

200 16 1176 IV  
KNB/COC/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 22. Dezember 2017**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiberin Collatz

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 31. Oktober 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1958 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 21. März 2001 unter Hinweis auf Rücken-, Magen- und Atembeschwerden bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Nach medizinischen und erwerblichen Erhebungen sprach ihr die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 3. Oktober 2002 (AB 25) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 72% ab April 2001 eine ganze IV-Rente zu. Diese wurde im weiteren Verlauf revisionsweise bestätigt (Mitteilung vom 19. Juni 2007; AB 37).

Anlässlich einer im Jahr 2012 eingeleiteten Revision von Amtes wegen (AB 43) veranlasste die IVB insbesondere eine bidisziplinäre Begutachtung durch die Dres. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie (Gutachten vom 10. und 17. Dezember 2012; AB 56.1 und 59.1). Gestützt darauf setzte die IVB mit Verfügung vom 18. Juni 2013 (AB 71) die laufende ganze IV-Rente ab 1. August 2013 bei einem neu ermittelten IV-Grad von 41% auf eine Viertelsrente herab (vgl. auch AB 72). Diese Verfügung blieb unangefochten.

### **B.**

Nachdem die Versicherte mit Schreiben vom 30. September 2014 (AB 76) implizit eine Rentenerhöhung beantragt und im späteren Verlauf eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands geltend gemacht hatte (AB 82), führte die IVB weitere medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei liess sie die Versicherte insbesondere durch die Fachärzte der E.\_\_\_\_\_ (MEDAS), bidisziplinär (psychiatrisch und orthopädisch) begutachten (Gutachten vom 4. Juli 2016; AB 115.1). Gestützt auf die Ergebnisse der getätigten Erhebungen verfügte die IVB am 31. Oktober 2016 – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 118) – bei einem neu

ermittelten IV-Grad von 54% die Erhöhung der laufenden Viertelsrente auf eine halbe IV-Rente ab Januar 2015 (AB 121).

### **C.**

Hiergegen liess die Versicherte am 30. November 2016 Beschwerde erheben und die kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache mindestens einer Dreiviertelsrente ab Januar 2015 beantragen.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Januar 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf 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 Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 31. Oktober 2016 (AB 121). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und dabei insbesondere die revisionsweise Erhöhung der bisherigen Viertelsrente auf eine halbe IV-Rente ab Januar 2015.

**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).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

**2.2** 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 IV-Grad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** Für die Bestimmung des IV-Grades 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).

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

**2.5** Ändert sich der IV-Grad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den 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).

### **3.**

**3.1** Vorab ist zu prüfen, ob zwischen der Verfügung vom 18. Juni 2013 (AB 71) – anlässlich welcher die letzte materielle Überprüfung des Rentenanspruchs stattfand (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2) – und der hier angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2016 (AB 121) eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiervor).

**3.2** Die Verfügung vom 18. Juni 2013 (AB 71) stützte sich massgebend auf die Gutachten der Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ vom 10. und 17. Dezember 2012 (AB 56.1 und 59.1). Aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/33.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), akzentuierte Persönlichkeitszüge mit selbstunsicheren und abhängigen Anteilen (ICD-10 Z73.1) und eine mässig ausgeprägte soziale Phobie (ICD-10 F40.1; AB 59.1 S. 7). Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der somatoformen Schmerzstörung zu 30% bis 40% eingeschränkt. Dies insbesondere aufgrund der Tatsache, dass keine schwere psychische Komorbidität bestehe. Die Beschwerdeführerin sei teilweise im Antrieb etwas verarmt, habe Mühe mit der vollen Konzentration, sei rasch ermüdbar (S. 11 und S. 12 Ziff. 4). Aus somatischer Sicht diagnostizierte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere ein chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom, ein Panvertebralsyndrom, eine diffuse idiopathische skelettale Hyperostose und eine allergische Diathese mit Asthma bronchiale und Rhinokonjunktivitis (AB 56.1 S. 7). Die von der Beschwerde-

führerin geschilderten Beschwerden seien bezüglich Umfang und Intensität höchstens partiell auf die objektivierbaren Befunde abstützbar (S. 13). Aus rheumatologischer Sicht habe in den bisher ausgeübten Tätigkeiten noch nie eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil seien vollumfänglich zumutbar (S. 15). Aus bidisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass entsprechend der psychiatrischen Beurteilung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% bis 40% bestehe (AB 59.2).

**3.3** Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2016 (AB 121) liegen insbesondere folgende Berichte zugrunde:

**3.3.1** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, führte im Bericht vom 21. März 2015 (AB 86 S. 1 ff.) aus, ohne auslösendes Ereignis sei es Ende September 2014 zu hartnäckigen linksseitigen Knieschmerzen gekommen. Die Untersuchung habe eine Valgusfehlstellung des Kniegelenks, einen Erguss sowie eine reaktive Atrophie der Oberschenkelmuskulatur gezeigt. In der daraufhin veranlasseten bildgebenden Untersuchung würden eine fortgeschrittene laterale Gonarthrose und eine beidseits deutliche mediale Chondromalazie beschrieben. Deshalb sei am 20. Februar 2015 eine Implantation einer Knie-TP links erfolgt. Prognostisch sei bedingt durch die Arthrose der Kniegelenke und die Chronizität der muskuloskelettalen Leiden mit Schmerzexazerbationen zu rechnen (S. 3).

**3.3.2** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, bezeichnete den Gesundheitszustand im Bericht vom 1. April 2015 (AB 87) als stationär. Seit der Operation am linken Knie am 20. Februar 2015 sei eine emotionale Verschlechterung mit angeblich starken Schmerzen und grossen Einschränkungen im Alltag eingetreten. Es bestünden eine depressive Stimmung, eine rasche Ermüdbarkeit, Insuffizienzgefühle, Ängste, eine Selbstunsicherheit, ein Grübeln, Schlafstörungen und ein sozialer Rückzug. Eine Suizidalität liege nicht vor (S. 3). Die aktuell zumutbare Präsenzzeit sei schwer beurteilbar. Zuerst müsse die weitere Rehabilitation nach der Knie-Operation abgewartet werden. Die Beschwerdeführerin

verfüge über wenig brauchbare Ressourcen. Ihre Strategien seien eher passiv, vermeidend. Sie reagiere ängstlich mit Rückzug (S. 2).

**3.3.3** Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 31. August 2015 (AB 92) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine sekundäre Gonarthrose links. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er ein Lumbovertebralsyndrom und eine Hypertonie an (S. 2). Die Beschwerdeführerin leide an zunehmenden Knieschmerzen und einer Valgusfehlstellung. Der Verlauf seit der Knieoperation am 20. Februar 2015 sei zögerlich aber komplikationslos (S. 3). Ferner attestierte der Arzt vom 20. Februar bis 20. Juni 2015 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Es bestehe eine reduzierte Beweglichkeit und Belastbarkeit (S. 4). Ab September 2015 könne die Beschwerdeführerin einer leichten Tätigkeit, teilweise sitzend, gehend und stehend, grundsätzlich wieder nachgehen (S. 5).

**3.3.4** Die Fachärzte der MEDAS diagnostizierten im bidisziplinären (psychiatrischen und orthopädischen) Gutachten vom 4. Juli 2016 (AB 115.1) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelschwere neuropsychologische Störung, einen Status nach Knie-TP links (ICD-10 Z96.65), eine initiale Gonarthrose rechts (ICD-10 M17.1) und ein chronisches nicht-radikuläres zervikospondylogenes und -diskogenes sowie lumbospondylogenes und -diskogenes Schmerzsyndrom. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten sie insbesondere ein Fibromyalgie-Syndrom (ICD-10 M79.70) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), auf (S. 4 Ziff. 5).

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, in den letzten zwei bis drei Jahren seien eine affektive Labilität, eine Vergesslichkeit und angedeutete Dyspraxien hinzugekommen. Insbesondere gestützt auf die erfolgte neuropsychologische Untersuchung sei von einer beginnenden demenziellen Entwicklung auszugehen (AB 115.4 S. 6). Insofern sei es, trotz zwischenzeitlich remittierter affektiver Symptomatik, im Vergleich zur Vorbeurteilung durch Dr. med. C. \_\_\_\_\_ zu einer Verschlechterung des Zustandsbildes gekommen (AB 115.1 S. 6). Bedingt durch die kognitiven und psychomotorischen Defizite sowie die formalgedanklichen Störungen bestehe eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 60% (S. 6;

vgl. auch AB 115.4 S. 8). In der neuropsychologischen Testung liessen sich Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der Exekutivfunktionen, des Rechnens und der Sprache objektivieren (AB 115.3 S. 16). Die Befunde entsprächen einer mittelschweren neuropsychologischen Störung, erklärbar im Rahmen der psychiatrischen und orthopädischen Symptomatik (S. 17). Es komme zu einer Minderleistung mehrerer kognitiver Funktionsbereiche, wobei die Aufmerksamkeit, das Gedächtnis und die Exekutivfunktionen fast immer betroffen seien. In einer angepassten Arbeitssituation bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 40%. Dies bedinge kognitiv einfache und klar strukturierte Tätigkeiten, die weitgehend automatisiert und überlernt zu erledigen seien. Die Anforderungen an die geteilte Aufmerksamkeit gelte es zu minimieren. Die kognitiven Voraussetzungen für eine Umschulung sowie für Fort- und Weiterbildung seien nicht gegeben. Vielmehr gehe es darum, aufbauend auf vorhandenem theoretischem Wissen und praktischen Fertigkeiten neue Arbeitsschritte zu erlernen. Aufgrund der mentalen und praktischen Verlangsamung müsse der Arbeitstakt durch die Beschwerdeführerin bestimmbar sein (S. 18).

Aus orthopädischer Sicht seien eine Pangoarthrose, der Zustand nach Knie-TP links und eine initiale Gonarthrose rechts hinzugekommen. Durch die Kniebeschwerden sei die Beschwerdeführerin zusätzlich zu den schon vorbekannten chronischen zerviko- und lumbospondylogenen Beschwerden eingeschränkt (AB 115.1 S. 4). Diesbezüglich könne eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_ attestiert werden, wobei der Beschwerdebeginn auf das Jahr 2014 festgelegt werden könne (S. 6). Das Gesamtbild der geltend gemachten Symptome sei nicht komplett somatisch abstützbar und eine Schmerzgenerierung im Rahmen eines Fibromyalgiesyndroms und der psychiatrischen Begleitstörung sei als nicht unerheblich anzusehen. Radiologisch zeigten sich jedoch im Bereich der HWS und LWS deutliche degenerative Veränderungen, welche intermittierende Schmerzen erklären könnten. Die angestammte Tätigkeit als ..., bei der die häufige Einnahme von Zwangshaltungen notwendig sei, was einen hohen Pausenbedarf bedinge, sei zu maximal 50% zumutbar. Für körperlich leicht belastende Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70% aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs. Ein Wechsel zwischen sitzenden, stehenden und gehenden Tätigkeiten sei

leidensgerecht, wobei die sitzenden Anteile überwiegen sollten. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit signifikanter Vibrations- oder Erschütterungsexposition und mit häufiger Rotation und Reklination der HWS. Ebenfalls sei das wiederholte Tragen von Lasten über 10 kg sowie das Besteigen von Leitern und Gerüsten nicht zumutbar (AB 115.5 S. 11 f.).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... wie auch in einer angepassten Tätigkeit (entsprechend dem orthopädischen Zumutbarkeitsprofil) unter zusätzlicher Berücksichtigung der kognitiven Defizite eine Arbeitsfähigkeit von 40% bestehe (AB 115.1 S. 7 Ziff. 6.7).

**3.3.5** Dr. med. H. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 14. Oktober 2016 (AB 120) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Gonarthrose beidseits (S. 2). Es bestehe eine beschränkte Belastbarkeit des linken Knies und eine beschränkte Lebensdauer der Prothese. Zudem bestehe eine zunehmende Gonarthrose am rechten Knie, welche früher oder später auch operativ saniert werden müsse (S. 3).

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

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der 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).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der vorliegend angefochtenen Verfügung massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 4. Juli 2016 (AB 115.1) gestützt. Die Gutachter haben sich in ihren ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das Gutachten die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1). Auf dieses Gutachten ist abzustellen.

**3.5.1** Zunächst geht aus dem MEDAS-Gutachten klar hervor, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht verschlechtert hat. Dabei wurde insbesondere auf die (neu) bestehenden Kniebeschwerden (Pangonarthrose und Knie-TP links, initiale Gonarthrose rechts) hingewiesen, welche die Beschwerdeführerin zusätzlich einschränkten (AB 115.1 S. 4 und S. 6). Diese Beurteilung steht im Einklang mit den vorliegenden Akten. So wiesen auch die behandelnden Ärzte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ und Dr. med. H. \_\_\_\_\_ auf die seit 2014 bestehenden Kniebeschwerden hin (AB 86 S. 1 ff., 92, 120). Demzufolge ist vorliegend eine revisionsrechtlich erhebliche Änderung bzw. eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus somatischer Sicht erstellt. Der Rentenanspruch ist deshalb frei zu prüfen (vgl. E. 2.5 hiervor). Ob auch in psychischer Hinsicht eine Veränderung eingetreten ist, braucht damit unter dem Titel des Revisionsgrundes nicht näher geprüft zu werden.

**3.5.2** Bezüglich des Gesundheitszustandes und der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit haben die MEDAS-Gutachter einlässlich begründet, dass die Beschwerdeführerin mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

an einer mittelschweren neuropsychologischen Störung, einem Status nach Knie-TP links, einer initialen Gonarthrose rechts und einem chronischen nicht-radikulären zervikospondylogenen und -diskogenen sowie lumbospondylogenen und -diskogenen Schmerzsyndrom leidet (AB 115.1 S. 4 Ziff. 5). Ferner haben die Gutachter schlüssig und nachvollziehbar ausgeführt, dass in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... wie auch in einer angepassten Tätigkeit (körperlich leicht, wechselbelastend, ohne signifikante Vibrations- oder Erschütterungsexposition, ohne häufige Rotation und Reklination der HWS, ohne wiederholtes Tragen von Lasten über 10 kg, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten) unter zusätzlicher Berücksichtigung der kognitiven Defizite (kognitiv einfache und klar strukturierte Tätigkeiten, minimierte Anforderungen an die geteilte Aufmerksamkeit, neue Arbeitsschritte aufbauend auf vorhandenem theoretischem Wissen und praktischen Fertigkeiten erlernen, Arbeitstakt bestimmbar durch Beschwerdeführerin, ohne Umschulungen sowie Fort- und Weiterbildungen; AB 115.3 S. 18) eine Arbeitsfähigkeit von 40% besteht (AB 115.1 S. 7 Ziff. 6.7). Weiter haben sich die MEDAS-Gutachter mit den beiden (Vor)Gutachten der Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ vom 10. und 17. Dezember 2012 (AB 56.1 und 59.1) einlässlich auseinandergesetzt und dargelegt, dass die vorbegutachtete depressive Störung in der Zwischenzeit remittiert ist (AB 115.4 S. 6). Soweit Dr. med. C.\_\_\_\_\_ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung attestiert hatte (AB 59.1 S. 7), ist der orthopädische MEDAS-Gutachter nunmehr zu Schluss gekommen, dass die geschilderten Schmerzen aufgrund der bestehenden deutlichen degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS und LWS erklärbar seien. Zusätzlich wurde ein Fibromyalgiesyndrom festgestellt, welchem jedoch aus medizinischer Sicht explizit keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt wurden (AB 115.5 S. 9 – 11). Diese Beurteilung ist nachvollziehbar und überzeugend. Medizinische Berichte, die gegen diese Schlussfolgerungen sprechen, finden sich in den Akten nicht.

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 4 f.) wurde im Übrigen in der aus interdisziplinärer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit von 60% die aus orthopädischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30% berücksichtigt. Es ist ihr zwar zuzustimmen, dass bereits aus psychiatrischer bzw. neuropsychologischer Sicht eine 60%-ige Arbeitsun-

fähigkeit attestiert worden ist (AB 115.1 S. 6; vgl. auch AB 115.4 S. 8). Die MEDAS-Gutachter kamen jedoch nach interdisziplinärer Besprechung überzeugend zum Schluss, dass die aus orthopädischer Sicht bestehende Arbeitsunfähigkeit zu keiner – neben der aus psychiatrischer Sicht attestierten – zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt (vgl. insbesondere AB 115.1 S. 7 unten).

**3.6** Demnach ist vorliegend gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 4. Juli 2016 (AB 115.1) von einer 40%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit auszugehen.

Nachfolgend ist der IV-Grad mittels Einkommensvergleich zu ermitteln.

## **4.**

### **4.1**

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

**4.1.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu

voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohn­mässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

**4.2** Für den Einkommensvergleich ist grundsätzlich auf den Zeitpunkt der Rentenrevision abzustellen (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 12. Februar 2004, I 607/03, E. 7.2.1). Die Beschwerdegegnerin hat das Bestehen eines Revisionsgrundes – und damit auch den Revisionszeitpunkt – gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin auf den 10. Oktober 2014 festgelegt (AB 121 S. 6 und 82 S. 1 Ziff. 1.1; vgl. auch AB 79 S. 4). Dies ist nicht zu beanstanden und wird denn auch nicht bestritten. Damit sind die Vergleichseinkommen auf das Jahr 2014 hin zu bestimmen.

**4.2.1** Es ist unbestritten und aufgrund der Akten anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit weiterhin als (ungelernte) ... tätig wäre.

Da die letzte höherprozentige Arbeitsstelle der Beschwerdeführerin schon Jahre zurückliegt (AB 18 S. 4; 85; vgl. auch AB 115.3 S. 10), ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne (LSE 2014, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1 [einfache Arbeiten körperlicher oder handwerklicher Art], Ziff. 77 - 82 [sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen]) ermittelt hat (AB 121 S. 6). Ausgehend vom massgeblichen monatlichen Bruttolohn für Frauen von Fr. 3'772.-- und auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 42 Stunden (Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach

Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 77 - 82) aufgerechnet, resultiert daraus ein Valideneinkommen von Fr. 47'527.20 (Fr. 3'772.-- : 40 x 42 x 12) im Jahr.

**4.2.2** Da die Beschwerdeführerin keine Verweisungstätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, ist auch das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE 2014 zu ermitteln (vgl. E. 4.1.2 hiervor).

Ausgehend vom Zumutbarkeitsprofil der MEDAS-Gutachter, wonach der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit (körperlich leicht, wechselbelastend, ohne signifikante Vibrations- oder Erschütterungsexposition, ohne häufige Rotation und Reklination der HWS, ohne wiederholtes Tragen von Lasten über 10 kg, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten) unter Berücksichtigung der kognitiven Defizite zu 40% zumutbar ist (AB 115.1 S. 7), ist das Invalideneinkommen gestützt auf den Totalwert des Kompetenzniveaus 1 der Tabelle TA1 festzulegen, zumal der Beschwerdeführerin diverse Verweistätigkeiten in diversen Tätigkeitsgebieten offen stehen. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Frauen beträgt dabei Fr. 4'300.--. Auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden aufgerechnet (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) und unter Berücksichtigung der 40%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit ergibt dies ein Einkommen von Fr. 21'517.20 (Fr. 4'300.-- : 40 x 41.7 x 0.4 x 12) im Jahr.

Ein behinderungsbedingter Abzug vom Tabellenlohn wurde von der Beschwerdegegnerin nicht vorgenommen (AB 121 S. 6). Dies ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, zumal die behinderungsbedingten Einschränkungen bereits mit der um 60% verminderten Arbeitsfähigkeit berücksichtigt wurden und allfällige invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) hier bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des Bundesgerichts vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5).

Es bleibt darauf hinzuweisen, dass der IV-Grad selbst bei Annahme eines Abzuges von hier maximal 10% unter 60% bliebe und sich dieser somit nicht rentenrelevant auswirken würde (vgl. E. 4.3 hiernach).

**4.3** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 47'527.20 und einem Invalideneinkommen von Fr. 21'517.20 resp. von Fr. 19'365.50 (Fr. 21'517.20 x

0.9) resultiert ein IV-Grad von gerundet 55% resp. 59% (zur Rundung: BGE 130 V 121 S. 123 E. 3.2 und 3.3). Somit besteht ein Anspruch auf eine halbe IV-Rente (vgl. E. 2.2 hiervor).

Unter Berücksichtigung des am 30. September 2014 gestellten Revisionsbegehrens (AB 76) und des Umstandes, dass die Veränderung resp. Verschlechterung ab dem 10. Oktober 2014 erstellt ist (vgl. E. 4.2 hiervor), ist die bisherige Viertelsrente in Anwendung von Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 1 lit. a und Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) ab Januar 2015 auf eine halbe IV-Rente zu erhöhen.

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

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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