

200 17 587 IV
LOU/RUM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 25. April 2018

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Rüfenacht

A. _____
vertreten durch Fürsprecherin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. Mai 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1963 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) erhielt als Minderjährige ab 1967 Leistungen der Invalidenversicherung (IV) in Form von medizinischen Massnahmen zur Behandlung eines Optikusglioms und eines (1973 diagnostizierten) partiellen Wachstumshormonmangels (Dossier der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilagen [AB] 1.1/136, 1.1/119 f., 1.1/103, 1.1/77 und 1.1/128 f., 1.1/114 f., 1.1/110 f., 1.1/80).

Am 8. April 1991 erfolgte eine Anmeldung zum Bezug beruflicher Massnahmen (AB 1.1/56-61). Nachdem die Versicherte die Hilfe der IVB in der Folge nicht mehr in Anspruch nehmen wollte (AB 1.1/5), schloss die IVB die Eingliederungsbemühungen mit Bericht vom 20. Mai 1994 ab (AB 1.1/10). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 1.1/6 f.) lehnte die IVB mit Verfügung vom 3. Oktober 1994 einen Anspruch auf eine IV-Rente ab (AB 1.1/1-3).

B.

Nach einem Schlaganfall im November 2015 meldete sich die Versicherte am 11. Januar 2016 erneut zum Leistungsbezug an (AB 2). Die IVB holte erwerbliche und medizinische Unterlagen ein und liess die Versicherte polydisziplinär begutachten (Gutachten der MEDAS C. _____ AG [fortan MEDAS-Gutachten] vom 28. November 2016 [AB 100.1]). Am 17. März 2017 erstattete der Abklärungsdienst der IVB den Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende (AB 121). Gestützt darauf stellte die IVB mit Vorbescheid vom 24. März 2017 die Ablehnung eines Rentenanspruchs in Aussicht (AB 122). Dagegen erhob die Versicherte am 26. April 2017 Einwand (AB 126). Mit Mitteilung vom 26. April 2017 wies die IVB weitere berufliche Massnahmen ab (AB 125). Nach Einholung von Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stellen BE/FR/SO (RAD) vom 23. Mai 2017 (AB 132/3-5) und des Bereichs Abklärungen vom 26. Mai

2017 (AB 134/2) lehnte die IVB mit Verfügung vom 30. Mai 2017 bei einem Invaliditätsgrad von 28 % einen Rentenanspruch – wie angekündigt – ab (AB 136).

C.

Mit Eingabe vom 21. Juni 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecherin B._____, Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 30. Mai 2017 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr ab 1. November 2016 Rentenleistungen basierend auf einem Invaliditätsgrad von mehr als 70 % auszurichten. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, zur Klärung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eine interdisziplinäre Begutachtung nach dem SuisseMED@P-Verfahren unter Einbezug der Fachrichtungen Ophthalmologie und Endokrinologie in Auftrag zu geben.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. August 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 12. September 2017 und Duplik vom 13. Oktober 2017 halten die Parteien je an ihren Rechtsbegehren fest.

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 Angefochten ist die Verfügung vom 30. Mai 2017 (AB 136). Streitig ist der Anspruch auf eine IV-Rente.

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.

Die Beschwerdeführerin rügt vorab eine Verletzung der Begründungspflicht als Teilgehalt des rechtlichen Gehörs (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]), da sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung nicht mit dem Einwand der fehlenden fachlichen Qualifikation des neuropsychologischen MEDAS-Gutachters auseinandergesetzt habe.

Der Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende vom 17. März 2017 (AB 121/2-8) sowie die im Vorbescheidverfahren eingeholten Stellungnahmen des RAD vom 23. Mai 2017 (AB 132/3-5) und des Bereichs Abklärungen vom 26. Mai 2017 (AB 134/2) wurden explizit zu Bestandteilen der angefochtenen Verfügung erklärt (AB 136/1). Letzterer sind damit die wesentlichen Überlegungen zu entnehmen, die zur Ablehnung des Rentenanspruchs geführt haben. Die angefochtene Verfügung konnte somit – wie mit

der Beschwerde gezeigt wird – sachgerecht angefochten werden. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs bzw. der Begründungspflicht liegt demnach nicht vor (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 134 I 83 E. 4.1 S. 88). Abgesehen davon äusserte sich die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort zur Frage der fachlichen Qualifikation des neuropsychologischen Gutachters und konnte die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Replik dazu Stellung beziehen, womit ein allfälliger Mangel ohnehin als geheilt zu gelten hätte (BGE 107 Ia 1 E. 1 S. 2). Ob und inwiefern die angeblich fehlende Qualifikation des neuropsychologischen Gutachters allenfalls den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens tangiert, ist im Rahmen der Beweiswürdigung zu klären (vgl. E. 4.5 hiernach).

3.

3.1 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).

3.2 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.

3.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der

Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.

4.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn damit glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Tritt die Verwaltung auf die Neuanmel-

dung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

4.2 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom 11. Januar 2016 (AB 2) eingetreten und hat den Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 30. Mai 2017 (AB 136) materiell geprüft. Die Eintretensfrage ist damit vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Die weitere Frage, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 und E. 4.1 hiervor), eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevisión nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b). Zu vergleichen ist vorliegend mithin der Sachverhalt zur Zeit der rentenablehnenden Verfügung vom 3. Oktober 1994 (AB 1.1/1) mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 30. Mai 2017 (AB 136) entwickelt hat.

4.3 Die Beschwerdeführerin erlitt am 12. November 2015 einen Schlaganfall, der vom 14. November 2015 bis 9. Januar 2016 stationär behandelt wurde (AB 6/1-3, 14/8-11). Infolgedessen wurde der Beschwerdeführerin ab November 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 14/4, 25/3). Unter diesen Umständen hat die Beschwerdegegnerin im Neuanschuldungsverfahren zu Recht einen Revisionsgrund anerkannt und den Rentenanspruch einer freien Prüfung unterzogen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

4.4 Zum Gesundheitszustand sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit seit der Verfügung vom 3. Oktober 1994 (AB 1.1/1-3) ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

4.4.1 Im Arztbericht vom 26. Januar 2016 der Klinik D. _____ wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Zustand nach subakutem ischämischem Schlaganfall Pons links vom 12. November 2015 und ein Zustand nach partieller Hypophysenvorderlappeninsuffizienz nach Radiatio 1968 aufgeführt. Es sei bisher eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % von November 2015 bis auf weiteres attestiert worden. Im Austrittszeitpunkt habe immer noch eine Gangunsicherheit bestanden (vorbestehende Gesichtsfeldausfall-Hemianopsie nach rechts plus Hemisyndrom rechts). In der neuropsychologischen Untersuchung seien leichte bis mittelschwere kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen objektiviert worden. Die Beschwerdeführerin könne nicht als ... arbeiten. Angepasste rein sitzende Tätigkeiten könnten vier bis fünf Stunden pro Tag mit einer Leistungsfähigkeit von 50 %, wechselbelastende Tätigkeiten zwei bis drei Stunden pro Tag ausgeübt werden (AB 14/2-7).

4.4.2 Dem Verlaufsbericht vom 13. April 2016 der Klinik D. _____ ist zusätzlich zu den bisher aufgeführten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Kniearthrose rechts seit August 2015 zu entnehmen. Der Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert (stationär). Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit seit 12. November 2015. Es bestünden Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen, Gedächtnis, Benennen und schriftliches Rechnen sowie eine schnelle Ermüdbarkeit. Die bisherige Erwerbstätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Wegen der schweren Einschränkungen in vielen Bereichen sei keine Arbeitstätigkeit mehr zumutbar (AB 25/2-4).

4.4.3 Im Bericht vom 15. Juli 2016 hielt Dr. med. E. _____, Facharzt für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, fest, aus augenärztlicher Sicht liege seit Jahrzehnten eine stabile Situation vor. Insbesondere habe sich die ophthalmologische Situation nach dem CVI (Schlaganfall) mit sensomotorischem Hemisyndrom rechts im November 2015 nicht verschlechtert. Nach eigenen Angaben habe sich das Hemisyndrom weitgehend erholt. Es

beständen noch gewisse sensible Störungen hauptsächlich im rechten Arm und Bein. Zeitweise beständen noch Schwindel und Gangunsicherheit (mit Stürzen). Subjektiv sei das Kurzzeitgedächtnis noch beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin arbeite selbstständig als ... (...). Seit dem CVI sei sie 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Ab August 2017 möchte sie wieder selbstständig im früheren Rahmen (70 %) arbeiten wollen (und dürfen). Abhängig von der neuropsychologischen Testung könne aus augenärztlicher Sicht gesagt werden, dass die Augensituation seit Jahren unverändert sei. Diesbezüglich stehe einer Arbeitsaufnahme nichts entgegen (AB 79/2 f.).

4.4.4 Im Bericht vom 5. August 2016 des Spitals F._____ über die endokrinologischen Sprechstunden vom 29. Juni und 25. Juli 2016 wurden als Diagnosen im Wesentlichen eine partielle Hypophysenvorderlappeninsuffizienz nach Radiatio 1968, ein subarktischer ischämischer Schlaganfall Pons links 11/2015 und eine hypertensive Kardiopathie aufgeführt. In Bezug auf die Hormonersatztherapie fänden sich klinisch keine sicheren Hinweise für eine Insuffizienz. Die klinische Symptomatik sei nicht wesentlich anders als vor drei Jahren. In Bezug auf die Tagesschläfrigkeit sei bereits 2013 ein Screening mittels Sättigungs-Monitoring durchgeführt worden, welches keine Pathologie ergeben habe. Diesbezüglich müssten deshalb andere Ursachen gefunden, evaluiert und wenn möglich therapiert werden. In dieser Situation drängten sich bezüglich der Hormonersatztherapie keine Änderungen auf (AB 85/2-4).

4.4.5 Im Bericht des Spitals F._____ vom 1. November 2016 wurden als Diagnosen im Wesentlichen ein subakuter ischämischer Schlaganfall Pons links vom 12. November 2015, eine exzessive Tagesschläfrigkeit unklarer Ätiologie, eine partielle Hypophysenvorderlappeninsuffizienz nach Radiatio 1968 sowie eine hypertensive Kardiopathie festgehalten. Von Seiten des Schlaganfalls bestehe aktuell residuell noch eine ungerichtete Schwanktendenz sowie ein diskretes handbetontes sensomotorisches Hemisyndrom rechts mit konsekutiver Feinmotorikstörung. In den Abklärungen der Klinik D._____ seien leichte bis mittelschwere kognitive Defizite erhoben worden. Diese seien mit der Infarktlokalisierung im Pons nicht vereinbar. Die Beschwerdeführerin beschreibe eine seit der Jugend bekannte, aktuell aggravierte exzessive Tagesschläfrigkeit und Hypersomnie. Die Äti-

ologie sei nicht ganz klar. Ein Zusammenhang mit der hypophysären Problematik bei Status nach Teilresektion und Bestrahlung eines Optikusneuroms links in der Kindheit wäre möglich. Zur weiteren Klärung der alltagsrelevanten Problematik sei ein Termin im Schlaflabor vereinbart worden (AB 98/2-5).

4.4.6 Im MEDAS-Gutachten vom 28. November 2016 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein leichtgradiges sensomotorisches Defektresiduum nach Hirnstamminfarkt im linken Pons, ein Status nach Operation und Bestrahlung eines Optikusglioms 1968 und eine residuelle Visus- und Gesichtsfeldstörung aufgeführt. Unter Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine partielle Hypophysenvorderlappeninsuffizienz nach Radiatio 1968, unter Substitution kompensiert, und ein metabolisches Syndrom festgehalten. Die residuelle sensomotorische Störung bedinge eine nicht mehr gegebene Einsetzbarkeit in Tätigkeiten, die ein sicheres beidhändiges Hantieren und eine sichere Standkontrolle erfordern würden. Die Visus- und Gesichtsfeldstörungen bedingten eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit, namentlich einen Ausschluss von Arbeiten mit höheren Ansprüchen an ein intaktes Sehen. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten sowie jeder vergleichbaren Tätigkeit aufgrund der Folgen des stattgehabten enzephalen Infarkts mit einer residuellen sensomotorischen Störung der rechten Körperhälfte nicht mehr gegeben (Arbeitsfähigkeit von 0 %, auf Dauer und gültig seit dem Schlaganfall von 2015), da eine ... Tätigkeit eine ungestörte Motorik und Sensibilität sowie ein sicheres beidhändiges Agieren voraussetze. In anderen Tätigkeiten ohne vergleichbare Ansprüche und ohne höhere Anforderungen an die Sehfähigkeit, also in körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts (z.B. in Telefondiensten, an Rezeptionen oder Pforten, in Bürotätigkeiten), sei jedoch ex tunc von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen (Pensum und Rendement 100 %). Die Beschwerdeführerin sei trotz der intrakraniellen Raumforderung und deren Behandlung langjährig arbeitsfähig, so dass die der intrakraniellen Tumorerkrankung zuzuordnende residuelle Visusstörung offenkundig bis zu dem im 2015 stattgehabten Hirnstamminfarkt ohne namhaft invalidisierenden Einfluss gewesen sei (AB 100.1/1 ff.).

4.4.7 Im Bericht vom 27. März 2017 führte Dr. med. G. _____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen subakuten ischämischen Schlaganfall Pons links am 12. November 2015 mit sensomotorischem Hemisyndrom rechts, Dysarthrie, Gangunsicherheit mit Fallneigung nach rechts, Knieschmerzen rechts bei muskulärer Dysbalance sowie einen Status nach Teilresektion eines Optikusneurinoms links 1968 und postoperativer Strahlentherapie 1968 mit partieller Hypophysenvorderlappeninsuffizienz nach Radiatio 1968, einer hochgradigen Sehschwäche und totaler Hemianopsie nach rechts OD (richtig: OS [AB 79/2, 1.1/37]), einer mittleren Visuseinschränkung auf 0.5 und kompletter Hemianopsie nach rechts OD und einem Status nach Strabismus-Operation am 11. Juni 1993 auf. Es sei bisher eine Arbeitsunfähigkeit als ... von 100 % seit 15. November 2015 bis auf weiteres bestätigt worden. Ob aufgrund des Hemisyndroms und der Gleichgewichtsproblematik die Arbeit mit ... weiterhin möglich sein werde, könne nicht sicher beurteilt werden. Eine allfällige Tätigkeit müsste weitgehend sitzend ausgeführt werden mit der Möglichkeit, zwischendurch aufzustehen und sich zu bewegen, wobei keine Lasten getragen werden könnten. Weit schwerwiegender sei die Behinderung durch die ausgeprägte Sehschwäche. Die Beschwerdeführerin könne aufgrund des eingeschränkten Gesichtsfeldes und der Sehschwäche nur mühsam Texte lesen und müsse oft eine Lupe zu Hilfe nehmen. Das ermüde sehr, längere Texte seien nicht möglich. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund ihrer Behinderungen im ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar. Es müsse insbesondere aufgrund der eingeschränkten Sehfähigkeit von einer verminderten Arbeitsleistung ausgegangen werden. Eine sitzende Tätigkeit werde aufgrund des Hemisyndroms für zumutbar gehalten, sofern die Möglichkeit bestehe, zwischendurch aufzustehen. Aufgrund der Sehbehinderung und der fehlenden Erfahrung sei die Beschwerdeführerin im ersten Arbeitsmarkt aber sicher nicht einsetzbar (AB 123/2-6).

4.4.8 Im Bericht vom 24. April 2017 hielt Dr. med. E. _____ fest, unter Einbezug der Visus- und Gesichtsfeldstörung könne theoretisch von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Hingegen sei die Leistungsfähigkeit in jedem Beruf, ob als ... oder Bürohilfskraft aus folgenden Gründen massiv eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin habe keine Büroausbildung, arbeite nie am Computer und habe zu Hause auch keinen solchen.

Kopflastige Arbeiten führten zu starker Ermüdung. Lesen könne sie nur mit einer Lupe und wegen des Gesichtsfeldausfalls nur sehr langsam Buchstabe um Buchstabe. Büroarbeiten im Team seien nicht zumutbar, da sie wegen des Gesichtsfeldausfalls die anderen Teilnehmer nicht sehe. Deshalb fehle ihr die nicht-verbale Kommunikation. Arbeiten am Empfang seien ebenfalls nicht zumutbar, da die Beschwerdeführerin Telefonnummern nur sehr langsam entziffern könne. Kunstlicht führe zu starker Ermüdung, Augenschmerzen, Blendungsgefühl und Kopfschmerzen. Die geschätzte Effizienz in einem Büroberuf liege unter 30 %. Zudem sei die Beschwerdeführerin in ihrem Alter, bei fehlender Büroausbildung und der medizinischen Vorgeschichte nicht vermittelbar. In der heutigen Arbeitswelt werde eine Anstellung nur an einem „geschützten Arbeitsplatz“ gesehen (AB 126/12).

4.5 Die Beschwerdeführerin wurde auf Veranlassung der IVB im September 2016 allgemeinmedizinisch, neurologisch und neuropsychologisch untersucht und begutachtet (polydisziplinäres MEDAS-Gutachten vom 28. November 2016). Sie macht vorab geltend, die neuropsychologische Abklärung von Mag. rer. nat. H. _____ sei nicht verwertbar, da dieser den im Schreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) vom 22. Februar 2017 formulierten fachlichen Anforderungen für die neuropsychologische Gutachtertätigkeit nicht genüge (Beschwerde, S. 8 f.).

Mit erwähntem Schreiben vom 22. Februar 2017 (im Gerichtsossier) informierte das BSV die Gutachterstellen, dass die bisher geltenden Mindestanforderungen für Begutachtungen in Neuropsychologie nicht mehr genügten. Laut IV-Rundschreiben Nr. 367 vom 21. August 2017 gelten ab 1. Juli 2017 für neuropsychologische Begutachtungen im Rahmen polydisziplinärer Gutachten, die über die webbasierte Plattform SuisseMED@P vergeben werden, neue fachliche Mindestanforderungen. Die Vergabe des in Frage stehenden polydisziplinären Gutachtens über die Plattform SuisseMED@P erfolgte indes am 28. Mai 2016 (AB 43/1). Das Gutachten wurde am 28. November 2016 erstattet. Sowohl die Vergabe als auch das Gutachten datieren somit vor dem 1. Juli 2017. Im Weiteren ist aufgrund der im Beschwerdeverfahren eingereichten Unterlagen erstellt (im Gerichtsossier), dass der hinzugezogene neuropsychologische Gutachter mit dem in ... erworbenen und eidgenössisch anerkannten Ausbildungsabschluss in Psychologie

die bis zum 1. Juli 2017 gültig gewesenen Mindestanforderungen gemäss der Vereinbarung vom 4. April 2012 betreffend die Durchführung von polydisziplinären medizinischen Gutachten nach Art. 72^{bis} IVV (Masterabschluss in Psychologie; vgl. das im Gerichtsossier liegende Schreiben des BSV vom 1. September 2016) erfüllt hat. Unter diesen Umständen besteht entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung kein Anlass, die fachliche Eignung von Mag. rer. nat. Marc H. _____ als Neuropsychologe in Frage zu stellen (vgl. zum Ganzen Entscheide des Bundesgerichts vom 9. November 2017, 8C_466/2017, E. 4.3 und 15. September 2017, 9C_531/2017, 9C_532/2017, E. 4.3).

4.6 Was den im November 2015 erlittenen Hirnschlag im Pons links anbetrifft, liegt gemäss MEDAS-Gutachten ein leichtgradiges sensomotorisches Defektresiduum vor (AB 100.1/41). Dieses äusserte sich anlässlich der Begutachtung in latenten Paresen der rechtsseitigen Extremitäten, einer rechtsseitigen Betonung der Muskeleigenreflexe als Zeichen einer diskreten Spastik und Hypästhesien in den distalen Extremitätsabschnitten rechts (AB 100.1/26) und entspricht somit namentlich auch dem neurologischen Befund des Spitals F. _____ vom 1. November 2016 (AB 98/2, 98/4 [residuell ungerichtete Schwanktendenz und diskretes sensomotorisches Hemisyndrom rechts mit konsekutiver Feinmotorikstörung]). Aufgrund der – damit erstellten – sensomotorischen und koordinativen Defizite aufgrund des Hirnschlags mit leichten Einschränkungen der Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand und der Gehfähigkeit postulierten die Gutachter eine fehlende Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Demgegenüber postulierten sie bezüglich einer angepassten, körperlich leichten, überwiegend sitzenden Tätigkeit, ohne hohen Ansprüche an das manuelle Geschick nachvollziehbar eine volle Arbeitsfähigkeit (AB 100.1/26 f., 100.1/44 f.).

Nicht abgestellt werden kann dagegen auf die Berichte der Klinik D. _____ vom 26. Januar und 13. April 2016, in welchen namentlich aufgrund von leichten bis mittelschweren kognitiven Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen und Gedächtnis zufolge des Schlaganfalls jegliche Erwerbstätigkeit als unzumutbar betrachtet wurde (AB 14/4 f., 25/3 f.). Bereits im neurologischen Bericht des Spitals

F._____ vom 1. November 2016 wurde erwähnt, dass die in der Klinik D._____ beschriebenen kognitiven Defizite mit der Infarktlokalisierung im Pons nicht vereinbar seien (AB 98/4). Dies wurde in der Folge vom neuropsychologischen MEDAS-Gutachter bestätigt (AB 100.1/36). Letzterer vermochte – abgesehen von unterdurchschnittlichen Testergebnissen bei Aufgaben, welche eine visuelle Leistung erforderten (vgl. dazu E. 4.9 hiernach) – weder klinisch noch testpsychologisch eine kognitive Störung zu erheben (AB 100.1/35 f.).

4.7 Bezüglich der geklagten Knieschmerzen wurde erstmals im Bericht des Spitals F._____ vom 24. November 2015 auf der Basis von klinischen und bildgebenden Untersuchungsergebnissen ein vorderes Knieschmerzsyndrom, differentialdiagnostisch eine beginnende Retropatellararthrose, festgehalten (AB 6/1). Ebenso wurde im Bericht der Klinik D._____ vom 26. Januar 2016 auf ein vorderes Knieschmerzsyndrom, vor allem rechts, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hingewiesen (AB 14/2). Soweit jedoch dasselbe Spital nur knapp drei Monate später im Verlaufsbericht vom 13. April 2016 ohne erneute Untersuchungen und ohne nähere Erklärung auf einmal eine Kniearthrose rechts mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert, vermag dies nicht zu überzeugen. Anlässlich der neurovaskulären Sprechstunde vom Oktober 2016 im Spital F._____ wurde differentialdiagnostisch auf eine muskuläre Imbalance im Rahmen der initialen Paresen zufolge des Hirnschlags geschlossen und eine ergänzende orthopädische Beurteilung empfohlen und veranlasst (AB 98/4). Dem Bericht der Hausärztin Dr. med. G._____ vom 23. März 2017 ist denn auch zu entnehmen, dass die Knieschmerzen rechts von verschiedenen Spezialisten abgeklärt worden seien und am ehesten im Rahmen der muskulären Dysbalance aufgrund des Hemisyndroms zu interpretieren seien (AB 123/3). Aufgrund des Hemisyndroms und unter Berücksichtigung der Knieschmerzen (vgl. AB 100.1/18, 100.1/25) attestierten die Gutachter der Beschwerdeführerin eine Einschränkung hinsichtlich körperlich schwerer Tätigkeiten sowie bezüglich des Stehens und Gehens (AB 100.1/19, 100.1/26 f.). Eine weitergehende Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgrund der Knieproblematik ist nach dem Dargelegten nicht erstellt.

4.8 Betreffend der hypophysären Problematik hielten die Gutachter eine unter Hormonsubstitution stabile Situation ohne Hinweise auf eine hormonelle Insuffizienz fest (AB 100.1/18). Das stimmt im Wesentlichen mit dem endokrinologischen Bericht des Spitals F. _____ vom 5. August 2016 überein, wonach im Sommer 2016 in Bezug auf die Hormonersatztherapie klinisch keine sicheren Hinweise für eine Insuffizienz vorlagen (AB 85/3). Allerdings wurde in diesem Bericht auch festgehalten, dass bezüglich der hypophysären Problematik nach wie vor eine Leistungsintoleranz und Tagesmüdigkeit mit schlechter Schlafqualität in der Nacht vorlägen. Bezüglich der Tagesschläfrigkeit (13 Punkte auf der Epworth-Sleepiness-Scale [AB 51/2, 85/2]) sei bereits 2013 ein Screening mittels Sättigungs-Monitoring durchgeführt worden, das keine Pathologie ergeben habe. Diesbezüglich müssten deshalb andere Ursachen gefunden, evaluiert und nach Möglichkeit therapiert werden (AB 85/3). Im MEDAS-Gutachten vom 28. November 2016 (Untersuchungen vom 23. September 2016 [AB 100.1/1]) wurde dazu einzig festgehalten, die beschriebene Tagesmüdigkeit und Leistungsinsuffizienz bestünden nach dem aktuellen endokrinologischen Befundbericht seit langem ohne namhafte Veränderung. Dass sich diese Beschwerden nach Angaben der Beschwerdeführerin nach dem Schlaganfallereignis verschlechtert hätten, sei nicht nachvollziehbar, zumal bei der mehrstündigen gutachterlichen Untersuchung keine Ermüdungserscheinungen feststellbar gewesen seien (AB 100.1/26). Diese gutachterlichen Ausführungen stehen im Widerspruch zum – den Gutachtern möglicherweise nicht bekannt gewesenen (vgl. AB 100.1/12-14) – neurologischen Bericht des Spitals F. _____ vom 1. November 2016 über die neurovasculäre Sprechstunde vom 11. Oktober 2016. Gemäss letzterem Bericht liegt eine seit der Jugend bekannte, aktuell aggravierte exzessive Tagesschläfrigkeit und Hypersomnie unklarer Ätiologie vor, wobei ein Zusammenhang mit dem hypophysären Leiden möglich ist. Zur weiteren Abklärung der „alltagsrelevanten“ Problematik wurde ein Aufgebot ins Schlaflabor initiiert (AB 98/2-4). Aufgrund der Berichte des Spitals F. _____ vom 5. August 2016 (AB 85/2 ff.) und insbesondere vom 1. November 2016 bestehen somit – entgegen den gutachterlichen Ausführungen – durchaus Anhaltspunkte dafür, dass sich die Tagesschläfrigkeit 2016 verschlechtert hat bzw. jedenfalls erheblich genug sein könnte, um einen Einfluss auf das funktionelle Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin zu haben. Die Gutachter

haben sich jedoch allein mit der Feststellung begnügt, die Tagesmüdigkeit und Leistungsinsuffizienz seien vorbestehend (AB 100.1/26); eine Auseinandersetzung mit der Frage, ob und wie sich diese Beschwerden auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswirken, fand weder im Gutachten noch in den nachfolgenden RAD-Berichten vom 13. Februar 2017 (AB 114) und 23. Mai 2017 (AB 132/3-5) statt. Die Beschwerdegegnerin wird deshalb hier die seit dem Gutachten im Zusammenhang mit der Tagesschläfrigkeit ergangenen Arztberichte zu aktualisieren und allfällige Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bzw. das Zumutbarkeitsprofil durch Rückfrage bei den Gutachtern zu klären haben.

4.9 Die Beschwerdeführerin litt als Kleinkind an einem Hirntumor (Optikusneurinom; vgl. AB 123/2, 98/2, 6/1, 1.1/36), der erfolgreich operiert wurde, jedoch zu einer Verschlechterung der Sehfähigkeit führte. Im von der IVB in Auftrag gegebenen Bericht vom 9. August 1991 der Augenklinik des Spitals F._____ wurden damals als Diagnosen eine mittlere Visuseinschränkung auf 0.5 und eine totale Hemianopsie nach rechts am rechten Auge sowie eine hochgradige Sehschwäche und totale Hemianopsie nach rechts am linken Auge festgehalten. Wegen ihres eingeschränkten Sehvermögens sei die Beschwerdeführerin praktisch in jedem Beruf behindert. Ihre Arbeitsleistung sei auf jeden Fall reduziert. Wegen des visuellen Handicaps sei auch die Ermüdung stärker als normal. Eine Reduktion auf sechs Stunden Arbeit pro Tag sei wahrscheinlich angezeigt, auch während dieser Zeit werde die Beschwerdeführerin aber wahrscheinlich nur eine etwa 50 %ige Arbeitsleistung erbringen können. Überhaupt nicht mehr möglich seien alle Arbeiten mit hohen visuellen Anforderungen (stereoskopisches Sehen, hohes Auflösungsvermögen, gutes Gesichtsfeld, schnelle Reaktionen; zum Ganzen AB 1.1/37 f.). Aufgrund der visuellen Einschränkungen konnte die Beschwerdeführerin auch den ursprünglich erlernten Beruf als ... nicht mehr ausüben (AB 1.1/35 [unten] und 1.1/37 f. [unten]).

Die 1991 beschriebene Situation hat sich gemäss Bericht vom 15. Juli 2016 des Ophthalmologen Dr. med. E._____ nicht verändert; aus augenärztlicher Sicht liege seit Jahrzehnten eine stabile Situation vor. Seinem Bericht ist denn auch zu entnehmen, dass nach wie vor eine Visuseinschränkung

von gemittelt 0.5 des rechten Auges und eine solche von < 0.05 des linken Auges sowie eine beidseitige Hemianopsie nach rechts besteht (AB 79/2).

In Anbetracht dessen, dass sich die ophthalmologische Situation mit einem beidseitig, links hochgradig, eingeschränkten Visus und einer beidseitigen Gesichtsfeldeinschränkung nach rechts gleich wie im Jahr 1991 präsentiert, lässt vermuten, dass dadurch auch das funktionelle Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin nach wie vor tangiert wird. Dennoch hat im Gutachten keine vertiefte Auseinandersetzung mit den Auswirkungen der aktenkundigen Sehbehinderung stattgefunden. So wurde im allgemeinmedizinischen Teil allein festgehalten, es ergäben sich Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an das Sehvermögen (AB 100.1/19). Sodann wurde im neuropsychologischen Teil aufgrund der unterdurchschnittlichen Testergebnisse bei Aufgaben mit Anforderungen an die visuelle Leistung (AB 100.1/35) festgestellt, dass Arbeitstätigkeiten, die eine rasche visuelle Auffassung erforderten, aufgrund der bestehenden Gesichtsfeldstörung nicht geeignet seien (AB 100.1/36). Eine weitere Diskussion allfälliger Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bzw. das Zumutbarkeitsprofil wie z.B. eine allfällige erhöhte Ermüdbarkeit mit entsprechendem Pausenbedarf oder eine allfällige Verlangsamung zufolge der schlechten Sicht ist dem Gutachten nicht zu entnehmen. Entgegen der Auffassung des RAD (vgl. AB 132/4) hätte sich deshalb eine entsprechende Klärung aufgrund der aktenkundig erheblichen Sehbehinderung, namentlich aufgrund der Angaben von 1991 und des Umstands, dass sich die Behinderung seither nicht verändert hat, aufgedrängt. Dies umso mehr, als diesbezüglich wegen Widersprüchlichkeit auch nicht auf die Berichte des behandelnden Ophthalmologen Dr. med. E. _____ abgestellt werden kann; während dieser im Bericht vom 15. Juli 2016 einer Arbeitsaufnahme zunächst nichts entgegenzuhalten hatte (AB 79/3), bezifferte er im Bericht vom 24. April 2017 die Leistungsfähigkeit zufolge der funktionellen Auswirkungen der Sehbehinderung allein noch mit „unter 30 %“ (AB 126/12).

Die Beschwerdegegnerin wird deshalb bezüglich der Sehbehinderung das funktionelle Leistungsvermögen und allfällige Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit durch einen unabhängigen Facharzt der Ophthalmo-

logie zu klären haben, indem sie bei der MEDAS eine entsprechende Zusatzbegutachtung in Auftrag gibt.

Schliesslich werden die aktualisierten Erkenntnisse hinsichtlich der Sehbinderung und der Tagesschläfrigkeit (vgl. E. 4.8 hiervor) im Rahmen einer neuen polydisziplinären Gesamteinschätzung miteinzubeziehen sein.

4.10 Demnach ist in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie – nach Vornahme der zusätzlichen Abklärungen im Sinne der E. 4.8 und 4.9 – neu verfüge.

5.

5.1 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).

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Honorarnote vom 23. Oktober 2017 von Fürsprecherin B. _____ ist nicht zu beanstanden. Gestützt darauf werden die Parteikosten für das vorliegende Verfahren auf Fr. 4'013.40 (Honorar Fr. 3'675.--, Auslagen Fr 41.10, MWSt. [8.0 %] Fr. 297.30) festgesetzt. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin diese Kosten zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 30. Mai 2017 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. 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. 4'013.40 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecherin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - 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.