

200 16 866 IV
KNB/FRN/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Juni 2018

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. August 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1958 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 23. November 1999 unter Hinweis auf eine Krankheit erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) holte insbesondere ein polydisziplinäres Gutachten vom 2. Oktober 2000 beim Spital C. _____ ein (act. II 16). Mit Verfügung vom 6. März 2001 wies sie das Rentenbegehren ab (act. II 27). Die hiergegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Entscheid vom 22. April 2002, IV 59695, ab (act. II 36). Nachdem das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; heute Bundesgericht [BGer]) die Sache mit Entscheid vom 9. Januar 2003, I 380/02, an die IVB zu weiteren Abklärungen zurückgewiesen hatte (act. II 48 S. 9), holte diese ein bidisziplinäres (rheumatologisches-psychiatrisches) Gutachten beim Spital D. _____ ein (Gutachten des Spitals D. _____ vom 28. Mai 2004; act. II 76; vgl. auch act. II 70 und 68). Mit Verfügung vom 26. Oktober 2004 (act. II 79) wurde der Versicherten ab Juli 1999 eine ganze IV-Rente bei einem IV-Grad von 100% zugesprochen. Diese wurde in den Jahren 2006, 2007 und 2010 revisionsweise bestätigt (act. II 86; 90; 101).

B.

Am 21. März 2012 stellte die Pensionskasse E. _____ unter Beilage des von ihr in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Januar 2012 und mit Verweis auf lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung ([IVG; SR 831.20]; 6. IV-Revision, erstes Massnahmepaket [AS 2011 5659]; nachfolgend: SchlBest. IVG; act. II 104) ein Revisionsgesuch bei der IVB. Diese holte daraufhin beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eine Stellungnahme ein (act. II 113). Nachdem sie weitere

medizinische Berichte eingeholt hatte, veranlasste sie eine polydisziplinäre (internistische, orthopädische sowie psychiatrische) Untersuchung beim G._____ (MEDAS-Gutachten vom 7. Januar 2016; Akten der IV [act. IIA] 171.1 bis 171.3) und gewährte ein Belastbarkeitstraining (act. IIA 188), welches die Versicherte aufgrund geltend gemachter gesundheitlicher Gründe vorzeitig abbrach (act. IIA 196). Mit Vorbescheid vom 9. Juni 2016 (act. IIA 195) stellte die IVB die Aufhebung der IV-Rente bei einem IV-Grad von 9% in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Einwand (act. IIA 200). Mit Verfügung vom 23. August 2016 hob die IVB dem Vorbescheid entsprechend die IV-Rente auf Ende des folgenden Monats auf (act. IIA 206).

C.

Dagegen erhob die Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 19. September 2016 Beschwerde und beantragte Folgendes:

Die Verfügung vom 23. August 2016 sei aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin weiterhin die bisherige Invalidenrente auszurichten.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge

Mit Beschwerdeantwort vom 18. Oktober 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 26. Juni 2017 reichte die Beschwerdeführerin eine Kostennote sowie eine Stellungnahme ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 15. Dezember 2017 gab der Instruktionsrichter der Beschwerdeführerin mit Blick auf die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung (zur Publikation vorgesehene Entscheide des BGE vom 30. November 2017, 8C_841/2016 und 8C_130/2017, nun BGE 143 V 409 und 143 V 418) Gelegenheit zur Stellungnahme.

Mit Stellungnahme vom 9. Februar 2018 bestätigte die Beschwerdeführerin die gestellten Rechtsbegehren und reichte am 15. Februar 2018 einen Arztbericht der behandelnden Psychiaterin ein (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4).

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 23. August 2016 (act. IIA 206). 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).

2.2 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).

2.3 Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Es ist 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 auszuge-

hen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 428 f., 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten

sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt 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).

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

2.5 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durch-

führung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.6 Um den 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).

2.7 Ändert sich der IV-Grad 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 IV-Grad 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).

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditäts-

schätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls - sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden - ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

3.

3.1 Zunächst ist festzustellen, dass die Verwaltung – anders als von der Pensionskasse E. _____ im Rahmen ihres Revisionsgesuches vom 21. März 2012 vorgeschlagen – die angefochtene Verfügung nicht auf die SchlBest. IVG gestützt hat. Dies zu Recht, denn der rentenzusprechenden Verfügung vom 26. Oktober 2004 (act. II 79) lag im Wesentlichen das Gutachten des Spitals D. _____ vom 28. Mai 2004 zugrunde, in welchem die Gutachter die attestierte Arbeitsunfähigkeit massgeblich mit der schweren depressiven Episode begründeten (act. II 76 S. 13 f.). Ein depressives Geschehen ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung indes kein unklares Beschwerdebild i.S.v. lit. a Abs. 1 SchlBest. IVG (vgl. statt vieler: Entscheid des BGer vom 2. September 2016, 8C_413/2016, E. 4.3), womit diesen Bestimmungen die Anwendung von vornherein versagt war.

3.2 Vorab ist zu prüfen, ob zwischen der Verfügung vom 26. Oktober 2004 (act. II 79) – anlässlich welcher die letzte materielle Überprüfung des Rentenanspruchs stattfand (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2) – und der hier angefochtenen Verfügung vom 23. August 2016 (act. IIA 206) eine wesentliche Änderung in den tatsächli-

chen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.7 hiavor).

3.3 Die Verfügung vom 26. Oktober 2004 (act. II 79) stützte sich massgeblich auf das Gutachten des Spitals D. _____ vom 28. Mai 2004 (act. II 76; 70 und 68). Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine schwere depressive Episode ohne psychotische mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.21), ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung ins rechte Bein, chronische, teils migräneartige, teils vom Nackenbereich ausgehende Kopfschmerzen sowie ein postthrombotisches Syndrom am linken Bein diagnostiziert (act. II 76 S. 11).

Der psychiatrische Gutachter führte aus, die Stimmung der Beschwerdeführerin sei durchgängig traurig und niedergedrückt. Es habe keine Auslenkbarkeit bestanden. Es hätten eigentlich keine freudvollen Aktivitäten angegeben werden können, lediglich Besuche des Sohnes würden ihr etwas Freude bereiten. Die Beschwerdeführerin habe einen vollständigen Interessensverlust berichtet. Ihr Leben erscheine ihr schwarz und hoffnungslos (act. II 68 S. 2). Bei dem Schweregrad der erhobenen Symptomatik sei auch an eine stationär psychiatrische Behandlung zu denken, diese sei jedoch im Gespräch von der Beschwerdeführerin als aversiv abgelehnt worden. Es gäbe Gedanken, das eigene Leben zu beenden. Suizidalität sei angegeben worden, akute Suizidalität habe aber ausgeschlossen werden können (act. II 68 S. 3).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde aus interdisziplinärer Sicht ausgeführt, in der bisherigen Tätigkeit als ... bestehe bis heute eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 76 S. 13). Bei einer angepassten Tätigkeit müsste es sich um wenig rückenbelastende Tätigkeiten ohne wiederholtes Bücken und Aufrichten, repetitives Anheben oder Tragen von Gegenständen über fünf bis sieben kg, ohne Arbeiten in monotoner Vorneigung des Oberkörpers und ohne langes Stehen oder Sitzen mit der Möglichkeit, die Körperposition zu ändern, handeln. Zurzeit seien selbst angepasste Tätigkeiten wegen des psychischen Zustandes nicht zumutbar. Nach Abklingen der depressiven Symptomatik wäre aus somatischer Sicht ein Pensum von sechs bis sieben Stunden täglich zumutbar (act. II 76 S. 14).

3.4 Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 23. August 2016 (act. IIA 206) liegen insbesondere folgende Berichte zugrunde:

3.4.1 Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Gutachten vom 16. Januar 2012 (act. II 104 S. 10 ff.) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/1; S. 18). Er führte aus, 2004 sei eine schwere depressive Episode festgestellt worden. Damals sei empfohlen worden, die Beschwerdeführerin stationär psychiatrisch zu behandeln und eine adäquate medikamentöse Therapie durchzuführen. Die Beschwerdeführerin sei jedoch nicht in die Klinik gegangen, sie lasse sich seither ambulant psychiatrisch betreuen. Seit Ende 2010 gehe es ihr psychisch besser, es habe sich eine Verlagerung vom psychischen in den psychosomatischen Bereich ergeben. Am 5. Dezember 2011 sei keine deutliche Depressivität erkennbar: Die Beschwerdeführerin sei zu Beginn des Gesprächs zwar teilweise verstimmt, könne sich aber bald auffangen. Sie sei nicht suizidal, nicht schwermütig gedrückt, zeige keine Ängste und keine bedeutenden Konzentrationseinschränkungen. Es könne auch auf den regelmässigen Tagesablauf hingewiesen werden. Sie habe zudem diverse Lebensaktivitäten erhalten können, reise sie doch jedes Jahr für längere Zeit in die Ferien ins Heimatland und fahre gelegentlich selber Auto. Sie habe die mitmenschlichen Kontakte beibehalten können, habe eine enge Freundin und gute Kolleginnen. Es bestünden rege innerfamiliäre Kontakte. Dies alles lasse den Schluss ziehen, dass die depressive Episode zwischen leicht bis mittelgradig liege. Es lasse sich auch an der Medikation ablesen, dass die Beschwerdeführerin nicht schwer depressiv sein könne. Insidon gelte nämlich als mässig wirksames Antidepressivum. Es stehe in der Regel eher die angstlösende und die sedierende Wirkung im Vordergrund. Der Medikamentenspiegel liege bei der Laboruntersuchung unter dem Referenzbereich (S. 16). Die Psychotherapie werde alle zwei bis drei Wochen durchgeführt, was genügend sei. Als Schadenminderung müsse die Beschwerdeführerin verpflichtet werden, sich adäquat medikamentös behandeln zu lassen. Eine medikamentöse Behandlung könne die Arbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit auf 80% verbessern. In diesem Ausmass seien die Tätigkeiten als ... und als ... zumutbar (S. 18 f.).

3.4.2 Der RAD-Arzt Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 1. Februar 2013 (act. II 113) beziehend auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F._____ (act. II 104 S. 10 ff.) aus, das trizyklische Antidepressivum könne nicht als mildes Antidepressivum bezeichnet werden; so etwas wie starkes oder mildes Antidepressivum gebe es nicht. Es gebe verschiedene Antidepressiva, die statistisch unterschiedlich wirkten. Insidon wirke neben seiner antidepressiven Eigenart auch anxiolytisch, was gerade in diesem Fall indiziert und richtig sei, zudem wüssten sie aus dem Gutachten vom 28. Mai 2004, dass Behandlungen mit den modernen Antidepressiva Paroxetin und Fluoxetin (Deroxat und Fluctine), die als Serotoninwiederaufnahmehemmer wirkten, durchgeführt worden seien, doch nicht erfolgreich gewesen seien. Wenn die Beschwerdeführerin das Medikament nicht in ausreichender Dosis zu sich nehme, sei dies kein Revisionsgrund.

3.4.3 Im Bericht vom 10. Juni 2013 (act. II 126) diagnostizierte die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. I._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.3). Die Beschwerdeführerin nehme weiterhin Antidepressiva ein und sei bei ihr in psychiatrischer Behandlung. Sie sei seit 2001 unfähig irgendeiner Arbeitstätigkeit nachzugehen und werde zu 100% arbeitsunfähig bleiben (S. 1 und 3).

3.4.4 Im Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 17. Januar 2015 (act. IIA 143) führte Dr. med. J._____, Facharzt für Chirurgie, aus, der Gesundheitszustand sei stationär. Das postthrombotische Syndrom sowie das Pelvic Congestion Syndrom hätten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1). Die Beschwerdeführerin habe schwere und geschwollene Beine aufgrund einer Thrombose. Eine „Office-Arbeit“ sei noch zumutbar (S. 3).

3.4.5 Der Hausarzt, Dr. med. K._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 28. Februar 2015 (act. IIA 148) aus, nach wie vor leide die Beschwerdeführerin unter ihrem panvertebralen Syndrom mit vor allem lumbovertebralem Syndrom, Spondylolisthesis sowie einem Cervical-Syndrom. Daneben bestünden Schwindel, Müdigkeit und Schwäche sowie wegen dem Status nach Venenthrombose und Lungenembolie fortgesetzte Beschwerden im Bein und eine leichte Ateminsuffizi-

enz. Die Migräne sei wechselnd vorhanden, die Depression trotz Behandlung meistens in einem mittelschweren Ausmass. Neu seien vermehrt auch Unterbauchbeschwerden vorhanden, die gemäss den Abklärungsergebnissen am ehesten einem Pelvic Congestion Syndrom entsprächen. Die Arbeitsfähigkeit sei sicher nicht besser geworden und dürfte für die nächsten Jahre auf einem ähnlichen Stand bleiben (S. 2).

3.4.6 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 7. Januar 2016 (act. IIA 171.1 bis 171.3) basiert auf internistischen, orthopädischen sowie psychiatrischen Untersuchungen. Unter Berücksichtigung aller Fachgebiete stellten die Gutachter folgende Diagnosen (act. IIA 171.1 S. 52 f.):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Cervicovertebralsyndrom nach cranial luxierter Diskushernie C3/4 mit deutlicher Foramenstenose C3/4 links, Spondylarthrose C4/5 mit Foramenstenose C4/5 links und Spondylarthrose sowie Diskusprotrusion C5/6 mit leichter bis mässiger Foramenstenose C5/6 rechts
- Pseudolumbofemorale rechts bei Spondylolyse L5 beidseits und Olisthesis Grad 1 nach Meyerding L5/S1 mit Diskushernie, mässiger Foramenstenose rechts und deutlicher Foramenstenose links L5/S1 und möglicher Kompromittierung der Nervenwurzeln L5
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Leichtes postthrombotisches Syndrom des linken Beins nach Thrombose und Lungenembolie 1995
- Urinstressinkontinenz Grad II
- Chronische Rhinitis allergica sowie Allergie auf Novalgin und Kontrastmittel

Im psychiatrischen Teilgutachten (act. IIA 171.3) führte Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, die mittelgradige Episode sei gekennzeichnet durch niedergeschlagene Stimmung mit deutlichen Affektstörungen, vermindertem affektivem Mitschwingen, wechselnd mit Affektlabilität und weinerlichem Verhalten je nach Thematik,

insbesondere beim Gespräch über den Suizid der Mutter. Hinzu kämen deutliche psychomotorische Unruhe mit Nesteln der Hände und Antriebsminderung. Die Beschwerdeführerin wirke im Denken negativistisch auf ihre körperlichen Beschwerden und ihre Situation eingeengt mit Zukunftsängsten und sie äussere mangelnden Lebenswillen mit wiederholten Suizidgedanken, ohne Hinweise für eine akute suizidale Einengung. Hinzu kämen Schuldgefühle, insbesondere bezüglich des Sohnes und ihrer verstorbenen Mutter und sie zeige kaum Motivation und keine Interessen. Es würden trotz Medikamenteneinnahme Schlafstörungen mit Ein- und Durchschlafstörungen sowie Schlafverkürzung angegeben mit subjektiv vermehrter Müdigkeit und Erschöpfung tagsüber. Sie fühle sich kraftlos, energielos, hoffnungslos, verzweifelt und es liessen sich zirkadiane Störungen mit Morgenpessimismus bei hereditärer Belastung erheben. Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine eindeutigen Hinweise für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und es liessen sich keine schweren und quälenden Schmerzen erheben, die durch eine organische Störung nicht ausreichend erklärt werden könnten und in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen stünden. Bei der Beurteilung des sozialen Kontexts zeigten die sozialen Belastungen wie z.B. Arbeitslosigkeit keine direkt negativen funktionellen Folgen und die Beschwerdeführerin werde familiär gut unterstützt und es liessen sich zumindest wenige soziale Kontakte mit einer Kollegin erheben und es führten diese Kontakte zu vorübergehenden Stimmungsaufhellungen. Bei der antidepressiven Medikation mit Insidon handle es sich um ein gering wirksames Antidepressivum und es sei aufgrund der vorliegenden depressiven Erkrankung eine Intensivierung der antidepressiven Medikation mit ausreichender Dosierung zu empfehlen (S. 19 f.). Trotz der beschriebenen psychischen Störungen liessen sich gewisse Ressourcen erheben. Die Beschwerdeführerin zeige zumindest einige Aktivitäten im Tagesablauf, würde spazieren, Kleinigkeiten im Haushalt verrichten, kochen, fernsehen und habe gelegentlich Kontakte mit einer Kollegin (S. 21). Aus psychiatrischer Sicht könne in einer angepassten Tätigkeit (ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung) eine 60%ige Arbeitsfähigkeit seit mindestens Juli 2015 angenommen werden (S. 23). Unter einer entsprechenden antidepressiven Therapie sei eine Besserung der depres-

siven Störung mit Leistungssteigerung und etwa 70%iger Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit innerhalb eines Jahres zu erwarten (S. 25).

Im orthopädischen Teilgutachten (act. IIA 171.1 S. 8 ff.) führte Dr. med. M._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, die Beschwerdeführerin gebe an, dass ihr linkes Knie ständig schmerze. Sie könne das linke Bein wegen der Schmerzen nicht gut bewegen. Das Schienbein vorne fühle sich taub an. Das Sitzen, Stehen oder Gehen sei nur eine halbe Stunde möglich. Die Nackenschmerzen seien ebenfalls andauernd. Es werde ihr schwindlig beim Abliegen, Aufstehen und Hochschauen (S. 10). Weiter führte der Gutachter aus, die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe eine erhebliche Symptomausweitung ergeben und infolge derselben sowie Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Leistungstests gezeigt worden sei. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen. Die Nackenschmerzen und die abnormen Untersuchungsbefunde der HWS könnten im Wesentlichen auf die im MRI sichtbare nach cranial luxierte Diskushernie C3/4 mit deutlicher Foramenstenose C3/4 links, die deutliche Spondylarthrose C4/5 mit Foramenstenose C4/5 links und die Spondylarthrose mit Diskusprotrusion und Foramenstenose C5/6 rechts zurückgeführt werden. Die lumbalen Schmerzen und die pathologischen objektiven Befunde der LWS könnten zumindest teilweise durch die im MRI dokumentierte Spondylolyse L5 beidseits mit Olisthesis Grad 1 nach Meyerding L5/S1 bei Diskushernie und mässiger Foramenstenose rechts sowie deutlicher Foramenstenose links und möglicher Kompromittierung der Nervenwurzeln L5 erklärt werden. Die Schmerzen in der linken Hüfte respektive im gesamten linken Bein könnten bei normalem radiologischem Befund der linken Hüfte nicht plausibilisiert werden (S. 21). In der angestammten Tätigkeit als ... liege die Arbeitsunfähigkeit bei 50%. In einer leidensadaptierten Tätigkeit (körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen) könne seit jeher eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zugemutet werden (S. 22 f.).

Im internistischen Teilgutachten (act. IIA 171.2) wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben.

Im polydisziplinären Konsens führten die Gutachter aus, in der angestammten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit aufgrund der depressiven Episode mit somatischem Syndrom seit Juli 2015 50% bei voller Stundenpräsenz. In einer leidensadaptierten Tätigkeit, ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung, seien körperlich leichte Arbeiten in temperierten Räumen, ohne häufiges Sitzen oder Stehen sowie ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen seit mindestens Juli 2015 bei voller Stundenpräsenz zu 60% möglich (act. IIA 171.1 S. 53).

3.4.7 Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. I. _____ diagnostizierte in ihrem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht vom 20. Januar 2018 (act. I 4) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2). Der psychische Zustand der Beschwerdeführerin sei sehr instabil und habe sich trotz Medikation nicht verbessert. Wegen der Unvereinbarkeit mit dem chronischen somatischen Gesundheitszustand werde sie mit Isidon therapiert. Es gebe keine Veränderung der Arbeitsfähigkeit.

3.5 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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 medizi-

nischen 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).

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen,

welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 E. 6.1.3).

3.6 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 23. August 2016 (act. IIA 206) massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 7. Januar 2016 (act. IIA 171.1 bis 171.3) gestützt. Dieses Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiavor) und überzeugt. Insbesondere basiert die Beurteilung auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Zwar hat die Beschwerdegegnerin den Gutachtern die im revisionsrechtlichen Kontext entscheidende Frage nach erheblichen Änderungen des medizinischen Sachverhalts, die seit der rentenzusprechende Verfügung (allenfalls) eingetreten sind, nicht unterbreitet. Aufgrund der Ausführungen des psychiatrischen Experten und seiner Stellungnahme zu den Vorgutachten, wobei er den damaligen psychiatrischen Einschätzungen weitgehend zustimmte und damit einhergehend und in Übereinstimmung mit dem Gutachten des Spitals D._____ retrospektiv von einer schweren depressiven Episode ausging (act. IIA 171.1 S. 42 Ziff. 7.5; vgl. auch 171.1 S. 39), ist in concreto jedoch evident, dass sich der psychische Gesundheitszustand wesentlich verändert hat (vgl. E. 3.7.1 hiernach). Unter diesen Umständen ist das Gutachten auch im revisionsrechtlichen Kontext beweiskräftig. Insoweit kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.7

3.7.1 Was den psychischen Gesundheitszustand betrifft, hat der psychiatrische Gutachter, Dr. med. L._____, den Diagnoseleitlinien entsprechend (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 169 ff.) ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Epi-

sode mit somatischem Syndrom leidet und deshalb eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit bzw. 60%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestehe (act. IIA 171.3 S. 16 und 43). Im direkten Vergleich der Befunde des Gutachtens des Spitals D. _____ vom 28. Mai 2004 und des MEDAS-Gutachtens vom 7. Januar 2016 kann die Differenz in den Schlussfolgerungen veränderten gutachterlichen Tatsachenfeststellungen zugeordnet werden. Eine Verbesserung des Zustandsbildes ist etwa in Bezug auf die Müdigkeit ausgewiesen. Der Gutachter des Spitals D. _____ beschrieb die Beschwerdeführerin als „müde“ wirkend (act. II 76 S. 9). Der psychiatrische Experte der MEDAS fand zum Untersuchungszeitpunkt keine Hinweise für eine „vermehrte Müdigkeit oder Erschöpfung“ (act. IIA 171.1 S. 36). Des Weiteren beschrieb er gelegentliche kurze Stimmungsaufhellungen über ein bis zwei Wochen (act. IIA 171.1 S. 39), wobei der Gutachter des Spitals D. _____ keine solchen erhob.

Der psychiatrische Experte des MEDAS geht – im Vergleich zu Dr. med. F. _____, der eine leichte bis mittelgradige depressive Episode diagnostizierte – von einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes mit verstärkt depressiver Verstimmung bzw. mittelgradiger depressiver Episode seit Juli 2015 aus (act. IIA 171.1 S. 51; 171.3 S. 17). Dies ändert aber nichts am Umstand, dass insgesamt seit dem Gutachten des Spitals D. _____ von 2004 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erstellt ist, weil sich die Befundlage verändert hat und eine schwere depressive Episode nicht mehr diagnostiziert wird. Die Beschwerdegegnerin ging nach dem Dargelegten zu Recht davon aus, dass sich eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingestellt hat, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Damit ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. E. 2.7 hiervor).

3.7.2 Soweit die behandelnde Psychiaterin am 10. Juni 2013 eine sehr schlechte Prognose und eine lebenslange 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (act. II 126 S. 3), hat das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Parteien aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353).

Auf die Einschätzung von Dr. med. F. _____, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliegt (ICD-10 F45.4; act. II 104 S. 18), kann nicht abgestellt werden. Diesbezüglich ist der einleuchtenden Einschätzung von Dr. med. L. _____ zu folgen, wonach trotz der chronischen Schmerzsymptomatik keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit schweren und quälenden Schmerzen angenommen werden kann, bei der die Schmerzen durch eine organische Störung nicht ausreichend erklärt werden können und in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen stehen (act. IIA 171.3 S. 17 f.).

3.8 Zu prüfen ist, ob dem erstellten psychischen Gesundheitsschaden invalidisierende Wirkung zukommt, wobei das diesbezügliche Prüfungsrasster rechtlicher Natur ist (vgl. E. 2.3 hiavor).

3.8.1 Am 30. November 2017 (BGE 143 V 409 und 143 V 418) entschied das Bundesgericht, die bisherige Rechtsprechung aufzugeben und auch die Folgen von lege artis diagnostizierten leichten bis mittelschweren depressiven Störungen an den Grundsätzen von BGE 141 V 281 zu messen (vgl. E. 2.3 hiavor). Somit ist eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht bereits mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen (BGE 143 V 409 E. 4.5 und 5.1 S. 415 ff.). Das psychiatrische Teilgutachten (act. IIA 171.3), das unter Berücksichtigung des IV-Rundschreibens Nr. 339 vom 9. September 2015 erstellt wurde, erfüllt die Voraussetzungen, um das neu auch auf Fälle von leichten und mittleren depressiven Störungen anzuwendende strukturierte Beweisverfahren bzw. die darin umschriebene Indikatorenprüfung vorzunehmen. Deshalb kann darauf abgestellt werden.

3.8.2 In einem weiteren Schritt sind nunmehr mit Blick auf die neue Rechtsprechung die einschlägigen Indikatoren zu prüfen (vgl. E. 2.3 hiavor). Gemäss der geänderten Rechtsprechung bilden bei psychischen 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).

3.8.3 Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298). Hier ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) mittelschwer ist, weil der Gutachter die depressive Störung gegenwärtig als mittelgradig einstuft (act. IIA 171.3 S. 16).

3.8.4 Betreffend den Indikator „Behandlungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin zwar seit Jahren in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung ist, jedoch die antidepressive Therapie angepasst werden muss. Der psychiatrische Gutachter geht davon aus, dass das Medikament Insidon unzureichend ist und die Beschwerdeführerin antidepressive Medikamente mit ausreichender Dossierung einnehmen sollte (IIA 171.3 S. 24 f.). Unter entsprechender Medikation sei eine Besserung der depressiven Störung zu erwarten mit einer 70%igen Arbeitsfähigkeit innerhalb eines Jahres. Folglich liegt keine therapeutisch nicht mehr angehbare Störung vor.

3.8.5 Massgebende Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) bestehen nicht. Es liegen weder schwere körperliche (vgl. E. 3.9 hiernach) noch psychische Begleiterkrankungen vor.

3.8.6 Was den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) betrifft, verneinte der Gutachter eine Störung der Ich-Funktionen, Wahrnehmungsstörungen oder inhaltliche Denkstörungen, ebenso wie eine Persönlichkeitsstörung (act. IIA 171.1 S. 36 und 38). Insoweit sind keine Persönlichkeitsmerkmale ersichtlich, die im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen könnten.

3.8.7 Zum Komplex „sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist festzuhalten, dass sich gemäss dem psychiatrischen Gutachter gewisse Ressourcen erheben lassen. Die sozialen Belastungen, z.B. Arbeitslosigkeit, zeigten keine direkt negativen funktionellen Folgen und die Beschwerdeführerin werde familiär gut unterstützt. Auch Dr. med. F. _____ wies auf rege innerfamiliäre Kontakte hin (act. II 104 S. 16). Der psychiatrische Gutachter betonte zudem, dass die Beschwerdeführerin zumindest einige

Aktivitäten im Tagesablauf zeige, sie würde spazieren, Kleinigkeiten im Haushalt verrichten, kochen, fernsehen und habe gelegentliche Kontakte mit einer Kollegin, die zu vorübergehenden Stimmungsaufhellungen führten (act. IIA 171.1 S. 41 f.).

3.8.8 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. Gegenüber Dr. med. F. _____ hat die Beschwerdeführerin 2012 angegeben, dass sie jedes Jahr im Sommer für längere Zeit in die Ferien ins Heimatland reise (act. II 104 S. 14). Anlässlich der MEDAS-Begutachtung (Gutachten vom 7. Januar 2016 betr. die Untersuchungen vom 18. November 2015) bestätigte sie, dass sie im Mai 2015 nach ... gereist sei (act. IIA 171.3 S. 13). Dr. med. F. _____ verwies 2012 auch darauf, dass die Beschwerdeführerin diverse Lebensaktivitäten erhalten könne, so fahre sie gelegentlich selber Auto (act. II 104 S. 16); im November 2015 führte sie gegenüber den Gutachtern aus, zwar einen Führerschein zu haben, aber selber mit dem Auto nicht zu fahren (act. IIA 171.1 S. 34). Ganz allgemein hielt sie sich „bedeckter“, bzw. gab nur zurückhaltend Auskunft. So erwähnte sie nur Kontakte mit einer Kollegin und der jüngeren Schwester. Über den Kontakt mit dem Sohn und den zwei Grosskindern führte sie einzig aus, es bestünden keine Probleme mit dem Sohn und hielt sich betreffend den von Dr. med. F. _____ 2012 erwähnten regen innerfamiliären Kontakten – wie erwähnt – bedeckt. Zwar führte sie aus, sich seit mindestens zehn Jahren sozial zurückgezogen zu haben – was im Gegensatz zu dem von Dr. med. F. _____ 2012 Festgestellten steht; es hätten zudem auch früher keine wesentlichen Hobbies bestanden. Ein sozialer Rückzug im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung liegt allerdings nach dem Dargelegten nicht vor und entsprechende Inkonsistenzen erscheinen erstellt. Ihre bestehenden Kontakte stehen somit im Gegensatz zu der von ihr geltend gemachten (vollständigen) Arbeitsunfähigkeit. Hinzuweisen ist auch auf die Inkonsistenzen bei den physischen – nicht verwertbaren – Leistungstests anlässlich der Begutachtung (vgl. E. 3.8 hiernach).

3.8.9 Was den Indikator der „Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen“ anbelangt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), ist festzuhalten, dass eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung etabliert ist, was für einen tatsächlichen Leidensdruck spricht, dass die Beschwerdeführerin aber ein unzureichendes Medikament einnimmt und bei einer ausreichend dosierten antidepressiven Medikation eine Besserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten ist (act. IIA 171.3 S. 24 f.).

3.8.10 Die Gesamtbetrachtung der Indikatoren ergibt, dass der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11) keine invalidisierende Wirkung zukommt und die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40% (act. IIA 171.3 S. 16 und 43) vorliegend nicht zu berücksichtigen ist.

Im Übrigen würde es am Ergebnis selbst dann nichts ändern, wenn – abweichend vom eben Dargelegten – der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gemäss dem psychiatrischen Experten gefolgt würde, wonach seit mindestens Juli 2015 eine angepasste Tätigkeit vollschichtig zumutbar ist bei einem Rendement von 60% (vgl. E. 4.3 hiernach).

3.9 Was den somatischen Gesundheitszustand betrifft, hat der orthopädische Gutachter mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere ein Cervicovertebralsyndrom sowie eine Pseudolumbofemoralgie attestiert (act. IIA 171.1 S. 8). Er hat plausibel dargelegt, weshalb trotz dieser Diagnosen in einer leidensadaptierten Tätigkeit (körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht (act. IIA 171.1 S. 23). An dieser Stelle ist auf die gemäss Gutachter „erhebliche Symptomausweitung“, „Selbstlimitierung“ und „Inkonsistenz“ bei den physischen – nicht verwertbaren – Leistungstests zu verweisen. Dass sich der Gutachter deshalb für die Beurteilung der Zumutbarkeit primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen stützen musste, ist verständlich und nachvollziehbar (act. IIA 171.1 S. 21). Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, das MEDAS-Gutachten 2016 erkläre nicht, was sich seit der Beurteilung von 2004 geändert habe (Beschwerde S. 3), ist festzuhalten, dass im MEDAS-Gutachten 2016 einleuchtend dargelegt wurde, weshalb das rheumatologische Gutachten aus dem Jahr

2004 (act. II 70) nicht überzeugt. Demnach sei auf ein über drei Jahre altes MRI abgestellt worden und es seien keine Diagnosen aufgeführt worden. Die damals attestierte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von sechs bis acht Stunden mit einer Leistungseinbusse von 50% sei weder nachvollziehbar noch akzeptabel (act. IIA 171.1 S. 22).

3.10 Zusammenfassend stellt die eingetretene Verbesserung des Gesundheitszustandes einen Revisionsgrund dar. Weil die im MEDAS-Gutachten 2016 attestierte rezidivierende depressive Störung, bis zum massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom aber nicht invalidisierend ist, ist die damit verbundene 40%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht zu beachten. Aus somatischer Sicht besteht gestützt auf das voll beweiskräftige MEDAS-Gutachten 2016 in einer leidensadaptierten Tätigkeit (körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (act. II A 171.1 S. 23).

3.11 Weiter stellt sich die Frage nach der Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen:

Der Ausnahmetatbestand, wonach die Verwaltung die Notwendigkeit (vorgängiger) befähigender beruflicher Massnahmen trotz wiedergewonnener Arbeitsfähigkeit abzuklären hat, ist grundsätzlich auf Sachverhalte zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (BGE 141 V 5 E. 4.1 S. 7; SVR 2011 IV Nr. 73 S. 222 E. 3.3). Für die Ermittlung, ob der Eckwert des 55. Altersjahres oder des 15-jährigen Rentenbezugs vorliegt, ist auf den Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung resp. auf den darin verfügbaren Zeitpunkt der Rentenaufhebung abzustellen (BGE 141 V 5 E. 4.2.1 S. 7).

Die Beschwerdeführerin mit Jahrgang 1958 hatte im Zeitpunkt der Rentenaufhebung (Ende September 2016) unbestrittenermassen während mehr als 15 Jahren eine Rente bezogen (seit Juli 1999) und auch das 55. Altersjahr zurückgelegt (vgl. act. II 1 S. 1; II 79 S. 2). Die Beschwerdegegnerin

hat denn auch ein Belastbarkeitstraining durch die Stiftung N._____ vom 10. Mai bis 9. September 2016 gewährt (act. IIA 188). Nachdem sich die Beschwerdeführerin unter Geltendmachung gesundheitlicher Beschwerden subjektiv nicht in der Lage fühlte, daran (weiterhin) teilzunehmen (vgl. act. IIA S. 6 f.), wurde dieses per 8. Juni 2016 abgebrochen und das Dossier der Abteilung Eingliederungsmanagement geschlossen (act. IIA 196).

Gemäss dem MEDAS-Gutachten 2016 stehen einer beruflichen Eingliederung keine medizinischen Hinderungsgründe entgegen (act. IIA 171.1. S. 53) und die Beschwerdeführerin könnte seit Juli 2015 (act. IIA 171.1 S. 53) eine Hilfsarbeitertätigkeit aufnehmen (vgl. E. 3.9 hiervor). Mit anderen Worten war ihr die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit im Zeitpunkt des Belastbarkeitstrainings zumutbar (vgl. Entscheid des BGer vom 8. August 2017, 8C_394/2017, E. 4.2). Die Beschwerdeführerin war damit lediglich subjektiv nicht eingliederungsbereit bzw. hinderte deren fehlende subjektive Eingliederungsbereitschaft die Durchführung weiterer beruflicher Eingliederungsmassnahmen. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb, nachdem die Beschwerdeführerin das Belastbarkeitstraining (aus subjektiven Gründen) abgebrochen hat, zu Recht über den Rentenanspruch verfügt.

4.

4.1 Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleichs zu ermitteln.

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns bzw. der Rentenrevision nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte

Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.2 Für den Einkommensvergleich ist grundsätzlich auf den Zeitpunkt der Rentenrevision abzustellen (Entscheid des EVG vom 12. Februar 2004, I 607/03, E. 7.2.1). Gemäss den Angaben im MEDAS-Gutachten 2016 ist ein Revisionsgrund ab Juli 2015 erstellt (act. IIA 171.1 S. 51 und 53). Die Beschwerdegegnerin hat die Revision allerdings erst mit der Verfügung vom 23. August 2016 (act. IIA 206) vorgenommen, so dass die Vergleichseinkommen auf das Jahr 2016 hin zu bestimmen sind.

4.2.1 Die Beschwerdeführerin war bis im Jahr 1999 als ... im O. _____ in ... tätig (act. II 8 S. 1). Seit diesem Zeitpunkt ist sie keiner Arbeitstätigkeit mehr nachgegangen, weshalb nicht überwiegend wahrscheinlich ist, dass sie 2016 bei guter Gesundheit noch beim gleichen Arbeitgeber tätig gewe-

sen wäre. Aufgrund der jahrelangen Berufspraxis als ... ist aber davon auszugehen, dass sie nach wie vor in diesem Beruf arbeiten würde. Unter diesen Umständen ist das Valideneinkommen anhand eines Tabellenlohns gemäss LSE 2014, Tabelle TA1, Ziff. 55-56: Gastgewerbe/Beherbergung u. Gastronomie, Kompetenzniveau 1, Frauen (Fr. 3'767.-- pro Monat inkl. Anteil 13. Monatslohn) zu bestimmen. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 42.4 Stunden (Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 55-56) und auf das massgebende Jahr 2016 aufgerechnet, ergibt dies ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 48'513.50 (Fr. 3'767.-- x 12 / 40 x 42.4 / 104.3 x 105.6 [BFS, Nominallöhne Frauen 2011 – 2016, Tabelle T1.2.10, lit. I]).

4.2.2 In einer leidensadaptierten Tätigkeit (körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen) besteht aus somatischer und psychischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (act. IIA 171.1 S. 23 sowie E. 3.9 hiervor). Da die Beschwerdeführerin diese Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen ebenfalls gestützt auf die LSE 2014 zu ermitteln. Ausgehend von der Tabelle TA1, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1 angepasst an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit und auf das massgebende Jahr 2016 aufgerechnet, resultiert ein hypothetisches Jahresgehalt von Fr. 54'519.90 (Fr. 4'300.-- x 12 / 40 x 41.7 / 103.6 x 105.0 [BFS, Nominallöhne Frauen 2011 – 2016, Tabelle T1.2.10, lit. B – S]). Die Beschwerdegegnerin liess einen LSE-Abzug von 10% zu (act. IIA 206 S. 2), was den Einschränkungen gemäss medizinischem Zumutbarkeitsprofil angemessen Rechnung trägt. Zudem wurden beide Vergleichseinkommen anhand statistischer Tabellenlöhne ermittelt, womit allfällige invaliditätsfremde Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität) prinzipiell ohnehin ausser Betracht fallen (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Dies ergibt somit ein Invalideneinkommen von Fr. 49'067.90.

Wenn entgegen des in E. 3.8.10 hiervor Gesagten von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit und einem Rendement von 60% ausgegangen würde, resultierte ein Invalideneinkommen von Fr. 29'440.70 (Fr. 49'067.90 x 0.6).

4.3 Bei der Gegenüberstellung des hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 48'513.50 und des hypothetischen Invalideneinkommens von Fr. 49'067.90 resultiert keine Einkommenseinbusse. Die Beschwerdeführerin hat somit keinen Anspruch mehr auf eine IV-Rente.

An der Verneinung des Rentenanspruchs änderte selbst dann nichts, wenn von einem Invalideneinkommen von Fr. 29'440.70 (vgl. E. 4.2.2 hiervor) ausgegangen würde. Diesfalls resultierte ebenfalls ein rentenausschliessender IV-Grad von gerundet 39% (Fr. 48'513.50 – Fr. 29'440.70 / Fr. 48'513.50 x 100).

4.4 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.5 Der nachgereichte Arztbericht von Dr. med. I. _____ vom 20. Januar 2018 (act. I 4) betrifft einen Zeitraum lange nach dem vorliegend massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses. Der Beschwerdeführerin bleibt es unbenommen, diesbezüglich allenfalls eine Neuanschuldung vorzunehmen.

5.

5.1 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.

5.2 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):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Kopie der Eingabe vom 26. Juni 2017)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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