

200 16 81 IV  
KNB/IMD/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 8. August 2017**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Imhasly

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. November 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1964 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Februar 2002 unter Hinweis auf chronische Schmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 1.1 S. 94 ff.). Die damals zuständige IV-Stelle des Kantons Freiburg nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor und sprach der Versicherten mit Verfügung vom 9. Dezember 2002 (AB 1.1 S. 6 f.) ab dem 1. November 2001 eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zu. Dieser Anspruch wurde im Rahmen ordentlicher Revisionen durch die nunmehr zuständige IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mit Verfügungen vom 17. Dezember 2004 (AB 8) und 24. Juli 2009 (AB 14) bestätigt.

Anlässlich einer weiteren – im Juni 2014 (AB 16) – von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision liess die IVB die Versicherte in der Begutachtungsstelle D. \_\_\_\_\_ (MEDAS) psychiatrisch-rheumatologisch begutachten (Gutachten vom 13. April 2015 [AB 30.1]). Mit Vorbescheid vom 1. September 2015 (AB 34) stellte sie ihr unter Hinweis auf die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket, in Kraft seit 1. Januar 2012; nachfolgend Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision) des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) die Aufhebung der Rente in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 45, 52) hob die IVB die Rente entsprechend dem Vorbescheid mit Verfügung vom 19. November 2015 (AB 53) per Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats auf.

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch B. \_\_\_\_\_, Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 8. Januar 2016 Beschwerde. Sie beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 19. November 2015 und die Wei-

terausrichtung der ganzen Invalidenrente. Im Weiteren ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt, welches Gesuch sie mit Eingabe vom 26. Januar 2016 zurückzog.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 22. Februar 2016 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 13. Dezember 2016 schrieb der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung als erledigt ab.

### **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 IVG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes 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 19. November 2015 (AB 53). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung und in diesem Zusammenhang 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). Mit dieser Regelung sind die bisher ungeschriebenen Rechtsgrundsätze und insbesondere die Rechtsprechung zur Ausscheidung der invaliditätsfremden Faktoren und zum Zumutbarkeitsprinzip neu ausdrücklich im Gesetz festgehalten (BGE 140 V 197 E. 6.2.1 S. 199, 135 V 215 E. 7.3 S. 230; Botschaft zur 5. IVG-Revision, BBl 2005 4530 ff.).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein solcher Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Nach Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Die materielle Beweislast liegt bei der rentenansprechenden Person (E. 3.7). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist deshalb 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 (E. 6).

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

ditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**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**

**2.7.1** 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 (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349). Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). 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).

**2.7.2** Gemäss lit. a der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision 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. Al-

tersjahr 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** Sowohl für die Anwendung der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision als auch im Falle einer Rentenrevision nach Art. 17 ATSG ist grundsätzlich vom gleichen Referenzzeitpunkt (vgl. E. 2.7.1 hiervor) auszugehen: Im Rahmen der besagten Schlussbestimmungen geht es vorab um die Frage, ob im Zeitpunkt der Rentenzusprache und/oder -überprüfung (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. September 2014, 9C\_121/2014, E. 2.6) ausschliesslich unklare Beschwerden oder trennbare kombinierte Beschwerden (Mischsachverhalt im Sinne von BGE 140 V 197) vorlagen, während bei Art. 17 ATSG der damalige Gesundheitszustand als Ausgangspunkt zur Prüfung einer seither eingetretenen relevanten Veränderung dient. Der Anspruch auf die am 9. Dezember 2002 (AB 1.1 S. 6 f.) zugesprochene ganze Invalidenrente wurde mit Verfügungen vom 17. Dezember 2004 (AB 8) und 24. Juli 2009 (AB 14) bestätigt. In diesen Verwaltungsakten ist jedoch keine rechtskonforme Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung zu erblicken. Zwar wurden medizinische Verlaufsberichte (AB 5, 13) sowie ein IK-Auszug (AB 12) eingeholt, eine eingehende materielle Überprüfung unterblieb jedoch. Anzuknüpfen ist folglich sowohl für die Frage der Anwendbarkeit von lit. a der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision als auch von Art. 17 ATSG an die ursprüngliche Verfügung (AB 1.1 S. 6 f.).

**3.2** Die Verfügung vom 9. Dezember 2002 (AB 1.1 S. 6 f.) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den folgenden Unterlagen:

**3.2.1** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 21. September 2001 (AB 1.1 S. 73 f.) eine Fibromyalgie mit

Panvertebralsyndrom. Aus rheumatologischer Sicht sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen.

**3.2.2** Dem Bericht vom 7. März 2002 (AB 1.1 S. 59 ff.) von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sind als Diagnosen eine larvierte Depression und Fibromyalgie zu entnehmen. Es bestünden Belastungs- und Ruheschmerzen. Sowohl die bisherige als auch eine andere Tätigkeit seien nicht zumutbar, dies aufgrund der generalisierten Schmerzen und der Depression mit Leistungsminderung und emotionaler Minderbelastbarkeit.

**3.2.3** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 3. Juni 2002 (AB 1.1. S. 26 ff.) eine Fibromyalgie mit Panvertebralsyndrom seit 1995, invalidisierend seit 1998, ein depressives Zustandsbild sowie Insomnie mit Ein- und Durchschlafstörung, Tagesmüdigkeit und Vergesslichkeit seit 2000. Es bestünden ein wechselhaft schmerzhafter Zustand in Ruhe und vermehrt bei Belastung, gegen welchen die Patientin hilflos sei, eine verminderte Konzentration und ein stark vermindertes Arbeitstempo. Sie sei müde, rasch erschöpfbar und benötige lange Erholungszeiten. Daraus resultiere eine stark eingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Die Patientin könne in diesem Zustand auf dem freien Arbeitsmarkt nicht bestehen.

**3.3** Die der ursprünglichen Rentenzusprechung zugrunde liegende medizinische Aktenlage erscheint zwar – zumindest aus heutiger Sicht – als relativ dünn. Trotzdem lässt sich feststellen, dass die Beschwerdeführerin den behandelnden Ärzten in erster Linie ihre Schmerzen geklagt hatte (Bewegungsapparat thorakolumbal, Schultern, Ellenbogen, Finger, Hüft- und Kniegelenke, Anlaufschmerz, Belastungsschmerz, Ruheschmerz nach längerer Zeit in gleicher Position, Nachtschmerz [AB 1.1 S. 44]), für welche zumindest im präsentierten Ausmass keine organische Grundlage gefunden worden ist. Diese Schmerzen hätten gemäss Dr. med. F.\_\_\_\_\_ depressive Reaktionen ausgelöst (AB 1.1 S. 60). Entsprechend diagnostizierte der behandelnde Psychiater denn auch (lediglich) eine larvierte Depression gemäss ICD-10: F32.8 (sonstige depressive Episoden). Hierunter sollen Episoden kodiert werden, auf die die Beschreibungen der unter F32.0 – F32.3 beschriebenen depressiven Episoden nicht zutreffen, die

aber nach dem diagnostischen Gesamteindruck depressiver Natur sind. Beispiele sind u.a. Mischbilder somatischer depressiver Symptome mit anhaltendem Schmerz oder Müdigkeit, die keine organische Ursache haben (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 176). Insofern ist erstellt, dass die damalige Rentenzusprechung gestützt auf ein unter die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision fallendes Krankheitsbild erfolgte. Damit ist die Rentenprüfung nach Massgabe der entsprechenden Bestimmungen zulässig, zumal die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Gesetzesänderung das 55. Altersjahr noch nicht zurückgelegt und die Rente im Zeitpunkt der Einleitung der Rentenrevision noch nicht 15 Jahre lang bezogen hatte (vgl. E. 2.7.2 hiervor).

Zu prüfen ist somit in einem nächsten Schritt, ob auch im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 19. November 2015 (AB 53) ein unklares Beschwerdebild vorlag bzw. wie sich der Gesundheitszustand präsentierte (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.1.2 S. 569).

**3.4** Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 9. Dezember 2002 (AB 1.1 S. 6 f.) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.4.1** Im Verlaufsbericht vom 18. Juli 2009 (AB 13) diagnostizierte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ eine Fibromyalgie (ICD-10: M79.0) und Probleme mit dem Ehepartner (ICD-10: Z63.0). Der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Die vor allem belastungsabhängigen chronischen multiplen Schmerzen hätten seit 2008 wieder zugenommen. Neu sei die Patientin durch eheliche Probleme belastet. Die Ehe drohe auseinanderzubrechen, was bei ihr zusätzlich affektive Reaktionen auslöse und soziale Ängste zur Folge habe.

Im Bericht vom 22. Juli 2014 (AB 17) diagnostizierte er eine mittelgradige Depression (ICD-10: F32.1) mit Soziophobie und somatischem Syndrom, eine Fibromyalgie (ICD-10: M79.7) und eine soziale Belastungssituation (ICD-10: Z63.0). In der Diagnostik sei eine depressive Störung zunehmend in den Vordergrund getreten. Diese korreliere mit den körperlichen Be-

schwerden und unterhalte die Insomnie bei nächtlichen Schmerzanfällen zusätzlich. An "objektiven" Befunden fänden sich eine deutliche Druckdolenz an Rumpf und allen vier Extremitäten an den Tender-Points, eine Verminderung der rohen Kraft, eine depressive Stimmungslage, eine soziale Ängstlichkeit, eine verminderte emotionale Belastbarkeit und Stressunverträglichkeit. Es bestehe weiterhin keine Arbeitsfähigkeit.

**3.4.2** Dem Gutachten der MEDAS vom 13. April 2015 (AB 31.1) sind die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (AB 31.1 S. 16):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4)
2. Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)
  - generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10: R52.9)
  - Ganzkörperschmerzen mit vegetativer Begleitsymptomatik
  - klinisch labortechnisch und radiologisch keine Hinweise für entzündlich-rheumatologisches Geschehen
3. Chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.5)
  - myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen
  - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik
  - radiologisch Status nach thorakolumbalem Morbus Scheuermann und Osteochondrose L5/S1
4. Hypermobilität (ICD-10: M35.7)

In psychiatrischer Hinsicht wurde festgehalten, im Befund würden eine eingeschränkte Selbstreflexion, eine einfache Ich-Struktur sowie ein Verdacht auf eine nur knapp durchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit auffallen. Grössere affektive Beeinträchtigungen seien derzeit nicht zu erheben. Es bestehe auch kein Hinweis auf eine Persönlichkeitsstörung oder ein psychotisches Geschehen. Dissoziative Phänomene seien nicht zu eruieren. Unter Beachtung der Vorgeschichte, des Verlaufs, der Symptomatik und des Befundes sei als Grundlage der geklagten Schmerzen eine somatoforme Schmerzstörung anzunehmen. Eine Traumatisierung in früherer Zeit sei trotz Negation seitens der Explorandin bei insgesamt spärlichen Auskünften nicht ganz auszuschliessen. Offenbar habe jedoch eine Überforderung im ehelichen Geschäft, in dem die Explorandin voll mitarbeitete, zu auftretenden Körperschmerzen geführt, die sie auch immer wieder zu (offenbar notwendigen) Pausen von ihrer Arbeit genötigt hätten. Wegen unerfüllten Kinderwunsches und wohl auch Untreue des Ehemannes sei es

zusätzlich zu Depressionen gekommen, wobei der Beginn und die Art der Depression nicht genannt werden könnten. Inzwischen sei die Explorandin eine neue Partnerschaft eingegangen, fühle sich aber offenbar immer wieder von den Gegebenheiten des Alltags überfordert. Es zeige sich hier aus objektiver Sicht ein Mischbild zwischen der somatoformen Schmerzstörung und einer doch nachweisbaren rezidivierenden depressiven Störung (AB 31.1 S. 9 f.).

Aus rheumatologischer Sicht seien der Explorandin aufgrund der allgemeinen Hypermobilität und den degenerativen Veränderungen im Lumbalbereich schwere und überwiegend mittelschwere Tätigkeiten nicht zumutbar. Für leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen bestehe aus Sicht des Bewegungsapparates eine volle Arbeitsfähigkeit. Die zuletzt ausgeübte Bürotätigkeit entspreche dem zumutbaren Leistungsprofil und sei der Explorandin demnach vollschichtig zumutbar (AB 31.1 S. 15).

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, dass bei der Explorandin in der angestammten Tätigkeit, allgemein in leichten bis intermittierend mittelschweren Arbeiten, so auch im Haushalt, somatisch eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Aus psychiatrischer Sicht könne im Erwerbsbereich nach zumutbarer Rekonditionierungsphase, welche in Teilzeit gestaltet werden sollte, eine 20 %-ige Leistungseinbusse angenommen werden, welche im Haushalt bei freier Zeiteinteilung nicht wirksam sei. Diese Einschätzung sei mit Sicherheit ab dem März 2015 zu bestätigen. Es sei dabei anzumerken, dass einerseits eine früher attestierte Einschränkung aufgrund der multilokulären Schmerzen bzw. der somatoformen Schmerzstörung bei lediglich partiell vorhandenen "Foersterkriterien" jetzt nicht in vollem Umfang zu bestätigen sei, andererseits die früher erwähnte depressive Störung remittiert sei. Somit bestehe einerseits eine veränderte Einschätzung des syndromalen Beschwerdebildes, andererseits eine verbesserte Situation aufgrund der affektiven Störung, bei somatisch unveränderter Situation seit der bestehenden Berentung (AB 31.1 S. 17).

**3.5** Das bidisziplinäre (rheumatologisch-psychiatrische) Administrativgutachten der MEDAS vom 13. April 2015 (AB 31.1) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines derartigen

Berichts gestellten Anforderungen und erbringt damit vollen Beweis (vgl. E. 2.5 hiervor). Die Gutachter hatten vollständige Aktenkenntnis und stützten ihre fachärztlichen Beurteilungen auf die zusätzlichen Erkenntnisse aus den klinischen Explorationen vom 9. und 11. März 2015 (AB 31.1 S. 6 und 11). Ihre Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und überzeugend. Die beschwerdeweise gegen die Expertise vorgebrachte Kritik verfängt nicht:

**3.5.1** Die Gutachter haben zwar an verschiedenen Stellen festgehalten, dass die Angaben der Beschwerdeführerin spärlich, diffus oder vage bleiben (AB 31.1 S. 6 ff.). Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde haben sie jedoch keineswegs "wiederholt festgestellt, dass die Angaben für ein Gutachten ungenügend sind" (Beschwerde S. 5 Ziff. 6). Soweit die Beschwerdeführerin die Notwendigkeit, fremdanamnestische Auskünfte des behandelnden Psychiaters einzuholen, mit den vagen oder fehlenden Aussagen bezüglich erlittener Traumatisierungen begründet, ist festzustellen, dass die psychiatrische Teilgutachterin solche – trotz Negation seitens der Beschwerdeführerin – durchaus nicht ausgeschlossen hat (AB 31.1 S. 10). Das Einholen einer Fremdanamnese ist des Weiteren selbst bei psychischen Störungen nicht zwingend erforderlich (vgl. Entscheid des BGer vom 21. September 2010, 9C\_482/2010, E. 4.1) und der diesbezügliche Entscheid liegt im Ermessen der medizinischen Gutachter (vgl. Entscheid des BGer vom 19. Oktober 2010, 9C\_762/2010, E. 3.1). Die Beschwerdeführerin legt nicht dar, welche weiteren Erkenntnisse mit einer Fremdanamnese hätten gewonnen werden können, zumal sich die seitens der Teilgutachterin diskutierte Diagnostik nicht wesentlich von derjenigen unterscheidet, die der behandelnde Psychiater in seinen Berichten aufgeführt hat.

**3.5.2** Die Beschwerdeführerin moniert, dass die Gutachter die erkannten kognitiven Defizite nicht näher abgeklärt hätten, bspw. durch den Beizug eines Neuropsychologen oder die Durchführung entsprechender Tests (Beschwerde S. 7 Ziff. 8).

Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern, was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft, ein weiter Ermessensspielraum zu. Das beinhaltet auch die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen. Es liegt demnach im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist oder nicht (Entscheid des BGer vom 30. Januar

2015, 8C\_277/2014, E. 5.2). Vorliegend haben es die Gutachter nicht als notwendig erachtet, neuropsychologische Abklärungen vorzunehmen, was nicht zu beanstanden ist: Die psychiatrische Teilgutachterin konnte im Rahmen der Exploration keine echten mnestischen Störungen wahrnehmen. Was der von ihr erwähnte – und als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführte (AB 31.1 S. 9) – Verdacht auf Teilleistungsschwächen sowie die nicht auszuschliessende Lernbehinderung (AB 31.1 S. 8 f.) betrifft, ist festzustellen, dass diese die Beschwerdeführerin vor der Rentenzusprechung nicht daran gehindert haben, über Jahre hinweg im Erwerbsleben tätig zu sein und dabei zuletzt Einkommen in der Höhe von jeweils über Fr. 50'000.– jährlich zu erzielen (AB 1.1 S. 70). Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise darauf, dass hinsichtlich der kognitiven Fähigkeiten der Beschwerdeführerin im Laufe der Jahre eine Verschlechterung eingetreten wäre. Entsprechendes wird von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht. Sie ist denn u.a. auch in der Lage, selbst Auto zu fahren (vgl. Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 11).

**3.5.3** Hinsichtlich des im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichts von Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. Januar 2016 (Beschwerdebeilage 3) ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin die Behandlung bei der genannten Ärztin erst am 24. November 2015 und damit nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. November 2015 (AB 53) aufgenommen hat. Der Bericht erlaubt damit von vornherein keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4), zumal sich die Ärztin weder zum Gutachten der MEDAS noch zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin äussert.

**3.6** Gestützt auf das nach dem Gesagten vollumfänglich beweiskräftige Gutachten der MEDAS vom 13. April 2015 (AB 31.1) verneinte die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens. Der von den Gutachtern attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % mass sie dabei aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine Bedeutung bei (AB 53 S. 1). Auch wenn die psychiatrische Gutachterin sich hinsichtlich der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung noch im Rahmen des mit BGE 141 V 281 aufgegebenen, früheren

Kriterienkatalogs zur Widerlegung der Überwindbarkeitsvermutung (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67; 130 V 352 E. 2.2.3 S. 353 f.) geäussert hat (AB 31.1 S. 10), so ändert dies nichts daran, dass deren Darlegung – unter Berücksichtigung sämtlicher weiteren Akten – dem Gericht eine verlässliche Basis dafür liefert (vgl. nachfolgend E. 3.6.1 ff.), die heute massgeblichen Indikatoren auf beweisrechtlicher Ebene zu würdigen (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

**3.6.1** Im Rahmen der Kategorie "funktioneller Schweregrad" ist zunächst der Komplex "Gesundheitsschädigung" zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 ff.). Hier ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome sich als nicht übermässig erweist. So ist die Beschwerdeführerin durchaus in der Lage, entsprechend ihren häuslichen Verpflichtungen einem strukturierten Tagesablauf zu folgen (AB 31.1 S. 8). Zudem nimmt sie aktuell an einem Programm zur Wiedereingliederung teil (Beschwerde S. 8). Betreffend "Behandlungserfolg oder

-resistenz" (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin das ihr verschriebene Antidepressivum immer wieder absetzt (AB 31.1 S. 7), womit nicht von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation der Beschwerdeführerin durchgeführten Therapie ausgegangen werden kann. Die bisherigen Kriterien der "psychiatrischen Komorbidität" und "körperlichen Begleiterkrankung" wurden zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst. Relevant ist die Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). Das Bestehen einer relevanten psychiatrischen Begleiterkrankung verneinte die Gutachterin, hat sie doch die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung als gegenwärtig remittiert bezeichnet (AB 31.1 S. 16) und eine physische Komorbidität liegt angesichts der vollständigen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der früheren Tätigkeit (AB 31.1 S. 17) ebenfalls nicht vor.

Was den Komplex "Persönlichkeit" (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) anbelangt, sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Persönlichkeit

der Beschwerdeführerin ein Leistungsvermögen ausschliesse, zumal anlässlich der Begutachtung der MEDAS keine Symptome einer Persönlichkeitsstörung oder Wesensveränderung beschrieben wurden und auch keine Hinweise auf eine verminderte Affektsteuerung oder Impulskontrollstörungen bestanden (AB 31.1 S. 9 f.)

Hinsichtlich des „sozialen Kontextes“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303 f.) lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass eine soziale Isolation besteht (AB 31.1 S. 10). Diese ist jedoch – auch unter Mitberücksichtigung der Teilnahme an einem Programm zur Wiedereingliederung – nicht als ausgeprägt zu betrachten, zumal die Beschwerdeführerin weiterhin Kontakte zur Schwester und einer Freundin pflegt (BB 3 S. 2).

**3.6.2** In der Kategorie „Konsistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) besteht keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.), insbesondere scheint die Beschwerdeführerin in der Haushaltsführung geringer eingeschränkt zu sein als im Erwerbsleben, so attestierten die Gutachter diesbezüglich denn auch keine Einschränkung (AB 31.1 S. 16).

**3.6.3** In der Gesamtbetrachtung erweisen sich die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 nicht als überwiegend wahrscheinlich erstellt. Der im Gutachten der MEDAS attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Höhe von 20 % (AB 31.3 S. 17) ist damit aus rechtlicher Sicht nicht zu folgen, vielmehr ist das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens (nunmehr) zu verneinen. Damit hat die Beschwerdegegnerin die laufende Rente mit Verfügung vom 19. November 2015 (AB 53) zu Recht aufgrund der Schlussbestimmungen per Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats aufgehoben (vgl. Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

#### 4.

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

**4.2** 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):
  - 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 öf-

fentlich-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.