

200 16 286 IV
FUR/REL/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. Oktober 2016

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiberin Renz

A. _____
vertreten durch B. _____, lic.iur. C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. Februar 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1968 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 12. Juni 2007 unter Hinweis auf „chronische Schmerzen in Bein und Fuss sowie Rücken“ bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin, AB] 1). Nachdem die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen vorgenommen hatte, liess sie die Versicherte im Februar 2008 psychiatrisch durch ihren Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) untersuchen (AB 28) und sprach ihr – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 34) – mit Verfügung vom 11. Februar 2009 bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 57 % eine halbe Invalidenrente (IV-Rente) ab September 2007 zu (AB 46).

Im Rahmen einer im Jahr 2010 eingeleiteten Revision von Amtes wegen (AB 51) führte die IVB erneut medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei veranlasste sie insbesondere eine interdisziplinäre Begutachtung durch die Fachärzte der MEDAS I. _____ (Gutachten vom 31. Dezember 2010 [AB 60.1]). Gestützt auf die Ergebnisse der getätigten Erhebungen erhöhte die IVB mit Wirkung ab 1. Februar 2010 die bisher ausgerichtete IV-Rente bei einem IV-Grad von 66 % auf eine Dreiviertelsrente (Verfügung vom 2. März 2011 [AB 65]). Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Anlässlich der im September 2014 eingeleiteten Revision von Amtes wegen hielt die Versicherte fest, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert habe und sie seit einem Jahr auch Rückenschmerzen habe (AB 69). Gestützt auf das in der Folge durch die MEDAS J. _____ erstellte polydisziplinäre Gutachten (Fachrichtungen Orthopädie/Innere Medizin/Psychiatrie/Neurologie [AB 84.1]) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 16. Dezember 2015 (AB 97) die Aufhebung der bisher ausgerichteten Dreiviertelsrente in Aussicht, da kein invalidisierender Gesundheitsschaden

mehr vorliege. Damit zeigte sich die Versicherte – vertreten durch den B._____, lic. iur. C._____ – nicht einverstanden (AB 100). Am 9. Februar 2016 verfügte die IVB wie im Vorbescheid angekündigt und hob die bisher ausgerichtete Dreiviertelsrente auf den ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung auf (AB 101).

C.

Hiergegen lässt die Versicherte am 7. März 2016 Beschwerde erheben und die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Weiterausrichtung einer Dreiviertelsrente beantragen.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. April 2016 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 9. Februar 2016 (AB 101). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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

2.1.2 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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 Er-

werbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.4 Um den IV-Grad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.5 Ändert sich der 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. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

2.6 Gemäss lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket [SchlBest. IV 6/1]; in Kraft seit 1. Januar 2012) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt

oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind (Abs. 1). Davon nicht erfasst sind Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen (Abs. 4). Als relevanter Anknüpfungspunkt für den über 15-jährigen Rentenbezug gilt der Beginn des Rentenanspruchs und nicht das Datum der (rechtskräftig erlassenen) Rentenverfügung (BGE 139 V 442 E. 4.3 S. 450).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin hat mit angefochtener Verfügung vom 9. Februar 2016 (AB 101) die laufende Rente in Anwendung von lit. a Abs. 1 SchIBest. IV 6/1 aufgehoben (vgl. E. 2.6 vorstehend). Umstritten ist vorliegend zunächst, ob die Aufhebung der IV-Rente gestützt auf diese Schlussbestimmungen zu Recht erfolgt ist. Diesbezüglich lässt die Beschwerdeführerin vorbringen, bei der Beurteilung vom 28. April 2015 (AB 84.1) durch die Gutachter der MEDAS J. _____ handle es sich lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes, weshalb keine revisionsbegründende Tatsachenänderung im Sinne von Art. 17 ATSG gegeben sei (Beschwerde vom 7. März 2016, S. 6 Ziff. 4)

3.2 Beruhte die Zusprechung der Invalidenrente auf einer von lit. a SchIBest. IV 6/1 erfassten gesundheitlichen Beeinträchtigung (vgl. E. 2.6 vorstehend), kann im vorgegebenen Zeitrahmen eine voraussetzungslose (namentlich nicht von einer massgebenden Veränderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG abhängige) Neuurteilung des Rentenanspruchs stattfinden (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. Januar 2014, 9C_654/2013, E. 2).

3.3 Zu prüfen ist deshalb zunächst, ob die ursprüngliche Rentenzusprache bzw. -erhöhung vom 2. März 2011 (AB 65) gestützt auf unklare Beschwerden erfolgte (vgl. E. 2.6 vorstehend).

3.3.1 In medizinischer Hinsicht gründet die Rentenverfügung vom 2. März 2011 (AB 65) auf dem interdisziplinären Gutachten der MEDAS I. _____ vom 31. Dezember 2010 (AB 60.1).

In diesem Gutachten diagnostizierten die Gutachter der Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie und Neurologie nach interdisziplinärer Konsensbesprechung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradig depressive Episode (ICD-10: F32.1), eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.1), ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit Schmerzausstrahlung ins rechte Bein sowie einen Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom beidseits (ICD-10: G56.0 [AB 61.1 S. 27 Ziff. 6.1]). Als Nebendiagnose (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) diagnostizierten sie beginnende polyarthritische Veränderungen der Fingergelenke, Senkfussbeschwerden, chronische Beinschmerzen rechts (ICD-10: R52.2) und einen Status nach Restless-Legs-Syndrom (Ziff. 6.2). In der angestammten Tätigkeit, die als körperlich mittelschwer resp. monoton belastend für die unteren und auch oberen Extremitäten betrachtet wurde, erachteten sie die Beschwerdeführerin als nicht arbeitsfähig, wobei diese Einschränkung sich einzig aufgrund des subjektiven Schmerzerlebens, dem aber aufgrund der Chronifizierung ein gewisser Krankheitswert zugemessen werden müsse, begründe (S. 31). Aus rein somatischer Sicht sei in einer optimal angepassten, wechselbelastenden leichten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben (S. 32 Ziff. 7.2). Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei aktuell nur durch die psychiatrische Diagnose gegeben. Insgesamt gingen die Gutachter von einer Arbeitsfähigkeit von 40 % in der vorgenannten leichten Tätigkeit aus (Ziff. 7.3). Es sei im Vergleich zur Rentenzusprache per September 2007 – wo noch von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ausgegangen worden sei – von einer gewissen Verschlechterung und weiteren Chronifizierung auszugehen, welche schleichend vor sich gegangen sei (Ziff. 7.4).

3.3.2 Die Zusprache einer Dreiviertelrente erfolgte demnach aufgrund zweier psychischer Diagnosen – einer mittelgradigen depressiven Episode und einer somatoformen Schmerzstörung – sowie der rheumatologisch-neurologischen Diagnose der chronischen Beinschmerzen rechts, welche einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hatten (AB 60.1 S. 27). Es ist jedoch

davon auszugehen, dass die mit Verfügung vom 2. März 2011 (AB 65) erfolgte Erhöhung der IV-Rente auf eine Dreiviertelsrente ab Februar 2010 im Wesentlichen auf der Grundlage der im Gutachten der MEDAS I. _____ vom 31. Dezember 2010 (AB 60.1) beschriebenen psychiatrischen und psychosomatischen Entwicklung mit somatoformer Schmerzstörung und depressiver Episode, die damals eindeutig im Vordergrund standen, beruhte und nicht auf den somatischen Diagnosen. Dies umso mehr, als die Gutachter damals ausführten, die Arbeitsfähigkeit werde nur durch die psychiatrische Diagnose eingeschränkt und betrage nur deshalb 40 %. Aus rein somatischer Sicht wurde hingegen eine volle Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten, wechselbelastenden leichten Tätigkeit attestiert (S. 32 Ziff. 7.2 und Ziff. 7.3). Eine organische Gesundheitsschädigung, welche Einfluss auf die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit gehabt resp. selbstständig zur Begründung eines Rentenanspruchs beigetragen hätte (vgl. SVR 2014 IV Nr. 39 S. 138 E. 2.6), lag demnach damals nicht vor.

Damit ist erstellt, dass die Zusprechung der Dreiviertelsrente ausschliesslich auf der Grundlage eines unklaren Beschwerdebildes im Sinne von lit. a Abs. 1 SchlBest. IV 6/1 erfolgt ist. Im Weiteren sind die Ausschlusskriterien gemäss lit. a Abs. 4 SchlBest. IV 6/1 nicht gegeben: So war die 1968 geborene Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung am 1. Januar 2012 weder 55 Jahre alt, noch lag ein mehr als 15-jähriger Rentenbezug vor (vgl. E. 2.6 hiavor; der Beginn des Rentenanspruchs erfolgte per 1. September 2007 [AB 46 S. 2] und die Überprüfung wurde mit Zustellung des Revisionsfragebogens im September 2014 [AB 69] eingeleitet [vgl. BGE 139 V 442]).

3.3.3 Somit kann die laufende Dreiviertelsrente – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde vom 7. März 2016 S. 6 Ziff. 4) – unter dem Titel der Schlussbestimmungen auch ohne Vorliegen eines Revisionsgrundes nach Art. 17 ATSG frei überprüft werden. Dabei ist eben gerade kein Vergleich zu dem der zusprechenden Rentenverfügung zugrundeliegenden Sachverhalt zu machen. So bleibt unbeachtlich, ob sich der Sachverhalt verändert hat oder ob es sich um eine andere Einschätzung des im Wesentlichen gleich geblieben Sachverhalts handelt (vgl. Entscheid des BGer vom 21. Januar 2014, 9C_654/2013, E. 2).

4.

4.1 Der angefochtenen Verfügung vom 9. Februar 2016 (AB 101) liegen im Wesentlichen folgende medizinischen Akten zugrunde:

4.1.1 Der behandelnde Psychiater Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Fragebogen „Fragen im Zusammenhang mit der eingliederungsorientierten Rentenrevision“ vom 7. Oktober 2014 (AB 71) fest, dass sich aus psychischer Sicht seit dem Gutachten der MEDAS I._____. (AB 60.1) wenig verändert habe und die Beschwerdeführerin chronisch mittelschwer depressiv sei (S. 3 Ziff. 10). Eine Verbesserung durch psychotherapeutische Massnahmen sei nicht mehr zu erwarten. Der körperliche Verlauf habe sich wie befürchtet gezeigt: seit Frühjahr 2013 sei es zu einer starken Zunahme der Rückenbeschwerden gekommen und die Symptome des Restless-Legs-Syndroms hätten zugenommen. Die angestammte Tätigkeit werde nicht mehr möglich sein und auch die Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt sei für andere Tätigkeiten unwahrscheinlich (S. 4 Ziff. 17). An einem geschützten Arbeitsplatz könnten bei leichter Arbeit einige Stunden Tätigkeit (ohne körperliche Belastung, ohne psychischen Druck und an einigen Tagen pro Monat mit Arbeitsausfall) erreicht werden.

4.1.2 Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS J._____ vom 28. April 2015 (AB 84.1) konnten die Fachärzte keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit feststellen (S. 14 Ziff. F.1). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.10), eine anamnestisch mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), ein Restless-Legs-Syndrom (kompensiert), ein Karpaltunnelsyndrom beidseits (kompensiert mit Handschiene), chronische Beinschmerzen unklarer Ätiologie mit regelrechter Funktion des Hüft-, Knie- und Sprunggelenks, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, eine leichte Varikosis der unteren Extremität, einen Status nach Ulcus duodeni sowie einen Status nach Cholezystektomie bei symptomatischer Cholelithiasis (S. 14 Ziff. F.2).

Im orthopädisch-/traumatologischen Teilgutachten vom 19. Februar 2015 (AB 84.2) hielt Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädie und Trauma-

tologie des Bewegungsapparates, fest, dass aus orthopädischer Sicht chronische Beinschmerzen unklarer Ätiologie mit uneingeschränkter Funktion der Hüft-, Knie- und Sprunggelenke ohne Hinweiszeichen auf dem Alter vorausseilende degenerative Veränderungen und ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom vorlägen. Die Beinbeschwerden, zu welchen ein wirkliches Korrelat für die Beinschmerzsymptomatik bis zum Zeitpunkt des Gutachtens nicht habe aufgezeigt werden können, ständen im Fokus (S. 7 Ziff. 5). Bei der klinischen Untersuchung zeige weder das Hüftgelenk, noch das Kniegelenk oder das Sprunggelenk eine Funktionseinschränkung und eine Degeneration, die die Symptomatik erklären könnte, liege ebenfalls nicht vor. Objektive Befunde, Röntgen, Form, Optik, Umfangsmasse der Ober- und Unterschenkel oder die gleichförmige Sohlenbeschwiellung wiesen nicht auf eine Belastungsminderung oder Schonung des rechten Beines hin. Aus orthopädischer Sicht sei deshalb die Leistungsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit nicht eingeschränkt.

Aus internistischer Sicht führte Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, im Teilgutachten vom 9. März 2015 (AB 84.3) aus, dass eine leichte Varikosis der unteren Extremitäten, links ausgeprägter als rechts, ein Status nach Ulcus duodeni und ein Status nach Cholezystektomie bei symptomatischer Cholelithiasis vorlägen (S. 6). Diese Pathologien hätten jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

Die psychiatrische Gutachterin Dr. med. G. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem Teilgutachten vom 18. März 2015 (AB 84.4) eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und eine anamnestisch mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 4). Die zur Diagnosestellung verlangten Kriterien seien erfüllt, so dass auch gegenwärtig die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gestellt werden könne (S. 7). Es lägen anamnestisch ausreichend kausale Faktoren vor, die eine entsprechende Störung begründen würden, allerdings werde aus objektiver Sicht im Gegensatz zur Auffassung des vorbegutachtenden Psychiaters aus dem Jahr 2010 keine eigenständige affektive Erkrankung gesehen. Typische Somatisierungs-

phänomene einer Depression längen nach sorgfältiger Erhebung der Symptomatik nicht vor. Auch seien im gegenwärtigen psychischen Befund die Kriterien einer affektiven Erkrankung nicht erfüllt und das Alltagsleben der Versicherten ohne sozialen Rückzug und mit religiös erfülltem Leben sprächen gegen eine eindeutige affektive Erkrankung und ein völlig unveränderter Verlauf einer Depression seit 2006 sei psychiatrisch nicht nachvollziehbar. Die somatoforme Schmerzstörung an sich verursache bei der Beschwerdeführerin zwar einen gewissen Leidensdruck, eine Arbeitsunfähigkeit könne hierdurch jedoch medizinisch-theoretisch nicht bestätigt werden. Ein sozialer Rückzug liege nicht vor, ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht eindeutig feststellbar. Eine Entlastung im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns mit Freistellung der als sehr anstrengend geschilderten Tätigkeit liege nicht vor und eine Komorbidität im Sinne einer affektiven Erkrankung werde nicht gesehen. Gutachterlicherseits sei jedoch anzumerken, dass sich der Zustand seit 2006 nicht wesentlich verändert habe. Die jetzige Beurteilung weiche nicht von den vorbegutachtenden Psychiatern ab, es handle sich somit um eine differente Bewertung eines an sich unveränderten und als gleich zu betrachtenden Sachverhaltes. Medizinisch-theoretisch bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, wobei Akkordtätigkeiten oder Arbeiten mit erhöhtem Zeit-/Leistungsdruck vermieden werden sollten (S. 8).

Dr. med. H. _____, Fachärztin für Neurologie FMH, hielt in ihrem Teilgutachten vom 18. März 2015 (AB 84.5) sowohl ein kompensiertes Restless Legs-Syndrom wie auch ein mit Handschiene kompensiertes Carpal-tunnelsyndrom beidseits fest (S. 5 Ziff. 4). Von neurologischer Seite könnten die vorliegenden Schmerzen weder dem Restless-Legs-Syndrom noch dem Carpaltunnelsyndrom zugeordnet werden, weshalb es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um psychogen bedingte Beschwerden handle. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit finde sich von neurologischer Seite her nicht.

Nach polydisziplinärer Konsensbesprechung vom 23. April 2015 (AB 84.1 S. 14 f. Ziff. G) hielten die Fachärzte fest, dass die Beschwerdeführerin orthopädisch-traumatologisch, internistisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht worden sei und in keinem der Fachgebiete eine Diagnose mit

Relevanz für die Arbeitsfähigkeit habe gestellt werden können. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten überwiegend im Stehen, Gehen ohne Einnahme von Zwangshaltungen (Vorbeuge) einnehmen (S. 15). Vermieden werden sollten dabei Akkordtätigkeiten oder Arbeiten mit erhöhtem Zeit- und Leistungsdruck. In der bisherigen Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 100 % (S. 16). Zu den aus psychiatrischer Sicht in den Vorgutachten angegebenen eingeschränkten Arbeitsfähigkeiten (50 % bzw. 40 %) werde jetzt gutachterlich eine differenzierte Einschätzung abgegeben, der medizinische Sachverhalt sei jedoch weitgehend unverändert. Zusammenfassend könne aus heutiger Sicht retrospektiv weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit gesehen werden.

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 9. Februar 2016 (AB 101) auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS J. _____ (AB 84.1) gestützt. Dieses Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 4.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand wurden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Insbesondere haben die Gutachter – allen voran die psychiatrische Gutachterin Dr. med. G. _____ in ihrem Teilgutachten vom 18. März 2015 (AB 84.4 S. 7 und S. 8) – überzeugend dargelegt, dass zwar nach wie vor die selben Diagnosen vorliegen, wie bei der vorgängigen Begutachtung im Dezember 2010 (AB 60.1), dass diese jedoch allsamt keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (mehr) entfalten. Die einzelnen Teilbeurteilungen stehen untereinander wie auch mit den übrigen Akten in Übereinstimmung und sie finden in den vorliegenden medizinischen Akten auch ihren Rückhalt. Die Erkenntnisse der Gutachter flossen sodann in die überzeugende interdisziplinäre Beurteilung ein, so dass darauf abgestellt werden kann.

4.4 Die Gutachter der MEDAS J. _____ haben im Gutachten vom 28. April 2015 (AB 84.1) eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.10) diagnostiziert und dazu festgehalten, dass sie dieser Diagnose – offensichtlich nach Prüfung der nach damaliger Rechtsprechung geltenden „Foerster-Kriterien“ vgl. AB 84.4 S. 7 bzw. AB 84.1 S. 15) – keine Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit zuschrieben (AB 84.1 S. 14 und S. 12). Auch wenn die Diagnosestellung im Gutachten zu überzeugen vermag, ist in der Folge mit Blick auf die neue Rechtsprechung (vgl. E. 2.1.2 vorstehend) dennoch die Rechtsfrage frei zu prüfen, ob und in welchem Umfang diese ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Gemäss der geänderten Rechtsprechung bilden bei somatoformen und vergleichbaren Störungen auf den funktionellen Schweregrad bezogene

Indikatoren das Grundgerüst der Folgenabschätzung. Die daraus gezogenen Folgerungen müssen einer Konsistenzprüfung standhalten (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298).

Die Änderung der Rechtsprechung (BGE 141 V 281) hat sodann nicht automatisch zur Folge, dass das – unter Einbezug der vormals geltenden Rechtsprechung zu den „Förster-Kriterien“ erstellte – Gutachten seinen Beweiswert verliert, sondern es ist zunächst zu prüfen, ob mit diesem Gutachten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der neu massgeblichen Indikatoren (vgl. E. 2.1.2 hiervor) möglich ist. Dies ist – wie nachfolgend dargelegt wird – vorliegend der Fall.

4.4.1 Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen. Hier ist festzuhalten, dass die verlangte vorherrschende Beschwerde eines andauernden, schweren und quälenden Schmerzes (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286) bei der Beschwerdeführerin nicht gegeben ist: die Gutachter der MEDAS J. _____ hielten fest, dass die Beschwerdeführerin ein zügiges Aufstehen gezeigt habe und sowohl die Positionswechsel sitzend, stehend, liegend und umgekehrt sowie das An- und Auskleiden problemlos erfolgt seien (AB 84.2 S. 25 Ziff. 3). Sie sei nur sowohl während der Anamneseerhebung zum internistischen Befund (AB 84.3 S. 5 Ziff. 3), als auch während der neurologischen Untersuchung einmal – wohl aufgrund der Schmerzen – aufgestanden (AB 84.5 S. 4 Ziff. 3). Hingegen sind wiederum die Alltagsfunktionen bei der Beschwerdeführerin nicht stark eingeschränkt, gibt sie doch an, dass sie das Mittagessen selber zubereite, nach einer Mittagsruhe die Küche aufräume, sich um den Haushalt kümmerge, die Wäsche erledige, putze und staubsauge, wobei sie nur manchmal die Hilfe ihres Ehemannes benötige (AB 84.2 S. 2 Ziff. 2.1 und AB 84.3 S. 2 Ziff. 2.1). Von einer beträchtlichen persönlichen oder medizinischen Betreuung oder Zuwendung kann vorliegend nicht gesprochen werden (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286), die Beschwerdeführerin steht lediglich in physiotherapeutischer Behandlung und führt die in der Physiotherapie angelernten Übungen selber durch (AB 84.3 S. 2 Ziff. 2.1). Ausschlussgründe bzw. -kriterien wie z.B. eine Aggravation oder Simulation, liegen hingegen

nicht vor (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287, E. 2.2.2 S. 288, E. 4.3.1.1 S. 298).

Der Bereich „Komorbiditäten“ umfasst die bisherigen Kriterien „psychische Komorbidität“ und „körperliche Begleiterkrankungen“, wobei dem erstgenannten Kriterium keine vorherrschende Bedeutung mehr zukommt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300). Der Gutachter diagnostizierte neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung anamnestisch eine mittelgradige depressive Episode (AB 84.1 S. 14 Ziff. F.2), diese wurde aber durch die psychiatrische Gutachterin nicht als eigenständige affektive Erkrankung angesehen und ihr wurde die Qualität einer Komorbidität im Sinne einer affektiven Erkrankung abgesprochen (AB 84.4 S. 7). Unter dem Titel „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) findet sich bei der Beschwerdeführerin keine schwere, therapeutisch nicht mehr angehbare psychische Störung, befindet sich die Beschwerdeführerin doch nicht mehr in Psychotherapie sondern hat diese weitgehend beendet, auch wenn sie weiterhin täglich ein – vom Hausarzt verordnetes – Antidepressivum einnimmt (AB 84.4 S. 3). Hingegen musste sie einen Arbeitsversuch mit Rückkehr an den Arbeitsplatz abbrechen (AB 84.2 S. 4). Was den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) betrifft, hat die psychiatrische Gutachterin explizit festgehalten, dass die Ich-Funktionen intakt seien und keine krankhafte Persönlichkeitsmerkmale vorlägen (AB 84.4 S. 5).

Zum Komplex „sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben täglich spazieren geht und gewisse mobilisierende Ressourcen aus dem täglichen Beten, dem Lesen in der Bibel und auch dem regelmässigen Kontakt mit Nachbarn und der Familie in ihrem Heimatland gewinnen kann. Zudem nimmt sie Auswärtstermine wahr, hat Kontakte in die religiöse Gemeinde und wohnt mit ihrem Ehemann zusammen (AB 84.4 S. 4).

4.4.2 Was die Kategorie „Konsistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303) betrifft, stellt sich die Frage nach einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303). Die Be-

schwerdeführerin sieht sich aufgrund der Schmerzen nicht mehr arbeitsfähig und kann sich eine Wiedereingliederung nicht vorstellen (AB 84.2 S. 4). Hingegen gibt sie bei der Beschreibung ihres Tagesablaufs Spaziergehen als Hobby an. Zudem ist es ihr – wie hiervor bereits dargelegt (E. 4.4.1 vorstehend) – durchaus möglich, den Haushalt zu erledigen, die Küche aufzuräumen, zu Waschen, zu Putzen und Staub zu saugen, wobei sie nur manchmal die Hilfe ihres Ehemannes benötige (AB 84.2 S. 2). Es ist zudem auf die Angaben des orthopädischen Gutachters zu verweisen, wonach die Umfangsmasse der Ober- und Unterschenkel oder die gleichförmige Sohlenbeschwellung nicht auf eine Belastungsminderung oder Schonung des rechten Beines hinweisen würden (AB 84.2 S. 7 Ziff. 5). Dies spricht für eine Inkonsistenz zu den geltend gemachten Schmerzen und den angegebenen Einschränkungen. Zudem fahre sie aufgrund der Schmerzhaftigkeit zwar nicht mehr Auto, gleichzeitig ist es ihr jedoch möglich, regelmässig mit ihrem Mann nach ... und ... zu fahren, um die Verwandten und Eltern zu besuchen (AB 84.2 S. 2 Ziff. 2.1).

Es bleibt der behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 298) näher zu betrachten. Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen weist auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 140 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Die Beschwerdeführerin steht wie bereits erwähnt (vgl. E. 4.4.1 vorstehend) nicht mehr in psychiatrischer Behandlung, besucht einmal wöchentlich die Physiotherapie und nimmt täglich Arzneimittel zur Behandlung des Restless-Legs-Syndroms, der neuropathischen Schmerzen sowie ein Antidepressivum ein (AB 84.2 S. 3).

4.3 Zusammenfassend ergibt sich, dass das polydisziplinäre Gutachten vom 28. April 2015 (AB 84.1) und die entsprechenden Teilgutachten (AB 84.2 bis AB 84.5) eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben (vgl. E. 4.3 hiervor). Diese Prüfung der Indikatoren zeigt, dass der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung selbst unter Prüfung der neuen Rechtsprechung nach BGE 141 V 281 keine invalisierende Wirkung zukommt und die von den Gutachtern attestierte vollständige Arbeitsfähigkeit plausibel ist. Die Beschwerdeführerin hat deshalb keinen Anspruch auf eine IV-Rente mehr. Der Zeitpunkt der Renten-

aufhebung ab dem Ende des auf die Verfügung folgenden Monats ist in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 und Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) ebenfalls nicht zu beanstanden.

4.4 Die Beschwerdeführerin wurde schliesslich von der Beschwerdegegnerin darauf hingewiesen, dass ihre laufende Rente aufgrund von lit. a Abs. 3 SchlBest. IV 6/1 längstens während zwei Jahren weiter ausgerichtet werden könnte, sofern und solange Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG durchgeführt würden (AB 91). Die Beschwerdeführerin hat es jedoch unterlassen, die entsprechende Einverständniserklärung zur Einleitung der Wiedereingliederungsmassnahmen unterzeichnet zurück zu senden, so dass auch keine Weiterausrichtung der bisherigen Rente gemäss lit. a Abs. 3 SchlBest. IV 6/1 erfolgt.

5.

Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 9. Februar 2016 (AB 101) als rechtmässig und die Aufhebung der Invalidenrente ist nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und damit 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.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.–, der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (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):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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