

200 14 673 IV
GRD/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Juni 2015

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. Juni 2014



Sachverhalt:

A.

Die 1963 geborene A. _____ (fortan Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) bezieht gestützt auf eine Verfügung der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) vom 2. Dezember 2011 (Akten der IVB [act. IIA], 100) bei einem Invaliditätsgrad von 50 % seit 1. April 2010 eine halbe Invalidenrente.

Im Rahmen einer von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision machte die Versicherte am 24. März 2013 eine seit zirka 1. April 2012 eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend und wies gleichzeitig darauf hin, dass sie per Ende Juni 2011 gesundheitsbedingt ihr Geschäft aufgegeben habe (act. IIA 111). Daraufhin stellte die IVB ihr gestützt auf medizinische Abklärungen und Rückfragen beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. IIA 119, 131) mit Vorbescheid vom 9. April 2014 (act. IIA 132) mangels einer dauerhaften wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes eine Abweisung des Rentenerhöhungsgesuchs in Aussicht. Nachdem sich die Versicherte hierzu nicht hatte vernehmen lassen, wies die IVB mit Verfügung vom 4. Juni 2014 (act. IIA 133) das Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente entsprechend dem Vorbescheid ab und bestätigte den Anspruch auf die bisherige halbe Rente.

In einem von der Versicherten mitunterzeichneten und als «Gesuch auf neue Revision/ Einsprache gegen den Entscheid» betitelten Schreiben vom 17. Juni 2014 (act. IIA 135/4) zeigte sich deren Hausärztin gegenüber der IVB mit der Verfügung nicht einverstanden. Am 20. Juni 2014 gelangte die Versicherte mit einer als «neues Gesuch auf Rentenrevision» bezeichneten Zuschrift selbst an die IVB (act. IIA 135/1-3).

B.

Mit Eingabe vom 11. Juli 2014 erhob die Versicherte Beschwerde und beantragte sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr sei eine höhere als die bisherige Rente zuzusprechen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 3. September 2014 machte die Beschwerdegegnerin eine verspätete Rechtsmittelerhebung geltend und beantragte, auf die Beschwerde sei nicht einzutreten; eventualiter sei sie abzuweisen.

Replicando ging die Beschwerdeführerin am 29. September 2014 von der Rechtzeitigkeit der Beschwerde aus und ergänzte ihre materiellen Ausführungen.

Am 30. Oktober 2014 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Anträgen fest und verzichtete auf eine einlässliche Duplik.

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]). Gegen die ihr am 5. Juni 2014 zugestellte (act. IIA 141/2) Verfügung vom 4. Juni 2014 (act. IIA 133) opponierte die Beschwerdeführerin durch Mitunterzeichnung des von ihrer Hausärztin verfassten Schreibens vom 17. Juni 2014 (act. IIA 135/4) sowie durch ihre eigene Eingabe vom 20. Juni 2014 (act. IIA 135/1-3) unmissverständlich. Auch wenn diese Rechtsvorkehren unrichtig bezeichnet und an die Beschwerdegegnerin adressiert waren, sind sie als frist- (Art. 60 ATSG) und formgerechte (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]) Beschwerden zu qualifizieren, weshalb auf sie einzutreten ist (vgl. Art. 61 Abs. 2 ATSG i.V.m. Art. 39 Abs. 2 ATSG; MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 32 N. 11).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 4. Juni 2014 (act. IIA 133). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht keine höhere als die bisherige halbe Invalidenrente gewährt hat.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 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 Er-

werbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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 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).

2.3.1 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. 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 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.1).

2.3.2 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 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

2.3.3 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).

3.

3.1 Zu prüfen ist, ob im Vergleich zur rechtskräftigen Rentenverfügung vom 2. Dezember 2011 (act. IIA 100) im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 4. Juni 2014 (act. IIA 133) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Veränderung vorlag, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.3 hievor). Dabei ist vorab festzuhalten, dass die im Revisionsfragebogen am 24. März 2013 vermerkte Geschäftsaufgabe per Ende Juni 2011 (act. IIA 111/4 Ziff. 2.2) von vornherein als Revisionsgrund ausser Betracht fällt, da diese berufliche Veränderung noch vor dem massgebenden Referenzzeitpunkt erfolgte (act. IIA 89, 93) und das Invalideneinkommen ohnehin anhand von Tabellenlöhnen ermittelt wurde (act. IIA 100/8).

3.2 In medizinischer Hinsicht basierte die ursprüngliche Rentenverfügung vom 2. Dezember 2011 (act. IIA 100) hauptsächlich auf einem bidisziplinären Gutachten vom 24. Juni 2010 (act. IIA 83) sowie einer Aktenbeurteilung des RAD (act. IIA 96).

3.2.1 Die Dres. med. B._____, Facharzt für Neurologie FMH, und C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellten im Gutachten vom 24. Juni 2010 die folgenden Diagnosen (act. IIA 83/12 lit. C Ziff. 3, 83/16 f. lit. D Ziff. 5):

Neurologische Diagnosen:

1. Leicht bis mässig ausgeprägte kognitive Störung bei Verdacht auf frühkindliches POS (Psycho-Organisches Syndrom)
2. Leicht bis mässig ausgeprägtes Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen mit insbesondere Diskopathien auf Höhe L4/5 sowie L5/S1 und möglicher intermittierender radikulärer Reizsymptomatik
3. Leicht bis mässig ausgeprägtes Zervikalsyndrom bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen mit Diskopathien auf den Höhen C3/4 und C4/5
4. Schultergelenksschmerzen rechts bei Akromioklavikular-Gelenkarthrose und Tendinopathie der Supraspinatussehne (MRI vom 22. Juni 2009)

Psychiatrische Diagnosen:

1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)
2. Dysthymie (ICD-10: F34.1)
3. Persönlichkeitsstörung vom emotional instabilen, unreifen und impulsiven Typ (ICD-10: F61.0)
4. Leichte Intelligenzminderung anamnestisch

Der Neurologe erklärte, bei verminderten zerebralen Ressourcen bestehe eine reduzierte Fähigkeit, mit einem seelischen Konflikt umgehen zu können. Zudem bestehe eine verminderte Coping-Fähigkeit im Umgang mit Schmerzen. In der angestammten wie auch in jeglicher anderen Tätigkeit, in welcher die Explorandin auf eine Belastbarkeit des Schultergürtels oder der Körperachse angewiesen sei, bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer angepassten leichten Tätigkeit (möglichst wechselnd sitzend/stehender Körperhaltung ohne Kopfzwangshaltung, ohne arbeitsmässige Belastung des Schultergürtels, mit geringen Anforderungen an die intellektuellen Fähigkeiten, insbesondere an die Fähigkeit, neue Inhalte zu erlernen) sei von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

Der psychiatrische Gutachter gab an, aufgrund der affektiven Störung, der Dysthymie, der Persönlichkeitsstörung sowie der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei von einer 50%igen Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit hinsichtlich jeder Tätigkeit auszugehen. Die Explorandin benötige allenfalls etwas mehr Pausen, so dass die Arbeitszeit etwas ausgedehnt werden müsse, die Leistung aber bei 50 % begrenzt bleibe.

Aus interdisziplinärer Sicht gelangten die Dres. med. B._____ und C._____ zum Schluss, dass ab dem Untersuchungsdatum die vom psychiatrischen Experten festgestellte und begründete Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgebend sei (act. IIA 83/19 lit. E).

3.2.2 Anlässlich einer bildgebenden Untersuchung im ... befundete Dr. med. D._____, Facharzt für Radiologie, am 24. Juni 2011 am linken Knie einen ausgedehnten Horizontalriss im Innen-Meniskushinterhorn sowie eine beginnende Chondropathie im medialen Kompartiment (act. IIA 95). In Kenntnis dieses Befundes hielt die RAD-Ärztin Dr. med. E._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, in ihrer Stellungnahme vom 22. Juli 2011 (act. IIA 96) fest, dass die Meniskusproble-

matik sich nur kurzfristig auf die Arbeitsfähigkeit auswirke und das gutachterliche Zumutbarkeitsprofil weiterhin übernommen werden könne.

3.3 Hinsichtlich des medizinischen Verlaufs zwischen der rechtskräftigen Rentenverfügung vom 2. Dezember 2011 (act. IIA 100) bis zur angefochtenen Revisionsverfügung vom 4. Juni 2014 (act. IIA 133) lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.3.1 Die Hausärztin Dr. med. F._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, liess die Beschwerdeführerin wegen Schmerzen und einem Bewegungsdefizit der linken Schulter im ... bildgebend abklären. Im Befundbericht vom 25. Januar 2013 (act. IIA 112/2) zeigte sich gemäss Dr. med. G._____, Facharzt für Radiologie FMH, im gleichentags angefertigten Arthro-MRI der linken Schulter ein Bild einer leichten weichteilbetonten hypertrophen jedoch aktivierten Akromioklavikular-Gelenksarthrose sowie eine leichte Tendinopathie der sonst intakten Supraspinatussehne. Zudem ergab sich ein ebenfalls degenerativ veränderter Bizeps-Labrum-Komplex. Eine Obliteration des subkorakoiden Fettes interpretierte er als mögliches Zeichen einer beginnenden «frozen shoulder» (adhäsive Kapsulitis).

3.3.2 Am 28. März 2013 orientiert Dr. med. F._____ die Beschwerdegegnerin, dass die Beschwerdeführerin eine Erhöhung der laufenden Invalidenrente beantragen werde. Es habe sich eine Chronifizierung des psychischen und physischen Krankheitsbildes entwickelt. Im Zusammenhang mit dieser Chronifizierung bestehe eine soziale Inkompetenz, durch welche die Beschwerdeführerin keinem Arbeitgeber mehr zugemutet werden könne. Eine Integration in die Arbeitswelt werde dadurch verunmöglicht (act. IIA 113/5).

Im Bericht vom 12. April 2013 (act. IIA 113/2-4) gab die Hausärztin an, ihre Patientin habe keine Ressourcen um mit Drucksituationen umgehen zu können. Als objektiver Befund bestehe eine generalisierte histrionische Persönlichkeitsstörung mit asozialer Komponente. Die Prognose sei grundsätzlich ungünstig.

3.3.3 Dr. H._____, Chiropraktor SCG, führte im Bericht vom 3. Juni 2013 (act. IIA 117) aus, die Beschwerdeführerin leide unter wiederkehren-

den Lumbalgien und zeitweise auch unter Zervikothorakalgien. Jede körperliche Belastung führe zu starken Schmerzen. Als objektive Befunde seien Verspannungen paraspinal lumbal sowie eine beidseitige Blockade des Iliosakralgelenks, der Lendenwirbelsäule auf Stufe L4/5 sowie zeitweise auch der Halswirbelsäule auf Stufe C4 festzustellen. Seine Patientin stehe seit Mai 2012 bei ihm in Behandlung, wobei es durch die Therapien jeweils zu einer temporären Beschwerdelinderung komme, insgesamt sei die Situation aber unverändert.

3.3.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ vertrat am 13. September 2013 die Ansicht, dass durch die neu eingereichten Berichte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht belegt werde (act. IIA 119).

3.3.5 In einem undatierten (am 27. Dezember 2013 bei der Beschwerdegegnerin eingelangten) Bericht (act. IIA 124) erklärte Dr. I. _____, Chiropraktor SCG, dass die Beschwerdeführerin seit September 2013 wieder in seiner Sprechstunde stehe. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vermerkte er ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, tief-lumbal links sowie eine Glutealgie, eine symptomatische Akromioklavikular-Gelenksarthrose links mit Begleitbursitis, eine Zervikalgie, Schulterschmerzen rechts sowie Knieschmerzen links bei ausgedehntem Riss im Meniskushinterhorn. Er beschrieb die Schmerzproblematik als in den letzten Jahren progredient. Es sei wohl unmöglich, die Beschwerdeführerin wiedereinzugliedern, die psychische und physische Situation sei seines Erachtens nicht verbesserungsfähig. Die bisherigen Tätigkeiten seien der Patientin beschwerdebedingt nicht mehr bzw. höchstens während zwei Stunden täglich zumutbar. Für rein sitzende oder rein stehende Tätigkeiten sowie Treppesteigen bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von zwei Stunden bei 25%iger Leistungsfähigkeit, für wechselbelastende Verrichtungen eine solche von vier Stunden bei 50%iger Leistungsfähigkeit.

Nach einem Hinweis der Beschwerdegegnerin, dass die Beschwerdeführerin im Oktober 2013 telefonisch über einen «eingeklemmten» Nerv im Rücken geklagt habe (act. IIA 120 f), erklärte Dr. I. _____ am 17. Januar 2014, zurzeit bestünden keine radikulären Beschwerden. Die Beschwerdeführerin leide unter rezidivierenden akuten Lumbalgien sowie akuten Lum-

bagos, teilweise auch unter Iliosakralgelenks-Symptomen; es bestehe auch ein «low grade» Lumbovertebralsyndrom (act. IIA 128).

3.3.6 In einer Aktennotiz vom 3. April 2014 (act. IIA 131) hielt Dr. med. E._____ fest, eine objektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht nachweisbar. Aufgrund der telefonischen Mitteilung der Beschwerdeführerin vom Oktober 2013, wonach sie wegen einem «eingeklemmten» Nerv vollständig arbeitsunfähig sei (act. IIA 120 f.), habe die Möglichkeit einer Verschlechterung des Rückenleidens im Sinne einer Neurokompression bestanden, die vom behandelnden Chiropraktor genannten Befunde seien aber bereits im Gutachten von Dr. med. B._____ identisch beschrieben worden. Es gebe keinerlei Hinweise auf neu aufgetretene gesundheitliche Probleme, so schliesse Dr. I._____ eine radikuläre Symptomatik explizit aus.

3.3.7 In einem Schreiben vom 17. Juni 2015 (act. IIA 135), welches inhaltlich im Wesentlichen jenem vom 28. März 2013 (act. IIA 113) entspricht, zeigte sich die Hausärztin mit der Verfügung vom 4. Juni 2014 (act. IIA 133) nicht einverstanden.

3.3.8 Als Beilage zur Eingabe vom 20. Juni 2014 (act. IIA 135/1-3) übermittelte die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin ein Schreiben von Dr. med. J._____, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, vom 17. Juni 2013 (act. IIA 135/5). Darin wurde als Befund nebst einem medikamentös behandelten Eisenmangel (Ferritin-Wert 29 µg/l) ein Vorderwand- sowie ein Hinterwand-Myom vermerkt, wobei der grössere der beiden intramuralen Wucherungen zwei auf zwei Zentimeter messe und der TSH-Wert (Thyreoidea-Stimulierendes-Hormon) bei 1.48 mU/l liege.

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).

3.5 Die im Revisionsfragebogen von der Beschwerdeführerin am 24. März 2013 geltend gemachte Gesundheitsverschlechterung seit zirka 1. April 2012 (act. IIA 111) ist – entgegen ihrer Argumentation – weder durch den von ihr als neu bezeichneten «Riss» im linken Knie noch durch die Myome in der Gebärmutter (Beschwerde S. 1; Replik S. 1 und 3; act. IIA 135/1, 135/3) ausgewiesen. Einerseits wurde der Meniskusriss zwar erst nach der neurologisch-psychiatrischen Begutachtung (act. IIA 83) vom Juni 2010 festgestellt (act. IIA 95), jedoch noch vor dem massgebenden Vergleichszeitpunkt durch die RAD-Ärztin (act. IIA 96) beurteilt und in der Rentenverfügung vom 2. Dezember 2011 (act. IIA 100) berücksichtigt. Andererseits ergeben sich aus dem gynäkologischen Bericht von Dr. med. J. _____ vom 17. Juni 2013 (act. IIA 135/5) – soweit er aufgrund des zeitlichen Überprüfungshorizonts überhaupt zu berücksichtigen ist (BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140; SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4) – keine Hinweise auf eine durch die Myome verursachte Verminderung des funktionellen Leistungsvermögens. Zudem sind die Symptome von Uterusmyomen, die bei 20 % bis 50 % aller Frauen nach dem 30. Lebensjahr auftreten, behan-

delbar (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 1429 f.); dem Schilddrüsenhormon- und Eisenmangel wird bei der Beschwerdeführerin offenbar durch eine medikamentöse Therapie entgegengewirkt (act. IIA 135/5). Auch eine Exazerbation in Bezug auf die Rückenbeschwerden ist nach der medizinischen Aktenlage nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, korrelieren die von den beiden Chiropraktoren diesbezüglich erhobenen Befunde (act. IIA 117, 124, 128) doch im Wesentlichen mit jenen, die Dr. med. B. _____ im Rahmen der Begutachtung festgestellt hatte (act. IIA 83/7 ff. lit. C); zudem schloss Dr. I. _____ eine Neurokompression aus (act. IIA 128).

Hingegen ergab sich unter Kontrastmittel magnetresonanztomographisch am 25. Januar 2013 (act. IIA 112/2) an der *linken* Schulter neu unter anderem ein Verdacht auf eine adhäsive Kapsulitis («frozen shoulder»), während sich die gestützt auf das MRI vom 22. Juni 2009 (Akten der Beschwerdegegnerin [act. II], 77) im Gutachten vom 24. Juni 2010 gestellten Diagnosen auf die *rechte* Schulter bezogen (act. IIA 83/12 lit. C Ziff. 3 Ziff. 4). Die nun auch linksseitig bestehenden degenerativen Veränderungen mit aktivierter Akromioklavikular-Gelenksarthrose, Tendinopathie und allenfalls beginnender «frozen shoulder» stellt ohne weiteres einen Revisionsgrund dar. Zwar wurde im medizinischen Zumutbarkeitsprofil bereits anlässlich der Berentung berücksichtigt, dass der Schultergürtel nicht belastet werden sollte (act. IIA 83/19 lit. E), die jetzt beidseitig vorliegende Beeinträchtigung ist aber durchaus geeignet, gegenüber der einseitigen Schultereinschränkung quantitativ grössere Auswirkungen auf die medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit zu zeitigen und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Dies zumal sich bei der früheren klinischen Exploration am 21. Juni 2010 für die linke Schulter anhand der Neutral-Null-Methode noch bedeutend bessere Werte ergaben als rechts (act. IIA 83/10 lit. C Ziff. 2) und Dr. I. _____ aktuell an der linken Schulter nun auch ein Entzündungsgeschehen (Begleitbursitis) feststellte (act. IIA 124/1 Ziff. 1.1) sowie selbst für leidensadaptierte Tätigkeiten bloss noch eine Präsenzzeit von vier Stunden bei einer zusätzlichen Leistungseinschränkung von 50 % attestierte (act. IIA 124/5).

Auf die Einschätzung von Dr. med. E. _____, wonach sich keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes objektivieren lasse (act. IIA 119, 131), kann beweisrechtlich nicht abgestellt werden. Die Funktion interner RAD-Berichte besteht insbesondere darin, die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen und zu beurteilen, ob eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (Entscheid des Bundesgerichts vom 31. Oktober 2014, 9C_406/2014, E. 3.5; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 153 E. 4.4), sie ersetzen indes grundsätzlich nicht die Untersuchung durch einen Gutachter hinsichtlich der streitigen Belange, es sei denn, der RAD nehme die Untersuchung selbst vor (vgl. SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Vorliegend setzte sich Dr. med. E. _____ nicht näher mit den neuen Befunden bezüglich der linken Schulter auseinander und es erfolgte auch keine persönliche Exploration durch den RAD oder einen externen Gutachter. Dies wird nachzuholen sein, um die Auswirkungen des (in Bezug auf den Bewegungsapparat) veränderten Gesundheitszustandes auf das bisher geltende Zumutbarkeitsprofil und gegebenenfalls auf den Invaliditätsgrad abzuklären. In erwerblicher Hinsicht ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass das sowohl im Vorbescheid (act. IIA 132) als auch in der Verfügung (act. IIA 133) erwähnte Invalideneinkommen von Fr. 0.-- mit dem festgestellten Invaliditätsgrad von 50 % kontrastiert.

Die Beschwerde ist offensichtlich begründet und im vorerwähnten Sinne gutzuheissen.

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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, 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 Beschwerde-

führerin geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Trotz ihres Obsiegens hat die nicht vertretene Beschwerdeführerin nach konstanter Praxis keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da der Aufwand zur Wahrung ihrer Interessen den Rahmen dessen nicht überschritten hat, was der Einzelne üblicher- und zumutbarerweise zur Besorgung seiner persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (vgl. BGE 127 V 205 E. 4b S. 207).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 4. Juni 2014 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
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.