr. med. E._____ einerseits im ersten Arbeitsmarkt eine Arbeitsfähigkeit verneinte und andererseits als „Gesamtbeurteilung“ von einer ca. 50%-igen Arbeitsfähigkeit ausging (S. 3). Letztlich bleibt darauf hinzuweisen, dass das Asthma bronchiale, durch welches

sich gemäss Dr. med. E. _____ das bestehende Hypereosinophilie-Syndrom derzeit manifestiere, gestützt auf die nachvollziehbare Beurteilung im MEDAS-Gutachten kontrolliert ist und keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bewirkt (AB 45.1 S. 21). Dass das bestehende Asthma kontrolliert ist wurde zudem bereits im Bericht von Prof. Dr. med. F. _____ vom 19. Februar 2013 festgestellt (AB 55 S. 10).

Auch die zahlreichen im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Berichte ändern vorliegend nichts, da sie sich nicht zum Gesundheitszustand bis zum hier massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügungen äussern. Dass bis zum Verfügungszeitpunkt im März 2015 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten wäre, geht aus den Akten nicht hervor resp. wurde vom RAD-Arzt Dr. med. H. _____ in seinen Stellungnahmen vom 22. Januar 2015 (AB 60) und 28. April 2015 (AB 68) schlüssig verneint. Eine allfällig später eingetretene Verschlechterung insbesondere im Zusammenhang mit der durchgeführten Steoridreduktion (Beschwerde S. 4 f. Art. 1) wäre im Rahmen einer Neuanmeldung geltend zu machen.

3.5.3 Entgegen der Auffassung von Dr. med. E. _____ (AB 59 S. 2) ist im MEDAS-Gutachten vom 13. Juni 2014 (AB 45.1) auch eine psychiatrische Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgt. Diesbezüglich haben die Gutachter unter Beizug der klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10 (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 f.) nachvollziehbar aufgezeigt, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht an einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit leichte Episode, und an einer Dysthymie leidet (AB 45.1 S. 15 ff. und 21 Ziff. 6.1).

Soweit die Gutachter aufgrund dieser Diagnosen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert haben (S. 17), kann ihnen mit Bezug auf die vorliegend streitigen Belange resp. aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht nicht gefolgt werden. Denn zum einen ist eine leichte depressive Episode rechtsprechungsgemäss (grundsätzlich) nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität (Art. 4 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 8 ATSG) zu begründen, zumal bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten

Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Januar 2010, 9C_260/2009, E. 2.3). Zum anderen kommt eine Dysthymie, welche – wie hier – nicht zusammen mit anderen Befunden wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung auftritt, nach der Rechtsprechung nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich; sie ist allein somit regelmässig nicht invalidisierend (SVR 2011 IV Nr. 17 S. 45 E. 2.2.2).

Letztlich bleibt darauf hinzuweisen, dass – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 6 Art. 2) – das MEDAS-Gutachten 13. Juni 2014 (AB 45.1) bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keinesfalls widersprüchlich ist. Daraus geht klar hervor, dass nur aus psychiatrischer Sicht Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestehen, welche jedoch – wie soeben dargelegt wurde – aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unbeachtlich sind.

3.5.4 Nach dem Dargelegten ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. Der Sachverhalt ist gestützt auf die vorliegenden Arztberichte hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem Antrag in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I 2) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Bei dieser Sachlage erübrigt sich die Durchführung eines Einkommensvergleichs. Da keine Invalidität im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 hiervor) vorliegt, besteht kein Anspruch mehr auf eine IV-Rente; der Zeitpunkt der Renteneinstellung (AB 65 S. 3) ist nicht zu beanstanden (Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Die angefochtene Verfügung ist dementsprechend nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

4.

4.1 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.

4.2 Vorliegend 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):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 25. Februar 2016)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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