

200 17 373 IV
LOU/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. Februar 2018

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. März 2017



Sachverhalt:

A.

Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) sprach der 1963 geborenen A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) mit Verfügung vom 4. Mai 2006 (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 30) bei einem Invaliditätsgrad von 66 % ab 1. April 2005 eine Dreiviertelsrente zu. Dieser Anspruch wurde mit formlosen Mitteilungen vom 20. Juni 2008 (AB 41) und 24. Februar 2011 (AB 48) bestätigt.

B.

Im Rahmen einer weiteren von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision ging die IVB gestützt auf ein medizinisches Gutachten (AB 85.1) von einem verbesserten Gesundheitszustand aus und hob die laufende Invalidenrente nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 87, 92) mit Verfügung vom 5. November 2015 (AB 95) per 31. Dezember 2015 auf. Auf Beschwerde hin (AB 96) hob sie die Verfügung wiedererwägungsweise auf und stellte weitere Abklärungen in Aussicht (AB 101), worauf das betreffende Beschwerdeverfahren mit Prozessurteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Februar 2016, IV/2015/1060 (AB 106), vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben wurde.

In der Folge stellte die IVB, basierend auf einem weiteren medizinischen Gutachten (AB 136.1), mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens mit Vorbescheid vom 1. Februar 2017 (AB 138) erneut die Rentenaufhebung in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 139) hob sie die laufende Dreiviertelsrente mit Verfügung vom 13. März 2017 (AB 141) entsprechend dem Vorbescheid per Ende des der Verfügung folgenden Monats auf.

C.

Mit Eingabe vom 12. April 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig und ersatzlos aufzuheben.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 19. Mai 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 15. Dezember 2017 gewährte der Instruktionsrichter den Parteien aufgrund der mit den Entscheiden des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_841/2016 und 8C_130/2017 (beide zur Publikation vorgesehen), erfolgten Praxisänderung das rechtliche Gehör. Während die Beschwerdegegnerin am 4. Januar 2018 am gestellten Antrag festhielt, legte die Beschwerdeführerin am 30. Januar 2018 einen zusätzlichen Arztbericht ins Recht (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 3) und ergänzte ihr Rechtsbegehren in dem Sinne, dass ihr eventualiter weiterhin mindestens eine Teilrente auszurichten bzw. nach einer Gutachtensergänzung über den Rentenanspruch erneut zu befinden sei.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt

und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 13. März 2017 (AB 141). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die laufende Dreiviertelsrente zulässigerweise per Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats, mithin per 30. April 2017, aufgehoben hat.

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

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

2.

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

teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 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). 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 auszugehen 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).

2.2.1 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 (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 30. November 2017, 8C_130/2017 [zur Publikation vorgesehen] E. 7, BGE 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 (Entscheidung des BGer vom 30. November 2017, 8C_130/2017, E. 7.2 [zur Publikation vorgesehen]).

2.2.2 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).

2.2.3 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 «funktionaler Schweregrad» (E. 4.3) und «Konsistenz» einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines renten-

begründenden 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 beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.2.4 Nach ständiger Rechtsprechung begründen Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch und Drogensucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2016 IV Nr. 3 S. 7 E. 2.2.1).

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

2.4 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).

2.4.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer

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

2.4.2 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

2.4.3 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). Die weitere Ausrichtung einer Invalidenrente nach einer von Amtes wegen durchgeführten Revision, sofern dabei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde, bedarf gemäss Art. 74^{ter} lit. f der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) keiner Verfügung. Die blosser Mitteilung eines solchen Revisionsergebnisses ist, wenn keine Verfügung verlangt wurde (Art. 74^{quater} Abs. 1 IVV; bis 31. Dezember 2011 Art. 74^{quater} IVV), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2, 2010 IV Nr. 4 S. 8 E. 3.1).

3.

3.1 Der Anspruch auf die am 4. Mai 2006 zugesprochene Dreiviertelrente (AB 30) wurde im Rahmen von ordentlichen Rentenrevisionen am 20. Juni 2008 und 24. Februar 2011 formlos bestätigt (AB 41, 48). Diese Verwaltungsakte fussten jedoch nicht auf einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung, es wurden lediglich Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte eingeholt (AB 37 f., 46) bzw. von der Ausgleichskasse der Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; AB 36, 44) ediert. Zwar erfolgte anlässlich der ersten Rentenrevision im Abklärungsbericht Haushalt vom 12. Juni 2008 (AB 40) zusätzlich eine erneute Invaliditätsbemessung, die entsprechende Abklärung an Ort und Stelle (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV) wurde aber offensichtlich hauptsächlich zufolge der damaligen Prüfung einer allfälligen Hilflosenentschädigung durchgeführt (AB 39) und eine beweisrechtliche Würdigung des ärztlichen Zwischenberichts der behandelnden Psychiaterin, welche einen leicht gebesserten Gesundheitszustand angegeben und die Restarbeitsfähigkeit auf maximal 30 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit geschätzt hatte (AB 38/1 Ziff. 3, 38/2 Ziff. 5, 38/3 Ziff. 3), unterblieb vollständig. Weil die entsprechenden formlosen Mitteilungen – entgegen der im Verwaltungsverfahren seitens der Beschwerdeführerin noch sinngemäss vertretenen Auffassung (AB 112/1 Lemma 1) – demnach keine den Anforderungen entsprechende Vergleichsbasis darstellen, ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 4. Mai 2006 (AB 30) mit jenem der angefochtenen Verfügung vom 13. März 2017 (AB 141) zu vergleichen und zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Veränderung eintrat, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.3 hiervor).

3.2 Der rechtskräftigen Verfügung vom 4. Mai 2006 (AB 30) legte die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht die Annahme zu Grunde, es bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % in einem geschützten Rahmen (AB 30/4 i.V.m. 22/4 Ziff. 3.8). Sie orientierte sich dabei an den Angaben der behandelnden Therapeuten sowie der Beurteilung des RAD.

3.2.1 Prof. Dr. phil. C. _____, Fachpsychotherapeut, behandelte die Beschwerdeführerin zwischen 29. Oktober 2002 und 9. Februar 2004. Er

vermerkte im Bericht vom 1. Juni 2005 (AB 11) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymia (ICD-10: F34.1), eine nicht näher bezeichnete hirnorganische Funktionsstörung (ICD-10: F07.9), eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F1x.2) sowie eine Schlafstörung (ICD-10: F51.9). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wertete er eine Bulimia nervosa (ICD-10: F50.2) sowie eine Alibidinie (ICD-10: F52.0). Er gab an, seine Patientin sei wochenweise arbeitsunfähig gewesen.

3.2.2 Ab 12. Oktober 2004 wurde die Beschwerdeführerin in den psychiatrischen Diensten D._____ betreut. Dr. med. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Bericht vom 14. Juni 2005 (AB 13) die nachstehenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig schwere Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11)
- Bulimia nervosa (ICD-10: F50.2)
- Colitis ulcerosa seit sieben Jahren
- Verdacht auf komplexe Traumafolgestörung mit möglicher Persönlichkeitsveränderung (ICD-10: F62.1); Differentialdiagnose: generalisierte Angststörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Alkoholmissbrauch (ICD-10: F10.1)

Seitens des Ambulatoriums wurde während der gesamten Behandlungsdauer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die behandelnde Psychiaterin hielt unter anderem fest, es sei derzeit nicht beurteilbar, ob eine Erwerbstätigkeit im bisherigen Beruf in absehbarer Zeit möglich werde, hierfür bedürfte es einer längerdauernden Stabilisierungsphase. Grundsätzlich sei eine zeitlich eingeschränkte Erwerbstätigkeit im angestammten Beruf denkbar; eine Erwerbstätigkeit mit niedrigeren Leistungsanforderungen wäre in zeitlich reduziertem Rahmen möglich.

3.2.3 Der RAD-Arzt Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, legte sich in seiner Stellungnahme vom 28. September 2005 (AB 17) bezüglich der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit nicht fest, hielt aber gleichzeitig auch eine medizinische Begutachtung für nicht erforderlich. Er erklärte, die Schlafstörungen, Blasenprobleme, fehlenden Erinnerungen respektive die Tendenz zur Dissoziation sowie die Bulimie wiesen auf eine massive Traumatisierung in der Kindheit hin und seien allesamt Anhaltspunkte oder Hinweise auf einen wahrscheinlichen sexuellen

Missbrauch als Kind. Die Entwicklung eines Alkoholmissbrauchs ab dem 15. Altersjahr sei als «Selbstheilungsversuch» zu interpretieren, es liege demnach eine sekundäre Abhängigkeit vor. Die Entwicklung einer depressiven Störung sei ebenfalls in erster Linie als Traumafolge zu sehen, wobei die Alkoholabhängigkeit diese Störung bedinge und sie zusätzlich erhalte. Ein Alkoholentzug sei zwar versicherungsrechtlich zumutbar, hiervon sei jedoch nur eine vorübergehende körperliche Besserung bei gleichzeitig möglicher Provokation einer akuten Suizidalität zu erwarten. Dasselbe gelte für einen aufdeckenden Therapieansatz. Es sei im Übrigen davon auszugehen, dass eine allfällige Persönlichkeitsveränderung sowie Gedächtnisstörungen mit grosser Wahrscheinlichkeit auf die Traumatisierung oder Extrembelastung zurückgeführt werden müssten und nicht als Folge des Alkoholkonsums zu sehen seien.

3.3 Die angefochtene Verfügung vom 13. März 2017 (AB 141) basiert in medizinischer Hinsicht auf der Expertise von Dr. med. G._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. Dezember 2016 (AB 136.1), welche als Obergutachten im Nachgang zum polydisziplinären (psychiatrischen, neurologischen, orthopädischen, allgemeininternistischen und gastroenterologischen) Gutachten der H._____, (MEDAS) vom 17. August 2015 (AB 85.1) veranlasst worden war (vgl. AB 98/5).

3.3.1 Die Begutachtung durch die MEDAS ergab die folgenden Diagnosen (AB 85.1/24 Ziff. 5):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.0, F33.1)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Störung durch Alkohol, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F10.20)
- Atypische Bulimia nervosa (ICD-10: F50.3)
- Colitis ulcerosa, Erstdiagnose im Jahr 1996 (ICD-10: K51.3)
 - klinische Remission von 2004 bis 2013
 - erneuter Aktivitäts-Schub mit Steroid-Bedürftigkeit von November 2013 bis April 2014
- Antrumgastritis (ICD-10: K29.3)
- Karpaltunnelsyndrome beidseits; rechts mittelschwer, links mässiggradig (ICD-10: G56.0)
- Anamnestisch Fersensporen beidseits (ICD-10: M77.3)

Die Gutachter attestierten sowohl für die angestammte als auch jede andere geeignete Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 %, vollschichtig umsetzbar bei vermehrtem Pausenbedarf. Im Haushalt, wo die Beschwerdeführerin nach eigenem Gutdünken Pausen zur Erholung einlegen und sich von ihrem Ehegatten helfen lassen könne, bestehe dagegen keine Einschränkung (AB 85.1/25 Ziff. 6.2). Von dieser Beurteilung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit sei mit Sicherheit seit mindestens der Exploration auszugehen, während für die Zeit zuvor nicht genau angegeben werden könne, ab wann diese Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Die höhergradige depressive Störung und die Substanzabhängigkeit, welche bei der ursprünglichen Berentung im Vordergrund gestanden hätten, seien teilweise remittiert. Für die Zeit vor der Exploration könne pauschal die Arbeitsunfähigkeit angenommen werden, wie sie der ursprünglichen Rentenverfügung zu Grunde gelegen habe. Zwischen Dezember 2013 und März 2014 sei die Arbeitsunfähigkeit aus gastroenterologischer Sicht um bis zu 70 % eingeschränkt gewesen; seit Juni 2014 bestehe aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr (AB 85.1/25 Ziff. 6.3). Der Gutachter Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt unter anderem fest, die doch recht höhergradige Arbeitsunfähigkeit, aufgrund derer die Invalidenrente zugesprochen worden sei, lasse sich bei einer damals angegebenen mittelgradigen depressiven Episode etwas schwer nachvollziehen. Es handle sich bei der Beurteilung anhand der heutigen Untersuchung gegenüber damals nicht nur um eine leichte Verbesserung des Gesundheitszustandes mit nun Abstinenz von Alkohol und etwas weniger stark ausgeprägter depressiver Episode bei einer rezidivierenden depressiven Störung, sondern auch um eine andere Beurteilung (des früheren Sachverhalts; AB 85.1/14 Ziff. 4.1.8).

3.3.2 Dr. med. G. _____ gelangte im Gutachten vom 23. Dezember 2016 (AB 136.1) zu folgenden diagnostischen Schlüssen (AB 136.1/25 Ziff. 6.2):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Gegenwärtig leicht- bis mittelgradige depressive Episode bei Verdacht auf rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.0/F33.1)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Status nach jahrzehntelangem Substanzmissbrauch (Alkohol, Benzodiazepine, Hypnotika; ICD-10: F10.1, F13.1)
 - aktuell kein Hinweis auf weiteren Substanzkonsum
- Atypische Bulimia nervosa (ICD-10: F50.3)
- Ängstliche und selbstunsichere Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73)
- Leichte unspezifische neuropsychologische Störung

Dr. med. G. _____ bescheinigte aufgrund der leicht- bis mittelgradigen depressiven Symptomatik spätestens ab dem Begutachtungszeitpunkt sowohl in der angestammten als auch in einer anderen leidensadaptierten Tätigkeit eine um 30 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, wobei keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit im genannten Pensum bestehe. Im Sinne eines medizinischen Zumutbarkeitsprofils hielt sie fest, die Beschwerdeführerin profitiere von einem ruhigen Arbeitsumfeld mit klaren Aufgabstellungen. Zudem seien eher geringe Anforderungen an Teamarbeit und ein familiäres, wertschätzendes Arbeitsumfeld mit festen Bezugspersonen von Vorteil. Die Arbeitsabläufe sollten regelmässig sein und keine hohen Anforderungen an die Flexibilität stellen. Die Möglichkeit, vermehrte Pausen einzulegen, sollte gegeben sein. Eine ganztägige Anwesenheit am Arbeitsplatz sei zumutbar, damit vermehrt Pausen gemacht werden könnten. Sodann gab die Gutachterin an, der genaue Verlauf der Arbeitsunfähigkeit könne rückblickend rein medizinisch-theoretisch nicht bestimmt werde. Die Festlegung der hohen Arbeitsunfähigkeit, die zur Zusprache der Invalidenrente geführt habe, könne nicht nachvollzogen werden. Auch die Diagnosen einer Traumafolgestörung oder Persönlichkeitsstörung seien nicht nachvollziehbar, so dass im Jahr 2005 insbesondere die depressive Symptomatik sowie die Alkoholabhängigkeit zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt hätten (AB 136.1/31 Ziff. 6.3). Sie komme somit zu einer unterschiedlichen Bewertung des Sachverhalts, wie er in der RAD-Stellungnahme von Dr. med. F. _____ vom 28. September 2005 (AB 17) geschildert worden sei und als Grundlage der Rentenzusprache gedient habe. Da insbesondere die Diagnose einer Traumafolgestörung nicht nachvollziehbar sei, habe ein primäres Suchtgeschehen vorgelegen (AB 136.1/30 Ziff. 6.2).

3.4 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 Kennt-

nis 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund 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 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

3.5 Gemäss der nachvollziehbaren und überzeugenden Beurteilung im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 17. August 2015 (AB 85.1) bestand – nach der vorübergehenden gastroenterologisch bedingten Teilarbeitsunfähigkeit – seit Juni 2014 aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr (AB 851/25 Ziff. 6.3), was zwischen den Parteien denn auch zu Recht unbestritten ist. Was den psychiatrischen Gesundheitszustand anbelangt, erfüllt das aktuellste psychiatrische Administrativgutachten vom 23. Dezember 2016 (AB 136.1) die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor) und erbringt vollen Beweis, weshalb sich weitere medizinische Sachverhaltserhebungen – insbesondere in Form der eventualiter beantragten Gutachtensergänzung (Eingabe vom 30. Januar 2018 S. 2) – erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]). Dr. med. G._____ stützte ihre Beurteilung auf die wesentlichen Vorakten (AB 136.1/3-12 Ziff. 2) sowie die Erkenntnisse aus der klinischen Exploration (AB 136.1/12 ff. Ziff. 3 f.), samt den psychometrischen bzw. testpsychologischen Untersuchungen und labortechnischen Zusatzabklärungen (AB 136.1/22 f. Ziff. 4.3.3 f., 136.2, 136.4). Ihre fachärztlichen Feststellungen sind einleuchtend und schlüssig begründet. Die Beschwerdeführerin scheint dies anzuerkennen, beschränkt

sich die Beschwerde doch auf die Rüge, dass das neuste psychiatrische Gutachten – wie das MEDAS-Gutachten – eine andere Beurteilung des unveränderten Gesundheitszustandes darstelle, womit es an einem Revisionsgrund fehle (Beschwerde S. 3 Ziff. III Ziff. 3; Eingabe vom 30. Januar 2018 S. 2).

3.5.1 Vorab ist zwar augenfällig, dass sich Dr. med. G._____ nicht exakt an den im Zuge der Praxisänderung von BGE 141 V 281 angepassten Fragekatalog hielt (AB 108; vgl. das mittlerweile aufgehobene IV-Rundschreiben Nr. 339 bzw. nunmehr Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], gültig ab 1. Januar 2010, Stand 1. Januar 2018, Anhang VII). Dieser Umstand ist indes nicht geeignet, den Beweiswert ihrer Beurteilung zu schmälern, zumal sich eine Indikatorenprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens erübrigt (vgl. E. 3.6.2 hiernach).

3.5.2 Die Expertise vom 23. Dezember 2016 (AB 136.1) korreliert mit den Einschätzungen des MEDAS-Gutachters Dr. med. I._____ (AB 85.1/9 ff. Ziff. 4). Übereinstimmend gingen die Dres. med. I._____ und G._____ in diagnostischer Hinsicht hauptsächlich von einer gegenwärtig leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode aus, wobei die Letztere eine zugrundeliegende rezidivierende depressive Störung lediglich im Sinne einer Verdachtsdiagnose annahm, da für sie rückblickend klar depressive Episoden mit einem symptomfreien Intervall nicht exakt abgrenzbar waren (AB 85.1/12 Ziff. 4.1.3, 136.1/25 Ziff. 6.2). Wohl ergibt sich insoweit eine scheinbare Diskrepanz in der Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit, als Dr. med. G._____ die attestierte 30%ige Einschränkung vorderhand auf die Präsenzzeit zu beziehen schien (AB 136.1/31 Ziff. 6.3), während Dr. med. I._____ von einer diesbezüglichen Leistungseinschränkung bei ganztägigem Arbeitseinsatz ausging (AB 85.1/13 Ziff. 4.1.5). So erklärte Dr. med. G._____, es bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit im genannten Pensum. Bei Lichte betrachtet ergibt sich indes, dass sie ebenfalls ein durch den erhöhten Pausenbedarf reduziertes Rendement bei vollschichtiger Präsenzzeit annahm, hielt sie doch explizit fest, sie komme zur gleichen Einschätzung wie das MEDAS-Gutachten, eine ganztägige Anwesenheit am Arbeitsplatz sei

zumutbar, damit vermehrt Pausen gemacht werden könnten (AB 136.1/31 Ziff. 6.3).

3.5.3 Auch in der kritischen Auseinandersetzung mit den früheren Arztberichten sowie bezüglich der Verlaufsbeurteilung gelangten die Dres. med. I._____ und G._____ zu vergleichbaren Ergebnissen. Insbesondere erachteten beide Sachverständigen die von den Dres. med. E._____ und F._____ in Betracht gezogene Traumafolgestörung mit möglicher Persönlichkeitsveränderung (AB 13/1 lit. A, 17/3 f.) als nicht ausgewiesen (AB 85.11/14 Ziff. 4.1.8, 136.1/30 Ziff. 6.2) und gingen gleichzeitig insoweit von einem verbesserten Gesundheitszustand aus, als sie eine mittlerweile vorliegende Alkoholabstinenz sowie eine weniger ausgeprägte depressive Symptomatik feststellen (AB 85.1/14 Ziff. 4.1.8, 136.1/25 ff. Ziff. 6.2). Wenngleich die Gutachter damit den früheren Sachverhalt unterschiedlich beurteilten, bezogen sie sich allemal auch ausreichend auf das revisionsrechtliche Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2). Dr. med. G._____ nahm zusätzlich zum Verlaufsbericht der seit 26. Oktober 2015 behandelnden Dr. med. J._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. April 2016 (AB 122) Stellung, in welchem diese einen verschlechterten Gesundheitszustand angab, einen dringenden Verdacht einer dementiellen Entwicklung äusserte und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit postulierte. Dabei führte die Gutachterin zwar aus, dass ein definitiver Ausschluss einer Demenz aufgrund eines normalen Mini-Mental-Tests nicht möglich sei, die von der Explorandin erzielten Resultate (AB 136.2/3) jedoch ebenso wenig Anhaltspunkte für eine dementielle Entwicklung ergeben hätten wie die in den Jahren 2013 bzw. 2015 durchgeführten neuropsychologischen Abklärungen (AB 79/3, 136.1/26 Ziff. 6.2) sowie das Schädel-MRI vom 22. März 2016 (AB 136.1/2 Ziff. 1.3 Lemma 3, 136.1/4 Ziff. 2, 136.1/30 Ziff. 6.2). Damit ist dieser Verdacht hinreichend abgeklärt und das Vorliegen einer Demenzerkrankung nicht überwiegend wahrscheinlich. Auch Dr. med. J._____ gab im neusten Verlaufsbericht vom 17. Januar 2018 (BB 3) nunmehr an, eine dementielle Erkrankung sei diagnostisch ausgeschlossen worden (BB 3/2). Im Übrigen benannte die behandelnde Psychiaterin im besagten Verlaufsbericht (BB 3) keine wichtigen – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte, die im Rahmen der Be-

gutachtung durch Dr. med. G._____ unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, so dass die unterschiedliche Natur ihres Behandlungsauftrags einerseits und des Begutachtungsauftrags der amtlich bestellten Gutachterin andererseits es nicht zulässt, das Administrativgutachten in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen (vgl. SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

3.6 Nach dem Dargelegten ist aufgrund des beweiskräftigen psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. G._____ vom 23. Dezember 2016 (AB 136.1) erstellt, dass der Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch spätestens seit der Begutachtung sowohl im angestammten Beruf als auch in einer Verweisungstätigkeit ein vollschichtiger Einsatz mit 30%iger Leistungseinschränkung zumutbar ist. Sodann ist aufgrund der gutachterlichen Einschätzung von Dr. med. G._____ auch eine relevante Sachverhaltsentwicklung seit dem Referenzzeitpunkt im Mai 2006 (vgl. E. 3.1 hiervor) ausgewiesen.

3.6.1 Wohl ist nach ständiger Praxis unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts unerheblich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2) und schätzte Dr. med. G._____ den der ursprünglichen Rentenverfügung vom 4. Mai 2006 (AB 30) zu Grunde gelegte Gesundheitszustand – wie Dr. med. I._____ (AB 85.1/14 Ziff. 4.1.8) – explizit anders ein als Dr. med. F._____ (AB 136.1/30 Ziff. 6.2). Die psychiatrischen Gutachter zeigten jedoch gleichzeitig auch auf, dass sich darüber hinaus tatsächlich eine gesundheitliche Verbesserung einstellte. Dies betrifft zum einen den Schweregrad der depressiven Symptomatik (leicht- bis mittelgradige depressive Episode [ICD-10: F33.0/F33.1; AB 136.1/25 Ziff. 6.2] statt mittelgradige Episode [ICD-10: F33.1; AB 13/1 lit. A]) und zum anderen die Überwindung des jahrzehntelangen Substanzmissbrauchs (AB 136.1/25 Ziff. 6.2), welcher das Krankheitsbild früher massgebend mitbestimmt hatte (AB 13/1 lit. A, 17/3). Die Beschwerdeführerin räumt denn auch selbst ein, dass sich ihr Gesundheitszustand insoweit gebessert habe, dass sie keinen Alkohol mehr trinke. Soweit sie in diesem Zusammenhang vorbringt, der früher bestehende Alkoholismus habe keine Invalidität bewirkt (Beschwerde S. 2 Ziff. III Ziff. 2), findet diese

Auffassung in den Akten keinen Rückhalt. Denn Dr. med. F. _____ beurteilte die Alkoholabhängigkeit damals ausdrücklich als sekundär, da sie sich aufgrund der Traumafolgestörung entwickelt habe; zudem bedinge und unterhalte die Alkoholabhängigkeit die Entwicklung der depressiven Störung (AB 17/3). Mithin ging der RAD-Arzt im Sinne der einschlägigen Rechtsprechung (vgl. E. 2.2.4) sehr wohl von einem invalidisierenden Suchtgeschehen aus.

Selbst wenn der Argumentation der Beschwerdeführerin zu folgen wäre, könnte sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Denn unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten ist das Erfordernis einer auf Dauer gerichteten Änderung bereits mit Ablauf der dreimonatigen Wartezeit im Sinne von Art. 88a Abs. 2 IVV grundsätzlich erfüllt (vgl. Entscheid des BGer vom 21. September 2012, 9C_530/2012, E. 5.2), womit in der gastroenterologisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 70 % zwischen Dezember 2013 und März 2014 (AB 85.1/24 f. Ziff. 4.4.6 und Ziff. 6.3) ebenfalls ein Revisionsgrund zu erblicken ist.

Hinzu kommt, dass die erstmalige Rentenfestsetzung bloss auf einer vorläufigen und nicht auf einer umfassenden tatsächlichen Entscheidungsgrundlage basierte. So äusserten sich weder Prof. Dr. phil. C. _____ (AB 11) noch die Dres. med. E. _____ (AB 13) und F. _____ (AB 17) klar zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit; bei der schliesslich geschätzten 50%igen Arbeitsfähigkeit in einem geschützten Rahmen (AB 22/4 Ziff. 3.8) handelt es sich um eine nicht näher begründete blosser Annahme der Abklärungsfachperson. Des Weiteren vermutete Dr. med. F. _____ eine massive Traumatisierung der Beschwerdeführerin in der Kindheit, warnte aber gleichzeitig vor einer aufdeckenden Therapie (AB 17/3). Damit hat die Verwaltung eine nicht abschliessende Aktenlage für die Rentenzusprache genügen lassen, so dass Art. 17 ATSG nicht ausschliesst, zu einem späteren Zeitpunkt eine eingehendere Abklärung der Sache vorzunehmen und gestützt auf deren Ergebnisse tatsächlicher Natur über den laufenden Leistungsanspruch neu zu befinden (Entscheid des BGer vom 20. November 2008, 9C_342/2008, E. 3.2). Mit anderen Worten setzt die freie Anspruchsprüfung bei einer derartigen Ausgangslage gar keinen Revisionsgrund voraus.

3.6.2 Einer allseitigen Prüfung des Rentenanspruchs steht somit nichts im Weg. Damit kann die von der Beschwerdegegnerin aufgeworfene Frage (Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 9), ob sich die ursprüngliche Rentenverfügung im wiedererwägungsrechtlichen Sinn (vgl. Art. 53 Abs. 2 ATSG) als zweifellos unrichtig erweist (vgl. BGE 140 V 85 E. 4.2 S. 87, 125 V 368 E. 2 S. 369), offen bleiben. Zu prüfen bleiben die Auswirkungen der medizinischen Ausgangslage auf den Invaliditätsgrad. Dabei ist nicht entscheidend, ob die allein auf einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode basierende 30%ige Leistungseinschränkung aus rechtlicher Sicht nach der unlängst erfolgten höchstrichterlichen Praxisänderung (vgl. E. 2.2.1-2.2.3 hiervor) überhaupt anzuerkennen ist. Denn wie aufzuzeigen sein wird (vgl. E. 5.4 hiernach), resultiert so oder anders kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad, womit sich die Indikatorenprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens erübrigt.

4.

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

4.2

4.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Übt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296).

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 (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohn-mässig 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 pflichtgemäsem 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).

4.3 Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermit-

telt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

4.4 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode (Art. 16 ATSG sowie Art. 28a Abs. 2 und 3 IVG). Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20, 125 V 146 E. 2c S. 150). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 508; SVR 2017 IV Nr. 30 S. 86 E. 4.1).

5.

5.1 Die Beschwerdegegnerin ermittelte den Invaliditätsgrad im Rahmend der ursprünglichen Rentenverfügung (AB 30) anhand der gemischten Methode, wobei sie gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin (AB 19) annahm, diese wäre im hypothetischen Gesundheitsfall zu 70 % erwerbstätig bzw. zu 30 % im Haushalt beschäftigt (AB 22/5 Ziff. 4). Die Beschwerdeführerin bestätigte diesen Status auch anlässlich der weiteren Haushaltsabklärung vom 10. Juni 2008 (AB 40/3 Ziff. 3.5) und es wird weder geltend gemacht noch finden sich in den Akten Hinweise dafür, dass sich bis zur aktuellen Revision eine diesbezügliche Änderung ergeben hätte.

5.2 Es ist nach überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall immer noch bei ihrer letz-

ten im ... tätigen Arbeitgeberin als ... angestellt wäre (Beschwerdeantwort S. 2 lit. C Ziff. 3), wo sie in einem 70 %-Pensum im Jahr 2004 monatlich Fr. 3'640.-- (AB 7/2 Ziff. 20), ausmachend Fr. 47'320.-- pro Jahr (Fr. 3'640.- - x 13 Monate), verdiente. Angepasst an die seitherige Nominallohnentwicklung ergibt sich im Jahr 2017 ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 55'786.-- (Fr. 47'320.-- / 115.7 x 127.2 [BFS, Tabelle T1.2.93, Nominallohnindex, Frauen, Abschnitt G/H {Handel, Reparatur, Gastgewerbe}, Index 2004 bzw. 2010] / 100 x 106.7 [BFS, Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, Wirtschaftszweige Ziff. 45-47, Indexbasis 2010 bzw. Index 2016] +0.5 % [BFS, Quartalschätzung der Nominallohnentwicklung, 3. Quartal 2017]).

5.3 Da die Beschwerdeführerin ihre medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft, ist das Invalideneinkommen anhand von Tabellenlöhnen festzulegen. Aufgrund des von Dr. med. G. _____ formulierten medizinischen Zumutbarkeitsprofils (AB 136.1/31 Ziff. 6.3) ist dabei nicht nur eine Tätigkeit im geschützten Rahmen möglich (Eingabe vom 30. Januar 2018 S. 2), denn der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) umfasst auch Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (vgl. SVR 2017 IV Nr. 64 S. 201 E. 4.1). Mit Blick auf ihre Ausbildung als ... (AB 2/10), die bisherige Erwerbsbiographie (AB 2/4 Ziff. 6.3.1, 7, 8/2, 12, 85.1/7 Ziff. 3.1.2, 136.1/16 Ziff. 3.2.2) sowie den Umstand, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit immer noch zumutbar wäre, ist auf die NOGA-Wirtschaftszweige Ziff. 45-47 und das Kompetenzniveau 2 abzustellen. Unter Berücksichtigung der Leistungseinschränkung von 30 % ergibt sich ein hypothetisches Bruttojahreseinkommen von Fr. 40'299.-- (Fr. 4'476.-- [BFS, LSE 2014, TA1, Frauen, Wirtschaftszweige Ziff. 45-47, Kompetenzniveau 2] x 12 Monate / 40 Wochenarbeitsstunden x 41.9 [BFS, Betriebsübliche Arbeitsstunden {BUA} 2016, Wirtschaftszweige Ziff. 45-47] / 104.8 x 106.7 [BFS, Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, Wirtschaftszweige Ziff. 45-47, Index 2014 bzw. 2016] + 0.5 % [BFS, Quartalschätzung der Nominallohnentwicklung, 3. Quartal 2017] ./ 30 % Leistungseinschränkung). Hiervon einen leidensbedingten Abzug vorzunehmen, rechtfertigt sich unter keinem der möglichen Aspekte (vgl. E. 4.2.2 hiervor). Selbst

wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin ein Abzug von 10 % zugelassen würde, änderte sich aber im Ergebnis nichts; diesfalls läge das Invalideneinkommen bei Fr. 36'269.-- (Fr. 40'299.-- ./ 10 %).

5.4 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert im erwerblichen Bereich und im für die Beschwerdeführerin günstigsten Fall eine ungewichtete Einschränkung von 34.99 % ([Fr. 55'786.-- ./ Fr. 36'269.--] / Fr. 55'786.-- x 100) bzw. eine gewichtete Einschränkung von 24.49 % (34.99 % x 0.7). Nach der einleuchtenden Einschätzung im MEDAS-Gutachten besteht im Haushalt keine medizinisch begründete Einschränkung, da die Beschwerdeführerin nach eigenem Gutdünken Pausen zur Erholung einlegen und sich von ihrem Ehegatten helfen lassen kann (AB 85.1/25 Ziff. 6.2). Selbst wenn aber im Aufgabenbereich – trotz der eingetretenen Gesundheitsverbesserung – immer noch dieselbe (ungewichtete) Einschränkung von 9.00 % (bzw. gewichtet 2.70 %) bestünde wie sie bereits bei der Haushaltsabklärung vom 15. Dezember 2005 festgestellt worden war (AB 22/8 Ziff. 6), würde ein abgerundeter (vgl. BGE 130 V 123 E. 3.2 und 3.3) und rentenausschliessender Invaliditätsgrad (vgl. E. 2.3 hiervor) von maximal 27 % erreicht (24.49 % + 2.70 %). Die Beschwerdegegnerin hat überdies – allerdings unter Berücksichtigung eines etwas höheren Invalideneinkommens – aufgezeigt, dass auch die per 1. Januar 2018 modifizierte gemischte Methode (vgl. AS 2017 7582; Art. 27^{bis} IVV) nicht zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % führt (Eingabe vom 4. Januar 2018 S. 3 lit. C Ziff. 4). Da diese Methode hier intertemporalrechtlich nicht anwendbar ist (vgl. BGE 140 V 41 E. 6.3.1 S. 44, 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220) erübrigen sich diesbezügliche Weiterungen. Jedenfalls ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die laufende Dreiviertelrente mit Verfügung vom 13. März 2017 (AB 141) in Anwendung von Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV per Ende April 2017 aufhob. Die dagegen erhobene Beschwerde ist folglich abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung

oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

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
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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