

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 22. März 2016 abgewiesen (9C_955/2015).

200 15 376 IV
SCJ/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. November 2015

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. März 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre berufliche Tätigkeit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend SUVA) nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG; SR 832.20) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als sie am 4. November 1994 (vgl. u.a. Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin; act. II] 13.5/45 S. 2) und am 26. Juli 1995 (act. II 13.5/49) in Verkehrsunfälle verwickelt war. Die SUVA anerkannte ihre Leistungspflicht und kam für die Kosten der Heilbehandlung sowie die Folgen der Arbeitsunfähigkeit auf. Wegen der Beeinträchtigungen aus dem Unfall vom 26. Juli 1995 sprach die SUVA der Versicherten mit Verfügung vom 13. Juni 2002 (act. II 44) ab 1. Juni 2002 eine Invalidenrente der obligatorischen Unfallversicherung aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 100% zu.

B.

Am 13. Juli 2000 (act. II 2) meldete sich die Versicherte bei der IV-Stelle Solothurn (nachfolgend IVSO) mit Hinweis auf ein Schleudertrauma verbunden mit sehr starken andauernden Kopfschmerzen sowie Überempfindlichkeit am ganzen Körper zum Leistungsbezug an. Daraufhin führte diese berufliche und medizinische Abklärungen durch bzw. holte die Unfallakten bei der SUVA ein. Mit Verfügung vom 16. Januar 2003 (act. II 48) sprach die IVSO der Versicherten ab 1. November 2000 aufgrund eines Invaliditätsgrads von 100% eine ganze Rente zu. Im Rahmen einer 2006 (act. IIA 54) in die Wege geleiteten Rentenrevision bestätigte die IVSO einen unveränderten Invaliditätsgrad (act. IIA 62). Infolge Wohnsitznahme im Kanton Bern überwies die IVSO am 5. Juni 2007 (act. IIA 66) die Akten an die IVB. Diese bestätigte ihrerseits nach einem 2011 (act. IIA 77) durchgeführten Rentenrevisionsverfahren den weiteren Anspruch auf eine ganze IV-Rente aufgrund eines unveränderten Invaliditätsgrads (act. IIA 84).

C.

Anlässlich der 2013 (act. IIA 85) eingeleiteten erneuten Rentenüberprüfung tätigte die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) vom 20. Oktober 2014 (act. IIA 108.1) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 5. Dezember 2014 (act. IIA 110) die Aufhebung der IV-Rente in Aussicht. Mit separatem Schreiben vom gleichen Tag (act. IIA 111) teilte die IVB der Beschwerdeführerin mit, sofern sie an Massnahmen zur Wiedereingliederung teilnehme, werde die Rente bis zum Abschluss der Massnahmen weiter ausgerichtet, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Rentenaufhebung. Am 8. Dezember 2014 (act. IIA 113) erklärte sich die Versicherte für Massnahmen der Wiedereingliederung bereit, erhob indessen gegen den Vorbescheid vom 5. Dezember 2014, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingaben vom 30. Dezember 2014 (act. IIA 117) sowie 13. Februar 2015 (act. IIA 119) Einwände. Mit Verfügung vom 26. März 2015 (act. IIA 121) entschied die IVB wie im Vorbescheid angekündigt.

D.

Mit Eingabe vom 29. April 2015 liess die Versicherte hiergegen Beschwerde erheben mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 26. März 2015 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die bisherige IV-Rente weiterhin zu gewähren.
2. Eventualiter sei ein polydisziplinäres gerichtliches Gutachten einzuholen und über den IV-Rentenanspruch im Anschluss neu zu befinden.
3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Eingabe vom 11. Mai 2015 auf Abweisung der Beschwerde.

Infolge des höchstrichterlichen Urteils vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) liess die Beschwerdeführerin am 24. Juni 2015 Schlussbemerkungen einreichen und erneuerte ihren Antrag auf Gutheissung der Beschwerde.

Die Beschwerdegegnerin reichte am 16. Juli 2015 auf gerichtliche Aufforderung hin ihrerseits eine Stellungnahme ein und hielt am Begehren auf Abweisung der Beschwerde fest. Hierzu äusserte sich die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 13. August 2015.

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.

Verfügungsweise wurde ihre ganze IV-Rente in Anwendung von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG; SR 831.20; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket [SchlBest. IV 6/1; in Kraft seit 1. Januar 2012]) per Ende April 2015 aufgehoben. Auch wenn die laufende Rente aufgrund von lit. a Abs. 3 SchlBest. IV 6/1 längstens während zwei Jahren weiter ausgerichtet werden kann, sofern und solange Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a durchgeführt werden – was der Beschwerdeführerin am 5. Dezember 2014 denn auch in Aussicht gestellt worden ist (act. IIA 111) -, hat sie dennoch ein schutzwürdiges Interesse an einer Überprüfung der angefochtenen Verfügung (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. 2). Denn die Ausrichtung der zum Voraus auf maximal zwei Jahre befristeten und von weiteren Voraussetzungen abhängigen Leistung gestützt auf lit. a Abs. 3 SchlBest. IV 6/1 ist ein eigenständiger Leistungsan-

spruch und ändert nichts daran, dass die am 26. März 2015 angeordnete Rentenaufhebung rechtskräftig würde, sofern sie unangefochten bliebe. Somit ist die Beschwerdeführerin zur Beschwerde befugt (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 26. März 2015 (act. IIA 121). Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der verfügten Rentenaufhebung per 30. April 2015.

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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.2 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 Ar-

beitsmarkt (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).

2.3

2.3.1 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). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). 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 (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

2.3.2 Die Sachverständigen sollen die Diagnose eines psychosomatischen Leidens so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose eines psychosomatischen Leidens führt im Weiteren nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Ge-

sichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Regelmässig liegt keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale eines psychosomatischen Leidens gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287).

2.3.3 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2).

Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Res-

sources) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

Aus Gründen der Rechtsgleichheit ist es geboten, sämtliche psychosomatischen Leiden den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 141 V 281 E. 4.2 S. 298, 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283). Die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze sind deshalb analog anwendbar auf „dissoziative Störungen gemischt“ (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 24. Februar 2014, 8C_468/2013, E. 6).

2.4 Gemäss lit. a SchIBest. IV 6/1 werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind (Abs. 1). Davon nicht erfasst sind Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen (Abs. 4). Als relevanter Anknüpfungspunkt für den über 15-jährigen Rentenbezug gilt der Beginn des Rentenanspruchs und nicht das Datum der (rechtskräftig erlassenen) Rentenverfügung (BGE 139 V 442 E. 4.3 S. 450).

Die mit BGE 141 V 281 erfolgte Preisgabe der Überwindbarkeitsvermutung bei psychosomatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen bringt keine Ab-

kehr von der zu lit. a Abs. 1 SchIBest. IV 6/1 ergangenen Rechtsprechung gemäss BGE 139 V 547 (E. 3.7.2 S. 295).

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.

Die Beschwerdegegnerin hat mit Verfügung vom 26. März 2015 (act. IIA 121) die bisher ausgerichtete ganze Rente der Beschwerdeführerin mit Wirkung per Ende des dem Zustellungsdatum folgenden Monats - d.h. per Ende April 2015 - aufgehoben. Umstritten ist, ob die Rentenaufhebung zu Recht erfolgt ist (vgl. E. 2.4. hiervor). Dabei stellt sich vorab die Frage, auf welcher Grundlage die Rente ursprünglich zugesprochen worden ist.

3.1 Dr. med. C. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, stellte im Bericht vom 10. November 2000 (act. II 16/1) folgende Diagnosen und Verdachtsdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Fibromyalgie, bestehend seit ca. November 1999, tendenziell zunehmend.
- Chronisches Cervicovertebral- und Cervicooccipitalsyndrom sowie cervico-spondylogenes Syndrom links ausgeprägter als rechts bei leichter bis mässiger Fehlhaltung des Achsenorgans, Status nach Rotationsdistorsion der HWS mit Seitenaufprall am 4. November 1994 und mit Frontalaufprall am 26. Juli 1995, Verdacht auf cervicogenen Schwindel.
- Verdacht auf leichtes cervicoencephales Syndrom mit Konzentrations- und Gedächtnisstörungen.
- Chronisch rezidivierendes Thoracolumbovertebralsyndrom bei Status nach Distorsion des Achsenorgans 1994 und 1995 mit rezidivierenden segmentalen Dysfunktionen, mässige Fehlhaltung des Achsenorgans und muskulärer Dysba-

lance im Schulter- und Beckengürtelbereich, Dekonditionierung im Bereich des gesamten Achsenorgans (März 1996).

- Reaktive depressive Veränderung (seit ca. vier bis fünf Jahren; S. 1 lit. A1).

Körperlich bestehe eine ausgeprägte generalisierte muskuläre Insuffizienz (Dekonditionierungssyndrom) sekundär bei Fibromyalgie, mit Betonung des Nackens/Schultergürtels. In diesem Zusammenhang könnten keine körperlich belastenden Arbeiten zugemutet werden, keine Arbeiten in unphysiologischen Körperhaltungen, insbesondere im Bereich des Achsenorgans, kein Heben von Lasten, insbesondere in unphysiologischer Stellung und kein repetitives Heben von Lasten. Bei einer allfälligen beruflichen Tätigkeit resp. Ausbildung/Wiedereingliederung sollte die Möglichkeit geboten werden, die Körperhaltung häufig zu wechseln (Sitzen/Stehen/Herumgehen). Bei intellektuellen Tätigkeiten komme es relativ rasch zu einem Leistungseinbruch mit Abnahme der peripheren Wahrnehmungsleistung sowie geteilter Aufmerksamkeit und Verstärkung der subjektiven Symptome, insbesondere Kopfschmerzen. Möglicherweise bestehe im Rahmen der langdauernden Erkrankung eine sekundäre, zunehmend depressive Stimmungslage. Eigentliche psychische Einschränkungen, soweit durch den Somatiker beurteilbar, bestünden keine (S. 6 Ziff. 1). Die frühere Tätigkeit als ... sei aktuell kaum zumutbar, höchstens reduziert zu 50% (Ziff. 2). Für leichte Wechseltätigkeiten zum Zweck der Weiterbildung bestehe eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit. Die Steh- und Sitzdauer betrage max. 20 - 40 Minuten, die Gehstrecke sei nicht eingeschränkt, das Arbeitspensum liege bei maximal vier Stunden pro Tag und das Arbeitstempo sei leicht vermindert, insbesondere bei anstrengenden intellektuellen Tätigkeiten (Ziff. 3).

Gemäss dem Gutachten der psychiatrischen Spital D. _____ vom 7. Juni 2001 (act. II 32/2) konnte aktuell aus psychiatrischer Sicht keine depressive Störung mehr diagnostiziert werden. Für die Diagnose einer Somatisierungsstörung würden die typischen Symptome und Verhaltensweisen weitgehend fehlen. Die Beschwerdeführerin erfülle damit keine Kriterien für die Diagnose einer psychischen Störung (S. 11 f.). Es gehe ihr heute in psychischer Hinsicht deutlich besser als noch vor anderthalb Jahren. Sie habe sich gut mit ihrem Zustand auseinandergesetzt und die Ereignisse erstaunlich gut verarbeitet (S. 12). Das psychische Beschwerdebild im Sinne der Konzentrationsstörungen sei erstmals im März 1997 aufgetreten und

hätte im Verlauf zugenommen. Eine zwischenzeitlich in den Akten beschriebene depressive Symptomatik sei heute nicht mehr feststellbar (Ziff. 3). Die Ursachen der verminderten psychischen Ausdauer und Leistungsfähigkeit seien unklar. Sie fänden sich zum Teil bei chronischen Schmerzzuständen mit oder ohne Depression (Ziff. 4). Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen seien Teil des chronischen Schmerzsyndroms, das bei der Beschwerdeführerin als Fibromyalgie-Erkrankung bezeichnet worden sei. Es handle sich um eine chronische Erkrankung, bei welcher im weiteren Verlauf nicht mit einer baldigen Besserung gerechnet werden könne. Eine psychiatrische Behandlung sei aktuell nicht indiziert. Zur Beeinflussung der Schmerzsymptomatik (und nicht zur Behandlung einer Depression) empfahlen die Gutachter einen Therapieversuch mit einem trizyklischen Antidepressivum (S. 15 Ziff. 10). Aufgrund der bestehenden Schmerzsymptomatik, d.h. insbesondere der Kopfschmerzen, die während der Arbeit stark zunehmen würden, sei die Beschwerdeführerin psychisch sehr gering belastbar. Es müsse dabei erwähnt werden, dass es nicht primär um eine psychische Störung gehe, sondern dass die dauernden Beschwerden die Beschwerdeführerin psychisch einschränken würden, was sich u.a. auch im Auftreten von Konzentrationsstörungen und der Zunahme von Fehlern während der Arbeit äussere. Diese Umstände würden auch das Zustandekommen von depressiven Episoden fördern, wobei die Beschwerdeführerin momentan keine wesentlichen depressiven Symptome zeige (S. 14 Ziff. 7).

Kreisarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie FMH, führte in seiner Beurteilung vom 26. Juli 2001 (act. II 38.2/7) aus, es handle sich um ein chronifiziertes Schmerzsyndrom, das wiederholt von Rheumatologen als Fibromyalgie bezeichnet worden sei (S. 7). Insgesamt sei es nicht gelungen, der Beschwerdeführerin Strategien und Verhaltensmassnahmen, auch Therapien, sei es physiotherapeutischer oder medikamentöser Art, zu vermitteln, die die Chronifizierung des diagnostischen Fibromyalgie-Syndroms verhindert hätten. Im Verlauf und angesichts des jetzigen Zustandes stelle sich die Frage, in wie weit hier nicht die medizinische Diagnostik der Fibromyalgie einen „iatrogenisierenden“, sicher aber chronifizierenden Effekt habe (S. 8).

3.2 Aufgrund dieser ärztlichen Unterlagen ist erstellt, dass die mit Verfügung vom 16. Januar 2003 erfolgte Zusprechung einer ganzen IV-Rente auf der Grundlage eines unklaren Beschwerdebildes im Sinne von lit. a Abs. 1 SchlBest. IV 6/1 erfolgt ist, was im Übrigen von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten wird. Zudem sind auch die Ausschlusskriterien gemäss lit. a Abs. 4 SchlBest. IV 6/1 nicht gegeben, hat doch die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Inkrafttretens der SchlBest. IV 6/1 am 1. Januar 2012 das 55. Altersjahr noch nicht zurückgelegt und hat sie im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wurde, noch nicht während mehr als 15 Jahren eine Rente der IV bezogen.

Somit kann die laufende ganze IV-Rente der Beschwerdeführerin unter dem Titel der Schlussbestimmungen auch ohne Vorliegen eines Revisionsgrundes frei überprüft werden.

4.

Der angefochtenen Verfügung vom 26. März 2015 (act. IIA 121) liegen im Wesentlichen folgende medizinischen Berichte zugrunde:

4.1 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 21. Mai 2013 (act. IIA 93/6) wurde neben den Diagnosen unklarer Sensibilitätsstörungen der Zehen und chronischer Kopf- und Nackenschmerzen, Differentialdiagnose Fibromyalgie, die Verdachtsdiagnose eines depressiven Syndroms mit funktionellen Symptomen gestellt (S. 1). Bezüglich der Sensibilitätsstörungen der Zehen habe sich offensichtlich eine Verbesserung der subjektiven Einschränkung eingestellt. Mit offenen Schuhen und Einlagen sowie mit der Lyrica-Therapie seien die Beschwerden erträglich. Weder klinisch-neurologisch noch elektrophysiologisch würden sich klare Hinweise auf eine neurologische Erkrankung als Ursache der Beschwerden ergeben. Die psychische Situation stehe im Vordergrund. Die Ärzte empfahlen eine entsprechende Behandlung, vorzugsweise durch einen Facharzt der Psychosomatik, wobei auch der Ehemann in die Therapie einbezogen werden sollte. Zudem wäre ebenfalls eine medikamentöse antidepressive Behandlung indiziert, wodurch auch eine Reduktion der Schmerzmittel erreicht werden sollte. Bei der aktuell täglichen Medikamenteneinnahme von Codicontin

und Ponstan bestehe die Gefahr einer Chronifizierung der Kopfschmerzen im Sinne eines medikamenteninduzierten Kopfschmerzes.

Dr. med. G. _____ führte am 11. Februar 2014 (act. IIA 93/2) aus, die Beschwerdeführerin leide an persistierenden Nacken- aber auch thorakalen und lumbalen Rückenschmerzen. Im Bereich der Füsse bestünden unklare Sensibilitätsstörungen. Neurologische Abklärungen hätten keine Hinweise auf eine Polyneuropathie oder Myopathie ergeben (S. 3 Ziff. 11). Weiter klage die Beschwerdeführerin über zeitweisen Schwindel (Ziff. 12). Ihr sei eine tägliche Präsenzzeit von drei bis vier Stunden zumutbar (S. 2 Ziff. 4). Körperlich belastende Tätigkeiten würden die Schmerzen verstärken, was die Leistungsfähigkeit reduziere. Allenfalls komme eine körperlich leichte, wenig belastende Tätigkeit in Frage, welche nach Möglichkeit in Wechselbelastung absolviert werden sollte (Ziff. 6).

Gemäss Bericht des RAD-Arztes Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. März 2014 (act. IIA 95) könnten den Akten zahlreiche Anhaltspunkte entnommen werden, die auf einen erheblichen Anteil funktioneller Beschwerden im vielseitigen Symptombild der Beschwerdeführerin hindeuten würden. Mit der neuropsychologischen Begutachtung 1997 hätte das Vorliegen jeglicher relevanter neuropsychologischer Defizite ausgeschlossen werden können. Auch bereits früher und weiterhin bis heute anhaltend könnten die nachweisbaren objektivierbaren Befunde das Ausmass der geklagten Beschwerden, trotz vielseitiger Abklärungen, nicht hinreichend begründen und erklären. Dies könnte die Annahme stützen, dass es sich hier um Beschwerdebilder handle, die unter die Schlussbestimmungsfälle der 6. IV-Revision fallen würden. Offenbar liege der Schwerpunkt der symptomatisch orientierten Behandlungen schon länger allein auf der somatischen Ebene, eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe offensichtlich nie stattgefunden und finde nicht statt (S. 4).

Im MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2014 (act. IIA 108.1) wurde ausgeführt, es ergäben sich keine Diagnosen, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken würden (S. 60 I lit. A). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Gutachter eine dissoziative Störung (Konversions-

störung), gemischt (ICD-10 F44.7) sowie ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom, am ehesten myofaszial (ICD-10 M53.1; lit. B).

Aus somatischer Sicht bestehe bei der Beschwerdeführerin anamnestisch seit zwei Auffahrunfällen ein diffuses Beschwerdebild, das sowohl bei der aktuellen Untersuchung wie anhand der vorhandenen Akten grösstenteils nicht nachvollzogen werden könne. Bezüglich der chronischen zervikalen Schmerzen bestehe zum aktuellen Zeitpunkt in der Untersuchung eine Einschränkung der Mobilität der HWS in allen Richtungen, wobei die passive Testung in alle Richtungen besser ausfalle, als die aktive Testung. Bei altersentsprechend unauffälligen radiologischen Aufnahmen sei von einer vorwiegend myofaszialen Schmerzursache auszugehen, wobei die Untersuchung diesbezüglich aufgrund der Malcompliance nicht habe aussagekräftig genug durchgeführt werden können. Aus diesem Grunde sowie zusätzlich wegen der deutlichen Symptomausweitung sei es zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich zu sagen, ob ein Fibromyalgiesyndrom vorliege oder nicht. Hinweise in diese Richtung seien sicher der erhöhte WP- und Symptom-Severity-Score, die jedoch bei einer somatoformen Störung und/oder Depression sowie im Falle einer Symptomausweitung auch erhöht sein könnten. Gegen ein Fibromyalgiesyndrom spreche das Auftreten der Schmerzen nach einem Unfall. Insgesamt bestehe neben einem möglichen leichten myofaszialen zervikospondylogenen Schmerzsyndrom vordergründig ein syndromales Beschwerdebild, ohne körperlich greifbare Befunde (S. 60 f. lit. C). Trotz beklagter Beschwerden würden sich keine relevanten Beeinträchtigungen auf körperlicher Ebene ergeben, die objektiviert werden könnten (S. 62 II. lit. B Ziff. 2).

Aus psychiatrischer Sicht könne ebenfalls keine Diagnose gestellt werden, welche die Arbeitsfähigkeit relevant einschränke. Hingegen könne eine dissoziative Störung (Konversionsstörung) nachgewiesen werden, welche aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (S. 61 lit. C). Die beklagten Schmerzen könnten im Rahmen einer Schmerzverarbeitungsstörung oder einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung interpretiert werden. Es stünden vor allem diffuse Schmerzen im Bewegungsapparat im Vordergrund. Die Beschwerdeführerin fühle sich nicht depressiv. Aufgrund der Schmerzverarbeitungsstörung seien die Ressourcen eingeschränkt

(S. 61 II. lit B Ziff. 1). Von den Foerster-Kriterien sei lediglich jenes des chronischen Verlaufs hinreichend erfüllt. Der Analgetikaübergebrauch sei durchaus ein Problem, da dadurch die Kopfschmerzen verstärkt werden könnten (S. 63 lit. E). Auch aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit zu 100% (lit. C).

Die MEDAS-Gutachter gelangten zum Ergebnis, dass aus gesamtmedizinischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 100% ausgegangen werden müsse (S. 61 I lit. C).

4.2 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). Eine von

anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

4.3 Die Beschwerdeführerin hat in der angefochtenen Verfügung vom 26. März 2015 (act. IIA 121) im Wesentlichen auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 22. Oktober 2014 (act. IIA 108.1) abgestellt.

Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.2. hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Die Fachärzte haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchung und die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis von allen Vorakten und haben sämtliche ihnen zur Verfügung stehenden Informationen in ihren Beurteilungen gewürdigt. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. Die Änderung der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BGE 141 V 281) hat nicht per se zur Folge, dass das Gutachten seine Beweiskraft verliert, sondern es ist zu prüfen, ob mit diesem Gutachten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der neu massgeblichen Indikatoren (vgl. E. 2.3.3 hiervor) möglich ist. Zwar kann aufgrund des Umstands, dass im MEDAS-Gutachten der Einfluss der dissoziativen Störung auf die Arbeitsfähigkeit anhand der Foerster-Kriterien beurteilt worden ist (vgl. act. IIA 108.1 S. 112 f.), auf die volle Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht mehr ohne weiteres abgestellt werden. Da jedoch das Gutachten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der mit BGE 141 V 281 neu eingeführten Indikatoren erlaubt, kommt ihm volle Beweiskraft zu.

Die Einwendungen der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 12 f.) führen zu keinem anderen Ergebnis. Im MEDAS-Gutachten wurden die vom Bun-

desgericht neu eingeführten Indikatoren zwar nicht ausdrücklich, aber zumindest implizit abgehandelt, was genügt. Was die im psychiatrischen Teलगutachten erwähnten früheren belastungsabhängigen kognitiven Leistungseinschränkungen (act. IIA 108.1 S. 115) betrifft, so konnte mit der neuropsychologischen Begutachtung 1997 (act. II 13.3/6) das Vorliegen jeglicher relevanter neuropsychologischer Defizite ausgeschlossen werden (vgl. hierzu u.a. die überzeugende Beurteilung von Prof. I. _____ sowie Dr. J. _____ im psychiatrischen Gutachten vom 7. Juni 2001 [act. II 32/2; E. 3.1 hiervor]). Somit war eine erneute neuropsychologische Untersuchung nicht angezeigt. Schliesslich wurde die Beschwerdeführerin anlässlich der polydisziplinären Begutachtung 2014 sowohl neurologisch als auch oto-rhino-laryngologisch untersucht (vgl. act. IIA 108.1 S. 89 ff. und 96 ff.), weshalb entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 13 Ziff. 21 f.) sowohl der geklagte Schwindel als auch die Sturzneigung genügend abgeklärt wurden. Auch der vom Rechtsvertreter angetönte angebliche Widerspruch, wonach der Psychiater wegen der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung keine beruflichen Massnahmen empfehle (act. IIA 108.1 S. 116 XIII.), wogegen die Konsensbeurteilung ein Aufbau- und Belastbarkeitstraining anrege (S. 64 IV.), ändert nichts an der Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens. Zu trennen ist die subjektive Krankheitsüberzeugung von einer objektivierten Leistungseinschränkung. Lediglich letztere ist iv-rechtlich relevant. Es ist deshalb auch bei einer vorhandenen subjektiven Krankheitsüberzeugung unzulässig, allein deswegen auf die Aussichtslosigkeit von Eingliederungsmassnahmen zu schliessen, da solche durchaus geeignet sein könnten, den Eingliederungswillen zu fördern (Entscheid des BGer vom 12. Januar 2015, 8C_446/2014, [in BGE 141 V 5 nicht publizierte] E. 4.2.3).

4.4 Beschwerdeweise wird weiter geltend gemacht, es sei bereits wegen schwerwiegender Verfahrens- (Beschwerde S. 12 Ziff. 17) und Formfehlern (S. 13 Ziff. 19) des MEDAS-Gutachtens eine neue Begutachtung durchzuführen.

4.4.1 Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gut-

achter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG).

Die IV-Stelle teilt der versicherten Person in einem ersten Schritt mit, dass eine Expertise eingeholt werden soll; zugleich gibt sie ihr die Art der vorgesehenen Begutachtung (poly- oder mono- bzw. bidisziplinär) sowie die vorgesehenen Fachdisziplinen und Gutachterfragen bekannt. In diesem Stadium kann die versicherte Person erst einmal (nicht personenbezogene) materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich oder gegen Art oder Umfang der Begutachtung vorbringen (Beispiele: unnötige second opinion; unzutreffende Wahl der medizinischen Disziplinen). Ausserdem hat sie Anspruch, sich zu den Gutachterfragen zu äussern (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 275, 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258). In einem zweiten Verfahrensschritt teilt die IV-Stelle der versicherten Person die durch SuisseMED@P zugeteilte Gutachterstelle (bzw. bei mono- und bidisziplinären Expertisen die von ihr ausgewählten Gutachter) und die Namen der Sachverständigen mit jeweiligem Facharztstitel mit. Mit der Bezeichnung der Sachverständigen kommt die Möglichkeit (materieller oder formeller) personenbezogener Einwendungen hinzu (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.2 S. 355, 138 V 271 E. 1.1 S. 274, 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 257).

Nach Treu und Glauben hat die versicherte Person Einwendungen möglichst bald nach Kenntnisnahme der massgebenden Kenndaten der Begutachtung zu erheben; deren Rechtzeitigkeit richtet sich indessen nach den Umständen des Einzelfalls (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 275). Das Kreis Schreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) sieht vor, dass Einwände und Zusatzfragen innert zehn Tagen seit der Mitteilung einzureichen sind; diese Frist kann auf schriftliches Gesuch hin verlängert werden (Rz. 2076.1 und 2083.2 KSVI). Gegen diese Regelung ist grundsätzlich nichts einzuwenden, da das Verfahren einfach und rasch bleiben muss (BGE 139 V 349 E. 5.2.3 S. 356).

4.4.2 Mit Schreiben vom 13. März 2014 (act. IIA 96) wurde die Versicherte gemäss den Anforderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. 4.4.1 hiervor) über die vorgesehene polydisziplinäre Begutachtung informiert. Ihr wurde u.a. das Recht eingeräumt, innert zehn Tagen Zusatz-

fragen einzureichen. Mit Schreiben vom 27. März 2014, eingegangen bei der Beschwerdegegnerin am 28. März 2014 (act. IIA 97), beantragte die Beschwerdeführerin zur Einreichung von Zusatzfragen eine Fristerstreckung bis am 16. April 2014. Dieses Gesuch wies die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 1. April 2014 (act. IIA 98) mit der Begründung ab, die Frist zur Einreichung von Zusatzfragen sei abgelaufen. Am 3. April 2014 (act. IIA 100) stellte die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin trotzdem folgende Zusatzfrage mit der Bitte zu, diese in den Fragekatalog aufzunehmen: „Liegt ein Schmerzleiden vor, dass so intensiv ist, dass es sich nicht überwinden lässt?“

4.4.3 Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 12 Ziff. 17) hat die Beschwerdegegnerin mit ihrem Vorgehen keinen Verfahrensfehler begangen, zumal die MEDAS im Besitz des Schreibens der Beschwerdeführerin vom 3. April 2014 (act. IIA 100), in welchem sie der Beschwerdegegnerin ihre Zusatzfrage einreichte, war (vgl. act. IIA 108.1 S. 52) und diese die Frage in ihrem Gutachten insgesamt genügend beantwortet hat. Somit schadet es nicht, dass diese Frage den Gutachtern von der Beschwerdegegnerin nicht explizit zur Beantwortung unterbreitet worden ist. Weiter ist es entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 13 Ziff. 19) unerheblich, dass die MEDAS-Gutachter nicht explizit den Fragekatalog der Beschwerdegegnerin beantwortet hat, da die Fragen im Gutachten selbst aus dem Text heraus als genügend beantwortet zu betrachten sind.

Somit erweisen sich im vorliegenden Fall nicht nur die inhaltlichen, sondern auch die formellen Anforderungen an das MEDAS-Gutachten als erfüllt, weshalb auch aus diesem Grunde auf die Einholung eines weiteren Gutachtens verzichtet werden kann und auf das in jeder Hinsicht beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2014 (act. IIA 108.1) abzustellen ist.

5.

Ob die bei der Beschwerdeführerin aktuell vorliegende gesundheitliche Beeinträchtigung invalidisierend ist, beurteilt sich nach der neuen Praxis

gemäss BGE 141 V 281. Die bisher geltende Vermutung, wonach die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte dissoziative Störung mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist (Überwindbarkeitspraxis), ist nicht mehr anwendbar (vgl. E. 2.3.3 hiervor). Es ist somit nachfolgend vorab zu beurteilen, ob die dissoziative Störung als Gesundheitsbeeinträchtigung medizinisch überhaupt sachgerecht festgestellt worden ist. Keine versicherte Gesundheitsschädigung liegt vor, soweit die Leistungseinschränkung auf einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. In einem zweiten Schritt erfolgt gegebenenfalls die Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit. Diese erfolgt anhand eines Katalogs von Indikatoren (E. 2.3.3 hiervor). Dass bei der Beschwerdeführerin zudem aus somatischer Sicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, ergibt sich aus dem MEDAS-Gutachten und ist im Übrigen unbestritten geblieben. Diesbezüglich ist auch auf den Bericht des Spitals F. _____ vom 21. Mai 2013 (act. IIA 93/6; E. 4.1 hiervor) hinzuweisen, wonach die psychische Situation im Vordergrund steht (S. 2).

5.1 Es bestehen Anzeichen dafür, dass im Falle der Beschwerdeführerin ein Ausschlussgrund vorliegt (BGE 131 V 49 und 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f.). Beruht nämlich eine Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Allerdings ist die Grenzziehung zwischen einer anspruchsausschliessenden Aggravation und einer blossen Verdeutlichungstendenz heikel (vgl. hierzu Entscheid des BGer vom 29. Juni 2015, 9C_899/2014, E. 4.2.1).

Im MEDAS-Gutachten (act. IIA 108.1) finden sich zahlreiche Hinweise, welche auf eine Aggravation schliessen lassen (vgl. u.a. S. 84, 87 und 94) und es wird nachvollziehbar auf Malcompliance und eine deutliche Symptomausweitung verwiesen (vgl. u.a. S. 60).

Ob die Gesundheitsschädigung auf Aggravation beruht, kann mit Blick auf die nachfolgenden Ausführungen unter E. 5.2 letzten Endes offen bleiben und braucht nicht abschliessend geklärt zu werden.

5.2

5.2.1 Gestützt auf das MEDAS-Gutachten ist diagnostisch von einer dissoziativen Störung (Konversionsstörung), gemischt (ICD-10 F44.7), auszugehen.

Was den Indikator des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder -resistenz anbelangt, so ist gestützt auf die Akten davon auszugehen, dass bisher noch nie eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgt ist (act. IIA 108.1 S. 112). Vielmehr hat die Beschwerdeführerin anlässlich der MEDAS-Begutachtung erklärt, einen Psychiater brauche sie nicht (act. IIA 108.1 S. 108). Diesbezüglich wurde der Beschwerdeführerin bereits anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 11. Februar 2002 (act. II 38.4/9) eine psychologische Betreuung (S. 5) sowie später bei der neurologischen Untersuchung in des Spitals F. _____ am 21. Mai 2013 eine psychosomatische Behandlung empfohlen (act. IIA 93/6 S. 3), ohne dass eine solche von der Beschwerdeführerin absolviert wurde. Damit sind die therapeutischen Massnahmen nicht ausgeschöpft. Daran ändert nichts, dass im MEDAS-Gutachten (act. IIA 108.1) diesbezüglich der Hinweis erfolgte, durch eine entsprechende Behandlung lasse sich die deutliche Überzeugung der Beschwerdeführerin, wegen der Beschwerden nicht mehr arbeiten zu können, wohl kaum ändern (vgl. S. 115 f.). Dagegen fanden verschiedene somatisch orientierte Behandlungen statt, welche aber gescheitert sind, was angesichts der Diagnose einer dissoziativen Störung nicht erstaunt und deshalb keinen Schluss auf den Schweregrad der Störung erlaubt.

In Bezug auf den Indikator Komorbidität ist festzuhalten, dass insbesondere keine zusätzlichen psychischen Störungen - wie Depressionen - vorliegen, welche in ungünstiger Wechselwirkung zu der dissoziativen Störung stehen. Somatische Begleiterkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit konnten keine festgestellt werden, auch wenn sich die Beschwerdeführerin wiederholt in entsprechende Behandlung begab.

5.2.2 Bezüglich des Komplexes „Persönlichkeit“ ist vorab auf die Angaben im MEDAS-Gutachten zu den Ich-Funktionen zu verweisen (act. IIA 108.1 S. 102), woraus keine wesentlichen Einschränkungen resultieren. So stellte

der psychiatrische Gutachter der MEDAS fest, dass die Urteilsfindung nicht gestört ist und die Beschwerdeführerin durchaus Kontakte hat. Die Beziehungsfähigkeit wurde als erhalten bezeichnet. Einzig die Affektsteuerung wurde als etwas vermindert beschrieben, bzw. der Antrieb als herabgesetzt mit erhöhter Ermüdbarkeit bei erhaltender Intentionalität eingestuft. Daneben bestanden keine Hinweise auf Impulskontrollstörungen, war die Selbstregulation erhalten und waren die Abwehrmechanismen nicht deutlich auffällig. Was den Psychostatus der Beschwerdeführerin betrifft, war anlässlich der Begutachtung der affektive Kontakt gut herstellbar und die Stimmung war ausgeglichen. Sie wirkte vordergründig heiter, dann aber auch etwas dramatisierend. Hinweise auf manifeste Ängste mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst und Zwänge konnten nicht festgestellt werden. Die Vigilanz war nicht gestört. Die Beschwerdeführerin wurde als bewusstseinsklar und allseits orientiert wahrgenommen. Lediglich fielen leichte Konzentrationsstörungen auf, jedoch keine Zeitgitterstörungen. Sowohl die Aufmerksamkeit als auch die Auffassung und das Gedächtnis waren sonst nicht beeinträchtigt. Das Denken wurde vom Psychiater als formal geordnet beschrieben. Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen konnte er keine feststellen, ebenfalls verneinte er das Vorhandensein von Hinweisen auf ein selbst- und fremdgefährdendes Verhalten. In Bezug auf die - nun vermehrt im Fokus stehenden - Ressourcen (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) sind zudem auch die Ausführungen im Gutachten zu den vorhanden Ressourcen auf psychisch-geistiger und körperlicher Ebene sowie im sozialen Bereich zu beachten (S. 61 f.), insbesondere der Hinweis auf den guten Freundeskreis sowie den verständnisvollen Ehemann, was auf gute Ressourcen schliessen lässt (vgl. auch S. 113). Dieser Faktor ist auch beim Komplex „sozialer Kontext“ zu berücksichtigen. Hierzu findet sich zudem im Gutachten die Angabe, dass die Beschwerdeführerin Rentenleistungen der Beschwerdegegnerin sowie der SUVA von insgesamt ca. Fr. 4'700.-- monatlich erhält (S. 72), was einen beträchtlichen Krankheitsgewinn erkennen lässt.

5.2.3 Was die Kategorie Konsistenz betrifft, ergibt sich aus den Akten, dass die Beschwerdeführerin selber Auto fährt (act. IIA 108.1 S. 106), was angesichts des geklagten Schwindels und der Ohnmachtsanfälle zumindest erstaunt. Weiter wird eine Ferienreise in den ... im Jahre 2013 erwähnt

(S. 107). Sodann findet sich der Hinweis, dass während der Untersuchung das sehr gepflegte Äusserliche sowohl körperlich wie in der Kleiderauswahl auffallend sei, was nur bedingt zum angegebenen Tagesablauf mit körperlicher Überforderung schon bei den minimalen Tätigkeiten passe (S. 87). Auch gab die Beschwerdeführerin an, alleine oder mit ihrem Ehemann spazieren zu gehen, und diesen zum Einkaufen zu begleiten (S. 73). Zudem vermag sie offensichtlich auch im Haushalt diverse Sachen selbstständig zu erledigen (Abstauben, Zubereiten des Mittagessens, Mithilfe beim Waschen der Kleider; S. 90). Damit kann nicht von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ausgegangen werden.

5.3 Nach dem Dargelegten sind die behaupteten funktionellen Auswirkungen der diagnostizierten dissoziativen Störung anhand der Standardindikatoren nicht hinreichend schlüssig und widerspruchsfrei nachgewiesen, was dazu führt, dass ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Daher hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die bisher ausgerichtete ganze IV-Rente unter dem Titel von lit. a Abs. 1 SchlBest. IV 6/1 aufgehoben, weshalb die gegen die Verfügung vom 26. März 2015 (act. IIA 121) erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

6.

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

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.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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