

200 14 1188 IV
KNB/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. Juli 2016

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. November 2014



Sachverhalt:

A.

Der 1968 geborenen A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurde nach Einholung eines psychiatrischen Gutachtens (Expertise vom 29. Juni 1999; Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2) ab März 1999 bei einem Invaliditätsgrad von 50% eine halbe Invalidenrente zugesprochen (Verfügung vom 2. März 2000; AB 13, vgl. auch AB 8 f.). Diese Rente wurde mit Verfügung vom 6. September 2002 bestätigt (AB 27) und mit Verfügung vom 6. April 2004 – im Rahmen der 4. IVG-Revision – ab 1. Januar 2004 auf eine Dreiviertelsrente erhöht (bei einem Invaliditätsgrad von 64%; AB 29, vgl. auch AB 28). Die Dreiviertelsrente wurde in den Folgejahren revisionsweise bestätigt (2006 [AB 34] und 2009 [AB 44]).

B.

Mit Eingabe vom 9. August 2012 (AB 45, vgl. auch AB 56) ersuchte die Versicherte um eine vorzeitige Rentenrevision wegen einer Lohnneinbusse infolge zunehmender gesundheitlicher Beschwerden. Nach Einholung erwerblicher und medizinischer Berichte (AB 47, 51, 52, 57, 59, 60) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 10. Juli 2013 eine Abweisung des Erhöhungsgesuchs in Aussicht (AB 61). Auf Einwand hin (AB 63, vgl. auch AB 62) holte die IVB weitere Berichte ein (AB 67, 71, 76 ff., 83, 86) und veranlasste eine medizinische Abklärung im Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Berichte vom 19./22. September 2014, AB 90 f., vgl. auch AB 88 f.). Mit zweitem Vorbescheid vom 10. Oktober 2014 stellte die IVB erneut die Abweisung des Erhöhungsgesuchs in Aussicht (AB 92) und verfügte am 21. November 2014 entsprechend (AB 93).

C.

Hiergegen erhob die Versicherte am 11. Dezember 2014 Beschwerde und beantragte sinngemäss, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, gesundheitsbedingt sei es zu einer Lohnreduktion gekommen.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. Januar 2015 beantragte die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 29. Januar 2015 stellte der Instruktionsrichter der Beschwerdeführerin die RAD-Berichte vom 19./22 September 2014 (AB 90 f.) zur allfälligen Stellungnahme bis 20. Februar 2015 zu. Mit Eingabe vom 6. Februar 2015 wies die Beschwerdeführerin darauf hin, gegebenenfalls würde ihr Hausarzt weitere medizinische Unterlagen einreichen. In der Folge stellte der Instruktionsrichter fest, dass innert Frist keine weiteren Unterlagen mehr eingegangen seien.

Erwägungen:

1.

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

gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 21. November 2014 (AB 93). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin deren Gesuch um Erhöhung der bisherigen Invalidenrente zur Recht abgewiesen 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt

zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

Im Rahmen der juristischen Beurteilung der noch zumutbaren Arbeitsleistung ist zu beachten, dass es zur Annahme einer Invalidität in jedem Fall ein medizinisches Substrat braucht, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto aus-

geprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

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 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).

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

2.6 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

2.7 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).

2.7.1 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).

2.7.2 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 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

2.7.3 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 Beweismwürdigung 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 Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 2. März 2000 (AB 13) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab März 1999 eine halbe Rente zu. Diese Rente wurde zwar im Rahmen der 4. IVG-Revision gemäss Verfügung vom 6. April 2004 mit Wirkung ab 1. Januar 2004 auf eine Dreiviertelsrente erhöht (AB 29), wobei davon auszugehen ist, dass schon damals das Valideneinkommen (korrekterweise; vgl. dazu E. 3.2 nachfolgend) in Anwendung von Art. 26 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) berechnet worden ist (vgl. mittlerweile explizit AB 44; vgl. auch AB 91/2 unten). Aber weder bei dieser Revision (AB 29) noch bei den Revisionen 2002 (AB 27), 2006 (AB 34) und 2009 (AB 44) erfolgte eine allseitige Prüfung der anspruchserheblichen, insbesondere medizinischen Tatsachen, weshalb diese Revisionen nicht als Referenzzeitpunkte in Frage kommen (vgl. E. 2.7.3 hiervor). Somit ist der Sachverhalt zur Zeit der rentenzusprechenden Verfügung vom 2. März 2000 (AB 13) mit demjenigen, der sich bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 21. November 2014 (AB 93) entwickelt hat, zu vergleichen (vgl. E. 2.7.1 hiervor). Sollte im massgebenden Vergleichszeitraum eine relevante Änderung eingetreten sein, wäre in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob sich diese auf den bisherigen Rentenanspruch auswirkt (vgl. E. 2.7.2 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 2. März 2000 (AB 13) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem psychiatrischen Gutachten des Spitals B. _____ vom 29. Juni 1999 (AB 2). Darin wurde ein Frontalhirn- bzw. Frontobasalthirnsyndrom mit Verhaltensauffälligkeiten und kognitiven Defiziten, zurückzuführen am ehesten auf eine Perinatalläsion bei protrahiert schwerer Geburt mit frühzeitigem Fruchtwasserabgang und Nabelschnurumschlingung, diagnostiziert (S. 11 Ziff. 1). Anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin zufolge hätten sich in der frühkindlichen psychomotorischen Entwicklung Verzögerungen beim Erlernen des Gehens und des Sprechens ergeben; es sei eine Legasthenie diagnostiziert und eine mehrjährige logopädische Behandlung eingeleitet worden. Die Beschwerdeführerin habe bereits als Schulkind in emotionalen Stresssituationen bei Müdigkeit und vor allem am Abend an Dysarthrie gelitten. Trotzdem habe sie es geschafft, über vier Jahre die Primarschule und über weitere vier Jahre die ... Schule ohne Wiederholung zu absolvieren. Die dreijährige ... Lehre habe sie wegen Überforderung und Belastung nach einem Jahr abbrechen müssen. In der Folge sei sie über ca. ein Jahr als ... an der C. _____ tätig gewesen; während dieser Zeit sei aufgrund von Überforderungsreaktionen die Versetzung an die Nachsorgestation erfolgt. In den Jahren 1988 bis 1990 habe sie eine Anlehre als ... in der D. _____ absolviert (S. 6 f.). In ihrer Beurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, die leichte Reiz- und Kränkbarkeit, die reduzierte Frustrationstoleranz und verminderte Impulskontrolle kämen neben den Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeitsstörungen vor allem in Stresssituationen bei der Arbeit mit erhöhtem Arbeitstempo und zeitlichem Leistungsdruck als Ausdruck einer Überforderung zum Vorschein. Gemäss Anamnese und aufgrund der Aktenlage zeige die Beschwerdeführerin in Problemsituationen bei der Arbeit ein leicht enthemmtes, distanzloses Verhalten mit Neigung zu verbal-aggressiven Ausbrüchen; sobald der zeitliche Druck und der Leistungsdruck weg falle, erweise sie sich als eine zuverlässige, pflichtbewusste, fleissige Mitarbeiterin. Die Integrationsfähigkeit der Beschwerdeführerin in den Arbeitsdienst sei aufgrund der erwähnten Symptome eingeschränkt. Aus psychodynamischer Sicht liege eine gewisse Selbstwertproblematik mit Schwierigkeiten im Realitätsbezug und in der Realitätsbewältigung bei einer insgesamt geringen Introspektionsfähigkeit vor. Ätiologisch sei die Störung, vor allem aufgrund der Anamnese und der klinischen Prägung, am

ehesten auf eine perinatale Hirnläsion (mit Hauptlokalisation frontal) bei protrahierter schwerer Geburt und Nabelschnurumschlingung zurückzuführen. Es bestehe eine klassische Anamnese mit frühkindlicher psychomotorischer Entwicklungsverzögerung, vor allem bezüglich des Gehenlernens und des Erlernens der Sprache. Die schulischen Leistungen seien vor allem in den theoretischen Fächern gerade ausreichend gewesen; dass die Beschwerdeführerin keine Schulklasse wiederholt habe, weise auf die Lernfähigkeit (auch bezüglich des Verhaltens) hin. Zusammenfassend könne gesagt werden, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einem geschützten Rahmen und unter günstigen Bedingungen (einfache Arbeit mit unkompliziertem Ablauf, selbstständiges Bestimmen des Arbeitstempus, kein zeitlicher Druck oder Leistungsdruck, möglichst wenig emotionale Stresssituationen) z.B. als ... oder als ... als 100% zu werten sei. Nicht mehr zumutbar seien komplexe Arbeiten mit differenziertem Arbeitsablauf, zeitlichem Druck und Leistungsdruck. Auch körperliche Arbeiten seien ihr nicht mehr zuzumuten (S. 9 f. und S. 11 f. Ziff. 2 ff.).

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 6. April 2004 (AB 29) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.3.1 Mit Schreiben vom 15. August 2012 begründete die D._____ das Rentenrevisionsbegehren der Beschwerdeführerin wie folgt (AB 47; vgl. auch AB 62): Die Beschwerdeführerin arbeite seit 1999 in den geschützten Werkstätten der D._____. Von 1999 bis 2009 sei sie in der Abteilung ... tätig gewesen. Aufgrund von ihr benannter psychischer Überbelastung bei dieser Tätigkeit habe sie um den Wechsel in eine andere Abteilung gebeten. Seit 1. März 2009 arbeite sie an einem für sie angepassten Arbeitsplatz in der Abteilung Trotzdem habe ihre Arbeitsleistung seit 2010 deutlich nachgelassen. In regelmässigen Gesprächen seien intern und abteilungsübergreifend alle Möglichkeiten und Massnahmen geprüft worden, um zur ursprünglichen Leistungsfähigkeit zurück zu finden; ein erneuter Abteilungswechsel sei aufgrund der verschiedenen gesundheitlichen Beschwerden nicht möglich. Trotz entsprechender Bemühungen und Motivation habe die Beschwerdeführerin eine ihrem Lohn entspre-

chende Leistung nicht mehr erreicht. Dies bedinge einen entsprechend tieferen Lohn.

3.3.2 Mit Bericht vom 9. November 2012 ging der Hausarzt Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, aufgrund der neu diagnostizierten rheumatischen Arthritis und chronischen Urtikaria von einem verschlechterten Gesundheitszustand aus (AB 51/1 ff.). In diesem Zusammenhang verwies er auf Berichte des Spitals F._____ vom 30. März (AB 51/9 f.), 6. Juni (AB 51/6 f.) und 6. August 2012 (AB 51/4 f.).

3.3.3 Mit Verlaufsbericht vom 3. Juni 2013 erachtete Dr. med. G._____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, Spital F._____, die Beschwerdeführerin aufgrund einer rheumatoïden Arthritis für schwere Arbeiten zu 100% und für leichte bis mittelschwere Handarbeit zu 30 bis 50% arbeitsunfähig; die Prognose sei grundsätzlich gut und es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin unter einer TNF-Blockade in Remission komme und wieder voll arbeitsfähig werde (AB 57).

3.3.4 Am 19. März 2014 attestierte das Spital F._____ eine volle Arbeitsunfähigkeit für fingerbelastende Tätigkeiten und erachtete die Beschwerdeführerin in einer angepassten Arbeit seit dem 10. März 2014 wieder als voll arbeitsfähig (AB 76, 77/4 f.).

3.3.5 Mit Bericht vom 14. Mai 2014 ging Dr. med. H._____, Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, Spital F._____, von einem verbesserten Gesundheitszustand aus. Grundsätzlich sei eine fingerbelastende Tätigkeit nur bedingt zumutbar, da die Beschwerdeführerin eine Persistenz der Arthritis am PIP III rechts gehabt habe und eine fingerbelastende Tätigkeit die Arthritis verschlechtern könnte. Sollte die Arthritis jedoch in Remission sein, sei eine fingerbelastende Tätigkeit wahrscheinlich zu ca. 50% möglich. Ansonsten sei die Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Arbeit aus rheumatologischer Sicht zu 100% gegeben (AB 77).

3.3.6 Am 20. August 2014 untersuchte RAD-Arzt Dr. med. I._____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, die Beschwerdeführerin (AB 90). Anlässlich der "sozio-professionellen" Anamne-

se führte die Beschwerdeführerin aus, bis 2011 in der ... Abteilung der D._____ gewartet zu haben. Bei einer Anwesenheit von 100% habe sie eine Leistung von 60 bis 80% erbracht. Sie habe die Abteilung wechseln müssen, "um an der Arbeit überleben zu können und um geschützt zu werden, da sie gemobbt" worden sei. Mit bestimmten Kollegen könne sie seither nicht mehr sprechen. Beim damaligen Wechsel in die Abteilung ... sei die Polyarthrititis noch kein Thema gewesen. In der neuen Abteilung sei sie weiterhin zu 100% anwesend und bringe weiterhin eine Leistung von 60 bis 80%. Diese Tätigkeit könne sie unproblematisch ausüben, selbst wenn sie immer noch eine aktive Arthritis eines Fingergelenks habe (S. 2 unten). Die Beschwerdeführerin gebe eine gute Energie und Motivation an. Sie sei motiviert zu arbeiten; es laufe wieder gut. Es gehe ihr bis auf die Arthritisproblematik gut (S. 3 unten).

Mit Stellungnahme vom 22. September 2014 (AB 91) führte der RAD-Arzt aus, in das 1999 diagnostizierte (vgl. E. 3.2 hiervor) frontale bzw. frontobasale Syndrom sei auch ein psychisches Leidensbild mit Verhaltensauffälligkeiten, vor allem den Affekt betreffend, integriert worden und es seien kognitive Defizite vor allem in der Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit aufgeführt worden. Die von der Beschwerdeführerin im Revisionsfragebogen vom 14. März 2013 (AB 56) erwähnten psychischen Probleme würden somit zu den erwarteten psychiatrischen Manifestationen des frontalen bzw. frontobasalen Syndroms gehören. So fänden sich denn keine Hinweise auf eine Verschlechterung des frontalen bzw. frontobasalen Syndroms und der begleitenden psychiatrischen Manifestationen. Eine möglichst breite Variabilität dieser psychiatrischen Manifestationen sei von den Gutachtern von 1999 schon damals beschrieben worden und das psychische Leidensbild der Beschwerdeführerin werde sehr wahrscheinlich immer variabel bleiben, ohne dass sich damit eine Verschlechterung erklären lasse (S. 3 f.). Neu sei die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis gestellt worden. Mit der aktuellen Therapie sei die Krankheit in Remission. Versicherungsmedizinisch sei festzustellen, dass Einschränkungen aus der Deformität des PIPG III rechts resultierten. Die Beschwerdeführerin leide aber nicht fest darunter; auch mit dieser Deformität könne sie weiterhin zu 100% arbeiten. Die von der Arbeitgeberin beschriebene Leistungsminderung sei vor der Entwicklung der rheumatoiden Arthritis (diagnostiziert 2012) beobachtet worden,

habe doch deren Angaben zufolge (vgl. E. 3.3.1 hiervor) die Leistung der Beschwerdeführerin signifikant schon 2010 von 70 bis 80% auf 40 bis 50% bei einem Vollpensum abgenommen. Die Beschwerdeführerin ihrerseits habe sich in dieser Zeit bei der Arbeit unwohl und gemobbt gefühlt. Folglich gebe es keinen somatischen Grund, um diese Leistungsminderung zu erklären. Der Arbeitsstellenwechsel sei aus einem nicht medizinischen Grund erfolgt. Auch mit den festgestellten Einschränkungen im PIPG III rechts sei der Beschwerdeführerin die Tätigkeit in der ... zu 100% zumutbar (gewesen); trotz Attestierung einer vollen Arbeitsunfähigkeit habe die Beschwerdeführerin weiter voll gearbeitet. Zusammenfassend sei aktuell bei dieser rheumatologischen Komorbidität eine Verbesserung des Gesundheitszustandes klinisch, laborchemisch und sonographisch dokumentiert worden. Diese entzündliche Erkrankung sei in Remission. Als Folge davon könne nicht gesagt werden, dass der Gesundheitszustand sich dauerhaft verschlechtert habe (S. 4 f.). Neu leide die Beschwerdeführerin auch an einer chronischen Urtikaria (v.a. Läsionen im Rücken und Dekolleté). Diese Diagnose habe eine vorübergehende Veränderung des Gesundheitszustandes zu Folge, nicht aber eine Verschlechterung. Mit der Einnahme eines Anti-Histaminikums sei diese Problematik unter Kontrolle. Als Folge dieser Diagnose sei keine signifikante Einschränkung zu objektivieren (S. 5 f.). Neu sei schliesslich auch noch eine arterielle Hypertonie bekannt. Systemische Komplikationen der arteriellen Hypertonie seien in den medizinischen Akten nicht dokumentiert. Aus dieser Diagnose resultierten keine objektiven Einschränkungen, die die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussten (S. 6). Die früher wie auch die aktuell ausgeübte Tätigkeit und ganz allgemein angepasste Tätigkeiten (leichte wechselbelastende Tätigkeit mit leichten repetitiven Aktivitäten und mit unkompliziertem Arbeitsablauf ohne zeitlichen Leistungsdruck und mit wenig emotionalen Stresssituationen) seien zu 100% zumutbar, wobei aufgrund der Polyarthrititis mit einer Leistungsminderung von 20 bis 30% zu rechnen sei (S. 7).

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 Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen

Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versi-

cherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.5 Der RAD-Bericht vom 22. September 2014 (AB 91) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen, weshalb diesem volle Beweiskraft zukommt (vgl. E. 3.4 hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden und stehen – soweit vorliegend von Relevanz – in Übereinstimmung mit den übrigen Akten.

3.5.1 Den per 1. März 2009 erfolgten Abteilungswechsel der Beschwerdeführerin von der ... in die ..., der für sich allein keine wesentliche Änderung darstellt, begründete die Arbeitgeberin mit Schreiben vom 15. August 2012 (AB 47) mit psychischer Überbelastung; trotz dieses Wechsels hat gemäss Ausführungen der Arbeitgeberin die Arbeitsleistung seit 2010 deutlich (statt einer Leistung von 70 bis 80% noch eine Leistung von 40 bis 50%) nachgelassen, was dann eine Lohnreduktion zur Folge gehabt habe. Die Beschwerdeführerin ihrerseits bezeichnete anlässlich der RAD-Untersuchung vom 20. August 2014 (AB 90) ihre Leistung sowohl in der ... als auch in der ... Abteilung mit je 60 bis 80%; der Abteilungswechsel sei erfolgt, da sie gemobbt worden sei (S. 2 unten). In den echtzeitlichen Arztberichten finden sich aber keine derartigen Hinweise: Der Hausarzt bestätigte im Bericht vom 16. Juni 2009 (AB 42) unter Verweis auf den letzten Bericht (den Akten zufolge vom 13. Juni 2002; AB 24) die bisherigen Diagnosen (leichtes psychoorganisches Syndrom mit Merkfähigkeitsstörung, leichter Retardierung, Kontakt- und Kommunikationsstörung und Antriebsstörung [Frontalhirnsyndrom], bestehend seit der Jugend; S. 1 lit. A), verneinte im Wesentlichen zwischenzeitlich eingetretene Änderungen (S. 2 f. lit. D und E) und wies ausdrücklich auf einen stationären psychiatrischen Befund mit Merkfähigkeitsstörungen, leichter Retardierung sowie Kommunikationsstörungen bei Frontalhirnsyndrom (S. 3 lit. E Ziff. 6) hin. Auch die Beschwerdeführerin selber erwähnte im Revisionsfragebogen vom 12. März 2009 bloss eine 2006 erfolgte Dünndarmsegmentresektion (AB 35/1 Ziff. 1.2 i.V.m. AB 33).

Erst anlässlich der nunmehr von ihr beantragten Revision berichtete die Beschwerdeführerin im Revisionsfragebogen vom 14. März 2013 von psychischen Problemen seit 2009 (AB 56/1 Ziff. 1.1). Zu den psychischen Einschränkungen befragt ging der Hausarzt im Verlaufsbericht vom 9. November 2012 von einem "Status quo zu Vorberichten" aus (AB 51/3 Ziff. 1).

Nach dem eben Ausgeführten werden die angeblichen psychischen Probleme sowie das Mobbing einzig von der Beschwerdeführerin und deren Arbeitgeberin erwähnt, ohne dass den medizinischen Aspekt betreffend je eine entsprechende – echtzeitliche oder nachträgliche – Diagnose gestellt worden wäre. Ein Mobbing wäre invalidenversicherungsrechtlich unbeachtlich. Wäre der von der Arbeitgeberin vorgebrachte Leistungsabfall (AB 47/1 Mitte), der für die Beschwerdeführerin selber offenbar nicht wirklich nachvollziehbar erscheint (vgl. AB 90/2 unten), in dieser Schwere tatsächlich auf psychische Faktoren zurückzuführen gewesen, so hätten die behandelnden Ärzte diese zweifellos erkannt, die Beschwerdeführerin an entsprechende Fachärzte verwiesen bzw. eine entsprechende Therapie eingeleitet. Dies ist jedoch gerade nicht geschehen. Auch im vorliegenden Verfahren und damit nach den RAD-ärztlichen Feststellungen (AB 91) reichte die Beschwerdeführerin bzw. der Hausarzt keine entsprechenden Berichte ein.

Die Ausführungen des RAD-Arzt (AB 91/3 f.), wonach in das im Gutachten vom 29. Juni 1999 (AB 2) diagnostizierte frontale bzw. frontobasale Syndrom auch ein psychisches Leidenbild mit Verhaltensauffälligkeiten – vor allem den Affekt betreffend – integriert worden sei und auch kognitive Defizite vor allem in der Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit aufgeführt worden seien, erweisen sich als nachvollziehbar. Unter diesen Umständen sind die von der Beschwerdeführerin im Revisionsfragebogen vom 14. März 2013 erwähnten psychischen Probleme (AB 56/1 Ziff. 1.1) als zu den erwarteten psychiatrischen Manifestationen des vorbestehenden frontalen bzw. frontobasalen Syndroms gehörend zu betrachten. Diesbezügliche Schwankungen gehören zum Krankheitsbild, worauf schon im seinerzeitigen psychiatrischen Gutachten hingewiesen worden war; eine eigentliche Verschlechterung ist nach dem Dargelegten nicht dokumentiert.

3.5.2 Erst nach der arbeitgeberseits erwähnten Leistungsverminderung im Jahr 2010 und der damit verbundenen Lohneinbusse im Juni 2012 ist

erstmalig eine rheumatoide Arthritis diagnostiziert worden (vgl. AB 51/6). Aufgrund dieser zeitlichen Abfolge lässt sich somit die vorgebrachte Leistungsminderung von vornherein nicht mit der Arthritis erklären. Im Übrigen führen der RAD-Arzt (vgl. E. 3.3.6 hiervor) und die behandelnden Ärzte (vgl. E. 3.3.3 ff. hiervor) übereinstimmend aus, die Arthritis befinde sich in Remission. Uneinigkeit besteht einzig in Bezug auf die in diesem Zusammenhang attestierte Arbeitsunfähigkeit. Da die Arthritis aber ohnehin in Remission ist und die Beschwerdeführerin trotzdem ohne Unterbruch weitergearbeitet hat, ist in Übereinstimmung mit dem RAD-Arzt tatsächlich nicht nachvollziehbar, warum dies zu einer Arbeitsunfähigkeit hätte führen sollen (vgl. AB 91/5 oben).

3.5.3 Abschliessend bleibt noch festzuhalten, dass weder der RAD-Arzt noch die behandelnden Ärzte je eine Arbeitsunfähigkeit gestützt auf die chronische Urtikaria und die arterielle Hypertonie attestiert haben.

3.6 Zusammenfassend ist entsprechend den RAD-ärztlichen Ausführungen (vgl. AB 91/8 unten) weder medizinisch noch erwerblich eine wesentliche IV-relevante Veränderung erkennbar. Soweit vorliegend psychosoziale Faktoren mitspielen, sind diese ohnehin unbeachtlich (vgl. E. 2.2 hiervor). Insgesamt liegt somit kein verschlechterter Gesundheitszustand vor. Die Beschwerdeführerin ist in ihrer bisherigen Tätigkeit wie bis anhin in einem vollen Pensum mit verminderter Leistung arbeitsfähig; diese Leistungsminderung berechtigt (weiterhin) zu einer Dreiviertelsrente.

Die Beschwerdegegnerin hat das Rentenerhöhungsgesuch somit zu Recht abgewiesen. Die Verfügung vom 21. November 2014 (AB 93) lässt sich nicht beanstanden und die hiergegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):
- A. _____
 - 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.