

200 15 571 IV  
KOJ/BOC/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 19. Januar 2016**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiberin Bossert

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. Mai 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1960 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 30. November 2001 zum ersten Mal bei der Invalidenversicherung wegen einer zervikalen Diskushernie zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1, 7). Nachdem die IVB der Versicherten Berufsberatung gewährt (AB 15) und den Leistungsanspruch mit einem Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, vom 16. Juli 2002 (AB 14) abgeklärt hatte, sprach sie der Versicherten am 8. Januar 2003 verfügungsweise vom 1. Juli 2001 bis 31. Dezember 2001 eine halbe und vom 1. Januar 2002 bis 31. Oktober 2002 eine ganze Rente zu (AB 39). Eine vierwöchige berufliche Abklärung in der D. \_\_\_\_\_ brach die Versicherte nach einer Woche ab (AB 33, 46), worauf die Abteilung berufliche Eingliederung das Dossier schloss (AB 47). Die gegen die Verfügungen vom 8. Januar 2003 erhobene Einsprache wies die IVB mit Entscheid vom 6. Mai 2003 ab (AB 40, 48). Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, wies die dagegen erhobene Beschwerde (AB 49) mit Urteil vom 15. Dezember 2003 (IV 63745) ab (AB 54). Dieser Entscheid blieb unangefochten.

### **B.**

Am 20. April 2004 meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an, dies wegen Schmerzen und einer Depression (AB 57). Im Rahmen der Abklärung des Leistungsanspruchs liess die IVB die Versicherte durch die medizinische Abklärungsstelle MEDAS, interdisziplinär begutachten (Expertise vom 1. November 2005 [AB 73]). In der Folge forderte die IVB die Versicherte zur Schadenminderung bzw. zur Einleitung einer fachärztlichen psychiatrischen Behandlung (pharmakologisch, psycho- und soziotherapeutisch) auf (AB 83). Daraufhin begab sich die Versicherte bei Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Behandlung (AB 85). Mit Verfügungen vom

24. Mai 2006 wurde der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 56 % ab dem 1. Dezember 2003 eine halbe Rente zugesprochen (AB 86).

Am 1. September 2006, 30. November 2007, 20. August 2008 und 21. Januar 2009 (AB 88, 95, 98, 100) ergingen neue Rentenverfügungen im Zusammenhang mit der Kürzung der Kinderrenten wegen Überversicherung, dem Wegfall der Zusatzrente für den Ehepartner und dem Wegfall der Kinderrente für den Sohn F.\_\_\_\_\_, welcher Anspruch auf eine eigene Rente hatte; er verstarb im Jahr 2008.

### **C.**

Im Sommer 2012 leitete die IVB eine Revision von Amtes wegen ein (AB 101). Sie nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (AB 102 f., 105) und liess die Versicherte rheumatologisch-psychiatrisch durch Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, und Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachten (Expertisen vom 16. und 27. Dezember 2013 mit bidisziplinärer Beurteilung vom 20. Dezember 2013 [AB 120.1, 121.1, 122]).

Mit Vorbescheid vom 30. Juni 2014 stellte die IVB der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 20 % die Aufhebung der Rente in Aussicht (AB 124). Im Rahmen des daran anschliessenden Einwandverfahrens holte die IVB bei den Gutachtern Dres. med. H.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ ergänzende Stellungnahmen ein (AB 128, 130, 132 – 135). Mit Verfügung vom 27. Mai 2015 hob die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 20 % die bisherige halbe Rente mit Wirkung auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (AB 136).

### **D.**

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Dr. B.\_\_\_\_\_, Rechtsanwältin und Notarin, am 18. Juni 2015 Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei der Beschwerdeführerin wei-

terhin mindestens eine halbe Rente auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. September 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 16. September 2015 reichte die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme zur Beschwerdeantwort sowie die von Seiten des Gerichts einverlangte, auf das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht beschränkte, detaillierte Kostennote ein.

Mit Eingabe vom 7. Oktober 2015 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer weiteren Stellungnahme.

## **Erwägungen:**

### **1.**

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

vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 27. Mai 2015 (AB 136). Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der verfügten Rentenaufhebung.

**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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.2** 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).

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

**2.4** 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.

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

**2.6** 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).

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).

**2.7** 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).

### **3.**

**3.1** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf

Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 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).

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

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

**3.4** Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem



Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]).

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

#### **4.**

**4.1** Vorliegend ist durch einen Vergleich des Sachverhaltes im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügungen vom 24. Mai 2006 (AB 86) und demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. Mai 2015 (AB 136) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 3.1 hiervor). Die zwischenzeitlich erlassenen Rentenverfügungen (AB 88, 95, 98, 100) sind revisionsrechtlich nicht relevant, da jeweils keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs erfolgt ist (vgl. E. 3.2 hiervor).

**4.2** Die rentenzusprechenden Verfügungen vom 24. Mai 2006 (AB 86) basieren auf dem interdisziplinären Gutachten der MEDAS vom 1. November 2005 (AB 73), für welches Untersuchungen in den Fachgebieten Psychiatrie, Neurologie, Neuropsychologie und Innere Medizin/Rheumatologie durchgeführt wurden. Die Gutachter führten die folgende Diagnose auf (AB 73/19):

- F33.11 rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom

Die Experten hielten fest (AB 73/17), die von der Beschwerdeführerin angegebenen Einschränkungen im täglichen Leben seien aus somatischer

Sicht nicht nachvollziehbar. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin schon seit Jahren (ab 2001) an rezidivierenden depressiven Episoden gelitten habe, wobei sich die Phänomenologie im Verlauf gewandelt habe. Faktoren wie Migration, Kulturkreis und zuletzt die Erkrankung des Sohnes dürften dabei eine auslösende Wirkung gehabt haben. Dass die Beschwerdeführerin durch derartige Lebensereignisse jedoch so fundamental erschüttert worden und im Grunde an ihrem Schicksal gescheitert sei, müsse in ihrer inneren psychischen Struktur begründet sein, zumal davon ausgegangen werden könne, dass nicht jede Frau mit ihrem sozialen Hintergrund dermassen schwer erkranken würde. Die psychiatrische Affektion müsse damit als verinnerlichte bzw. intrapsychische Störung beurteilt werden. Die Gutachter gaben weiter an (AB 73/18), aus den festgestellten Beeinträchtigungen seien die folgenden Auswirkungen auf die bisherige Tätigkeit ableitbar: Aufgrund von subjektiven Schmerzen und objektivierbaren wechselnd starken depressiven Verstimmungszuständen mit Antriebsstörung, psychomotorischer Hemmung sowie aufgrund der zweifellos vorhandenen Schlafstörungen und damit einhergehender Tagesmüdigkeit lasse sich nur eine allgemein verminderte quantitative Leistungsfähigkeit ableiten. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eines ... sei unter Berücksichtigung der Beeinträchtigungen nach wie vor in folgendem Arbeitszeitrahmen zumutbar: Vier bis fünf Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche. Innerhalb dieses zumutbaren Arbeitszeitrahmens sei von einer leicht eingeschränkten Leistungsfähigkeit (90 %) auszugehen. Unter Berücksichtigung der schon diskutierten Beeinträchtigungen blieben folgende Funktionen und Belastbarkeiten für eine berufliche Tätigkeit: Leichte wechselbelastende Tätigkeiten in verschiedensten beruflichen Sektoren seien weiterhin zumutbar. Diese ‚Restleistungsfähigkeit‘ könnte in einer anderen als der zuletzt ausgeübten Tätigkeit allerdings nicht besser verwertet werden, da die Gründe, die bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit leistungsmindernd gewesen seien, auch in einer angepassten Tätigkeit gleichermassen zur Geltung kämen (AB 73/19).

**4.3** Seither ist den Akten in medizinischer Hinsicht bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. Mai 2015 (AB 136) im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**4.3.1** Der behandelnde Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 30. Januar 2007 (AB 89) eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leicht bis mittelgradig F33.0/F33.1 und hielt fest, medizinisch-theoretisch bestehe eine 40 – 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit. Er gab weiter an (AB 89/3), die Beschwerdeführerin habe die Therapie abgebrochen, nachdem sie den Termin vom 22. August 2006 nicht mehr wahrgenommen habe. Beim Anruf des Ehemannes sei ein neuer Termin für den 30. Januar 2007 vereinbart worden. Bei der aktuellen Untersuchung habe sich keine grosse Veränderung im psychischen Zustandsbild gezeigt. Sie sei im Denken sehr stark eingeengt gewesen auf die Problematik des Sohnes. Sie habe affektlabil, weinerlich und depressiv gewirkt, habe sich über Antriebsarmut beklagt und habe verlangsamt gesprochen. Gemäss ihren eigenen Angaben habe sie in der letzten Zeit keine Medikamente mehr eingenommen. Im Rahmen der Therapie sei ein antidepressiver Behandlungsversuch mit Remeron und später mit Efexor gestartet worden. Gemäss ihren eigenen Angaben habe sie die Efexor-Medikation, nachdem die Tabletten aufgebraucht gewesen seien, im Juli 2006 abgesetzt. Bis zum jetzigen Zeitpunkt habe sie keine Medikamente mehr eingenommen. In der aktuellen Konsultation sei die Efexor-Medikation erneut installiert worden.

**4.3.2** Im Bericht vom 21. August 2007 (AB 93/3 f.) gab Dr. med. E.\_\_\_\_\_ die gleiche Diagnose und den gleichen Arbeitsunfähigkeitsgrad an wie im Bericht vom 30. Januar 2007 (AB 89). Er führte aus, seit dem letzten Bericht hätten vier Konsultationen stattgefunden. Nachdem die Beschwerdeführerin das vorher verordnete Antidepressivum abgesetzt habe, sei anfangs August mit einer antidepressiven Behandlung mit Cipralext angefangen worden. Es sei auch zweimal zu einem kurzen Unterbruch in der Therapie gekommen, sodass sie die Termine nicht wahrgenommen habe. Sie habe diese Unterbrüche mit der Verschlechterung des Zustandes ihres Sohnes begründet, sodass sie keine Kraft gehabt und sich zu Hause zurückgezogen habe.

**4.3.3** Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, führte am 17. Juli 2012 (AB 103) aus, der Gesundheitszustand sei stationär. Die Situation sei für ihn nicht ganz klar. Aus seiner Sicht bestehe eine Gonarthrose, aber warum die Beschwerdeführerin eigentlich eine IV-Rente

habe, sei ihm nicht ganz klar. Wahrscheinlich spielten psychische Faktoren noch eine Rolle. Durch die zunehmende Gonarthrose beidseits sei die Beschwerdeführerin in ihrer Gehfähigkeit eingeschränkt, wie sich dies in den Arbeiten im Haushalt auswirke, sei ihm nicht ganz klar. Die Beschwerdeführerin sei seines Wissens nicht erwerbstätig.

**4.3.4** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 27. August 2012 (AB 105) fest, der Gesundheitszustand sei stationär. Er diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung im schwankenden Ausmass, aktuell leicht bis mittelgradig F33.0/F33.1. Weiter berichtete er, die Konsultationen fänden alle 6 – 8 Wochen statt. Die letzte Konsultation sei am 19. Juni 2012 gewesen. In der Zwischenzeit habe die Beschwerdeführerin die Medikation selbst abgesetzt, was zu einer Zustandsverschlechterung geführt habe. Sie sei affektlabiler und klagsamer geworden. Bisher habe sie für eine neue medikamentöse Behandlung nicht motiviert werden können. Es werde von einer unveränderten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Höhe von 40 – 50 % ausgegangen. Zumutbar wären einfach strukturierte Tätigkeiten ohne hohe Anforderungen an kognitive Funktionen und ohne unmittelbaren Produktionsdruck, welche im kleineren Team durchzuführen seien, dies wäre während 4.5 Stunden täglich medizinisch-theoretisch zumutbar (AB 105/3).

**4.3.5** Im Rahmen der rheumatologisch-psychiatrischen Begutachtung durch die Dres. med. H.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ führte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ im rheumatologischen Teilgutachten vom 16. Dezember 2013 die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (AB 121.1/18):

- Chronische Cervikobrachialgie rechts seit 1999 mit/bei (ICD-10: M54.2)
  - klinisch gemäss Akten vom 23. August 2000, 15. Juli 2002 und vom 16. März 2003 sowie der neurologischen Untersuchung vom 13. Mai 2005 und anlässlich dieses Gutachtens am 11. November 2013 keine neurologischen Ausfälle
  - MRI vergleichend zwischen 9. August 2000 und 12. Juni 2003 leicht progrediente mediane Diskushernie C4/5 und unveränderte medio-linkslaterale, subligamentäre Diskushernie mit Teilkompression beider Wurzeln C6
- Chronisches Lumbovertebralsyndrom (ICD-10: M54.5) mit/bei
  - Fehlstatik

- degenerativen Veränderungen
- Muskeldeconditionierung und Dysbalance
- Varusgonarthrosen beidseits, Femoropatellararthrose rechts (ICD-10: M17.1), symptomatisch seit 2010
- Milbenasthma, bestehend seit 1991 (Beurteilung durch Pneumologe)

Dr. med. H. \_\_\_\_\_ hielt fest (AB 121.1/25 ff.), die Beschwerdeführerin leide an multilokulären, chronischen Schmerzen, welche durch die ausgewiesenen pathomorphologischen Veränderungen nur teilweise erklärbar seien. Rheumatologischerseits im Vordergrund stehe ein chronisches Cervikobrachialsyndrom rechts, ohne klinische Zeichen einer Nervenwurzelkompression bei cervikalen Diskushernien. Zusätzlich leide die Beschwerdeführerin seit 2010 auch an Knieschmerzen beidseits bei beginnenden Gonarthrosen beidseits. Bezüglich der Wirbelsäulenbelastbarkeit bleibe es bei der Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (AB 14). Zusätzlich bestehe seit 2010 eine verminderte Belastbarkeit der Kniegelenke. Die bisherige Tätigkeit sei seit 2010 nicht mehr zumutbar, weil es sich gemäss Angaben des Arbeitgebers vom 1. März 2002 um eine 100 % gehende Arbeit gehandelt habe. Verrichten könnte die Beschwerdeführerin überwiegend sitzende Arbeiten mit Gewichte heben und tragen von einigen Kilogramm mit einer stündlich zu wechselnden Position ohne wiederholte oder repetitive Kraftaufwendungen mit dem rechten Arm und ohne wesentliche Belastung der Kniegelenke: keine Arbeiten in der Hocke, keine längeren Gehstrecken, kein häufiges Treppensteigen, keine Arbeiten auf unebenem Gelände, keine Arbeiten, wo eine sichere Standfestigkeit, wie Leiternsteigen, gefordert sei. Solche Arbeiten seien 8.5 Stunden täglich ohne verminderte Leistungsfähigkeit zumutbar.

Dr. med. G. \_\_\_\_\_ gab im psychiatrischen Teilgutachten vom 27. Dezember 2013 die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an (AB 120.1/14):

- Rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10:F33.01)

Dr. med. G. \_\_\_\_\_ berichtete (AB 120.1/16 f.), im Vergleich mit den Befunden des Gutachtens der MEDAS vom 1. November 2005 sei zunächst festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin schon damals bei der neuro-

psychologischen Untersuchung mehrmals durch ein selbstlimitierendes Verhalten aufgefallen sei. Diesbezüglich ergäben sich keine Diskrepanzen. Hingegen sei es zu einer deutlichen Verbesserung im Vergleich mit den übrigen Befunden, im speziellen des psychiatrischen Teilgutachtens vom 13. September 2005 von Dr. med. J. \_\_\_\_\_, gekommen. In der aktuellen Untersuchung hinterlasse die Beschwerdeführerin keinen psychomotorisch verlangsamten Eindruck mehr, Mimik und Gestik seien lebhaft. Es lasse sich auch keine emotionale Starrheit und keine Einschränkung der affektiven Modulationsfähigkeit mehr nachweisen, zudem sei der Affekt anlässlich der aktuellen Untersuchung lediglich zu Beginn für zwei bis drei Minuten weinerlich, ängstlich-unsicher und deprimiert gestimmt. Insgesamt könne somit eine deutliche Verbesserung im Vergleich mit den Befunden im Jahre 2005 festgestellt werden. Auch im Vergleich mit den Befunden der Berichte von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, beispielsweise demjenigen vom 21. August 2007, sei es bis heute zu einer deutlichen Verbesserung gekommen. Im Jahre 2007 beschreibe Dr. med. E. \_\_\_\_\_ noch eine depressive Affektivität, eine Einschränkung des Antriebs sowie eine Beeinträchtigung der affektiven Flexibilität und diagnostiziere eine rezidivierende depressive Störung mit aktuell leicht- bis mittelgradiger Episode. Gemäss den vom behandelnden Psychiater vorliegenden Berichten sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin sich nicht immer ununterbrochen in Behandlung begeben habe. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ hielt ausserdem fest (AB 120.1/17 f.), während der aktuellen Untersuchung müsse, wie oben dargelegt, zeitweise auch eine Dramatisierungstendenz und zeitweise eine bewusstseinsnahe Aggravationstendenz festgestellt werden. Die Beschwerdeführerin könne mehrheitlich, wenn auch nicht immer, präzise zeitliche Angaben machen. Eine eigentliche Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung lasse sich nicht erkennen. In der aktuellen Untersuchung beantworte sie allerdings die ihr gestellten Fragen nicht immer, zeitweise scheine sie aber einfach eine Antwort zu geben, wie sie es gerade wolle. Auf struktureller Ebene liessen sich, abgesehen von einer leichtgradigen Einschränkung der Regulierung des Objektbezugs, keine weiteren Beeinträchtigungen von Bedeutung nachweisen. Aufgrund der Beschwerden von Seiten der rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode mit somatischem Syndrom sei die Beschwerdeführerin in ihrer psychophysischen Belastbarkeit als leichtgra-

dig eingeschränkt zu beurteilen. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % begründen, dabei mitenthalten sei eine leichtgradige Verminderung der Leistungsfähigkeit. Im Jahr 2005 sei anlässlich der MEDAS-Begutachtung eine Tätigkeit von vier bis fünf Stunden täglich bei einer leicht verminderten Leistungsfähigkeit von 10 % als zumutbar beurteilt worden.

In der bidisziplinären Beurteilung vom 20. Dezember 2013 (AB 122) hielten die Dres. med. H. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ fest, aus psychiatrischer Sicht lasse sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % begründen, dabei mitenthalten sei eine leichtgradige Verminderung der Leistungsfähigkeit. Aus rein rheumatologischer Sicht sei es der Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2010 nicht mehr zumutbar, in ihrer bisherigen Tätigkeit zu arbeiten, da laut Angaben des Arbeitgebers vom 1. März 2002 es sich um eine 100 % stehende Arbeit handeln würde. Adaptierte Tätigkeiten wie im rheumatologischen Gutachten beschrieben seien der Beschwerdeführerin zu 100 % zumutbar.

**4.3.6** Am 31. Juli 2014 diagnostizierte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ (AB 130/2) eine zervikale Diskushernie C5/6, Asthma Bronchiale und Gonarthrose und gab an, die Beschwerdeführerin seit einigen Jahren gelegentlich wegen rheumatologischer Beschwerden zu behandeln. Es bestehe sicher keine volle Arbeitsfähigkeit; in einer adaptierten Tätigkeit, allenfalls im geschützten Rahmen, müsste die Restarbeitsfähigkeit beurteilt werden.

**4.3.7** In der ergänzenden Stellungnahme vom 3. März 2015 führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ aus (AB 134), aufgrund von ausgeprägten subjektiven Beschwerden ohne hinreichende Erklärungen durch ein organisch somatisches Korrelat lasse sich aus rein rheumatologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Es bestehe kein Zweifel, dass bei der Beschwerdeführerin degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule bestünden. Es sei jedoch hinreichend bekannt, dass degenerative Veränderungen häufig nicht mit Schmerzen verbunden seien. Bei den hier vorliegenden Befunden (vgl. AB 121.1/17 und 23) handle es sich um solche, welche im Alter von über 50 Jahren häufig feststellbar seien und lange nicht mit Schmerzen einhergingen. Degenerative Veränderungen nähmen im Laufe des Lebens zu. Demgegenüber nähmen die Rückenschmerzen bei älteren Personen



nicht im gleichen Ausmass wie die degenerativen Veränderungen zu. Bei der Beurteilung der Belastbarkeit der Wirbelsäule und somit der Arbeitsfähigkeit wegen Beeinträchtigung mit der Wirbelsäule gehe es darum, diese Veränderungen zu würdigen, aber auch nicht überzubewerten. Wegen der Beeinträchtigung mit der Wirbelsäule sei die Beschwerdeführerin bereits im Gutachten der Neurochirurgin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 15. Juli 2002 als vermindert belastbar beurteilt worden. Die bisherige Arbeitsfähigkeit betrage seither nur noch 50 %. Die Beschwerdeführerin sei jedoch, bei einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig beurteilt worden. Seit dem MEDAS-Gutachten von 2005 gebe es in den Akten keine neuen somatischen Befunde der Wirbelsäule. Beim Gutachten vom 11. November 2013 habe die Beschwerdeführerin klinisch wiederum ein somatisch nicht abstützbares, ausgedehntes Schmerzsyndrom gezeigt, wie dies bereits im MEDAS-Gutachten 2005 beschrieben worden sei. Insbesondere hätten sich keine Zeichen für eine Nervenwurzelkompression gezeigt. In den Röntgenbildern hätten sich die oben beschriebenen Veränderungen gezeigt. Diese seien jedoch nicht als gravierend zu beurteilen, weswegen sich eine Verminderung des Arbeitspensums nicht begründen lasse. Eine rein stehende, rein gehende oder rein sitzende Tätigkeit wäre der Beschwerdeführerin wegen der Wirbelsäule nicht zumutbar. Bei einer Arbeit mit Wechselposition lasse sich jedoch keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Seit dem Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ seien nie mehr sichere neurologische Ausfälle festgestellt worden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sei anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin an nicht organischen Gefühlsstörungen an den oberen und unteren Extremitäten leide, habe sie doch berichtet, dass ihr die ganzen Arme beidseits, inklusive die Hände, einschlafen würden. Darüber hinaus habe sie über ein seit ein bis zwei Jahren bestehendes Einschlafen der Beine unterhalb der Kniegelenke in den ganzen Unterschenkel ringsherum berichtet. Eine Nervenläsion, insbesondere ein Nervenwurzeltsyndrom führe zu einer umschriebenen Gefühlsstörung, welche mit einem Dermatom übereinstimme. Als Zeichen einer nicht organischen Genese habe er in der klinischen Untersuchung ein positives Scheinmanöver nach Waddell gefunden: Die Beschwerdeführerin habe schon bei leichtem Druck auf den Schädel über Nacken- und Rückenschmerzen geklagt, was organisch nicht erklärbar sei.



**4.3.8** In der ergänzenden Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 30. April 2015 (AB 135) wurde festgehalten, bezüglich der subjektiv geklagten Beschwerden im Jahr 2005 und zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung im Dezember 2013 sei es tatsächlich zu keinen wesentlichen Veränderungen gekommen. Entscheidend sei nun aber die Tatsache, dass die Rechtsvertreterin lediglich die subjektiv geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin im Vergleich mit denjenigen, die sie anlässlich der Begutachtung im Jahr 2005 gemacht habe, vergleiche. Im Gutachten vom 13. Dezember 2013 werde jedoch eingehend dargelegt, dass die Angaben der Beschwerdeführerin nicht immer konsistent und auch zum Teil widersprüchlich seien. Die Tatsache, dass sich die Rechtsvertreterin bei ihrer Feststellung, dass sich der Gesundheitszustand seit dem Jahre 2005 nicht verändert habe, ausschliesslich auf die subjektiv geklagten Beschwerden abstütze, sei nicht nachvollziehbar. Die Rechtsvertreterin berücksichtige bei ihrer Beurteilung des gleichbleibenden Gesundheitszustandes mit keinem Wort die während den gutachterlichen Untersuchungen sowohl im Jahre 2005 und als auch im Jahre 2013 direkt erhobenen Befunde: Im Vergleich mit diesen Befunden könne eine deutliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes festgestellt werden, wie dies bereits im Gutachten festgehalten worden sei. Weiter erkläre die Rechtsvertreterin, dass die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr weinen könne, ein Zeichen der fortschreitenden Depression sein solle. Rein theoretisch sei dies als durchaus möglich zu betrachten, doch die im Dezember 2013 erhobenen Befunde sprächen abermals eine andere Sprache. Kurze Zeit nach Beginn der Untersuchung, nach zwei bis drei Minuten, habe sich die Stimmung aufgehellt, die Beschwerdeführerin habe dann immer wieder lächeln und einige wenige Male auch verhalten lachen können, sie habe insgesamt auch einen vitalen Eindruck hinterlassen. Dass die Beschwerdeführerin durch die Depression innerlich erstarrt sein solle, könne aufgrund der erhobenen Befunde nicht bestätigt werden, das Gegenteil sei der Fall. Aufgrund der im Dezember 2013 erhobenen Befunde hätten klinisch keine relevanten Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen und – soweit beurteilbar infolge der Verdolmetschung – auch keine relevanten Auffassungsstörungen festgestellt werden können. Aus diesem Grund habe sich eine erneute neuropsychologische Untersuchung nicht aufgedrängt. Bei der neuropsycholo-

gischen Untersuchung im Jahr 2005 sei ein sehr niedriges geistiges Leistungsvermögen festgestellt und festgehalten worden, dass die Beschwerdeführerin kaum lesen und schreiben könne und bei kleinsten Anforderungen, z.B. beim Schreiben des Datums, überfordert sei. Diese Untersuchungsbefunde deckten sich mit der im Gutachten vom Dezember 2013 klinisch festgestellten Tatsache, dass die Beschwerdeführerin einen einfach strukturierten und wenig differenzierten Eindruck hinterlasse. All diese Faktoren könnten aber in keiner Art und Weise als Ausdruck einer innerlichen Erstarrung auf dem Hintergrund der Depression gewertet werden. In diesem Kontext sei gleichzeitig festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung vom Jahre 2005 mehrmals durch ein selbstlimitierendes Verhalten aufgefallen sei. Diese Tatsache werde von der Rechtsvertreterin mit keinem Wort erwähnt, sie decke sich jedoch weitgehend mit der anlässlich der gutachterlichen Untersuchung vom Dezember 2013 festgestellten Dramatisierungs- und bewusstseinsnahen Aggravationstendenz. Als Ausdruck der bereits schon im Jahr 2005 festgestellten Selbstlimitierungstendenz sei zudem auch die Tatsache zu nennen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der gutachterlichen Untersuchung vom Dezember 2013 bei der Selbstbeurteilung ihrer Arbeitsfähigkeit davon ausgehe, wegen ihrer Beschwerden zu keiner Tätigkeit mehr fähig zu sein. In diesem Kontext sei auch eine Diskrepanz in der Selbst- und Fremdbeurteilung der Fähigkeiten zu erwähnen: Die Beschwerdeführerin habe in der gutachterlichen Untersuchung berichtet, dass sie sich wegen ihres mangelnden Selbstvertrauens und ihrer Angst nicht mehr alleine nach draussen begeben. Demgegenüber habe ihr Ehemann erklärt, dass sie jeweils alleine in einem nahe gelegenen K. \_\_\_\_\_ Shop einkaufen gehe.

**4.4** Im Vergleich zu den seinerzeitigen Rentenverfügungen vom 24. Mai 2006 (AB 86) sind neue somatische Befunde (u.a. Gonarthrose beidseits, Femoropatellararthrose rechts [AB 121.1/18]) mit potentiellen Auswirkungen auf den Rentenanspruch hinzugetreten, was im Übrigen auch von der Beschwerdeführerin, welche gleichzeitig eine gesundheitliche Verschlechterung geltend macht, hervorgehoben wird (Beschwerde S. 20 ff.). Damit ist ein Revisionsgrund gegeben und der Rentenanspruch frei zu prüfen (vgl. E.

3.3 hiervor). Ob auch aufgrund der Entwicklung in psychischer Hinsicht ein Revisionsgrund vorliegt, kann offen bleiben.

## 5.

**5.1** Das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2013 (AB 121.1) inklusive Ergänzung vom 3. März 2015 (AB 134) erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.6 hiervor), da es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Zudem ist es in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und enthält begründete Schlussfolgerungen. Insbesondere werden die neuen Befunde ausführlich begründet und diese stimmen mit den weiteren Akten überein.

Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, vermag den vollen Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens nicht in Zweifel zu ziehen. So hat der Umstand, dass neue somatische Diagnosen gestellt werden, nicht zwingend zur Folge, dass die Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Denn gemäss Rechtsprechung muss in jedem Einzelfall eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Die Bestimmung einer allfälligen Einschränkung gehört zu den Aufgaben des Gutachters; wenn eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneint wird, ist dies nicht widersprüchlich. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ hat im Teilgutachten vom 16. Dezember 2013 (AB 121.1) und der ergänzenden Stellungnahme vom 3. März 2015 (AB 134) schlüssig und überzeugend dargelegt, dass die somatisch ausgewiesenen Veränderungen an der Wirbelsäule und an den Gelenken zwar das Zumutbarkeitsprofil beeinflussen, jedoch nicht zu einer Verminderung des Arbeitspensums führen. Er verweist darauf, dass sich aufgrund von ausgeprägten subjektiven Beschwerden ohne hinreichende Erklärungen durch ein organisch somatisches Korrelat aus rein rheumatologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit begründen lasse (AB 134/2). Diese Schlussfolgerung überzeugt, da die Beschwerdeführerin gemäss Dr. med. H.\_\_\_\_\_ an chronischen, ausgedehnten, sehr

ausgeprägten Schmerzen von permanent hoher Intensität cervical, an beiden Armen, lumbal, an beiden Knien und im Bereich beider Sprunggelenke leidet, wobei sich aber klinisch kein entsprechendes Korrelat finden liess, keine Gelenkschwellungen und keine neurologischen Ausfälle (AB 121.1/23). Zudem hält Dr. med. H.\_\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin habe schon bei leichtem Druck auf den Schädel über Nacken- und Rückenschmerzen geklagt, was organisch nicht erklärbar sei (AB 134/4). Ausserdem verursachen degenerative Veränderungen, wie Dr. med. H.\_\_\_\_\_ nachvollziehbar darlegt, nicht zwingend Schmerzen (AB 134/2).

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, sie leide auch an neurologischen Ausfällen (Beschwerde S. 23 ff.), ist festzuhalten, dass sich der rheumatologische Gutachter grundsätzlich auf sein Fachgebiet zu beschränken hat. Anhaltspunkte für wesentliche neurologische Schäden sind vorliegend nicht gegeben, jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit. So ergab ein nach der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. Mai 2015 durchgeführtes MRI der HWS vom 5. August 2015 (Bericht des Spitals M.\_\_\_\_\_ vom 6. August 2015 [Akten der Beschwerdeführerin {BB} 34]) eine dorsale Bandscheibenprotrusion HWK 4/5 (ohne Hinweis auf eine Neurokompression) und HWK 5/6 (mit bloss „möglicher Enge“ der C5 Nervenwurzel rechts neuroforaminär). Weiter konnte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ anlässlich der Begutachtung Ende 2013 keine neurologischen Ausfälle feststellen (AB 121.1/22). Er hat zudem in der Stellungnahme vom 3. März 2015 darauf hingewiesen, dass seit dem Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ (aus dem Jahr 2002 [AB 14]) nie mehr sichere neurologische Ausfälle festgestellt wurden (AB 134/3). Bereits 2003 bestand eine Schmerzlokalisierung, welche deutlich über das entsprechende Dermatome der komprimierten Nervenwurzel hinausging (Bericht Spitals M.\_\_\_\_\_ vom 21. Juni 2003 [AB 121.2/8 f.]), womit gemäss Dr. med. H.\_\_\_\_\_ bereits damals Zeichen für eine nichtorganische Genese bestanden (AB 134/4). Mit der Beschwerdegegnerin ist schliesslich darauf hinzuweisen (vgl. Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 3.3), dass der Hausarzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ bei einem erneuten Verdacht auf neurologische Defizite wohl entsprechende Abklärungen in die Wege geleitet hätte, so wie er dies bereits 2003 getan hat; dies war jedoch nicht der Fall. Das MRI der HWS vom

5. August 2015 (BB 34) scheint jedenfalls nicht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ (oder einem anderen Arzt), sondern vielmehr von der Beschwerdeführerin selber zwecks Klärung der Frage nach einer Neurokompression veranlasst worden zu sein. In den Berichten vom 17. Juli 2012 (AB 103) und vom 31. Juli 2014 (AB 130) erwähnte der Hausarzt keine neurologischen Defizite, vielmehr hielt er im Bericht aus dem Jahr 2012 fest, ihm sei nicht klar, weshalb die Beschwerdeführerin eine Rente beziehe, er vermute psychische Faktoren.

**5.2** Auch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 27. Dezember 2013 (AB 120.1) inklusive Ergänzung vom 30. April 2015 (AB 135) ist voll beweiskräftig, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet (vgl. E. 2.6 hiervor).

Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, dringt nicht durch. Sie macht geltend (Beschwerde S. 28), zwischen der subjektiven Schilderung der psychischen Befindlichkeit anlässlich der Begutachtung im Jahr 2005 und derjenigen bei der Begutachtung im Jahr 2013 sei keine Verbesserung feststellbar. Folglich sei die andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. G. \_\_\_\_\_ unbeachtlich. Wie der Experte im Nachtrag vom 30. April 2015 (AB 135/1 f.) zu seinem Gutachten zu Recht darlegt, kann betreffend Gesundheitszustand und Leistungsfähigkeit nicht unbesehen auf die Angaben der Beschwerdeführerin selber abgestellt werden. Vielmehr sind gemäss Dr. med. G. \_\_\_\_\_ – neben den subjektiv geklagten Beschwerden – auch die direkt bei der Begutachtung erhobenen Befunde zu berücksichtigen. Dass diese sich seit der Begutachtung im Jahr 2005 deutlich verbessert haben, hat Dr. med. G. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten schlüssig und überzeugend dargelegt. Er führte insbesondere aus (AB 120.1/16 f.), in der aktuellen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin keinen psychomotorisch verlangsamten Eindruck mehr hinterlassen, Mimik und Gestik seien lebhaft. Es lasse sich auch keine emotionale Starrheit und keine Einschränkung der affektiven Modulationsfähigkeit mehr nachweisen,

zudem sei der Affekt anlässlich der aktuellen Untersuchung lediglich zu Beginn für zwei bis drei Minuten weinerlich, ängstlich-unsicher und deprimiert gestimmt. Sodann wird von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ die von der Beschwerdeführerin auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren geltend gemachte „innerliche Erstarrung“ vor dem Hintergrund einer Depression (Beschwerde S. 29) mit überzeugender Begründung verneint (vgl. AB 135/2 f.). Ausserdem verweist der psychiatrische Gutachter auf die Diskrepanz in der Selbst- und Fremdbeurteilung der Fähigkeiten, wonach die Beschwerdeführerin angab, sie begeben sich nicht mehr alleine nach draussen, wohingegen der Ehemann erklärte, sie gehe jeweils alleine in einem nahe gelegenen K. \_\_\_\_\_ Shop einkaufen (AB 135/3). Weiter verweist Dr. med. G. \_\_\_\_\_ auf die teilweise widersprüchlichen Angaben der Beschwerdeführerin, wonach sie jeden Tag und jede Nacht weinen müssen, sie müsse bei jedem Atemzug weinen, demgegenüber habe sich aber in der aktuellen Untersuchung abgesehen von den ersten zwei bis drei Minuten zu keinem Zeitpunkt eine bedrückt-traurige oder weinerliche Stimmung erkennen lassen (AB 120.1/16). Für einen leichteren Schweregrad der Depression spricht laut Dr. med. G. \_\_\_\_\_ zudem der Umstand, dass die Beschwerdeführerin gute Beziehungen zu ihren drei Töchtern, ihrem Bruder und ihrer Schwester, einer Nachbarin und einer Schwägerin pflegt und dass sie ihren behandelnden Psychiater nur selten besucht und seit dem Jahr 2006 keine Psychopharmaka mehr einnimmt (AB 120.1/16). Mit einer erneuten Intensivierung der Gesprächsbehandlung und Verordnung eines Antidepressivums kann gemäss Dr. med. G. \_\_\_\_\_ mittelfristig von einer weiteren Stabilisierung und auch Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden (AB 120.1/19).

Weiter wird beschwerdeweise geltend gemacht (Beschwerde S. 35), anstatt unter psychiatrischen Gesichtspunkten zu prüfen, warum die Beschwerdeführerin die ihr gestellten Fragen nicht immer beantworten könne, unterstelle Dr. med. G. \_\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin, sie mache was sie wolle; der psychiatrische Gutachter sei gegenüber der Beschwerdeführerin voreingenommen. Diesbezüglich ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass es mit Blick auf die Ausführungen von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ keine medizinische Erklärung für die zeitweise vagen und wenig fassbaren Angaben der Beschwerdeführerin gibt (Beschwerdeantwort S. 4). So hat

Dr. med. G.\_\_\_\_\_ ausgeführt, die affektive Modulationsfähigkeit sei als nicht eingeschränkt zu betrachten. Insgesamt hinterlasse die Beschwerdeführerin einen vitalen Eindruck. Eine andauernde bedrückt-traurige und weinerliche Stimmung sowie eine verminderte Energie und Müdigkeit, wie sie subjektiv geklagt würden, liessen sich klinisch in der aktuellen Untersuchung nicht bestätigen. Darüber hinaus lasse sich auch keine eigentliche Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung klinisch erkennen, die Beschwerdeführerin gehe aber oft auf die ihr gestellten Fragen nicht direkt ein und scheine gerade das zu antworten, was sie gerade wolle (AB 120.1/15). Aufgrund der im Dezember 2013 erhobenen Befunde hätten – soweit beurteilbar infolge der Verdolmetschung – auch keine relevanten Auffassungsstörungen klinisch festgestellt werden können (AB 135/3). Aus diesen Ausführungen lässt sich entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin keine Voreingenommenheit von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ ableiten, da sie allein die vom psychiatrischen Experten anlässlich der Begutachtung im Dezember 2013 gemachten Feststellungen wiedergeben.

Schliesslich macht die Beschwerdeführerin geltend, das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ sei nicht vollständig, da trotz Hinweisen auf erhebliche neuropsychologische Einschränkungen keine entsprechende Abklärung durchgeführt worden sei (vgl. Beschwerde S. 33 ff.). Dr. med. G.\_\_\_\_\_ hat in der ergänzenden Stellungnahme vom 30. April 2015 (AB 135/3) unter Hinweis auf bei der Begutachtung von Ende 2013 fehlende Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Auffassungsstörungen schlüssig und überzeugend dargelegt, dass kein Anlass für eine erneute neuropsychologische Untersuchung bestand. Die Beschwerdeführerin zeigte auch keine Hinweise für eine Ermüdung, vielmehr hinterliess sie einen vitalen Eindruck (AB 120.1/13). Zudem berücksichtigt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ zu Recht das bei der neuropsychologischen Untersuchung im Jahr 2005 festgestellte sehr niedrige geistige Leistungsvermögen, was sich mit seinen Feststellungen anlässlich der Begutachtung 2013 deckt, wonach die Beschwerdeführerin einen einfach strukturierten und wenig differenzierten Eindruck hinterlassen hatte. Zudem erwähnt der psychiatrische Gutachter das durch die Beschwerdeführerin bei der neuropsychologischen Testung 2005 mehrmals gezeigte selbstlimitierende Verhalten, was laut Dr. med. G.\_\_\_\_\_ weitgehend mit den anlässlich der gutachterlichen Untersu-



chung von Ende 2013 festgestellten Dramatisierungs- und bewusstseinsnahen Aggravationstendenzen übereinstimmt (AB 135/3).

**5.3** Die Beschwerdeführerin verlangt weitere Beweismassnahmen in Form eines neuen rheumatologischen und psychiatrischen Gutachtens, zudem auch gutachterliche Abklärungen orthopädischer, neurologischer und neuropsychologischer Art. Nach dem oben Erwähnten, wonach schlüssige Gutachten in den Bereichen Rheumatologie und Psychiatrie vorliegen und keine Anhaltspunkte für weitere Gesundheitsschäden in anderen Fachgebieten gegeben sind, erübrigen sich diese Begutachtungen.

Gleiches gilt für die beantragte Abklärung unter dem Aspekt einer Schmerzkrankheit (Beschwerde S. 37 ff.; Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 16. September 2015, S. 8 [im Gerichtsossier]), nachdem keine hinreichenden Anhaltspunkte für die Annahme einer Schmerzstörung bestehen bzw. keine entsprechende psychiatrische Diagnose gestellt worden ist. Dazu hielt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ unmissverständlich fest (AB 120.1/17), in der aktuellen Untersuchung hinterlasse die Beschwerdeführerin nicht den Eindruck, unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen zu leiden, zu keinem Zeitpunkt der 1.75 Stunden dauernden Exploration deuteten Mimik und Gestik ein Schmerzerleben an. Aus diesem Grund könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden. Folglich kommt vorliegend auch die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 nicht zum Tragen. Soweit die geltend gemachten Schmerzen somatisch nicht erklärbar sind, weist der Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_\_ zu Recht darauf hin, dass allein dieser Umstand keine Arbeitsunfähigkeit begründet (AB 134/2); zudem ist in diesem Zusammenhang auf die von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ festgestellte Selbstlimitierungs- bzw. Dramatisierungs- und bewusstseinsnahe Aggravationstendenz der Beschwerdeführerin hinzuweisen (AB 120.1/16 ff.), was die fehlende Objektivierbarkeit des behaupteten Schmerzgeschehens durchaus zu erklären vermag. Zu verzichten ist auch auf eine Parteibefragung (Beschwerde S. 30), von der – zumal die Beschwerdeführerin zu diesem Zweck ausführlich begutachtet worden ist – keine weiterführenden Erkenntnisse in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt und die erwerbliche Leistungsfähigkeit zu erwarten sind.



Der Sachverhalt ist somit rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweismassnahmen kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) verzichtet werden. Die weiteren bei den Akten liegenden (kurzen) Arztberichte (AB 89, 93/3 f., 105, 130/2) begründen keine Abweichung von den gutachterlichen Schlüssen, da darin weder die jeweils attestierte Arbeitsunfähigkeit näher begründet wird noch sich Angaben zu zumutbaren Verweistätigkeiten finden.

**5.4** Somit gilt das von den Gutachtern Dres. med. H. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ am 20. Dezember 2013 formulierte Zumutbarkeitsprofil (AB 122), wonach die Leistungsfähigkeit aus psychischen Gründen um 20 % eingeschränkt ist. Soweit Dr. med. G. \_\_\_\_\_ eine „Arbeitsunfähigkeit“ erwähnt, bezieht sich dies offensichtlich nicht nur auf die bisherige, sondern auf sämtliche Tätigkeiten (vgl. dazu auch AB 120.1/18). Gestützt darauf ist die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

## **6.**

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

## **6.2**

**6.2.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E.

4.1 S. 325). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlöhnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute Bundesgericht {BGer}] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

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

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

**6.3** Da die tatsächlichen Verhältnisse im Zeitpunkt der allfälligen Rentenrevision (vgl. Entscheid des EVG vom 3. Juli 2006, I 86/06, E. 4) massgebend sind, sind Validen- wie Invalideneinkommen auf das Jahr 2015 hin festzulegen. Da für dieses Jahr noch keine statistischen Daten verfügbar sind, ist der Einkommensvergleich für das Jahr 2014 vorzunehmen.

**6.3.1** Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen gestützt auf die LSE ermittelt hat (AB 136), da die Beschwerdeführerin ihre letzte Stelle im Gastgewerbe aus gesundheitsfremden Gründen bzw. aufgrund einer Restrukturierung des Personalbestandes verloren hat (AB 6/4; vgl. SVR 2009 IV Nr. 58 S. 182 E. 2.3). Auszugehen ist von den LSE 2012, Tabelle TA1 (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor), Gastgewerbe/Beherbergung u. Gastronomie, Kompetenzniveau 1, Frauen, im Betrag von monatlich Fr. 3'665.--, jährlich Fr. 43'980.--, indexiert auf das Jahr 2014 resultiert ein Betrag von Fr. 44'578.-- (Index im Jahr 2012: 102.9 Punkte, Index im Jahr 2014: 104.3 Punkte [Tabelle T1.2.10 Nominallohnindex, Frauen 2011 – 2014; Gastgewerbe und Beherbergung]). Die Anpassung an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit in der betreffenden Abteilung im Jahr 2014 von 42.4 Stunden ergibt einen Betrag von Fr. 47'253.-- (Fr. 44'578.-- : 40 h x 42.4 h).

**6.3.2** Auch das Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin zu Recht anhand statistischer Zahlen ermittelt (AB 136), da die Beschwerdeführerin keine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat bzw. ausübt (vgl. E. 6.2.2 hiervor). Auszugehen ist ebenfalls von der LSE 2012, Tabelle TA1 (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor), Total, Kompetenzniveau 1, Frauen, im Betrag von monatlich Fr. 4'112.--, jährlich Fr. 49'344.--; die Indexierung auf das Jahr 2014 ergibt einen Betrag von Fr. 50'118.-- (Index Jahr 2012: 102.0 Punkte, Index Jahr 2014: 103.6 Punkte [Tabelle T1.2.10 Nominallohnindex, Frauen 2011 – 2014; Total]). Nach der Anpassung an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im betreffenden Bereich im Jahr 2014 von 41.7 Stunden resultiert ein Betrag von Fr. 52'248.-- (Fr. 50'118.-- : 40 h x 41.7 h). Unter Berücksichtigung der gutachterlich attestierten Leistungsminderung von 20 % (AB 122) verbleibt ein Betrag

von Fr. 41'798.-- (Fr. 52'248.-- x 0.8). Ein zusätzlicher Tabellenlohnabzug (vgl. E. 6.2.2 hiervor) wäre jedenfalls auf 15 % zu begrenzen, zumal die Beschwerdeführerin über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (AB 1/8) und sie vollzeitlich – wenn auch mit eingeschränkter Leistung – erwerbstätig sein kann (AB 122), womit ein Abzug wegen der Nationalität/Aufenthaltskategorie (BGE 126 V 75 E. 5a cc S. 79) und wegen Teilzeittätigkeit (Entscheid des BGer vom 27. April 2015, 8C\_7/2015, E. 5.2.3) entfällt. Mit Gewährung eines 15 %-igen Tabellenlohnabzuges beträgt das Invalideneinkommen Fr. 35'528.-- (Fr. 41'798.-- x 0.85).

**6.4** Die Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Vergleichseinkommen ergibt einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von gerundet 25 % ( $100 : \text{Fr. } 47'253.-- \times [\text{Fr. } 47'253.-- - \text{Fr. } 35'528.--] = 24.81 \%$ ; zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123).

**6.5** Der Zeitpunkt der Renteneinstellung (AB 136/6) auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats bzw. per 30. Juni 2015 ist nicht zu beanstanden (vgl. E. 3.4 und 3.5 hiervor).

**6.6** Betrifft die revisionsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Rente eine versicherte Person, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat, so hat die Verwaltung die Notwendigkeit (vorgängiger) befähigender beruflicher Massnahmen trotz wiedergewonnener Arbeitsfähigkeit abzuklären (BGE 141 V 5 E. 4.1 S. S. 7; SVR 2011 IV Nr. 73 S. 222 E. 3.3; zum Ganzen vgl. SVR 2011 IV Nr. 30 S. 88 E. 4.2.2; Entscheid des BGer vom 10. September 2010, 9C\_768/2009, E. 4.1). Vorliegend erfolgte die Rentenzusprechung mit Wirkung ab dem 1. Dezember 2003 (AB 86), womit der Rentenbezug weniger als 15 Jahre gedauert hat. Hingegen hatte die am 13. Januar 1960 geborene Beschwerdeführerin (AB 1/8) im Zeitpunkt des Erlasses der rentenaufhebenden Verfügung vom 27. Mai 2015 (AB 136) das 55. Altersjahr bereits erreicht.

Für Eingliederungsmassnahmen wird grundsätzlich die subjektive Eingliederungsfähigkeit bzw. die Eingliederungsbereitschaft der versicherten Person vorausgesetzt (Entscheid des BGer vom 20. Februar 2014, 9C\_474/2013, E. 6.3). Nach der Rechtsprechung ist nur dann von fehlendem Eingliederungswillen bzw. fehlender subjektiver

Eingliederungsfähigkeit auszugehen, wenn er mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor kantonalem Versicherungsgericht gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Entscheid des BGer vom 7. September 2015, 9C\_231/2015, E. 4.2).

Zu ihrer Arbeitsfähigkeit befragt betonte die Beschwerdeführerin gegenüber dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_\_, sie könne gar nichts mehr arbeiten, weil sie gar keine Kraft mehr habe, sie könne aber auch nicht arbeiten wegen ihrer Schmerzen und da es ihr moralisch nicht gut gehe (AB 120.1/11). Bezüglich allfälliger beruflicher Massnahmen gab Dr. med. G.\_\_\_\_\_ an (AB 120.1/19), solche wären aus psychiatrischer Sicht an und für sich indiziert. Aufgrund der subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und der Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin dürften berufliche Massnahmen jedoch als kaum sinnvoll erscheinen. Demgemäss sei auch die Prognose als ungewiss zu beurteilen. Zwar kann nicht allein aus der bei der Beschwerdeführerin bestehenden subjektiven Krankheitsüberzeugung ohne weiteres auf die Aussichtslosigkeit von Eingliederungsmassnahmen geschlossen werden, da solche durchaus geeignet sein können, den Eingliederungswillen zu fördern (SVR 2015 IV Nr. 19 S. 58 E. 4.2.3). Ausdruck der gar nicht gegebenen Eingliederungsbereitschaft der Beschwerdeführerin ist jedoch, dass die (bereits im Vorbescheidverfahren anwaltlich vertretene [AB 128]) Beschwerdeführerin weder im Vorbescheidverfahren noch im vorliegenden Beschwerdeverfahren je zum Ausdruck gebracht hat, dass sie auf berufliche Massnahmen angewiesen sei und solche verlange (vgl. BGer 9C\_474/2013, E. 6.3). Somit ist das Fehlen der subjektiven Eingliederungsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.

Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ohne vorgängige einlässliche Abklärung bzw. Gewährung befähigender beruflicher Massnahmen die Rentenaufhebung verfügt hat.

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

## 7.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'000.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

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

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin Dr. B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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