

200 16 1243 IV
KOJ/SCC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Juli 2017

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. November 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1959 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war zuletzt von Mai 1998 bis Mai 2001 als ... tätig gewesen, bevor sie sich am 8. Oktober 2001 unter Hinweis auf ein chronisches Zervikalsyndrom erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug anmeldete (Antwortbeilage [AB] 1, 7). Nach Vornahme von erwerblichen und medizinischen Abklärungen sprach ihr die IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 8. Januar 2003 (AB 31) bei einem Invaliditätsgrad von 48 % eine halbe Härtefallrente ab Dezember 2001 zu.

Ab dem Jahr 2005 stellte die Versicherte weitere Gesuche um Rentenerhöhung (AB 34, 43, 48, 60, 75), auf welche die IVB mangels Geltendmachung von neuen Tatsachen nicht eintrat (AB 36 bzw. 42, 45, 71, 86) bzw. welche sie ablehnte (AB 56).

B.

Auf ein erneutes Gesuch um eine Rentenerhöhung im Mai 2011 (AB 92) trat die IVB mit Verfügung vom 29. September 2011 nicht ein (AB 100). Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 105) hiess das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 23. Januar 2012 gut und wies die Sache zur materiellen Prüfung an die IVB zurück (VGE IV/2011/1019; AB 109).

Die IVB veranlasste in der Folge beim C._____ (MEDAS) eine interdisziplinäre Begutachtung der Versicherten (MEDAS-Gutachten vom 18. März 2013 [AB 135.1]). Mit Vorbescheid vom 30. April 2013 (AB 136) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 28 % die Aufhebung der Rente in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch die D._____ AG, am 23. Mai 2013 Einwand (AB 139). Nach einer Stellungnahme des RAD (AB 141) hob die IVB die Rente der Versicherten mit Verfügung vom

12. Juni 2013 auf Ende des folgenden Monats nach Zustellung der Verfügung auf (AB 142).

Die hiergegen erhobene Beschwerde der Versicherten wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 22. November 2013 ab (IV/2013/586; AB 151). Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 152) hiess das Bundesgericht mit Entscheid vom 25. Juni 2014, 8C_29/2014, gut und wies die Sache an die IVB zurück zu erneuter Abklärung und zu neuer Verfügung (AB 161). In der Begründung wurde festgehalten, dass die IVB gutachtlich abzuklären habe, ob sich seit der Rentenzusprache radiologisch oder klinisch veränderte Befundtatsachen ergeben hätten, worin diese Tatsachenveränderungen bejahendenfalls bestünden und inwiefern und in welchem Ausmass deswegen eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit resultiere. Auf dieser Basis werde die IVB erneut über den (Weiter-)Bestand des Rentenanspruchs zu befinden haben (AB 161 S. 13).

Mit Urteil vom 15. Juli 2014 befand der Einzelrichter des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern entsprechend dem Ausgang des letztinstanzlichen Verfahrens über die Verfahrenskosten und die Parteientschädigung im Verfahren IV/2013/586 (AB 160).

C.

Die Anfrage der IVB bezüglich Nachbegutachtung (AB 172, 174) wies die MEDAS zurück (AB 177). Die IVB verzichtete in der Folge auf weitere Abklärungen und richtete weiterhin eine Viertelsrente aus (AB 179), womit die Versicherte sich am 10. April 2015 einverstanden erklärte. Zugleich reichte sie Spitalberichte ein und machte geltend, der Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung der MEDAS verschlechtert (AB 180). Das Spital E. _____ reichte am 23. April 2015 weitere Berichte ein (AB 181). Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), nahm am 9. Oktober 2015 dazu Stellung (AB 193). Am 18. Februar 2016 forderte die IVB die Versicherte zur Schadenminderung auf: Sie habe bezüglich des Diabetes mellitus die Blutzuckerwerte gut eingestellt zu halten (< 6,1 mmol/l) und sie habe die Medikamente gegen die hohen Blutdruckwerte und gegen das Cho-

lesterin strikte einzunehmen. Die IVB machte sie auf die Folgen bei Nichteinhaltung aufmerksam (AB 201). Mit Vorbescheid vom 18. Februar 2016 stellte die IVB die weitere Ausrichtung einer Viertelsrente ab dem 1. August 2013 in Aussicht (AB 202). Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, Einwände erheben und verschiedene Arzt- und Spitalberichte einreichen (AB 206, 208). Am 9. März 2016 übernahm die IVB die Kosten für die leihweise Abgabe eines Rollstuhls (AB 204) und eines Badewannenlifts (AB 205). Es erfolgte eine Stellungnahme des RAD vom 4. August 2016 (AB 215) und es wurden Berichte des Spitals E._____ vom 22. August 2016 (AB 219) und von Dr. med. G._____, Spezialarzt FMH für Augenheilkunde, vom 13. September 2016 (AB 224 S. 2) eingereicht. Mit Verfügung vom 11. November 2016 sprach die IVB der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 48 % ab dem 1. August 2013 eine Viertelsrente zu (AB 227).

D.

Am 13. Dezember 2016 erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie lässt beantragen, die Verfügung vom 11. November 2016 sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen; eventuell sei die IVB anzuweisen, weitere medizinische Abklärungen zu tätigen und anschliessend neu zu entscheiden. Am 23. Dezember 2016 reichte der Rechtsvertreter zusätzliche Aktenstücke ein (E-Mailverkehr zwischen RAD und MEDAS vom 17. bis 19. Dezember 2014).

Mit Beschwerdeantwort vom 26. Januar 2017 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde. Dazu reichte sie die Stellungnahme des RAD vom 20. Januar 2017 (AB 239 S. 3 ff.) ein.

Mit Replik vom 3. März 2017 hielt die Beschwerdeführerin an ihrem Antrag fest und reichte den Bericht von Dr. med. H._____, Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie, Spital E._____, vom 20. Februar 2017 (Beschwerdebeilage IA), ein.

Mit Duplik vom 4. April 2017 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest. Dazu reichte sie die Stellungnahme des RAD vom 31. März 2017 (Gerichtsakten) ein.

Am 23. Mai 2017 liess die Beschwerdeführerin Schlussbemerkungen einreichen.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 11. November 2016 (AB 227), worin der Beschwerdeführerin eine Viertelsrente ab dem 1. August 2013 zugesprochen wurde. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ab diesem Zeitpunkt.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

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

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invali-

denrente 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).

Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2).

2.3.1 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).

2.3.2 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für

eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

2.3.3 Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

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

3.

3.1 Im Rahmen des streitigen Rentenanspruchs ist vorab zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 8. Januar 2003 (AB 31) und der angefochtenen Verfügung vom 11. November 2016 (AB 227) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen.

Nicht zu berücksichtigen sind die zwischenzeitlichen Revisionsverfahren – ab dem Jahr 2005 gingen verschiedene Gesuche um Rentenerhöhung ein (AB 34, 43, 48, 60, 75) –, da sie ohne umfassende Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen, insbesondere des medizinischen Sachverhalts, erfolgten und mit einem Nichteintreten (AB 36 bzw. AB 42, 45, 71, 86) oder einer Ablehnung des Revisionsgesuchs (AB 56) endeten (vgl. E. 2.3.2 hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 8. Januar 2003 (AB 31), mit welcher der Beschwerdeführerin eine Viertelsrente zugesprochen worden war, stützte sich auf die Begutachtung durch die Dres. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und J. _____, Fachärztin für Neurochirurgie FMH (Gutachten vom 12. bzw. 14. März 2002 [AB 12 bzw. 13]). Dr. med. I. _____ diagnostizierte kein psychisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 13 S. 7) Aus somatischer Sicht diagnostizierte Dr. med. J. _____ ein zervikales Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung okzipital und in den Schultergürtel beidseits (AB 12 S. 7). Die Gutachterin hielt fest, die von der Beschwerdeführerin geklagten Nackenschmerzen fänden ihr Korrelat in der radiologisch nachgewiesenen Fehlhaltung der HWS und den massiven degenerativen Veränderungen C5/6, wodurch die Beweglichkeitseinschränkung bei der Untersuchung erklärt werde. Anhaltspunkte für ein radikuläres Geschehen bestünden weder klinisch noch radiologisch. Zur Arbeitsfähigkeit und zum Zumutbarkeitsprofil führte die Gutachterin aus, eine Tätigkeit mit starrer Kopfhaltung in Inklinationsstellung sei ungünstig. Eine angepasste Tätigkeit ohne Gewichte heben oder tragen über einige wenige Kilogramm sei für fünf Stunden pro Tag ohne zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit zumutbar. Die Steh- und Sitzdauer bedürfe eines ein- bis zweistündlichen Positionswechsels, die Gehstrecke sei kaum eingeschränkt (AB 12 S. 8 ff.).

3.3

3.3.1 Vor Erlass der Verfügung vom 12. Juni 2013, welche vom Bundesgericht mit Entscheid vom 25. Juni 2014 (8C_29/2014; AB 161) aufgehoben wurde, hatte die IVB das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 18. März 2013 (mit allgemeininternistischen, psychiatrischen, rheumatologischen, kardiologischen, ophthalmologischen, nephrologischen und neurologischen Untersuchungen; AB 135.1) eingeholt. Im MEDAS-Gutachten hatten die Experten der MEDAS mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende diagnostiziert (AB 135.1 S. 33):

1. Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit begleitendem myofaszialem Nacken-Schultergürtel-Syndrom beidseits (ICD-10 M53.0)
2. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Periarthropathia coxae links (ICD-10 M54.4/M70.6)
3. Schwere distal-symmetrische, schmerzhafte sensomotorische Polyneuropathie an den Beinen, wahrscheinlich diabetisch (ICD-10 G63.2)

4. Bilaterale Karpaltunnelsyndrome und proximale Ulnaris-Neuropathien (ICD-10 G56.0 resp. G56.2)
5. Verminderte Sehfähigkeit links mehr als rechts

Die Gutachter hatten ausgeführt, aus *allgemeininternistischer Sicht* stehe ein voll ausgebildetes metabolisches Syndrom mit insgesamt schlecht kontrolliertem Diabetes mellitus Typ II und konsekutiver Schädigung sämtlicher Zielorgane im Vordergrund. Aufgrund der sensomotorischen Polyneuropathie könnten der Patientin Tätigkeiten, welche das Begehen und Besteigen von Leitern und Gerüsten implizierten, nicht mehr zugemutet werden. Ebenso seien Tätigkeiten, welche ausschliesslich stehend durchzuführen seien, nicht mehr zumutbar. Jede andere körperlich leichte bis intermittierend mittelschwer belastende Tätigkeit könne die Patientin uneingeschränkt und ganztags ausführen. Aus *rheumatologischer Sicht* seien körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten bleibend nicht mehr zumutbar. Für eine angepasste Tätigkeit, welche Wechselpositionen zulasse, bestehe ein eingeschränktes Belastungsprofil: Nicht mehr möglich seien Überkopftätigkeiten, monoton-repetitive Haltungen oder Bewegungen und längeres Gehen. In einer solchen angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. Aus *neurologischer Sicht* seien Tätigkeiten, welche ausschliesslich stehend und gehend durchzuführen seien und höhere Anforderungen ans Gleichgewichtssystem stellen würden, bleibend nicht mehr zumutbar. Für vorwiegend sitzende Tätigkeiten ohne schwere manuelle Arbeiten bzw. ohne hohe Anforderungen an die Feinmotorik bestehe eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 %. Aus *kardiologischer Sicht* könnten der Patientin körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zugemutet werden. Für eine körperlich leichte, intermittierend mittelschwere Tätigkeit bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100%. Aus *nephrologischer und psychiatrischer Sicht* könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Die Sehschärfenminderung und die vermehrte Blendungsempfindlichkeit würden eine 15 %-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Zusammenfassend bestehe aus *interdisziplinärer Sicht* eine Leistungsfähigkeit von 80 %, vollschichtig realisierbar. Die Einschränkungen aus neurologischer und ophthalmologischer Sicht würden sich bezüglich möglicher Pausen ergänzen, es entstehe kein additiver Effekt. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte mit Sicherheit seit Januar 2013 (AB 135.1 S. 35 f.).

3.3.2 Da gemäss Bundesgericht aus dem MEDAS-Gutachten die revisionsrechtlich notwendige verlässliche Abgrenzung der in Bezug auf den Gesundheitszustand tatsächlich eingetretenen Verschlechterung von der nur unterschiedlichen Bewertung nicht mit der rechtsprechungsgemäss erforderlichen Deutlichkeit hervorging (E. 6.2.2; AB 161 S. 12), forderte die Beschwerdegegnerin die MEDAS-Gutachter zur Nachbegutachtung auf. Im E-Mail vom 18. Dezember 2014 führte Dr. med. K._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, die Experten hätten im MEDAS-Gutachten keine Verbesserung feststellen können, die ursprüngliche Beurteilung des Bewegungsapparates sei einfach ungenügend gewesen. Es sei im Gutachten nirgendwo etwas von einer Verbesserung geschrieben worden. Im Gegenteil sei der gesamtmedizinische Zustand eindeutig schlechter geworden. Die Arbeitsfähigkeit im Jahr 2002 sei objektiv einfach nicht eingeschränkt gewesen (AB 238 S. 4). In der Stellungnahme vom 12. Januar 2015 hielt Dr. med. K._____ fest, die vom Bundesgericht geforderte Präzisierung, wie die Verbesserung des Zustandes gegenüber der bestehenden Berentung plausibel zu erklären wäre, könnten sie selbstverständlich nicht liefern. Eine solche Erklärung gebe es gar nicht, objektiv sei der Zustand ja schlechter als bei der ursprünglichen Berentung (AB 177).

3.4 Im Zusammenhang mit der Geltendmachung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach der MEDAS-Begutachtung ist den Akten aus medizinischer Sicht das Folgende zu entnehmen:

3.4.1 Vom 28. November bis 11. Dezember 2013 erfolgte ein Spitalaufenthalt im Spital E._____: Im Bericht vom 12. Dezember 2013 stellten die Ärzte die folgenden Hauptdiagnosen: Charcot-Kollaps des Mittelfusses mit älterer, vollständiger Luxation der Lisfrancreihe im Rahmen einer diabetischen Polyneuropathie rechts bei diabetischem Fussyndrom und laterale Malleolarfraktur Typ Weber A rechts nach Sturz am 9. Oktober 2013 (AB 206 S. 21). Es sei eine Behandlung der Frakturen und eine Komplexbehandlung des diabetischen Fussyndroms erfolgt. Bei rezidivierend hohen Blutdruckwerten sei eine Erhöhung der Therapie mit Triatec erfolgt, worunter es nur noch zu teils leicht hypertonen Blutdruckwerten gekommen sei. Zusätzlich sei es während der Hospitalisation rezidivierend zu Blutzuckerwerten über 15 mmol/l gekommen und die Therapie mit Mefin sei ver-

doppelt worden, worunter es zu knapp akzeptablen Werten um 8-10 mmol/l gekommen sei (AB 206 S. 23).

3.4.2 Vom 28. Januar bis 6. Februar 2015 erfolgte ein weiterer Aufenthalt im Spital E._____: Im Bericht vom 26. Februar 2015 hielten die Ärzte fest, aufgrund der Befunde seien sie von einem subakuten NSTEMI mit folgender kardialer Dekompensation ausgegangen und hätten eine Therapie begonnen (AB 181 S. 4 f.). Bei bekannter chronischer Niereninsuffizienz habe sich bei Eintritt eine akute Exazerbation gezeigt. Im Verlauf zeigten sich die Retentionsparameter rückläufig. Die bei Eintritt erhöhten Entzündungsparameter seien nach Behandlung zurückgegangen. Bei bekanntem Diabetes mellitus Typ 2 habe sich ein stark erhöhtes HbA1c von 9,8 % gezeigt. Bei überwiegend normwertigen Blutzuckerwerten während des stationären Aufenthalts bei Beibehaltung der bestehenden antidiabetischen Therapie würden sie eine Nichteinhaltung der diabetischen Diät durch die Patientin im häuslichen Umfeld vermuten (AB 181 S. 5).

3.4.3 Im Bericht vom 23. April 2015 führte Dr. med. L._____, Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie, Spital E._____, aus, in der Zwischenzeit seien schwerwiegende Probleme aufgetreten. Im Januar habe die Patientin einen Herzinfarkt und eine schwere Harnwegsinfektion erlitten. Daneben bestehe nach wie vor der schwierig einzustellende Diabetes mellitus sowie die chronisch schlechte Nierenfunktion. Zusätzlich bestehe eine ausgeprägte Charcot-Arthropathie des Mittel- und Rückfusses links, vor einem Jahr sei dort eine Stabilisation versucht worden. Es finde sich aber nach wie vor eine ausgeprägte Instabilität und Fehlstellung, der Patientin sei es unmöglich, barfuss zu gehen. In Spezialschuhwerk sei sie mit zwei Gehstöcken gehfähig (AB 181 S. 1).

3.4.4 In der Stellungnahme vom 9. Oktober 2015 diagnostizierte der RAD-Arzt Dr. med. F._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare Herzkrankheit, eine chronische Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus Typ 2 (ED 1993; insulinpflichtig seit 2006; HbA1c 9,8 %), ein chronisches zerviko-spondylogenes Schmerzsyndrom, ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, eine Periarthropathia coxae links, ein bilaterales Karpaltunnelsyndrom und ein Sulcus ulnaris Syndrom beidseits (ENG vom März 2011; AB 193 S. 6 f.). Zum Zumutbarkeitsprofil führte er

aus, in einer angepassten – körperlich leichten vorwiegend sitzend durchzuführenden – Tätigkeit ohne hohe Anforderungen an die Feinmotorik sei eine Leistungsfähigkeit von 80 % zumutbar (AB 193 S. 8). Aufgrund des im Januar 2015 erfolgten neuen Herzinfarkts sei es zu einer vorübergehenden Verschlechterung gekommen. Nach dem erneuten Myokardinfarkt weise die Herzfunktion keinen dauerhaften Schaden auf. Vielmehr könne man von einer Verbesserung sprechen: Es sei ein Stent in einem Koronargefäss implantiert worden; dieses Gefäss sei zuvor zu 95 % stenosiert gewesen. Nach Einlage eines Stents sei dieses Gefäss wieder voll offen, was wieder zu einer optimalen Blutversorgung bzw. Sauerstoffversorgung dieses Myokardterritoriums führe. Die Blutzuckerwerte seien mit HbA1c von 9,8 % zu hoch gewesen. Während des Spitalaufenthalts hätten jedoch gute Blutzuckerwerte vorgelegen. Es sei davon auszugehen, dass die Patientin die diabetische Diät im häuslichen Alltag nicht einhalte. Sie müsse die Insulintherapie durchführen und die Diabeteskost einhalten, sonst würden sich die bereits aufgetretenen Komplikationen weiter verschlechtern (AB 193 S. 8). Orthopädisch sei eine Charcot-Arthropathie links bekannt. Der Lisfranc sei im Jahr 2013 stabilisiert worden. Rheumatologisch werde die chronische Schulter- und Nackenproblematik als Nebendiagnose im Bericht vom Spital E. _____ erwähnt. Im MEDAS-Gutachten gebe es klare Hinweise dafür, dass die Beweglichkeit der HWS eingeschränkt sei, ohne dass dieser spezifische HWS-Gesundheitsschaden mit erheblichen funktionellen Einschränkungen assoziiert werde, die eine dauerhafte signifikante Arbeitsunfähigkeit bzw. verminderte Leistungsfähigkeit begründen würden. Vorübergehend habe sich die Nierenfunktion verschlechtert (AB 193 S. 9).

3.4.5 Vom 30. April bis 9. Mai 2015 erfolgte ein Spitalaufenthalt der Beschwerdeführerin: Im Bericht vom 27. Mai 2015 diagnostizierten die Ärzte des Spitals E. _____ einen Rückfusscharcot rechts mit progredienter Sichelfussdeformität bei Luxation des Taluskopfes bei diabetischem Fussyndrom, einen Diabetes mellitus Typ 2, insulinpflichtig seit 2006, ED 1993, eine Acute on chronic Niereninsuffizienz AKIN I KDOQI Stadium III, einen Status nach dekompensierter Herzinsuffizienz NYHA III-IV bei subakutem NSTEMI bei koronarer Herzkrankheit im Januar 2015, eine hyperregenerative normochrome, normozytäre Anämie am ehesten postoperativ und einen substituierten Vitamin D-Mangel (AB 206 S. 3 f.). Aufgrund des Char-

cot-Kollapses sei eine selektive Arthrodese USG und OSG rechts erfolgt (AB 206 S. 5). Während des stationären Aufenthalts habe die Patientin stets hyperglykämie Blutzucker-Werte gezeigt. Es sei eine Umstellung der Insulin-Behandlung erfolgt. Bei initial erhöhten renalen Retentionsparametern habe sich im Verlauf eine Besserung gezeigt (AB 206 S. 5 f.).

3.4.6 Dr. med. M. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, führte im Bericht vom 31. März 2016 aus, bezüglich des Diabetes mellitus habe die Patientin ein ausgeprägtes Syndrom an Spätschäden. Er behandle sie wegen eines neuroarthropathischen Rückfusskollapses, welcher mit einer inneren Amputation habe behandelt werden müssen. Bei dieser Behandlung würden die Beinlängen erhalten; Mittel- und Vorfuss seien aber nur noch vorhanden und nicht mehr funktional. Die ehemals akute Gefährdung für Druckstellen auf dem deformierten Fuss sei seither behoben. Der Fuss sei wieder orthopädisch-technisch versorgbar. Zum Gehen sei die Patientin auf Stöcke angewiesen. Damit sei bereits klar, dass eine stehende/gehende Tätigkeit nicht zumutbar sei. Eine sitzende Tätigkeit wäre denkbar, das Syndrom der Spätschäden umfasse aber auch die erhebliche Minderung des Sehvermögens. Schon allein dadurch seien feinere sitzende Arbeiten nicht mehr möglich, zudem habe die Neuropathie auch die Feinmotorik der oberen Extremität geschädigt. Er könne sich nicht vorstellen, dass für die Patientin eine geeignete Tätigkeit gefunden werden könne, welche über ein Beschäftigungsprogramm hinaus gehe (AB 208 S. 2).

3.4.7 In der Stellungnahme vom 4. August 2016 hielt der RAD-Arzt Dr. med. F. _____ u.a. fest, nach der unproblematisch durchgeführten Operation am rechten Fuss am 1. Mai 2015 sei bis zur Kontrolle (24. Februar 2016) nie eine Komplikation aufgetreten. Neu werde die Patientin einen Rollstuhl nötig haben. Insgesamt seien aber keine neuen objektiven funktionellen Einschränkungen dargestellt worden, mit denen die Arbeitsfähigkeit in einer erheblichen Art weiter reduziert werde. Die Fussproblematik sei schon im Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt worden; auch der behandelnde Orthopäde sei der Meinung, dass eine sitzende Tätigkeit denkbar sei. Die Störung der Feinmotorik sei kein neuer Aspekt (AB 215 S. 7). Falls die Augenproblematik objektiv unverändert geblieben sei, sei sie im Zumutbarkeitsprofil schon berücksichtigt (AB 215 S. 8).

3.4.8 Am 22. August 2016 erfolgten Angaben zum Blutzuckerwert durch Dr. med. H._____, Spital E._____: im März 2016 HbA1c 10,7 %, im Juni 2016 HbA1c 11,4 %, im August 2016 HbA1c 10,3 %. Die Blutdruckwerte seien systolisch 120-140 mmHg und diastolisch 75-95 mmHg (AB 219; vgl. auch AB 239 S. 3).

3.4.9 Im Bericht vom 13. September 2016 diagnostizierte Dr. med. G._____, Facharzt für Augenheilkunde, eine schwere proliferative diabetische Retinopathie beidseits, einen Status nach ausgiebiger Laserkoagulation der Netzhautperipherie im Jahr 2006, eine Pseudophakie beidseits bei Status nach Katarakt-Operation mit Implantation im Jahr 2013 und einen Status nach Vitrektomie und Membranpeeling am linken Auge im November 2012. Bei der letzten ambulanten Kontrolle am 8. September 2016 habe der Fernvisus rechts 0,2, links 0,5, dies in Mydriase, betragen. Die Tensio sei mit 19 mm Hg im oberen Normbereich reguliert gewesen (AB 231 S. 3).

3.4.10 In der Stellungnahme vom 20. Januar 2017 – eingeholt im Beschwerdeverfahren – führte der RAD-Arzt Dr. med. F._____ aus, der behandelnde Augenarzt beschreibe eine Verschlechterung der Augensituation, welche bis jetzt nicht dokumentiert worden sei. Damit sei das Sehvermögen der Patientin eingeschränkter und diese Verschlechterung sei neu. Der nicht kontrollierte Diabetes mellitus sei die Ursache dieser ophthalmologischen Verschlechterung; seit der Aufforderung zur Schadenminderung hätten sich die HbA1c Werte sogar weiter verschlechtert. Die Patientin benötige jetzt einen Rollstuhl. Im Rahmen der Polyneuropathie sei nicht nur die Feinmotorik, sondern auch die Grobmotorik der unteren und der oberen Extremitäten betroffen, was neu im Zumutbarkeitsprofil zu reflektieren wäre. Mit den HbA1c Werten vom Sommer 2016 sei festzuhalten, dass die Patientin wahrscheinlich fast nie normale Blutzuckerwerte (d.h. < 6,1 mmol/l) gehabt habe. Die Blutdruckwerte zeigten teilweise zu hohe Werte (AB 239 S. 9 f.).

3.4.11 Im Bericht vom 20. Februar 2017 – eingereicht im Beschwerdeverfahren – hielt Dr. med. H._____ fest, sie behandle die Patientin seit Januar 2011; damals habe sie einen HbA1c von 13,7 % und viele Hypoglykämien gehabt. Damals hätten schon Komplikationen als Folge des Diabe-

tes mellitus bestanden. Seit 2011 habe die Patientin alle drei Monate eine Kontrolle. Sie führe die Therapie durch, was sich durch die Injektionseinstiche und die zahlreichen Hypoglykämien zeige. Die Patientin habe einen sehr instabilen Diabetes mellitus, wie man es häufig nach 20 Jahren sehe, einen emotionellen Zustand, der die Blutzuckerwerte beeinflussen könne, ein tiefes Ausbildungsniveau und Sprachschwierigkeiten, die das Verständnis und das Lernen mit dem Umgang der Krankheit schwieriger mache. Im Juni 2016 habe ein schwerer depressiver Zustand vorgelegen. Seitdem sei die Patientin in ambulanter psychiatrischer Behandlung und die psychische Situation habe sich stabilisiert. Die Patientin habe vielleicht in den ersten Jahren der Krankheit eine Malcompliance aufgezeigt, aber seit den letzten sechs Jahren der Behandlung habe keine solche vorgelegen. Sie denke, dass die Patientin aktuell den ganzen Willen einsetze, um den Diabetes mellitus zu stabilisieren und dass die Fluktuationen nicht einzig von ihrem Willen abhingen (BB IA).

3.4.12 In der Stellungnahme vom 31. März 2017 – eingereicht im Beschwerdeverfahren – hielt der RAD-Arzt Dr. med. F. _____ fest, die behandelnde Ärztin habe keine neuen Veränderungen des Gesundheitsschadens beschrieben. Sie gehe davon aus, dass sich der psychische Gesundheitsschaden stabilisiert habe. Die Patientin sei malcompliant (in den Gerichtsakten).

3.5

3.5.1 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).

3.5.2 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 mitzuberechnen. 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 Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.5.3 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).

3.6 Es ist gestützt auf die Arztberichte erstellt, dass im massgebenden Zeitraum (E. 3.1 hiervor) verschiedene zusätzliche Gesundheitsschäden dazugekommen sind: Die Beschwerdeführerin hat – nebst dem zervikalen Schmerzsyndrom, welches gestützt auf das von der Gutachterin Dr. med. J. _____ formulierte Zumutbarkeitsprofil zu einer Rentenzusprechung geführt hatte (AB 12, 31) – ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, es liegen eine schwere distal-symmetrische, schmerzhaftes sensorische Polyneuropathie an den Beinen, bilaterale Karpaltunnelsyn-

drome und proximale Ulnaris-Neuropathien sowie eine verminderte Sehfähigkeit vor (AB 135.1 S. 33). Weiter erlitt die Beschwerdeführerin im Oktober/November 2013 einen Charcot-Kollaps des Mittelfusses rechts und eine laterale Malleolarfraktur Typ Weber A rechts nach einem Sturz am 9. Oktober 2013 (AB 206 S. 21). Im Januar 2015 hatte sie bei koronarer Herzkrankheit einen Herzinfarkt erlitten (AB 181 S. 1 f.). Ferner ist eine chronische Niereninsuffizienz bestätigt (AB 193 S. 6). Im April/Mai 2015 erfolgte eine Behandlung wegen eines Rückfusscharcots rechts mit progredienter Sichelfussdeformität bei Luxation des Taluskopfes bei diabetischem Fussyndrom (AB 206 S. 3, 5). In der Folge war die Beschwerdeführerin zum Gehen auf Stöcke angewiesen (AB 208 S. 2) und zuletzt benötigte sie einen Rollstuhl (AB 215 S. 7). Da sich der Gesundheitszustand im massgebenden Zeitraum vom Januar 2003 bis November 2016 somit wesentlich verändert hat, ist ein Revisionsgrund gegeben (vgl. E. 2.3 hiavor) und der Rentenanspruch ist frei zu prüfen (vgl. E. 2.3.1 hiavor).

3.7 Nachfolgend ist bei der Prüfung, ob und wie sich die wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit auswirkte, zwischen den einzelnen Stadien mit unterschiedlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu unterscheiden.

3.7.1 Eine erste Phase erfolgt bis zur Begutachtung durch die Experten der MEDAS (MEDAS-Gutachten vom 18. März 2013; AB 135.1): Nachdem die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 12. Juni 2013 (AB 142) letztinstanzlich vom Bundesgericht mit Entscheid vom 25. Juni 2014, 8C_29/214, aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zur erneuten Abklärung zurückgewiesen wurde (AB 161), gab die Beschwerdegegnerin eine Nachbegutachtung in Auftrag. Im Schreiben vom 12. Januar 2014 bestätigte der Gutachter – wie bereits im MEDAS-Gutachten vom 18. März 2013 –, es sei die ursprüngliche Beurteilung, die zur Rentenzusprache geführt habe, als nicht nachvollziehbar einzustufen (AB 177). Es sei seither keine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten (vgl. auch E-Mail vom 18. Dezember 2014 [AB 235 S. 1]). Bei der Kritik der MEDAS-Gutachter an der ursprünglichen Rentenzusprechung gestützt auf das Gutachten von Dr. med. J. _____ handelt es sich somit um eine revisionsrechtlich nicht relevante andere Beurteilung des damaligen Ge-

sundheitszustandes (vgl. E. 2.3 hiavor; vgl. auch Entscheid des BGer vom 16. September 2008, 8C_517/2007, E. 4.3) und führt zu keiner Änderung des Rentenanspruchs. Die ursprüngliche Rentenzusprechung war zudem nicht offensichtlich unzutreffend, so dass auch kein Anlass für eine Rentenaufhebung mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung besteht. Die Beschwerdegegnerin richtete denn auch die im Rahmen der Verfügung vom 12. Juni 2013 aufgehobene Viertelsrente mit Schreiben vom 13. März 2015 weiterhin aus (AB 179), womit sich die Beschwerdeführerin am 10. April 2015 – unter Hinweis auf ein Revisionsgesuch (vom 23. April 2015, vgl. AB 181 S. 1) und eine allfällige damit verbundene Rentenerhöhung – einverstanden erklärte (AB 180). Der übereinstimmende Standpunkt der Parteien ist vom Gericht nicht zu beanstanden.

Wird für die Zeit der MEDAS-Begutachtung (AB 135.1) und auch danach von einem unveränderten Invaliditätsgrad ausgegangen, ist folgerichtig – entgegen der Meinung des RAD-Arztes (AB 193 S. 8) – nicht auf das Zumutbarkeitsprofil der MEDAS-Gutachter abzustellen; es gilt vielmehr die von den Gutachtern Dres. med. I. _____ und J. _____ formulierte Arbeitsfähigkeit und das Zumutbarkeitsprofil (AB 12, 13), wonach der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit für fünf Stunden pro Tag ohne zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit zumutbar sei.

Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ab dem 1. August 2013 die bisherige Viertelsrente bestätigt hat; dies gilt zumindest bis April 2015, als die Beschwerdegegnerin eine Verschlechterung seit der MEDAS-Begutachtung geltend machte und damit ein „Revisionsgesuch“ (Schreiben vom 10. April 2015 [AB 180] bzw. vom 23. April 2015 [AB 181 S. 1]) einreichte. Eine allfällige Rentenanpassung bzw. -erhöhung ist damit frühestens ab jenem Monat möglich (Art. 88^{bis} Abs. 1 Bst. a IVV). Da sich die Charcot-Arthropathie – 14 Monate nach Stabilisation – ab Januar 2015 wieder verschlechterte (AB 181 S. 7), wäre im April 2015 auch die Voraussetzung von Art. 88a IVV erfüllt.

3.7.2 Betreffend die zweite Phase ist ab Januar 2015 mit einer Verschlechterung der Charcot-Arthropathie [AB 181 S. 7, 206 S. 3, 9]) und dem Herzinfarkt bei koronarer Herzkrankheit (AB 181 S. 1 f.) eine Verschlechterung des Gesundheitsschadens erstellt. Die Beschwerdegegnerin

stützt die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und das Zumutbarkeitsprofil auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. F. _____ vom 9. Oktober 2015 (AB 193) und vom 4. August 2016 (AB 215) ab. Darin geht Dr. med. F. _____ davon aus, dass sich die Veränderungen des Gesundheitszustandes nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten und die von den MEDAS-Gutachtern formulierte Arbeitsfähigkeit und das Zumutbarkeitsprofil nach wie vor anwendbar seien (AB 193 S. 8, 215 S. 7). Dies ist jedoch nicht überzeugend: Die MEDAS-Gutachter haben nämlich die später eingetretene Verschlechterung in ihrer Beurteilung gar nicht berücksichtigen können. Letztlich geht auch der RAD-Arzt von neuen gesundheitlichen Einschränkungen (Verschlechterung der Augensituation, Polyneuropathie, Grobmotorik) aus, die einen Einfluss auf das Zumutbarkeitsprofil hätten (vgl. Stellungnahme vom 20. Januar 2017; in den Gerichtsakten). Damit kommt ein Beizug des von den MEDAS-Gutachtern definierten Zumutbarkeitsprofils für die Zeit nach der Begutachtung nicht in Frage. Auf die Berichte der behandelnden Ärzte kann ebenso nicht abgestellt werden; sie erlauben keine abschliessende Prüfung der verbleibenden Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Soweit die behandelnden Ärzte sich überhaupt zur Arbeitsfähigkeit äussern, darf und soll das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt. Der Sachverhalt ist demnach ungenügend abgeklärt.

Daran ändert nichts, dass die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin am 18. Februar 2016 zur Schadenminderung aufforderte (AB 201), dass sie in der Folge von einer Verletzung der Schadenminderungspflicht ausging und deshalb die nachfolgenden gesundheitlichen Verschlechterungen in der angefochtenen Verfügung vom 11. November 2016 nicht berücksichtigte (Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 10). Denn die Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist auch vor dem 18. Februar 2016 ungenügend abgeklärt. Die Beschwerdegegnerin wird die zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie das Zumutbarkeitsprofil im Rahmen einer neuen interdisziplinären (orthopädischen, neurologischen, ophthalmologischen, psychiatrischen und

endokrinologischen) Begutachtung zu bestimmen haben. Dabei ist für die Zeitabschnitte ab Januar 2015 mit seither neu hinzugetretenen Beschwerdebildern (vgl. im Einzelnen E. 3.4.2 ff. hiervor) jeweils ein Zumutbarkeitsprofil zu definieren und zudem ist mit Blick auf den Bericht der behandelnden Dr. med. H._____ die Kooperation der Beschwerdeführerin bezüglich des Diabetes mellitus und allenfalls der Einfluss auf eine Verschlechterung abzuklären. Gestützt darauf ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine (allenfalls gestaffelte) höhere Rente zu prüfen.

3.7.3 Die Beschwerdeführerin beantragt einerseits eventualiter die Rückweisung an die Vorinstanz zur weiteren medizinischen Abklärung, andererseits geht sie davon aus (Beschwerde S. 6), dass die Voraussetzungen für eine erneute Rückweisung an die Verwaltung nicht gegeben seien (BGE 137 V 210 E 4.4.1.4 S. 264). Für den hier interessierenden Zeitraum ab Januar 2015 wurde indessen noch kein Gutachten eingeholt. Mit Blick auf die Rechtsprechung gemäss BGE 137 V 210 steht demnach nichts entgegen, dass das Gericht die Beschwerdegegnerin anweist, eine interdisziplinäre Begutachtung zu veranlassen und danach über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu zu befinden.

3.7.4 Die mit der angefochtenen Verfügung vom 11. November 2016 (AB 227) bestätigte Viertelsrente, auf welche die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen Anspruch hat (vgl. E. 3.7.1 hiervor), ist ihr während der Dauer der Abklärung auszurichten. Damit – wie auch aufgrund des Umstands, dass sie selber eventualiter einen Antrag auf Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin beantragt (Beschwerde S. 2 I Ziff. 3) – erübrigt es sich, die Beschwerdeführerin im Sinne von BGE 137 V 314 auf eine allfällige reformatio in peius hinzuweisen und ihr Gelegenheit zum Rückzug der Beschwerde zu gewähren (BGE 137 V 314 E. 3.2.4 S. 320). Mit dem Antrag auf vollständige Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Vornahme weiterer Abklärungen, um daraufhin neu zu verfügen, musste die Beschwerdeführerin sich im Übrigen einer möglichen Schlechterstellung durch eine erneute Verfügung der Vorinstanz bewusst sein (VGE IV/2010/306 E. 5).

3.8 In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 11. November 2016 (AB 227) aufzuheben, der An-

spruch der Beschwerdeführerin auf eine Viertelsrente ab 1. August 2013 zu bejahen und betreffend die Zeit ab 1. April 2015 die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – den Anspruch auf eine höhere Rente ab 1. April 2015 prüfe und darüber neu verfüge.

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. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61).

Mit angemessener Kostennote vom 23. Mai 2017 macht Fürsprecher B. _____ für das vorliegende Verfahren einen Aufwand von 14,65 Stunden geltend. Die Parteientschädigung ist auf Fr. 4'842.30 (Honorar von Fr. 4'395.--, zuzüglich Auslagen von Fr. 88.60 [ohne Gerichtskostenvorschuss]) und Mehrwertsteuer von Fr. 358.70 [8% von Fr. 4'483.60]) festzusetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 11. November 2016 betreffend die Zeit ab 1. April 2015 aufgehoben und die Sache unter Weiterausrichtung der Rente an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'842.30 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher 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.