

200 17 801 IV  
FUR/BRM/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 12. Februar 2018**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Braune

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. August 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1972 geborenen A.\_\_\_\_\_ wurde auf Anmeldung zum Leistungsbezug vom 3. September 2003 hin (Akten der IV-Stelle Bern [IVB; act. II] 2) nach beruflichen (act. II 8, 9, 12) sowie medizinischen (act. II 10, 11, 14) Abklärungen und nach Einholen eines Abklärungsberichtes Haushalt vom 27. April 2004 (act. II 15) bei einem – auf der Basis eines Status von 40% Erwerbstätigkeit und 60% Betätigung im Aufgabenbereich Haushalt – ermittelten Invaliditätsgrad von 86% ab 1. September 2003 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen (vgl. Verfügung vom 17. September 2004; act. II 19). Diese Rente wurde im November 2006 (act. II 27) sowie im Januar 2013 (act. II 38) revisionsweise bestätigt. In den hierfür eingeholten medizinischen Verlaufsberichten bescheinigten die mit der Versicherten befassten Ärzte jeweils einen stationären Gesundheitszustand (act. II 25, 37).

### **B.**

Im Rahmen eines weiteren, im Oktober 2015 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens gab die Versicherten einen unveränderten Gesundheitszustand an mit täglich starken Schmerzen am ganzen Körper (act. II 40). Die Klinik C.\_\_\_\_\_ des Spitals D.\_\_\_\_\_, Dr. med. E.\_\_\_\_\_, bei der die Versicherte spezialärztlich behandelt wird, attestierte am 5. Januar 2016 einen stationären Gesundheitszustand; aus infektiologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 44).

Auf Empfehlung des RAD, Dr. med. F.\_\_\_\_\_, FMH Innere Medizin (act. II 47), veranlasste die IVB eine bidisziplinäre Begutachtung unter Beteiligung der Fachrichtungen Rheumatologie und Psychiatrie (act. II 48). Gestützt auf die am 19. (act. II 53.1) bzw. 25. August 2016 (act. II 54.1) erstatteten Gutachten samt Konsensbesprechung, welche vom RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ als schlüssig und nachvollziehbar beurteilt wurden (act. II

56), sowie den aktualisierten Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 21. Februar 2017 stellte die IVB der Versicherten bei einem gewichteten Invaliditätsgrad von 1 % (Status 80% Erwerb und 20% Betätigung im Aufgabebereich) mit Vorbescheid vom 10. März 2017 die Aufhebung der laufenden Rente in Aussicht (act. II 59). Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, am 29. März 2017 provisorisch (act. II 60) und am 23. Juni 2017 mit ergänzender Begründung unter Hinweis auf den Bericht der Klinik C. \_\_\_\_\_ vom 24. Mai 2017 (act. II 65 S. 3 f.) Einwand; es wurde beantragt, einen neuen Vorbescheid zu erlassen und den Invaliditätsgrad unverändert bei 87% zu belassen (act. II 65, 66). Hierzu liess die IVB den RAD, med. pract. G. \_\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Stellung nehmen (act. II 68) und verfügte am 7. August 2017 entsprechend dem Vorbescheid (act. II 69).

### **C.**

Mit Beschwerde vom 12. September 2017 lässt die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, beantragen, die Verfügung vom 7. August 2017 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten, zuzüglich Verzugszins auf den nachzuzahlenden Rentenbeträgen; eventualiter sei ein Gerichtsgutachten bei einem Facharzt für Infektiologie einzuholen. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, dass seit der letzten Rentenrevision im Jahre 2012 keine Änderung der gesundheitlichen Situation eingetreten sei; der Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2016, wonach auf infektiologischer Sicht keine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit resultiere und auf den sich die Beschwerdegegnerin stütze, könne offenkundig nicht zutreffend sein. Die Statusänderung sei im Übrigen revisionsrechtlich nicht relevant, da sie sich nicht auf die anwendbare Methode der Invaliditätsbemessung und insbesondere nicht auf die Rente auswirke.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 13. Oktober 2017 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 7. August 2017 (act. II 69). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die laufende Rente zu Recht 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** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

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 ermittelt (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).

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

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

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).

**2.5** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

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** Zu prüfen ist, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit einen allfälligen Rentenanspruch zu beeinflussen. Dabei ist der Sach-

verhalt im Zeitpunkt des mit der – letztmals auf einer umfassenden Prüfung beruhenden – Verfügung vom 17. September 2004 (act. II 19) abgeschlossenen Revisionsverfahrens mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. August 2017 (act. II 69) zu vergleichen (vgl. E. 2.5 hier-vor).

**3.2** Während der Status der Beschwerdeführerin bisher auf 40% Erwerbstätigkeit und 60% Betätigung im Aufgabenbereich Haushalt festgelegt war, erfolgte im Rahmen des im Oktober 2015 eingeleiteten Revisionsverfahrens ein Wechsel des Status zu 80% Erwerbstätigkeit und 20% Betätigung im Aufgabenbereich Haushalt; dies offensichtlich, weil der Sohn altersbedingt weniger intensiv betreut werden musste. Zudem ist die Beschwerdeführerin – bereits vor geraumer Zeit – umgezogen (vgl. Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 21. Februar 2017; act. II 58). Zumindest mit letzterem ist eine Änderung im Aufgabenbereich und dementsprechend ein Revisionsgrund ausgewiesen.

Liegt – wie vorliegend – 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).

#### **4.**

**4.1** Die medizinische Aktenlage präsentierte sich bei Erlass der Verfügung vom 1. März 2013 im Wesentlichen wie folgt:

**4.1.1** Im Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 1. November 2003 wurden – unter Hinweis auf beigelegte Arztberichte – als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende massive Herpesinfektion, orofacial und genitoanal, mit kaum beherrschbaren Schmerzen bei Chronifizierungstendenz, laborchemisch ohne Hinweise für einen Immundefekt sowie ein – mit der Herpesinfektion in Zusammenhang stehendes – depressives Zustandsbild (vgl. insbesondere act. II 10 S.

12) gestellt. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ bescheinigte bei sich verschlechterndem Gesundheitszustand eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 17. Januar 2003 bis auf weiteres (act. II 10 S. 1).

**4.1.2** PD Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Klinik C.\_\_\_\_\_, diagnostizierte im Arztbericht vom 12. November 2003 eine rezidivierende schwere Herpes-simplex-Virus-Typ I-Infektion bestehend seit Kindheit, aktuell gehäuft seit 09/02 mit persistierender genitoanaler Schmerzproblematik sowie Resistenz auf Acyclovir; dies führe zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit Anfang 10/02. Es sei unklar, warum es seit September 2002 zu einer derartigen Verschlechterung der Infektion gekommen sei; seit der Geburt ihres Kindes würden unverändert häufig und ausgeprägt Rezidive auftreten. Die therapeutischen Möglichkeiten seien bei nachgewiesener Acyclovir-Resistenz beschränkt, sodass keine definitive Prognose über den zukünftigen Verlauf gemacht werden könne (act. II 11).

**4.1.3** Im ärztlichen Zwischenbericht vom 22. Juni 2004 wurde von derselben Klinik ein verschlechterter Gesundheitszustand bescheinigt; seit Herbst 2003 lebe die Patientin im Durchschnitt 11 Tage pro Monat herpesfrei. Bezüglich der Schmerzproblematik seien verschiedene Therapieversuche durchgeführt worden, jedoch praktisch ohne Erfolg. Die vollständige Arbeitsunfähigkeit wurde bestätigt; körperlich bestünden Einschränkungen bei längerem Sitzen (>30 min.) und Laufen (>15 min.) wegen der starken Schmerzen, die sich zudem geistig und psychisch ungünstig auf den Schlaf auswirkten (vgl. act. II 14).

**4.2** Im Rahmen des vorliegend zur Diskussion stehenden Revisionsverfahrens liegen im Wesentlichen folgende medizinischen Berichte vor:

**4.2.1** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ von der Klinik C.\_\_\_\_\_ des Spitals D.\_\_\_\_\_ bescheinigte am 5. Januar 2016 einen stationären Gesundheitszustand; als Diagnosen nannte sie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom im Rahmen eines Fibromyalgie-Syndroms, DD bei Hyperlaxizität sowie eine depressive Symptomatik und als aktuelle Symptome/aktueller Zustand eine rezidivierende orofaziale HSV1-Infektion. Die Patientin klagte über Ganzkörperschmerzen, seit Jahren bestehend, und im Rahmen der Herpes simplex Infektion über stechende Schmerzen im Bereich des be-

troffenen Hautareals. Die Prognose bei rezidivierenden HSV1-Infektionen orofazial und genital sei gut; bezüglich des Schmerzsyndroms (Fibromyalgie) und der psychischen Problematik wurde auf die Beurteilung der jeweiligen Disziplinen verwiesen. Aus rein infektiologischer Sicht bestehe wegen der Herpesinfektion weder für die bisherige noch für eine angepasste Erwerbstätigkeit eine Einschränkung (act. II 44).

**4.2.2** Anlässlich der bidisziplinären Begutachtung – die Untersuchungen fanden im Juni 2016 durch die Dres. med. J.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und K.\_\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Innere Medizin sowie Manuelle Medizin SAMM, statt und die Gutachten wurden im August 2016 erstattet – wurde im rheumatologischen Teilgutachten als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende Herpes simplex Virusinfektion Typ 1 facial und genitoanal erhoben; ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Fibromyalgie sowie ein Status nach Cholezysektomie im Jahre 2003. Aus fachspezifischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und habe auch zu keinem Zeitpunkt bestanden (act. II 53.1). Psychiatrisch wurde die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) erhoben; diese schränke die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit um 20% ein und habe sich im Verlauf der letzten Jahre nicht verändert (act. II 54.1). In der Konsensbesprechung wurde darauf hingewiesen, dass das Gutachten lediglich als Gesamtbeurteilung für die Fachgebiete Rheumatologie und Psychiatrie gelte; die Einschränkungen durch die rezidivierenden genitoanalen Ulcera müsse durch das Fachgebiet der Dermatologie festgelegt werden (act. II 53.1 S. 26 und 54.1 S. 17).

**4.2.3** In seiner Stellungnahme vom 21. Oktober 2016 würdigte der RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ die Gutachten der Dres. med. J.\_\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_\_ als schlüssig sowie nachvollziehbar, hielt indessen fest, dass es – entgegen den Angaben der Gutachter – keiner dermatologischen Beurteilung bedürfe, da es sich bei der Herpes-Erkrankung, auch wenn sich diese sehr oft auf der Haut zeige, nicht um eine Hautkrankheit im engeren Sinne, sondern eine Infektionskrankheit handle. Eine klare infektiologische Beurteilung durch die erfahrene Ärzteschaft der Klinik C.\_\_\_\_\_ liege

vor; im Bericht vom 5. Januar 2016 werde – anders als noch in demjenigen vom 22. Juni 2004 – festgehalten, dass aus rein infektiologischer Sicht wegen der rezidivierenden Manifestation der Herpes-Simplex-Virus-Typ I-Infektion keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (act. II 56 S. 3).

**4.2.4** Zuhanden des Rechtsvertreters der Versicherten im Vorbescheidverfahren führte Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ am 24. Mai 2017 bei bekannter infektiologischer Diagnose aus, dass die Herpes-simplex-Schübe orofazial und genital sehr schmerzhaft seien und der Allgemeinzustand durch diese Schmerzen deutlich eingeschränkt sei; hinzu kämen (ausserhalb des Fachgebietes Infektiologie) noch eine Fibromyalgie sowie wahrscheinlich ein chronisches Schmerzsyndrom, welches mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die sehr schmerzhaften rezidivierenden Herpes-Schübe zurückzuführen sei. Eine Erwerbstätigkeit mit regelmässigem Kundenkontakt sei angesichts der so häufig auftretenden Schübe praktisch ausgeschlossen; ebenso schränkten die Schmerzen auch die Haushaltsarbeit deutlich ein. Im Vergleich zu den Berichten vom Juni 2004 und November 2013 habe sich der Gesundheitszustand aus infektiologischer Sicht nicht wesentlich verändert. Die Schmerzproblematik scheine sich tendenziell eher zu verschlechtern (act. II 65 S. 3 f.; vgl. auch act. II 66 S. 2 f.).

**4.2.5** Die RAD-Ärztin med. pract. G. \_\_\_\_\_ nahm am 25. Juli 2017 insofern Stellung, als sie festhielt, es könne voll und ganz auf die gutachterliche Beurteilung abgestellt werden, nachdem deutlich geworden sei, dass die Infektiologen tatsächlich nur allein aus ihrem Fachgebiet keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes hätten belegen können, welche eine Arbeits- und Erwerbsfähigkeit über längere Zeit rechtfertigen würde; der rheumatologische Gutachter habe eine Einschränkung aus seinem Fachgebiet ausschliessen können und der psychiatrische Gutachter habe die Herpes simplex als somatischen Anteil der Schmerzstörung zugeordnet, derentwegen der Versicherten eine adäquate Behandlung im Rahmen der Schadensabwendung zumutbar sei (act. II 68).

**4.2.6** In seiner Stellungnahme zum vorgenannten RAD-ärztlichen Bericht wies Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ am 7. September 2017 darauf hin, dass med. pract. G. \_\_\_\_\_ zwar zu Recht davon ausgehe, es sei aus infektiologischer Sicht keine wesentliche Verschlechterung eingetreten; wesentlich

sei aber, dass es in keiner Weise zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen sei. Da die therapeutischen und prophylaktischen Möglichkeiten begrenzt seien, müsse angenommen werden, dass die schmerzbedingten Beeinträchtigungen, welche zugenommen hätten, auf das ausserordentliche infektiologisch-virologische Krankheitsbild zurückzuführen sei (act. II 71 S. 42 f.).

**4.3** Aus den oben zusammengefassten medizinischen Berichten geht zweifelsfrei hervor, dass die Herpes-Virus-Infektion, die bei der seinerzeitigen Rentenzusprechung – nebst einem bereits damals erwähnten, mit dem Hauptleiden in Zusammenhang stehenden depressiven Zustandsbild – im Vordergrund stand, bei der Beschwerdeführerin nach wie vor in praktisch unveränderter Schwere und Häufigkeit auftritt. Es waren denn auch die Auswirkungen der in kurzen Abständen auftretenden Infektionsschübe, die zur vollständigen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führten. Nicht nachvollziehbar ist unter diesen Umständen, wie die im Rahmen des vorliegend zur Diskussion stehenden Revisionsverfahrens berichtende Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_\_ am 5. Januar 2016 zur Aussage gelangte, aus infektiologischer Sicht bestehe hinsichtlich der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit keine Einschränkung, zumal sie ausdrücklich einen stationären Gesundheitszustand bescheinigte. Wenn sie zudem davon ausgeht, es habe sich eine Änderung in der Diagnosestellung ergeben, namentlich bestehe – wobei sie auf einen Bericht der Klinik L.\_\_\_\_\_ vom Mai 2013 (act. II 49) Bezug nimmt – ein chronifiziertes Schmerzsyndrom im Rahmen eines Fibromyalgiesyndroms, DD bei Hyperlaxizität sowie eine depressive Symptomatik mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, überzeugt dies nicht: Einerseits interpretierte die Klinik L.\_\_\_\_\_ die fibromyalgieformen Schmerzen in erster Linie im Rahmen der chronischen Herpes-Infektion und andererseits nannte auch Dr. med. E.\_\_\_\_\_ als aktuelle Symptome/aktueller Zustand die rezidivierende orofaziale HSV1-Infektion. Überdies verfügt die Infektiologin nicht über die notwendige fachärztliche Qualifikation, um die Auswirkungen der fachfremden Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen, worauf sie im Übrigen unter Ziffer 13 ihres Berichts selbst hinweist, wenn sie empfiehlt, die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bezüglich des chronifizierten Schmerzsyndroms und der psychiatrischen Problematik durch die entsprechenden Disziplinen beurteilen zu lassen. Zur Arbeitsfähigkeit aus

rheumatologischer Sicht hatte sich der genannte Bericht vom Mai 2013 (act. II 49) denn auch nicht geäußert.

Im – unbestritten – schlüssigen bidisziplinären Gutachten vom August 2016 wurde ferner aus rheumatologischer Sicht als (einzige) Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die rezidivierende Herpes simplex Virusinfektion Typ I facial und genitoanal (ohne laborchemische Hinweise für Immundefekt) genannt, die Beurteilung der sich daraus ergebenden Einschränkungen in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit indessen in ein anderes Fachgebiet (namentlich Dermatologie) verwiesen (act. II 53.1). Dagegen führte der gleiche Gutachter die festgestellte Fibromyalgie ausdrücklich unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf; es habe aus rheumatologischer Sicht zu keinem Zeitpunkt eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Auch insofern lässt sich die im Bericht vom Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2016 dargestellte Diagnoseänderung nicht nachvollziehen. Der psychiatrische Gutachter stellte keine eigentliche depressive Symptomatik fest, diagnostizierte dagegen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen; dies führe zu einer – seit Jahren bestehenden – Arbeitsunfähigkeit von 20%, die sich im Verlauf der letzten Jahre nicht verändert habe. Eine psychische Komponente wurde denn auch bereits früher erwähnt und die Entwicklung einer solchen Schmerzstörung erscheint – wie auch Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im 22. Januar 2016 explizit ausgeführt hat (vgl. act. II 47 S. 3) – angesichts der seit vielen Jahren bestehenden Beschwerdesituation wegen der Läsionen der betroffenen Hautbereiche durchaus plausibel, zumal der psychiatrische Gutachter die diagnostizierte Schmerzstörung (auch) auf somatische Faktoren zurückführt. Bei der seinerzeitigen Rentenzusprechung (und den späteren revisionsweisen Überprüfungen der Renten) kam der psychischen Komponente indessen nur untergeordnete Bedeutung zu, da die Arbeitsfähigkeit bereits aus somatischen Gründen derart eingeschränkt war, dass dadurch der Anspruch auf eine ganze Rente begründet war.

Zutreffend weist der RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 21. Oktober 2016 (act. II 56) darauf hin, dass entgegen den Ausführungen der Gutachter die Herpes-Infektion – auch wenn sich diese sehr oft auf der Haut zeige – kein dermatologisches Leiden sei, sondern eine Infektions-

krankheit bleibe. Sodann hält er fest, dass die Beschwerdeführerin über die ganze Zeit mehrmals von der sehr erfahrenen Ärzteschaft der Klinik C. \_\_\_\_\_ des Spitals D. \_\_\_\_\_ behandelt worden sei und eine klare infektiologische Beurteilung vorliege. Wenn Dr. med. F. \_\_\_\_\_ indessen ausführt, unter immer wiederkehrender virustatischer Therapie sei es offenbar zu einer erheblichen Entschärfung der Situation gekommen, indem die Manifestationen der Herpes-Simplex-Virus-Typ-I-Infektion seltener geworden sei, die jeweils kleinere Bezirke beträfen und auch rascher abheilen, lässt sich dies durch die medizinischen Akten nicht stützen. Insbesondere enthält auch der Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, in welchem aus infektiologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneint wurde, keinerlei derartige Hinweise. Vielmehr bescheinigt Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 24. Mai 2017 aus der Sicht seines Fachgebietes im Vergleich zu früheren Berichten ausdrücklich einen weitgehend unveränderten Gesundheitszustand (act. II 65). Wenn die RAD-Ärztin med. pract. G. \_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 25. Juli 2017 ausführt (act. II 68), aus dem Fachgebiet der Infektiologie sei keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes belegt, der eine Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit über längere Zeit rechtfertigen würde, sodass auf das bidisziplinäre Gutachten, wonach eine rentenbegründende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszuschliessen sei, abgestellt werden könne, wird damit von einem falschen Ansatz ausgegangen. Entscheidend ist vielmehr, dass keine Veränderung, d.h. Verbesserung, in den gesundheitlichen Verhältnissen eingetreten ist, was Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im Schreiben vom 7. September 2017 nochmals festhält (act. II 71). Gegen eine Veränderung spricht selbst die Beurteilung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2016, wurde doch auch von dieser Ärztin ausdrücklich ein stationärer Gesundheitszustand attestiert.

Festzuhalten ist schliesslich, dass die seit 2006 bestehenden anderen Schmerzen (vgl. Gutachten des Dr. med. K. \_\_\_\_\_; act. II 53.1 S. 11 Ziff. 1 und S. 15 Ziff. 3.1.2) nichts an der weiterhin bestehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Herpes-Infektion ändern.

## **5.**

**5.1** An sich unbestritten ist die Änderung des Status (vgl. E. 3.2 hiervor und act. II 58), ebenso wie die Anwendung der gemischten Methode zur Bemessung der Invalidität. Zur Bemessung der Einschränkungen bei der Verrichtung der Haushaltstätigkeiten, wie sie im genannten neuen Abklärungsbericht vorgenommen wurde, äussert sich die Beschwerdeführerin nicht. Dagegen wird geltend gemacht, dass die Statusänderung revisionsrechtlich nicht relevant sei (vgl. Beschwerde Art. 17 S. 15).

**5.2** Eine Statusänderung kann durchaus einen Revisionsgrund darstellen. Nach dem Entscheid der zweiten Kammer des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vom 2. Februar 2016 (Di Trizio gegen die Schweiz [7186/09], abrufbar unter <http://hudoc.echr.coe.int> oder [www.bger.ch](http://www.bger.ch)) ist eine solche indessen dann unbeachtlich, wenn sie zu einer Herabsetzung oder Aufhebung der Rente führt (vgl. BGE 143 I 50 E. 4.1 S. 58 f.). Unter der geltenden Rechtslage ändert der EGMR-Entscheid hingegen nichts daran, dass die gemischte Methode in Fällen, welche ausserhalb des Schutzbereiches von Art. 8 EMRK liegen, weiterhin Anwendung finden kann (vgl. BGE 143 I 50 E. 4.4 S. 60; vgl. auch BGE 143 I 60, 143 V 77; Entscheid des BGer vom 6. September 2017, 9C\_752/2016, E. 4.6 [zur Publikation vorgesehen]; IV-Rundschreiben Nr. 355; SZS 2017 S. 319 ff., 2016 S. 390 ff.).

**5.3** Vorliegend führt der Statuswechsel nicht zu einer Herabsetzung oder Aufhebung der bisherigen Rente und ist damit zu beachten. Angesichts der Ausführungen unter E. 4.3 hiervor ist nämlich in medizinischer Hinsicht von einem unveränderten Zustand auszugehen, d.h. von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit infolge der Herpes-Infektion sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit. Da sich bei einem Status von 80% Erwerbstätigkeit bereits aus der erwerblichen Situation ein (gewichteter) Invaliditätsgrad von 80% ergibt, besteht (weiterhin) Anspruch auf eine ganze Rente. Eine Überprüfung der im Abklärungsbericht festgehaltenen Einschränkungen im Haushaltsbereich kann deshalb unterbleiben.

**6.** Die Aufhebung der Rente erweist sich aufgrund der obigen Darlegungen als nicht rechtmässig; die angefochtene Verfügung ist dementsprechend in Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde ersatzlos aufzuheben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen, der Beschwerdeführerin weiterhin die ganze Rente auszurichten und allfällige Nachzahlungen vorzunehmen.

Dem in der Beschwerde (Rechtsbegehren 2.) gestellten Antrag auf Ausrichtung von Verzugszins auf den nachzuzahlenden Rentenbeträgen ist nicht zu entsprechen. Gemäss Art. 26 Abs. 2 ATSG werden die Sozialversicherungsträger für ihre Leistungen nach Ablauf von 24 Monaten nach der Entstehung des Anspruch, frühestens aber 12 Monate nach dessen Geltendmachung, verzugszinspflichtig. Bei der per Ende September 2017 verfügbaren Einstellung der Rentenleistungen ist diese Voraussetzung in zeitlicher Hinsicht nicht erfüllt.

**7.**

**7.1** Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.—, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**7.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ macht mit Kostennote vom 22. Januar 2018 ein Honorar von Fr. 4'704.— (16.80 Std. à Fr. 280.—) zuzüglich Auslagen von Fr. 124.— und der Mehrwertsteuer von Fr. 386.25 geltend. Mit Blick auf andere, bezüglich des objektiv erforderlichen Prozessaufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses vergleichbare Verfahren und der vom angerufenen Gericht dafür zugesprochenen An-

waltsgebühren erscheint dieser Betrag als zu hoch. Das Honorar wird deshalb ermessensweise auf Fr. 3'500.— zuzüglich Auslagen und 8% MWSt., somit auf total Fr. 3'913.90 (Honorar Fr. 3'500.—, Auslagen Fr. 124.—, MWSt. Fr. 289.90), festgesetzt. Diese Parteikosten hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 7. August 2017 aufgehoben.
2. Die Beschwerdegegnerin wird angewiesen, der Beschwerdeführerin die zurückbehaltenen Rentenbetreffnisse nachzuzahlen. Der in diesem Zusammenhang gestellte Antrag auf Ausrichtung von Verzugszinsen wird abgewiesen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.— werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.— wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
4. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'913.90 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.