

200 16 1145 IV
SCJ/IMD/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. August 2017

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. November 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1975 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) bezog seit Dezember 1995 eine ganze Rente der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) bei einem Invaliditätsgrad von 100 % (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1.1 S. 16 ff.). Dieser Anspruch wurde mehrfach revisionsweise bestätigt (AB 1.1 S. 1; 6; 14).

B.

Im Rahmen einer im Dezember 2013 eingeleiteten weiteren Revision von Amtes wegen (AB 20) klärte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab, namentlich beauftragte sie die Begutachtungsstelle C._____ (MEDAS) mit einer orthopädisch-psychiatrischen Begutachtung der Versicherten. Das entsprechende Gutachten vom 27. Mai 2013 (richtig: 2015 [AB 42.1]) wurde vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) hinsichtlich des psychiatrischen Teils als "nicht über jeden Zweifel erhaben" beurteilt (AB 46 S. 5), woraufhin die IVB die Versicherte durch Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erneut psychiatrisch begutachten liess (Gutachten vom 11. Februar 2016 [AB 54.1]). Mit Vorbescheid vom 13. September 2016 (AB 57) stellte sie die Aufhebung der laufenden Rente bei fehlendem invalidisierendem Gesundheitsschaden in Aussicht, wobei sie aufgrund der Geburt einer Tochter im Jahr 2005 den Status auf nunmehr 70 % Erwerbstätigkeit und 30 % Aufgabenbereich Haushalt festlegte und diesen Statuswechsel als Revisionsgrund heranzog (AB 56 S. 5 f.). Nach erhobenem Einwand (AB 61) hob die IVB die Rente dem Vorbescheid entsprechend mit Verfügung vom 2. November 2016 (AB 63) per Ende Dezember 2016 (AB 64) auf.

C.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, mit Eingabe vom 23. November 2016 Beschwerde. Sie beantragt die Aufhebung der Verfügung vom 2. November 2016 und die Weiterausrichtung der ganzen Rente. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten zur Klärung des medizinischen Sachverhalts anzuordnen, subeventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks Anordnung von Eingliederungsmassnahmen zurückzuweisen. Einerseits macht sie unter Hinweis auf den Entscheid der zweiten Kammer des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vom 2. Februar 2016 in Sachen Di Trizio gegen die Schweiz (Nr. 7186/09) geltend, die Reduktion der Arbeitszeit aus rein familiären Gründen infolge Betreuungspflichten stelle keinen Revisionsgrund dar, ebenfalls liege kein medizinischer Revisionsgrund vor. Andererseits bringt sie hinsichtlich des Gutachtens von Dr. med. D. _____ vor, dieses stelle eine unzulässige "second opinion" dar. Gestützt auf die Schlussfolgerungen der Gutachter der MEDAS sei weiterhin eine ganze Rente auszurichten.

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 8. Februar 2017 auf Abweisung der Beschwerde. Sie teilt zwar die Ansicht der Beschwerdeführerin, wonach kein Revisionsgrund vorliege, beantragt jedoch, die angefochtene Verfügung sei mit der substituierten Begründung der zweifellosen Unrichtigkeit der rentenzusprechenden Verfügung vom 24. Februar 1997 (AB 1.1 S. 16 ff.) zu schützen.

Während die Beschwerdeführerin mit Replik vom 18. April 2017 das Vorliegen der Wiedererwägungsvoraussetzungen bezüglich der rentenzusprechenden Verfügung verneint, hält die Beschwerdegegnerin mit Duplik vom 22. Mai 2017 an den bisherigen Ausführungen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch 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 vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 2. November 2016 (AB 63). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung und in diesem Zusammenhang die Rechtmässigkeit der verfügten Rentenaufhebung per Ende Dezember 2016 (AB 64).

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

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

2.

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

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 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).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren

sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.5 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).

2.6 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).

2.7 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).

Fehlen die in Art. 17 Abs. 1 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung allenfalls nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schützen, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 140 V 85 E. 4.2 S. 87, 125 V 368 E. 2 S. 369).

3.

3.1 Im Abklärungsbericht vom 1. September 2016 hielt der Abklärungsdienst der Beschwerdegegnerin fest, die Beschwerdeführerin habe im Rahmen des Abklärungsgesprächs berichtet, sie hätte nach der Geburt der Tochter bei guter Gesundheit ihre ausserhäusliche Tätigkeit aufgegeben oder reduziert und würde nunmehr zwischen 60 % und 80 % ausser Haus arbeiten. Gestützt auf diese Aussagen legte die Beschwerdegegnerin den Status neu auf 70 % Erwerbstätigkeit und 30 % Aufgabenbereich Haushalt fest (AB 56 S. 5 f.). Diesen Statuswechsel erachtete sie bei Erlass der Verfügung vom 2. November 2016 (AB 63) als Revisionsgrund. In der Beschwerdeantwort anerkennt die Beschwerdegegnerin nunmehr zu Recht, dass ein familiär bedingter Statuswechsel – wie er hier vorliegt – rechtsprechungsgemäss mittlerweile keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG mehr darstellt (vgl. BGE 143 I 50 E. 4.1 f. S. 58 f.; 143 V 77 E. 3.2.3 S. 80). Da auch kein medizinischer Revisionsgrund ausgewiesen ist, wovon die Parteien in Einklang mit der Aktenlage übereinstimmend ausgehen (Beschwerde S. 4 Ziff. 1.3; Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 5), fällt eine revisionsweise Aufhebung der bislang ausgerichteten Rente ausser Betracht.

3.2 Zu prüfen ist damit, ob die angefochtene Revisionsverfügung vom 2. November 2016 (AB 63) mit der substituierten Begründung der zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenzusprechung zu schützen ist, wie dies die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort beantragt. Die entsprechende Verfügung vom 24. Februar 1997 (AB 1.1 S. 16 ff.) basierte im Wesentlichen auf den folgenden medizinischen Akten:

3.2.1 Im Bericht vom 24./25. November 1994 (AB 1.1 S. 119 ff.) diagnostizierte Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie und Orthopädie, eine Coxa valga beidseits sowie eine intertrochantäre Femurosteotomie beidseits. Es beständen eine postoperative Atrophie des linken Beins und erhebliche Kreuzschmerzen bei schwach ausgebildeter Rückenmuskulatur. Längeres Stehen sei kaum möglich, die Patientin klage über Dauerschmerzen vor allem in der Lendenwirbelsäule, weniger ausgeprägt auch im Bereich der linken Hüfte, wo die Osteotomieplatte störe. Eine stehende Arbeit während längerer Zeit sei kaum möglich, eine sitzende Tätigkeit sei gegenwärtig während maximal vier Stunden pro Tag in zwei Etappen zumutbar. Durch die weitere Physiotherapie sollte es zu einer Besserung der Beschwerden kommen, zudem auch zu einer Kräftigung der insgesamt hypotrophen Muskulatur. Demzufolge könnte dann auch eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit erwartet werden.

3.2.2 Dr. med. F. _____, Facharzt für Innere Medizin, hielt im Bericht vom 28. März 1995 (AB 1.1 S. 99 ff.) fest, es beständen ein Lumbovertebralsyndrom bei linkskonvexer Skoliose sowie pericoxale Beschwerden bei Status nach pertrochantärer Femurosteotomie. Insgesamt sei die Patientin etwas hypoplastisch und untergewichtig. Der schwache Körperbau habe zur Folge, dass schwere Arbeiten nicht geleistet werden könnten.

3.2.3 Im Bericht des Spitals G. _____ vom 8. Februar 1996 (AB 1.1 S. 29 ff.) bezüglich einer vom 23. Januar bis 6. Februar 1996 dauernden Hospitalisation wurde ein chronifiziertes coxolumbales Schmerzsyndrom multifaktorieller Ätiologie diagnostiziert. Orthopädisch-neurologisch habe eine auffällige Diskrepanz zwischen geschildeter Schmerzintensität bei Bewegung aller grossen Gelenke und der Wirbelsäule und der sehr guten aktiven und passiven Beweglichkeit bestanden. Hinweise für ein Geschehen aus dem rheumatischen Formenkreis oder für eine andere Systemer-

krankung hätten sich nicht ergeben. Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit führten die Ärzte aus, ein entsprechendes Attest sollte ihres Erachtens limitiert und an die Mitarbeit bei der Durchführung eines intensiven Trainingsprogramms gekoppelt werden. Für sieben Tage bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

3.2.4 Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 7. Juli 1996 (AB 1.1 S. 26 ff.) das Folgende: Multilokuläre Schmerzen, St. n. intertrochantärer Femurosteotomie beidseits (1993 rechts, 1994 links) bei Coxa valga, Skoliose, Periarthropathia cocae, Kleinwuchs, St. n. Tonsillektomie und Hyperlaxität der Gelenke. Er attestierte einerseits eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit ca. 1993, hielt andererseits jedoch fest, eine genaue Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne er im Rahmen einer einzelnen Untersuchung nicht vornehmen.

3.3 Mit Blick auf die Aktenlage fällt auf, dass der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht im Rahmen der Zusprechung einer ganzen Rente – basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 % (AB 1.1 S. 16) – bloss rudimentär abgeklärt worden ist. Insbesondere fehlte es an einem klar definierten Zumutbarkeitsprofil, worauf die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort zu Recht hingewiesen hat (S. 3 Ziff. 6). Die offensichtlich der Rentenzusprechung zu Grunde gelegte Einschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit durch Dr. med. H. _____ im Bericht vom 7. Juli 1996 (AB 1.1 S. 26 ff.) erfolgte ausdrücklich unter Vorbehalt weiterer Untersuchungen. Hinzu kommt, dass dieser den Versuch empfohlen hat, die begonnene (und abgebrochene) Lehre zu einem Abschluss zu bringen (AB 1.1 S. 27). Die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % ist auch unter diesem Aspekt nicht nachvollziehbar. Schliesslich handelte es sich bei den vom Hausarzt diagnostizierten multilokulären Schmerzen offensichtlich um ein unklares Beschwerdebild, welches näher hätte abgeklärt werden müssen. Gleiches gilt für das im Bericht des Spitals G. _____ vom 8. Februar 1996 (AB 1.1 S. 29 ff.) diagnostizierte chronifizierte coxolumbale Schmerzsyndrom multifaktorieller Ätiologie, wobei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % auffälligerweise bloss für sieben Tage nach Beendigung des stationären Aufenthalts attestiert wurde. Weshalb angesichts dieser unklaren medizinischen Situation von einer – vom zuständigen Sachbearbeiter

zunächst angeregt und als notwendig erachteten (AB 1.1 S. 47) – gründlichen medizinischen Abklärung abgesehen wurde, ist nicht nachvollziehbar.

Nach dem Gesagten wurden im Zeitpunkt der Rentenzusprechung die notwendigen fachärztlichen Abklärungen nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt. Damit erweist sich die Zusprechung einer ganzen Rente ab Februar 1995 als zweifellos unrichtig, weshalb auf die Verfügung vom 24. Februar 1997 (AB 1.1 S. 16 ff.) wiedererwägungsweise zurückgekommen werden kann, zumal es sich bei Renten um Dauerleistungen handelt, womit auch die zweite Voraussetzung der Wiedererwägung, die erhebliche Bedeutung einer Berichtigung, erfüllt ist (vgl. E. 2.7 hiavor). Die Tatsache, dass die Anforderungen an die medizinischen Abklärungen vor 20 Jahren niedriger waren als heute, worauf die Beschwerdeführerin in der Replik vom 18. April 2017 richtigerweise hingewiesen hat (S. 3 Ziff. 2.1), ändert nichts daran, dass ursprünglich eine völlig ungenügende medizinische Sachverhaltsermittlung vorgelegen und die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz (BGE 117 V 282 E. 4a S. 282 f.) klar verletzt hat.

4.

Sind die Voraussetzungen der Wiedererwägung gegeben, was – wie eben dargelegt (vgl. E. 3.3 hiavor) – hier der Fall ist, werden die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs pro futuro geprüft (SVR 2014 IV Nr. 7 S. 30 E. 4.1).

4.1 Hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2016 (AB 63) ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

4.1.1 Im Bericht vom 21. Mai 2014 (AB 27) hielt Dr. med. Markus Lüthi, Facharzt für Innere Medizin, fest, die Patientin werde durch ständige Rückenschmerzen wechselnder Lokalisation, Kopfschmerzen und Magen-Darm-Störungen geplagt. Es bestehe auch eine Dekonditionierung. Sie greife häufig zu Schmerzmitteln. Wenn stärkere Schmerzen aufträten, lege sie sich hin und mache teilweise längere Pausen. So wie sich die Situation

präsentiere, wären nur kurze Arbeitseinsätze von 1-2 Stunden täglich möglich und zumutbar. Zu achten wäre dabei – falls überhaupt möglich – auf eine wechselbelastende Tätigkeit, welche von der körperlichen Belastung her leicht sein müsste. Im Haushalt bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 60 %.

4.1.2 Dem Gutachten der MEDAS vom 27. Mai 2015 (AB 42.1) sind die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (S. 34 Ziff. 11.1): Organische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F07.0), Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), kombinierte selbstunsichere, abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0).

Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädie, hielt fest, die geklagten Nacken- und lumbalen Schmerzen hätten bei frei beweglicher Hals- bzw. Lendenwirbelsäule und unauffälligem radiologischen Befund nicht objektiviert werden können. Dasselbe gelte bezüglich der Hüftgelenksschmerzen rechts und links. Eine MRI-Untersuchung habe trotz Valium wegen angeblich starken Angstgefühlen nicht durchgeführt werden können. Die Kniegelenksschmerzen links könnten bei normalem Untersuchungsbefund zumindest teilweise mit der im Röntgenbild dokumentierten femoropatellären Inkongruenz erklärt werden. Eine wesentliche Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit resultiere hieraus allerdings nicht und die Beschwerden seien bisher auch nicht behandelt worden. Insgesamt bestehe seit jeher eine volle Arbeitsfähigkeit als Hausfrau wie auch für leichte Hilfsarbeiten bei voller Stundenpräsenz (S. 9 f.).

In psychiatrischer Hinsicht wurde von Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, festgehalten, es lasse sich nach den Aktenunterlagen und anamnestischen Angaben sowie dem klinischen Zustand eine organische Persönlichkeitsstörung feststellen, die am ehesten auf eine frühkindliche Hirnschädigung zurückzuführen sei. Die Störung sei vor allem durch kognitive Störungen mit Konzentrationsschwierigkeiten, Merkfähigkeitsstörungen und Gedächtnisstörungen gekennzeichnet. Hinzu kämen leichte emotionale Störungen mit Neigung zu kurzen dysphorischen Verstimmungen in Belastungssituationen, mit leichter Affektlabilität und psychomotorischer Unruhe. Auch liessen sich leichte formale Denkstörungen mit etwas umständlichem Denken, Sprechstörungen mit teils undeutli-

cher Ausdrucksweise nachweisen. Daneben fänden sich aber keine Hinweise für depressive Störungen oder Angststörungen mit Krankheitswert und keine psychotischen Störungen. Weiter fänden sich Hinweise für kombinierte Persönlichkeitsstörungen mit selbstunsicheren und abhängigen Persönlichkeitszügen. Die Versicherte fühle sich in Gesellschaft wertlos, nutzlos, inkompetent und nicht leistungsfähig. Seit etwa 15 Jahren liege im Zusammenhang mit der chronischen Schmerzsymptomatik ein Medikamentenabusus vor, indem sie über Jahre Tramadol in steigender Dosierung einnehme und damit ein Abhängigkeitssyndrom entwickelt habe. Es bestünden Somatisierungsstörungen, insbesondere mit Kopfschmerzen, abdominellen Beschwerden (Übelkeit, Erbrechen), verstärkt in psychischen Belastungssituationen. Hinzu kämen auch neurasthenische Beschwerden mit körperlicher Schwäche, Erschöpfung, rascher Überforderung nach geringen Anstrengungen sowie Muskelverspannungen, Spannungskopfschmerzen und Einschlafstörungen. Insgesamt könne trotz der vorhandenen Störungen eine zumutbare Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit mit Verwertung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Allerdings sei die Versicherte einem Arbeitsumfeld nur eingeschränkt zumutbar und bedürfe vermehrter Rücksicht und Verständnis (S. 26 f.). In der Tätigkeit als ... könne eine Arbeitsfähigkeit von 70 % seit jeher angenommen werden. In einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 % bei vollem Stundenpensum in geschütztem Rahmen, ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck (Stressbelastung), ohne erforderliche geistige Flexibilität, d.h. ohne Anforderungen an Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnisleistungen und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung (S. 29 f. Ziff. 8.2).

Das von den Gutachtern im Rahmen der Konsensbeurteilung definierte Zumutbarkeitsprofil in einer leidensangepassten Tätigkeit entspricht demjenigen des psychiatrischen Teilgutachtens (S. 35 Ziff. 12.2).

4.1.3 Im Bericht vom 8. Juli 2015 (AB 46) gelangte die RAD-Ärztin Dr. med. K._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Schluss, die im C._____-Gutachten postulierte Diagnose einer organischen Persönlichkeitsstörung sei nicht nachvollziehbar. Es gebe keinen Hinweis darauf, dass die Versicherte ein inadäquates emotionales Verhal-

ten habe, auch wenn sie angebe, an Stimmungsschwankungen zu leiden. Eine Weinerlichkeit sei z.B. an Schmerzen gekoppelt. Ansonsten würden keine übermässigen euphorischen Zustände, Wutausbrüche oder Zustände von Gleichgültigkeit formuliert. Im Psychostatus der Versicherten finde sich eine relativ ausgeglichene Stimmung. Sie sei affektiv gut mitschwingend, allenfalls leicht dysphorisch. Deutliche kognitive Störungen sowie Hinweise auf Denkstörungen lägen nicht vor. Die Symptome einer organischen Persönlichkeitsstörung müssten deutlichere Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen haben, welche in der Anamnese als stabil und gut beschrieben würden. Auch für eine sonstige Persönlichkeitsstörung gebe es keine Anhaltspunkte. Diesbezüglich fänden sich keine entsprechenden anamnestischen Hinweise oder Befunde. Nicht zulässig sei das gleichzeitige Anführen einer organischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F07.0) und einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60/61).

4.1.4 Dr. med. D. _____ hielt im Gutachten vom 11. Februar 2016 (AB 54.1) fest, die vom Vorgutachter diagnostizierten Störungen lägen bei der Versicherten nicht vor. Zunächst müsse angemerkt werden, dass die gleichzeitige Diagnose einer organischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F07.0) und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) gemäss ICD-10 formal ausgeschlossen sei. Es sei unklar, welche der beiden Störungen der Gutachter als zutreffend erachtet habe. Des Weiteren sei eine Persönlichkeitsstörung auch inhaltlich auszuschliessen. Auch die Diagnose einer Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar. Einerseits seien die diesbezüglichen Diagnosekriterien nicht vollständig erfüllt, andererseits liege den geklagten Hüftgelenksschmerzen eine somatische Ursache zu Grunde. Zusammengefasst sei davon auszugehen, dass die Versicherte weder an einer akuten psychischen Störung noch an einem andauernden psychischen Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit leide. Die zu benennende Lese- und Rechtschreibstörung (ICD-10: F81.0) minde- re ebenso wenig die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten in Produktion, Administration, Logistik wie der langjährige (habituierte) Gebrauch von Tramadol. Aufgrund der langjährigen Dekonditionierung werde aus versicherungspsychiatrischer Sicht allenfalls vorgeschlagen, dass die Versicherte für eine Übergangszeit der Rekonditionierung von

einem Jahr als um 20 % vermindert arbeitsfähig zu betrachten wäre (S. 14 ff.).

4.2 Zunächst ist zu prüfen, wie es sich hinsichtlich des Vorbringens der Beschwerdeführerin verhält, wonach auf das Gutachten von Dr. med. D._____ vom 11. Februar 2016 nicht abgestellt werden könne, da es sich hierbei um eine unzulässige "second opinion" handle (Beschwerde S. 5 ff.).

4.2.1 In der ausführlichen Aktenbeurteilung vom 8. Juli 2015 (AB 46) hat die RAD-Ärztin Dr. med. K._____ schlüssig dargelegt, weshalb auf den von Dr. med. J._____ verfassten psychiatrischen Teil des C._____ - Gutachtens vom 27. Mai 2015 (AB 42.1) nicht abgestellt werden kann. Sie hat anhand der einschlägigen diagnostischen Leitlinien (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 101 ff.) nachvollziehbar dargestellt, weshalb weder die Diagnose einer organischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F07.0) noch einer sonstigen Persönlichkeitsstörung nachvollziehbar ist. Zu Recht erfolgte auch der Hinweis, dass das gleichzeitige Diagnostizieren dieser beiden Störungen gemäss Leitlinien ausgeschlossen ist (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 103). Hinzu kommt, dass Dr. med. J._____ nicht darzutun vermag, inwiefern es bei der Beschwerdeführerin zu einer "frühkindlichen Hirnschädigung" gekommen sein soll, auf welche er die von ihm diagnostizierte organische Persönlichkeitsstörung zurückführt. Weder aus der Anamnese noch aus den medizinischen Akten ergeben sich entsprechende Hinweise. Vielmehr scheint es sich dabei um eine Vermutung des Gutachters zu handeln, spricht er doch von einer organischen Persönlichkeitsstörung, die "am ehesten" auf eine frühkindliche Hirnschädigung zurückzuführen sei (AB 42.1 S. 26), und von einer "anzunehmenden" hirnorganischen Schädigung (AB 42.1 S. 31). Insgesamt fehlt es dem psychiatrischen Teilgutachten damit an jeglicher Überzeugungskraft. Insofern wäre eine blosser Nachfrage bei Dr. med. J._____ – wie von der Beschwerdeführerin als korrekte Vorgehensweise dargestellt (Beschwerde S. 8 Ziff. 1.7) – nicht zielführend gewesen, womit die Anordnung einer erneuten psychiatri-

schen Begutachtung nicht zu beanstanden ist bzw. für die Beschwerdegegnerin geradezu geboten war.

4.2.2 Nicht nachvollziehbar ist der sinngemässe Einwand der Beschwerdeführerin, die erneute psychiatrische Begutachtung sei nicht von der RAD-Psychiaterin, sondern von einem fachfremden RAD-Arzt angeordnet worden, was nicht zulässig sei (Beschwerde S. 7 f. Ziff. 1.5 f.). Einerseits lässt sich ein entsprechendes Erfordernis aus dem von der Beschwerdeführerin erwähnten BGE 136 IV (richtig wohl: V) 113 nicht ableiten, andererseits gab der RAD-Arzt Dr. med. Thomas Andres, Facharzt für Innere Medizin, seine Empfehlung offenbar nach Rücksprache mit der RAD-Psychiaterin Dr. med. K._____ ab (AB 47 S. 3; 50).

4.3 Im Gutachten vom 11. Februar 2016 (AB 54.1) hat sich Dr. med. D._____ in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen auch gestützt auf die eigene Untersuchung getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Dabei hat sich der Gutachter – wie bereits die RAD-Ärztin Dr. med. K._____ – ausführlich mit dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. J._____ auseinandergesetzt und anhand der erhobenen Befunde unter Darlegung der diagnostischen Leitlinien dargelegt, weshalb dessen Ausführungen und dabei insbesondere die Diagnostik nicht zu überzeugen vermögen (AB 54.1 S. 14 f.). Somit erfüllt dieses Gutachten die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Dies wird von der Beschwerdeführerin denn auch ausdrücklich zugestanden (Beschwerde S. 9 Ziff. 2.1).

4.4 Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 8 f. Ziff. 2) liegen somit hinsichtlich der Beweiskraft nicht zwei gleichwertige psychiatrische Gutachten mit unterschiedlichen Schlussfolgerungen vor, weswegen gerichtlich eine "psychiatrische Oberexpertise" anzuordnen wäre. Vielmehr ist nur das Gutachten von Dr. med. D._____ beweistauglich, weshalb von weiteren Abklärungen in antizipierter Beweiswürdi-

gung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) abgesehen werden kann. Der in der Beschwerde angeregten Durchführung einer hirnorganischen Abklärung mit bildgebenden Verfahren bzw. einer neuropsychologischen Abklärung bedarf es nicht, konnte der Gutachter Dr. med. D. _____ doch keine Einbussen höherer kognitiver Leistungen wie Gedächtnis oder problemlösendes Denken feststellen (AB 54.1 S. 12).

4.5 Das Ergebnis der orthopädischen Untersuchung von Dr. med. I. _____ ist nicht bestritten und es bestehen aufgrund der Akten keine Anhaltspunkte dafür, dass auf dessen Schlussfolgerungen und das von ihm definierte Zumutbarkeitsprofil (AB 42.1 S. 10 Ziff. 8.1) nicht abgestellt werden könnte. Die Beschwerdegegnerin weist in der Beschwerdeantwort zu Recht darauf hin, dass die im Anschluss an die orthopädische Begutachtung am 4. Mai 2015 erfolgte Kniearthroskopie rechts (AB 66 S. 4) am Zumutbarkeitsprofil nichts ändert, kann doch ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass die postoperative Rehabilitation spätestens nach einigen Monaten abgeschlossen war. Gegenteiliges ergibt sich weder aus den Akten, noch wird dies von der Beschwerdeführerin geltend gemacht. Im Rahmen der Haushaltsabklärung am 30. August 2016 sprach sie denn auch von einer verbesserten Situation bezüglich des rechten Knies (AB 56 S. 3).

4.6 Die Beschwerdegegnerin hat das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens nach dem Gesagten zu Recht verneint und die laufende Rente damit im Ergebnis korrekterweise aufgehoben. Der Zeitpunkt der Aufhebung ist unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 und Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) ebenfalls nicht zu beanstanden.

5.

Zu prüfen bleibt, ob vorgängig der Rentenaufhebung Eingliederungsmassnahmen zu prüfen bzw. durchzuführen gewesen wären.

5.1 Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Betrifft die revisions- oder wiederer-

wägungsweise 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. 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; Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 10. September 2010, 9C_768/2009, E. 4.1).

Vorliegend erfolgte die Rentenzusprechung mit Wirkung ab dem 1. Dezember 1995 (AB 1.1 S. 16), womit der Rentenbezug bis zur Aufhebung per Ende Dezember 2016 (AB 64) mehr als 15 Jahre gedauert hat. Damit liegt eine Konstellation vor, bei welcher – von Ausnahmen abgesehen – eine Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist. Entgegen der Darstellung der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (S. 4 Ziff. 8) ist nicht von einem Status von 70 % Aufgabenbereich Haushalt auszugehen, sondern dieser wurde im Abklärungsbericht vom 1. September 2016 mit schlüssiger Begründung auf 30 % festgesetzt (AB 56 S. 5 f.). Dementsprechend kann nicht offen bleiben, ob vorgängig der Rentenaufhebung Eingliederungsmassnahmen durchzuführen gewesen wären, wie dies die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort andeutet.

5.2 Für Eingliederungsmassnahmen wird grundsätzlich die subjektive Eingliederungsfähigkeit bzw. die Eingliederungsbereitschaft der versicherten Person vorausgesetzt (Entscheidung 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 (Entscheidung des BGer vom 7. September 2015, 9C_231/2015, E. 4.2).

Im Revisionsfragebogen vom 22. Januar 2014 hielt die Beschwerdeführerin fest, ihr mache nur schon das Bewegen grosse Mühe, weshalb sie keine

realistische Möglichkeit für die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit sehe (AB 22 S. 2 Ziff. 1.4). Mit Mitteilung vom 12. November 2014 (AB 36) wurde der Abschluss der beruflichen Eingliederung angeordnet mit der Begründung, die Beschwerdeführerin fühle sich subjektiv nicht in der Lage, an entsprechenden Massnahmen teilzunehmen (vgl. auch Protokolleintrag vom 8. September 2014 [in den Gerichtsakten]). Dieser Anordnung hat die Beschwerdeführerin nicht widersprochen. Auch im weiteren Verlauf des Verwaltungsverfahrens hat sie kein Interesse an beruflichen Massnahmen gezeigt. Gegen die Darstellung im Abklärungsbericht Haushalt vom 1. September 2016, wonach sie sich subjektiv nicht in der Lage fühle, an einem Belastbarkeitstraining teilzunehmen (AB 56 S. 5 Ziff. 3.6), hat sich die Beschwerdeführerin ebenfalls nicht gewehrt. Zu ihrer Arbeitsfähigkeit befragt betonte die Beschwerdeführerin gegenüber dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. D._____ sodann, es sei ihr bis heute auf Grund der Schmerzen nicht möglich, einer Tätigkeit nachzugehen (AB 54.1 S. 11). Bei diesen Gegebenheiten durfte die Beschwerdegegnerin von einer fehlenden subjektiven Eingliederungsfähigkeit ausgehen. Damit ist nicht zu beanstanden, dass sie ohne vorgängige einlässliche Abklärung bzw. Gewährung befähigender beruflicher Massnahmen die Rentenaufhebung verfügt hat.

Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin gemäss Gutachter Dr. med. D._____ aus versicherungspsychiatrischer Sicht medizinisch-theoretisch in jeder Tätigkeit arbeitsfähig ist (AB 54.1 S. 20 f.), weshalb von ihr im Rahmen der Schadenminderungspflicht (BGE 129 V 460 E. 4.2 S. 463) verlangt werden kann, das in körperlich leichten Hilfsarbeiten uneingeschränkte funktionelle Leistungsvermögen (AB 42.1 S. 10 Ziff. 8.1) unter Gewährung einer angemessenen Übergangszeit (AB 54.1 S. 21) auf dem Wege der Selbsteingliederung zu verwerten, zumal für sie aufgrund der fehlenden beruflichen Ausbildung denn auch im Wesentlichen solche Arbeiten in Frage kommen. Richtigerweise enthält die Beschwerdeantwort den Hinweis, dass sich die Beschwerdeführerin melden könne, falls sie Wiedereingliederungsmassnahmen beanspruchen möchte.

5.3 Nach dem Dargelegten ist die gegen die Verfügung vom 2. November 2016 (AB 63) erhobene Beschwerde abzuweisen.

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. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

6.2 Angesichts ihres Unterliegens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Ausrichtung einer 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. 800.-- 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 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.