

200 19 632 IV
KNB/SHE/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. Januar 2021

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. Juli 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1977 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 1. August 2007 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Rentenbezug an (Akten der IVB [act. IIA] 20). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Mit Mitteilung vom 3. Dezember 2007 (act. IIA 32) gewährte sie Berufsberatung und Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten. Gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS C. _____ vom 9. September 2008 (act. IIA 47) sprach sie der Versicherten nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. IIA 55) mit Verfügung vom 24. April 2009 (act. IIA 60) bei einem Invaliditätsgrad von 41% rückwirkend ab 1. Juli 2007 eine Viertelsrente zu. Die Verfügung blieb unangefochten. 2012 (act. IIA 120) und 2015 (act. IIA 175) bestätigte die IVB jeweils revidionsweise diesen Anspruch.

B.

Im August 2017 (Akten der IVB [act. II] 235/2) bzw. Februar 2018 (act. II 242) meldete die Versicherte der IVB eine Änderung ihrer Berufssituation per Ende Juli 2018 bzw. Ende Januar 2018. In der Folge (act. II 245) leitete die IVB eine Revision von Amtes wegen ein und klärte den erwerblichen und medizinischen Sachverhalt erneut ab. Auf Anraten von Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. Aktenbeurteilung vom 28. August 2018 [act. II 256]), veranlasste sie bei der MEDAS E. _____ AG eine interdisziplinäre Begutachtung (Gutachten vom 6. Mai 2019 inkl. Teilgutachten [act. II 304.1-304.6]) und bestätigte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 306, 310) mit Verfügung vom 2. Juli 2019 (act. II 312) den bisherigen Anspruch auf eine Viertelsrente.

C.

Mit Eingabe vom 23. August 2019 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, hiergegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Beschwerdeführerin sei ab Einleitung des Revisionsverfahrens per 1. März 2018 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen.
2. Eventuell: der Versicherten sei ab dem 1. März 2018 eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung auszurichten.
3. Es sei der Versicherten das Recht auf Replik einzuräumen.
4. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) durchzuführen. Dabei seien die mannigfaltigen Behinderungen der Beschwerdeführerin, vorab am rechten Bein und an der linken Hand, in Augenschein zu nehmen.

– unter Kosten und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (inkl. 7.7% MWSt.) –

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 8. Oktober 2019 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 7. April 2020 schloss der zuständige Instruktionsrichter das Beweisverfahren und gewährte der Beschwerdeführerin Frist bis zum 1. Mai 2020, um u.a. mitzuteilen, ob an der beantragten öffentlichen Verhandlung festgehalten werde. Deren Rechtsvertreter teilte am 14. April 2020 dem Gericht mit, auf die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung zu verzichten.

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 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 2. Juli 2019 (act. II 312). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und vorab das Vorliegen eines Revisionsgrundes.

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 Erwerbs-

möglichkeit 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).

2.3.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. 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 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). 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).

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 2019 IV Nr. 68 S. 220 E. 2).

2.3.3 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 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

2.3.4 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 andauert hat (Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

2.5 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, un-

abhängig 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).

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). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353).

Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches

Administrativ- oder Gutachtensgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5).

3.

3.1 Vorliegend ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Verfügung vom 24. April 2009 (act. IIA 60), als letztmals eine umfassende Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen erfolgte, und der hier angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2019 (act. II 312) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.3.1 hiavor). Die Mitteilungen vom 13. Februar 2012 (act. IIA 120) und 6. März 2015 (act. IIA 175), mit welchen der Invaliditätsgrad von 41% und die Weiterausrichtung der Viertelsrente jeweils bestätigt wurde, stellen keine Vergleichsbasis dar, da jeweils keine umfassende Überprüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs erfolgte (vgl. E. 2.3.2 hiavor).

3.2 Die rentenzusprechende Verfügung vom 24. April 2009 (act. IIA 60) basierte im Wesentlichen auf dem interdisziplinären Gutachten der MEDAS C. _____ vom 9. September 2008 (act. IIA 47). Darin wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysmelie des rechten Unterschenkels und der Füsse sowie der linken Hand bei Status nach mehreren Operationen, Beinprothese rechts und Schuheinlage links sowie eine chronische Lumboischialgie links bei leichten statischen und degenerativen Veränderungen sowie Fehlbelastung des Achsenorganes in Folge der Dysmelie diagnostiziert (S. 18 Ziff. 4.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beständen eine Ansatzentzündung am Beckenkamm links, ein Hüftimpinge-

ment links sowie ein Morbus Crohn (Erstdiagnose: 2003; Ziff. 4.2). Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Krankheiten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16 Ziff. 3.3.5). Im internistischen Bereich sei ein Morbus Crohn diagnostiziert worden. Diese Erkrankung sei seit 2003 bekannt. In Folge der bisherigen durchgeführten medikamentösen Therapie habe sich die Symptomatik deutlich gebessert. Die Versicherte habe selber angegeben, sich mit ihrer Darmerkrankung weitgehend abgefunden zu haben. Diesbezüglich bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 11 Ziff. 3.1.1 und S. 19 Ziff. 5). Im somatischen Bereich sei vor allem eine Dysmelie diagnostiziert worden. Bekannt seien Missbildungen am rechten Unterschenkel, wo die Versicherte eine Prothese trage, wie auch am linken Fuss und an der linken Hand. Diesbezüglich sei sie in vieler Hinsicht behindert. Sie sei nicht in der Lage, dauernd stehend zu arbeiten; darüber hinaus sei ihre Gehstrecke eingeschränkt. Ferner bestehe eine Behinderung aufgrund der Missbildung der linken Hand, wo die Versicherte über eine eingeschränkte Greiffunktion verfüge. Ausserdem sei im rheumatologisch-orthopädischen Bereich eine chronische Lumboischialgie festgestellt worden. Diese Erkrankung beruhe einerseits auf leichten degenerativen und statischen Veränderungen, wie auch auf der Fehlhaltung des Achsenorgans als Folge der Dysmelie. Das Hüftimpingement der linken Seite führe zu einer zeitlich verminderten möglichen Sitzdauer wegen auftretenden Schmerzen auf dieser Seite. Diesbezüglich sei jedoch die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 19 Ziff. 5). Zurzeit arbeite die Versicherte als ... im Darüber hinaus möchte sie auch als ... tätig sein. Als ... im ... sei sie in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beruhe auf den erwähnten Missbildungen und Einschränkungen im Bereich der Gehfähigkeit und der linken Hand. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage 50% (S. 20 Ziff. 5). In anderweitigen Tätigkeiten wäre die Versicherte in der Lage, einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit nachzugehen, sofern sie die Möglichkeit habe, häufig aufzustehen und sich zu bewegen. In einer leidensangepassten Arbeit bestünde eine Einschränkung des Rendements von 20% (Ziff. 6).

3.3 Die Verfügung vom 2. Juli 2019 (act. II 312) basiert im Wesentlichen auf dem interdisziplinären Gutachten der MEDAS E. _____ vom 6. Mai 2019 inkl. Teilgutachten (act. II 304.1-304.6). Darin wurden mit Auswirkung

auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende Druckulcera am rechten Unterschenkelstumpf bei vollständiger Anästhesie des rechten Unterschenkels, ein Amnionschnürfurchen-Syndrom mit Befall des rechten Unterschenkels und beider Füsse sowie der linken Hand und ein Morbus Crohn mit rezidivierender entzündlich bedingter Stenosierung im Bereich der Ileozäkalklappe diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom links bei linksbetonten geringgradigen Facettengelenksarthrosen der unteren Lendenwirbelsäule, eine Osteopenie, eine symptomatische Extrasystolie sowie eine rezidivierende Hypokaliämie (Differentialdiagnose: Morbus Crohn, nephrogen; S. 6 Ziff. 4.2). Aus psychiatrischer Sicht sei es gemäss den Angaben der Versicherten in der längeren Vergangenheit zu depressiven Verstimmungen gekommen; seit langem sei dies aber nicht mehr der Fall. Aktuell zeige sie sich in ausgeglichener Stimmung, habe die körperliche Behinderung gut in ihr Selbstbild integriert und für sich angenommen. Sie sei insbesondere auch sichtlich erleichtert und hoffnungsfroh in dem Sinne, dass sie mit dem ...-Studium, das sie derzeit absolviere (sie sei im 4. Semester), vielfältige berufliche Perspektiven habe. Es liege keine psychiatrische Diagnose vor. Aus internistischer Sicht stehe immer noch der Morbus Crohn im Vordergrund. Dieser sei 2005 in Remission unter niedrig dosierter medikamentöser Behandlung gestanden. Spätere Schübe seien mit einer Erhöhung der Medikamentendosis oder anderweitig behandelt worden. Es seien regelmässige endoskopische und bildgebende Verfahren bezüglich einer festgestellten Stenose im terminalen Ileum erfolgt. 2015 sei diesbezüglich keine Indikation für eine Operation oder ein Dilatations-Verfahren gesehen worden. Seither bestehe ein unveränderter Verlauf mit einigen schubartigen Verschlechterungen, die behandelt worden seien. Ansonsten sei 2013 eine symptomatische Extrasystolie kardiologisch abgeklärt worden jedoch ohne pathologischen kardiologischen Befund. Aktuell stehe die Versicherte in einer nephrologischen Abklärung wegen einer rezidivierenden, aktuell aber medikamentös kompensierten Hypokaliämie. Ansonsten sei die Geschichte der Versicherten geprägt durch verschiedene orthopädische Eingriffe wegen des Amnionschnürfurchen-Syndroms. In der orthopädischen Exploration habe sie seitens des Stütz- und Bewegungsapparates rezidivierende Druckstellen am rechten Unterschenkelstumpf durch die Unterschenkelprothese mit Einschränkung der Gehstrecke, gelegentlichen Entzündungen am

Rest des linken Grosszehs, einen „Ischias links und Blockierungen des Iliosakralgelenkes (ISG)“ sowie Schmerzen des linken Kniegelenkes angegeben. Bei der Untersuchung habe eine frei bewegliche Lendenwirbelsäule bestanden. Bei der Seitneigung des Oberkörpers nach rechts seien Schmerzen über dem linken ISG angegeben worden. Hinweise auf eine Reizung lumbaler Nervenwurzeln hätten bei fehlender Schon- und Fehlhaltung, fehlendem paravertebralem Muskelhartspann, vorführbarer Hocke, negativem Zeichen nach Lasègue und Bragard sowie seitengleich auslösbbaren Patellarsehnenreflexen nicht bestanden. Im MRI der Lendenwirbelsäule und der ISG vom 5. März 2018 hätte sich neben einer angeborenen lumbosakralen Übergangsanomalie mit hemilumbalisiertem ersten Sakralwirbelkörper mit reizlosen ISG eine linksseitig betonte, bilaterale, aktivierte, beginnende Facettengelenksarthrose tieflumbal gezeigt. Eine Neurokompression habe nicht vorgelegen. Aktuell beständen klinisch auch keine Hinweise auf eine Reizung des linken Ischiasnervens oder Blockierungen des linken ISG. Die bei der Seitneigung des Oberkörpers nach rechts angegebenen Schmerzen über dem linken ISG seien von orthopädisch-traumatologischer Seite nicht nachvollziehbar, da bei der Seitneigung des Oberkörpers keine Belastungen für die ISG und auch nicht für die linksseitigen Facettengelenke entstünden. Im Bereich der rezidivierenden Druckstellen am rechten Unterschenkelstumpf habe eine vermehrte Schwielenbildung ohne Entzündungszeichen bestanden. Auch am Rest der linken Grosszehe hätten aktuell keine Entzündungen bestanden. In den Berichten ab dem 6. März 2015 werde jedes Mal die Diagnose eines „Status nach“ Druckulcera des rechten Unterschenkels angegeben. Ein potenziell erhöhtes Risiko der Entstehung von Druckulcera im Bereich des rechten Unterschenkels und die angegebene Einschränkung der Gehstrecke seien aufgrund der fehlenden Schutzfunktion bei kompletter Anästhesie des rechten Unterschenkelstumpfes durchaus nachvollziehbar. Die Versicherte sei jedoch an diese Risiken mittels multipler Hilfsmittel und Kompensationsmechanismen inzwischen bestens adaptiert. Dafür spreche auch, dass sich seit dem 6. März 2015 in den Akten keine Berichte über eine notwendige Behandlung vorhandener Druckulcera im Bereich des rechten Unterschenkelstumpfes fänden. Der orthopädisch-traumatologische Untersuchungsbe fund des reizlosen, frei beweglichen und stabilen linken Kniegelenkes "sei vollkommen regelrecht" gewesen. Auch im MRI des linken Kniegelenkes

vom 6. April 2018 hätten in Übereinstimmung mit dem hier erhobenen regulären Untersuchungsbefund nur leichtgradige degenerative Veränderungen bestanden. Einschränkungen lägen auch aufgrund der angeborenen Fehlbildungen der linken Hand mit teilweiser operativer Korrektur vor. An der linken Hand sei im Bereich des linken Daumens nur der erste Mittelhandknochen vorhanden, jedoch keine Grund- und Endphalanx. Der linke Zeigefinger fehle. Der Mittelfinger sei versteift und sei ohne Sensibilität bei Status nach Transplantation des Metacarpale 2 auf die Grundphalanx des Mittelfingers. Am linken Ringfinger schnappe die Strecksehne am Metacarpaleköpfchen bei Bewegung. Der normal ausgebildete linke Kleinfinger würde manchmal kribbeln. Die Versicherte sei mit adäquater Handorthese für den Alltag versorgt. Auch bestehe inzwischen eine gute Adaption an die Einschränkungen der linken Hand, die sich z.B. beim flüssigen Gebrauch beim Ent- und Bekleiden zeigten. Aus orthopädisch-traumatologischer Seite könne seit dem 6. März 2015 keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes festgestellt werden (S. 4 ff. Ziff. 4.1). Zusammenfassend kamen die Gutachter der MEDAS E. _____ zum Schluss, seit dem 6. März 2015 habe sich weder aus internistischer noch aus psychiatrischer oder orthopädischer Sicht eine Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben (S. 8 Ziff. 1), aus psychiatrischer und orthopädischer Sicht auch nicht in Bezug auf die Befunde und Diagnosen. Aus internistischer Sicht sei ebenfalls von einem unveränderten Verlauf auszugehen mit Ausnahme einiger passagerer schubartiger Verschlechterungen, die mit Steroidstößen behandelt worden seien (Ziff. 2). Was die Arbeitsfähigkeit betreffe habe sich psychiatrisch und orthopädisch keine Veränderung ergeben, internistisch ebenfalls keine grundsätzliche Veränderung, ausser während der schubartigen Verschlechterungen des Morbus Crohn (Ziff. 4). Der Versicherten seien körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten mit nur gelegentlichem Gehen und Stehen ohne hochqualitative Anforderungen an die Greiffunktion der linken Hand zumutbar. Erforderlich sei ein Toilettenzugang. Auch sollte keine Anforderung einer Dauerpräsenz und nur eingeschränkter Publikumsverkehr vorliegen (S. 7 Ziff. 4.5). In der bisherigen Tätigkeit bestehe seit dem 6. März 2015 eine 40%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (4.25 Stunden täglich mit einer zusätzlichen Leistungsminderung von 20%; Ziff. 4.7). Die zeitliche Einschränkung sei orthopädisch begründet, die zusätzliche Leistungsminderung internistisch. Dies ergebe

integral eine Arbeitsfähigkeit von 40%. In einer leidensangepassten Tätigkeit werde orthopädisch und internistisch eine Leistungsminderung von 20% gesehen bei jeweils möglichem vollen Pensum. Die Arbeitsunfähigkeiten aufgrund der genannten Leistungsminderung würden sich aber nicht addieren. Damit bestehe in einer leidensangepassten Tätigkeit eine integrale Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% (Ziff. 4.8 f.).

3.4 Das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS E. _____ vom 6. Mai 2019 inkl. Teilgutachten (act. II 304.1-304.6) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 2.5 hiervor). Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend, und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Dem interdisziplinären Gutachten kommt damit voller Beweiswert zu und es ist in der Folge darauf abzustellen; namentlich auch insoweit, als sich gemäss den Gutachtern seit der ursprünglichen Rentenzusprache am 24. April 2009 keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes ergeben hat, die geeignet wäre, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.3.1 hiervor). Daran ändern auch die punktuell nicht restlos überzeugenden Ausführungen – bzw. allenfalls sogar Missschreibungen – der orthopädischen Gutachterin in Bezug auf den rechten Fuss(-stumpf) nichts (vgl. act. II 304.3 S. 8, gerügt in der Beschwerde S. 11 f. unter Hinweis auf den «Unterschenkelstumpf»). Bei der Beschwerdeführerin liegt eine Amputation *im Mittelfuss* vor (act. II 254. S. 65), d.h. den Puls am hinteren Teil des Fusses (Ferse) konnte Dr. med. F. _____ offenbar fühlen, auch wenn Dr. G. _____ (Spital H. _____, act. II 254 S. 66) am 9. Februar 2017 am rechten Unterschenkel eine verminderte Durchblutung feststellte. Dass allerdings ein eigentlicher Zehenspitzenstand im Einbeinstand rechts möglich sein soll (allenfalls mit Prothese) erstaunt zumindest. Letztlich ist dies und ebenso die Frage, wie tief allenfalls die Hocke möglich gewesen sein soll, allerdings hinsichtlich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bzw. namentlich bezüglich der Frage einer *allfälligen Veränderung* seit der Erstbegutachtung, nicht relevant (vgl.

auch nachfolgend E. 3.4.3 letzter Teil). Auch der Umstand, dass das Gutachten als Referenzzeitpunkt fälschlicherweise den 6. März 2015 und nicht den 24. April 2009 angibt, vermag aufgrund der Ausführungen im Gutachten und den übrigen Akten den Beweiswert des Gutachtens weder zu schmälern noch eine wesentliche Veränderung seit dem massgebenden Vergleichszeitpunkt vom April 2009 zu belegen. Ebenso wenig vermögen die Vorbringen der Beschwerdeführerin – wie nachfolgend dargelegt – daran etwas zu ändern.

3.4.1 Soweit die Beschwerdeführerin eine psychische Verschlechterung des Gesundheitszustandes postuliert (Beschwerde S. 9 Ziff. 17, S. 10 Ziff. 19.1), ist ihr nicht zu folgen. Anlässlich der psychiatrischen Exploration der MEDAS C. _____ im Juni 2008 kam der psychiatrische Gutachter zum Schluss, dass sich bei der Beschwerdeführerin keine psychische Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren lässt (act. IIA 47 S. 16 Ziff. 3.3.5). Daran hat sich in der Zwischenzeit nichts geändert und es ist gestützt auf das Gutachten der MEDAS E. _____ davon auszugehen, dass auch weiterhin keinerlei psychiatrische Diagnosen vorliegen (act. II 304.1 S. 4 Ziff. 4.1) und sie aus psychiatrischer Sicht zu 100% arbeits- und leistungsfähig ist (act. II 304.2 S. 9 f. Ziff. 8). Was sie dagegen vorbringt, überzeugt nicht. Auch wenn im Gutachten der MEDAS E. _____ nicht explizit auf den Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. I. _____, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. November 2018 (act. II 275) eingegangen wird, lag sein Bericht den Gutachtern vor und war ihnen daher bekannt (act. II 304.1 S. 43 f. Ziff. 175). Eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Bericht des behandelnden Psychiaters erübrigte sich jedoch aufgrund der nachfolgenden Ausführungen: Bereits im Februar 2009 und damit noch vor der rentenzusprechenden Verfügung vom 24. April 2009 wurde bei Dr. med. I. _____ eine psychiatrische Behandlung begonnen (act. IIA 112 S. 2 Ziff. 1.2). Dieser diagnostizierte eine seit Februar 2009 bestehende Anpassungsstörung (Ziff. 1.1). Damit vermag der Einwand der Beschwerdeführerin, neu bestehe eine Anpassungsstörung (Beschwerde S. 9 Ziff. 17), nicht zu überzeugen und der Umstand, dass im Gutachten der MEDAS C. _____ noch keine psychiatrische Diagnose aufgelistet wurde, stellt noch keine Änderung im Gesundheitszu-

stand dar, ist doch nicht massgebend, wie sich der Gesundheitszustand seit dem Gutachten der MEDAS C. _____ vom 9. September 2008, sondern seit der Rentenzusprechung am 24. April 2009 verändert hat. Nicht nachvollziehbar ist, dass Dr. med. I. _____ in den Berichten vom 22. August 2011 und 2. November 2018 die Anpassungsstörung unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auflistete (act. IIA 112 S. 2 Ziff. 1.1, act. II 275 S. 2 Ziff. 3), gab er doch in den beiden Berichten wie auch jenem vom 11. August 2015 (act. IIA 184) explizit an, keine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht attestiert zu haben (act. IIA 112 S. 3 Ziff. 1.6, 184 S. 3, act. 275 S. 3 Ziff. 11). Weiter postulierte er im Verlaufsbericht vom 2. November 2018 (act. II 275) ausdrücklich einen stationären Gesundheitszustand, verneinte eine Veränderung in der Diagnosestellung (S. 2 Ziff. 1 f.), legte dar, die Befunde der Anpassungsstörung seien nicht objektivierbar (Ziff. 6), und vertrat die Meinung, eine Anpassungsstörung bewirke in der Regel keine Arbeitsunfähigkeit, reduziere aber die kognitive Leistungsfähigkeit in einem Ausmass, das von ihm nicht genauer bestimmt werden könne (S. 3 Ziff. 12). Bezüglich der kognitiven Ressourcen konnten anlässlich der Begutachtung der MEDAS E. _____ jedoch keine Einschränkungen festgestellt werden (act. II 304.2 S. 50 f. Ziff. 4.3). Zudem spricht auch der Umstand, dass nur ca. ein Mal im Monat (act. II 275 S. 2 Ziff. 7) bzw. – gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin – sogar nur alle zwei bis drei Monate eine Sitzung bei Dr. med. I. _____ stattfindet (act. II 340.2 S. 3 und 5 Ziff. 3.2) und keine psychopharmakologische Medikation erfolgt (act. II 275 S. 2 Ziff. 8 und 340.2 S. 5), gegen das Bestehen eines relevanten psychischen Leidens und vermag dies die Verneinung eines solchen durch die Gutachter nicht in Frage zu stellen. Das sich der psychische Gesundheitszustand seit 24. April 2009 nicht verändert hat, steht denn auch in Übereinstimmung mit den Aussagen der Beschwerdeführerin. So gab sie anlässlich des von der Beschwerdegegnerin im Juni 2011 (act. IIA 101) und Juni 2014 (act. IIA 150) von Amtes wegen in die Wege geleiteten Rentenrevisionsverfahrens wie auch dem jetzigen Revisionsverfahren (act. II 247) aus psychischer Sicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes an. Was die Stellungnahmen von Dr. med. J. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, zum psychischen Zustand betreffen (act. IIA 121, 254), vermögen diese den Beweiswert des Gutachtens der MEDAS E. _____ ebenfalls nicht zu schmälern. Denn sie

ist als Allgemeinärztin nicht befähigt, die fachärztliche Beurteilung des Psychiaters der MEDAS E._____ zu entkräften (vgl. u.a. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 13. November 2018, 8C_584/2018, E. 4.1.1.2). Zusammenfassend ist damit erstellt, dass seit der erstmaligen Rentenzusprechung 2009 aus psychiatrischer Sicht keine Änderung eingetreten ist.

3.4.2 Soweit die Beschwerdeführerin aus internistischer Sicht eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit April 2009 postuliert (Beschwerde S. 7 ff. Ziff. 15 ff.), ist ihr ebenfalls nicht zu folgen.

Aus internistischer Sicht wurde im Gutachten der MEDAS C._____ vom 9. September 2008 (act. II 47) ein Morbus Crohn diagnostiziert (Erstdiagnose: 2003; S. 11 Ziff. 3.1.1). In Folge der durchgeführten medikamentösen Therapie habe sich die Symptomatik gebessert; ihr wurde keine Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit beigemessen (S. 18 Ziff. 5). Diesbezüglich hat sich der Gesundheitszustand seither nicht wesentlich verändert. So legte der internistische Gutachter der MEDAS E._____ dar, dass der Verlauf seit 2003 durch immer wieder auftretende Entzündungsschübe geprägt sei, die aber bisher gut hätten behandelt werden können. Einschränkungen hätten sich bisher vor allem wegen einer gewissen Obstruktions-Symptomatik und der damit im Zusammenhang stehenden Obstipation ergeben (S. 7 Ziff. 7.2). Der Morbus Crohn – so der Gutachter – hätte bisher kaum zu Einschränkungen des Aktivitätsniveaus geführt. Die geklagten Symptome resp. Funktionseinbussen seien plausibel (S. 8 Ziff. 7.3) bzw. der Morbus Crohn habe – wenn überhaupt – höchstens zu einer leichten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt (Ziff. 7.4). Der Beschwerdeführerin sei die bisherige Tätigkeit wie auch eine leidensangepasste Tätigkeit aus internistischer Sicht an 8.5 Stunden pro Tag zumutbar; vermehrte Absenzen bei der schubweise verlaufenden Krankheit seien möglich. Es bestehe eine Leistungseinschränkung von 20% wegen Nausea und Abdominalschmerzen (S. 8 f. Ziff. 8). Soweit der internistische Gutachter der MEDAS E._____ (neu) eine Einschränkung des Morbus Crohn attestiert, ist damit keine Veränderung im Verhältnis zu 2009 erstellt. Denn die diesbezüglichen Beschwerden bestanden bereits anlässlich der Rentenzusprache 2009 (act. IIA 43, 47 S. 8 Ziff. 2.3, S. 10 Ziff. 2.6 und S. 15 Ziff. 21) und auch bereits davor (2003: act. IIA 24/5). Eine seither eingetre-

tene relevante Verschlechterung ist den Akten nicht zu entnehmen. Damit handelt es sich diesbezüglich um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes, der revisionsrechtlich unerheblich ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Der Gutachter postuliert denn auch selbst einen unveränderten Sachverhalt (act. II 304.5 S. 10 Ziff. 2). Soweit die einzelnen Schübe zu einer vorübergehenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit geführt haben sollten, wären sie revisionsrechtlich ebenfalls nicht massgebend, da sie jeweils behandelt wurden, sich in der Folge besserten und keine Hinweise vorliegen, dass die einzelnen Schübe ohne wesentlichen Unterbruch länger als drei Monate gedauert hätten (vgl. E. 2.3.4. hiervor). Auch den übrigen Akten ist bezüglich des Morbus Crohn keine massgebende Verschlechterung zu entnehmen. So wurde nach der Rentenzusprechung 2009 auch von der Hausärztin trotz Angabe anhaltender abdomineller Beschwerden mit Bauchschmerzen und Stuhlunregelmässigkeiten, welche im Sinne der schubweisen Krankheit zu sehen sind, ein stationärer Gesundheitszustand attestiert und dem Morbus Crohn keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (act. IIA 91/5, 119). Erstmals mass sie dem Morbus Crohn im Verlaufsbericht vom 15. Mai 2018 (act. II 254/2) eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei. Sie gab aber diesbezüglich weder konkrete Befunde an, noch erläuterte sie eine entsprechend postulierte Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Auch im Bericht der Gastroenterologie K. _____ vom 19. März 2014 (act. II 254/126) wurde von einem recht stabilen Verlauf der Krankheit gesprochen. Weiter wurde im Bericht der L. _____ vom 1. Juli 2015 (act. II 254/103) dargelegt, dass sich die nicht passierbare u.a. aktuell im Vordergrund stehende Stenose im terminalen Ileum in den letzten Jahren aufgrund der MRI-Bilder nicht relevant verändert habe. Intermittierend komme es aber doch häufiger als früher zu einer Subileussyptomatik. Bisher habe sich diese aber immer wieder spontan gelöst unter therapeutischer Behandlung. Eine relevante Verschlechterung ist damit nicht erstellt, zumal im Bericht des R. _____ vom 14. September 2015 (act. II 254/100) postuliert wurde, dass es der Beschwerdeführerin von Seiten des Darmes unter Therapie sehr gut gehe und sie eine Reise nach ... plane. Auch dem Bericht desselben Spitals vom 29. August 2016 (act. II 254/77) kann bezüglich Morbus Crohn ein wechselnder aber im Resultat doch stationärer Verlauf

entnommen werden, indem darin zum Teil etwas mehr und zum Teil etwas weniger Beschwerden genannt werden. Weiter wurde im MRI des Dünndarms vom 21. Juni 2017 (act. II 254/83) im Vergleich zu 2015 eine ähnliche Situation vorgefunden. Dass die Erkrankung schubweise auftritt und alsdann wieder bessert, ist auch den Berichten von Dr. med. M._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Gastroenterologie, der Gastroenterologie N._____ u.a. vom 14. Juni 2017 (act. II 254/48), 20. Juli 2017 (act. II 254/46), 21. Dezember 2017 (act. II 254/31), 29. März 2018 (act. II 254/13), 15. August 2018 (act. II 261/3) und vom 13. September 2018 (act. II 268/6) zu entnehmen, wo immer wieder von Krankheitsschüben und sich danach einstellenden Verbesserungen gesprochen wird. Dr. med. M._____ gab denn im teilweise unleserlichen Bericht vom 27. September 2018 (act. II 268 S. 1 Ziff. 1.3) selbst an, keine Arbeitsunfähigkeit attestiert zu haben. Schlussendlich vermerkte die Beschwerdeführerin selbst in den Revisionsfragebogen vom 9 Juni 2011 (act. IIA 101), 10. Juni 2014 (act. IIA 150) und 30. März 2018 (act. II 247) keine Verschlechterung in Bezug auf den Morbus Crohn. Damit ist erstellt, dass auch diesbezüglich seit 2009 keine wesentliche Verschlechterung eingetreten ist.

Soweit die Beschwerdeführerin in Bezug auf die Kardiologie (Herzrhythmusstörungen) eine massgebliche Veränderung zu 2009 als erstellt erachtet (vgl. Beschwerde S. 8 Ziff. 16), dringt sie nicht durch. Der internistische Gutachter der MEDAS E._____ stufte die symptomatische Extrasystolie (normal dimensionierte Herzhöhlen, normale biventrikuläre systolische Funktion, keine relevante Klappen-Dysfunktionen, Untersuchungen 2013) bei den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein (act. II 304.5 S. 7 Ziff. 6) und kam zum überzeugenden Schluss, die Krankheit seit zurzeit wenig störend (act. II 304.5 S. 7 Ziff. 7.2). Dass die Hausärztin Dr. med. J._____ den Herzbeschwerden einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimass (vgl. Bericht vom 15. Mai 2018 [act. II 254]), überzeugt nicht, zumal sie bei den aktuellen Symptomen bzw. dem aktuellen Zustand nur „Herzklopfen“ angab und bei den Einschränkungen im Beruf keine Ausführungen machte. Auch den übrigen kardiologischen Berichten (vgl. u.a. Bericht der Spital N._____ vom 27. Juni 2016 [act. II 254/79]) sind keine Anhaltspunkte zu entnehmen, dass die Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus kardiologischer Sicht eingeschränkt wäre. Im Bericht der Kardiologie

O._____ vom 20. März 2013 (act. II 254/140) wurde gar ausgeführt, relevante Rhythmusstörungen hätten nicht nachgewiesen werden können.

Zusammenfassend ist damit ist erstellt, dass seit der erstmaligen Rentenzusprechung 2009 aus internistischer Sicht keine Änderung eingetreten ist.

3.4.3 Was den rheumatologischen bzw. orthopädischen Bereich betrifft, gingen die Gutachter im Gutachten der MEDAS C._____ vom 9. September 2008 (act. IIA 47) davon aus, die Beschwerdeführerin sei in der ausgeführten Tätigkeit als ... aufgrund der Missbildungen und Einschränkungen im Bereich der Gehfähigkeit und der linken Hand zu 50% arbeitsfähig. In einer leidensangepassten Arbeit, welche vorwiegend sitzend ausgeführt werde und sie die Möglichkeit habe, häufig aufzustehen und sich zu bewegen, sei sie unter Berücksichtigung der zusätzlich vorhandenen Einschränkung an der linken Hand zu 80% arbeitsfähig (act. IIA 47 S. 20 Ziff. 5 f.). Aufgrund der Feststellungen im orthopädisch-traumatologischen Teलगutachten vom 26. März 2019 der MEDAS E._____ (act. II 304.3) ist seit der Erstbegutachtung auch diesbezüglich keine wesentliche Änderung eingetreten, welche geeignet wäre, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (S. 12 Ziff. 7.3). Die diesen Schlussfolgerungen widersprechenden ärztlichen Berichte wie auch die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwände (Beschwerde S. 7 ff. Ziff. 16 ff.) lassen keinen anderen Schluss zu.

In der Zeit nach der Rentenzusprache berichtete die behandelnde Hausärztin Dr. med. J._____ (vgl. Verlaufsberichte vom 12. April 2010 [act. IIA 91/5] und 30. Januar 2012 [act. IIA 119]) wie auch die Beschwerdeführerin selbst (Fragebogen vom 9. Juni 2011 [act. IIA 101]) jeweils von einem stationären Gesundheitszustand. Dass Letztere im Fragebogen vom 10. Juni 2014 (act. IIA 150) angab, der Gesundheitszustand habe sich am „Prothesenbein“ „teils“ verschlechtert, ändert daran nichts, liegen doch keine fachärztlichen Berichte dieser Zeit vor, welche eine solche Verschlechterung mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit belegen. Erst im Bericht der Klinik P._____, Technische Orthopädie vom 13. Februar 2017 (act. IIA 218) wurde fachärztlich eine zunehmend schwieriger versorgbare Situation am Unterschenkel rechts postuliert. Es wurde von einem Mehraufwand berichtet, nicht jedoch über eine Auswirkung auf die Arbeits-

und Leistungsfähigkeit. Im Schreiben vom 12. August 2017 (act. II 235/2) berichtete die Beschwerdeführerin über Druckstellenprobleme am Prothesenbein. Die Stumpfprobleme heilten in der Folge jedoch wieder ab (vgl. Bericht des Spitals Q. _____ vom 25. Januar 2018 [act. II 238/5]). Im Bericht der Klinik P. _____ vom 29. Mai 2018 (act. II 254/7) wurde das weitere Procedere bei schwierigen orthoprothetischen Versorgungsverhältnissen (bei drei unterschiedlichen Varianten) diskutiert. Weiter wurde ein reizloser Stumpf ohne Ödem und geschlossenen Hautverhältnissen ohne Infektzeichen festgestellt. Eine Verschlechterung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit wegen des rechten Unterschenkels wurde nicht angegeben. Eine solche kann auch dem hausärztlichen Bericht von Dr. med. J. _____ vom 15. Mai 2018 (act. IIA 254) nicht entnommen werden, welcher ebenfalls von unveränderten Problemen mit der Prothese am rechten Unterschenkel mit Druckstellen sprach (S. 2 Ziff. 4). Im Bericht des Spitals Q. _____ vom 27. September 2018 (act. II 267/2) wurde sodann dargelegt, nach prothetischer Neuversorgung sei der Unterschenkel ruhig und ohne Druckstellen. Der Bericht der Klinik P. _____ vom 16. November 2018 (act. II 281/10) ändert daran nichts. Die nach längerem Gehen entstehenden Druckstellen und nach längerer Belastung auftretenden offenen Stellen (S. 11 Ziff. 2.2) waren bereits früher bekannt, ebenfalls die eingeschränkte Gehstrecke und Stehdauer (S. 12 Ziff. 3.4). Die Klinik führte denn auch selbst aus, keine Arbeitsunfähigkeit attestiert zu haben, es werde aber aufgrund der multifaktoriellen Genese die von der Hausärztin attestierte Arbeitsunfähigkeit von 80% unterstützt. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass den Berichten von Dr. med. J. _____ nach der Rentenzusprache 2009 nie eine attestierte Arbeitsunfähigkeit von 80% zu entnehmen ist. Zudem vermöchte ihre Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit als Allgemeinmedizinerin die orthopädische fachmedizinische Einschätzung der MEDAS E. _____ nicht zu entkräften (BGer 8C_584/2018, E. 4.1.1.2; vgl. auch E. 3.5.1 hiervor). Was weiter gegen eine Veränderung spricht, ist der Hinweis im Gutachten der MEDAS E. _____ (act. II 304.1), dass die Beschwerdeführerin an das Risiko der Entstehung von Druckulcera im Bereich des rechten Unterschenkels mittels multipler Hilfsmittel und Kompensationsmechanismen inzwischen bestens adaptiert sei und in den Akten keine Berichte über diesbezüglich notwendige Behandlungen in den letzten Jahren zu finden seien (S. 5 Ziff. 4.1). Daran

ändert weder der Umstand, dass die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben die Wunde stets selber behandelt habe (vgl. Beschwerde S. 11 Ziff. 19.2), noch ihr Hinweis auf einen wegen des Gewichtsverlusts durch den Morbus Crohn bedingten weniger guten Sitzes der Prothese (Beschwerde S. 13 Ziff. 21) und den verstärkten Bemühungen zur Wundheilung am Beinstumpf rechts, etwas.

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, aufgrund des neu vorliegenden schmerzbelastenden Zustandes am kleinen Finger der linken Hand, sei eine massgebende Verschlechterung des Gesundheitszustandes erstellt (Beschwerde S. 9 Ziff. 17), dringt sie ebenfalls nicht durch. Im orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten der MEDAS E. _____ (act. II 304.3) wurden die geklagten Einschränkungen an der linken Hand umfassend gewürdigt. Die Gutachterin kam zum überzeugenden Schluss, seit der Erstbegutachtung sei keine relevante Veränderung des Gesundheitszustands an der linken Hand eingetreten, die Beschwerdeführerin sei mit adäquaten Handorthesen für den Alltag versorgt und inzwischen bestehe eine gute Adaption an die Einschränkungen der linken Hand, was sie z.B. beim flüssigen Gebrauch beim Ent- und Bekleiden zeige (S. 9 Ziff. 6, S. 12 Ziff. 7.3). Auch wurden bei der orthopädischen Begutachtung bezüglich des linken Kleinfingers keine Beschwerden angegeben und es bestand kein objektivierbares pathologisches Korrelat (S. 11 Ziff. 7.2). Die Gutachterin der MEDAS E. _____ berücksichtigte jedoch wie bereits der Gutachter der MEDAS C. _____ im Jahr 2008 Einschränkungen an der linken Hand und kam zum Schluss, hochqualitative Anforderungen an die Greiffunktion der linken Hand seien nicht zumutbar (S. 13 Ziff. 8). An dieser Beurteilung vermögen die übrigen medizinischen Berichte nichts zu ändern. So sind dem Bericht der Hausärztin Dr. med. J. _____ vom 15. Mai 2018 (act. II 254) in Bezug auf den linken Kleinfinger keine Befunde zu entnehmen, geschweige denn solche, welche eine Verschlechterung im Vergleich zu 2009 zu begründen vermöchten. In den übrigen Berichten (vgl. u.a. Bericht der Klinik P. _____ vom 7. April 2017 [act. II 254/52] und vom 16. November 2018 [act. II 281/10] sowie des Spitals Q. _____ vom 6. Juni 2017 [act. II 254/49], vom 21. August 2017 [act. II 254/38], vom 10. November 2017 [act. II 254/33] sowie vom 25. Januar 2018 [act. II 238/5]) wird zwar angegeben, es sei zu Handproblemen auf der linken Seite gekommen. Die

Handprobleme bestanden jedoch bereits bei der Rentenzusprache 2009 (vgl. u.a. act. IIA 47) und eine Verschlechterung, zumindest eine mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit, kann den Berichten ebenfalls nicht entnommen werden. Vielmehr wird darin ausgeführt, dass es durch Cortisoninfiltrationen zu einer Schmerzlinderung gekommen sei und die Handbeschwerden belastungsabhängig aufträten, d.h. wegen der Gehstockbenutzung aufgrund von Stumpfproblemen. Diesbezüglich ist jedoch – wie im Abschnitt hiavor dargelegt – keine Veränderung seit 2009 erstellt, welche geeignet wäre, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Das Gleiche hat in Bezug auf die Handprobleme zu gelten.

Weiter vermag das Vorbringen der Beschwerdeführerin, die Gehstrecke sei deutlich reduziert, Stehen nur kurz möglich, und längeres Sitzen führe zu Rückenschmerzen (vgl. Beschwerde S. 9 Ziff. 17), keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes zu begründen. Die Einschränkung der Gehstrecke und der Stehdauer waren bereits anlässlich der Begutachtung 2008 der MEDAS C._____ bekannt, ebenfalls die Rückenschmerzen (act. IIA 47 S. 11 f. Ziff. 3.2.1 f.). Anlässlich der orthopädischen Exploration in der MEDAS E._____ klagte die Beschwerdeführerin über einen zeitweisen „Ischias links“ sowie Blockierungen des linken ISG (act. II 304.3 S. 3 Ziff. 3.2). Bei der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung habe allerdings – so die Teilgutachterin – eine frei bewegliche Lendenwirbelsäule bestanden. Bei der "Seitneigung" des Oberkörpers nach rechts seien Schmerzen über dem linken ISG angegeben worden. Hinweise auf eine Reizung lumbaler Nervenwurzeln hätten nicht bestanden. Im MRI der Lendenwirbelsäule und des ISG vom 5. März 2018 hätte sich neben einer angeborenen lumbosakrale Übergangsanomalie mit hemilumbalisiertem SWK 1 mit reizlosem ISG eine linksseitig betonte, bilateral aktivierte, beginnende Facettengelenksarthrose tieflumbal gezeigt. Eine Neurokompression habe nicht bestanden; aktuell bestünden auch klinisch keine Hinweise auf eine Reizung des linken Ischiasnerves oder Blockierungen des linken ISG. Die bei der "Seitneigung" des Oberkörpers nach rechts angegebenen Schmerzen über dem linken ISG beurteilte die Teilgutachterin als von orthopädisch-traumatologischer Seite her nicht nachvollziehbar, da bei der "Seitneigung" des Oberkörpers keine Belastungen für das ISG und auch nicht

für die linksseitigen Facettengelenke entstünden (S. 8 f. Ziff. 6). Die Gutachterin kam zum überzeugenden Schluss, dass seit der letzten Begutachtung 2008 keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (S. 12 Ziff. 7.3). Dass sie den Rückenbeschwerden im Gegensatz zur Begutachtung 2008 nun keinen Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (mehr) beimass (S. 10 Ziff. 6), begründet keine Veränderung, zumal eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bei im Wesentlichen unverändertem Gesundheitszustand per se keinen Revisionsgrund darstellt (vgl. Entscheid des BGer vom 25. April 2016, 9C_894/2015, E. 5.1). Auch die bereits unter E. 3.4 erwähnten, nicht restlos überzeugenden Ausführungen der Gutachterin betreffend Zehenspitzenstand rechts u.s.w. sind hinsichtlich der Frage einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustands nicht relevant. An der fehlenden Veränderung seit 2009 vermögen auch die übrigen medizinischen Berichte nichts zu ändern. Dem Bericht von Dr. med. J. _____ vom 12. April 2010 (act. IIA 91/5) sind keine Veränderungen betreffend die Gehstrecke, die Stehdauer oder die Rückenschmerzen zu entnehmen; ebenfalls nicht dem Bericht des Schmerzzentrums Zofingen vom 9. März 2011 (act. IIA 119/8). Die Hausärztin sprach im Verlaufsbericht vom 30. Januar 2012 (act. IIA 119/1) vielmehr von einem stationären Verlauf, was von der Beschwerdeführerin im Fragebogen vom 10. Juni 2014 (act. IIA 150) bestätigt wurde, und soweit diesbezüglich eine Verschlechterung geltend gemacht wurde, wäre eine solche auf die Beschwerden am Prothesenbein bezogen (vgl. diesbezüglich die Ausführungen hiervor). Im MRI der LWS vom 9. Juli 2014 (act. II 254/120) wurde denn auch von einem Zustand ohne wesentliche Befundverschlechterung im Vergleich zum Dezember 2001 ausgegangen.

3.4.4 Zusammenfassend ist erstellt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der erstmaligen Rentenzusprache 2009 nicht wesentlich verändert hat. Dass RAD-Arzt Dr. med. D. _____ im Bericht vom 28. August 2018 (act. II 256) zum Schluss kam, eine wesentliche Verschlechterung seit der Rentenzusprache sei glaubhaft gemacht worden (vgl. auch Beschwerde S. 10 Ziff. 18), ändert daran nichts, ist doch das Glaubhaftmachen einer Veränderung lediglich Voraussetzung, damit die Verwaltung auf das Neuanmeldungs-gesuch eintritt und in der Folge prüft,

ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198).

3.5 Soweit die Beschwerdeführerin einen erwerblichen Revisionsgrund geltend macht (Beschwerde S. 2 ff. Ziff. 1 ff.), dringt sie ebenfalls nicht durch. Bezüglich des Valideneinkommens (damalige Ermittlung nach Art. 26 Abs. 1 IVV) hat sich seit der Verfügung vom 24. April 2009 (act. IIA 60 und 56/3) – als die Ausbildung bereits rund zwei Jahre abgeschlossen und sie über 30-jährig war – nichts verändert. Dass die Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprechung jahrelang als ... gearbeitet hat (Beschwerde S. 3 Ziff. 3), ändert nichts daran, dass sie bereits zu Beginn ihrer Ausbildung invalid war und sie mit dieser Ausbildung – weil ihr auf der angestammten Tätigkeit lediglich ein Teilzeitpensum zumutbar war – nicht dieselben Verdienstmöglichkeiten realisieren konnte wie eine nichtbehinderte Person mit derselben Ausbildung (vgl. Rz. 3035 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]). Entgegen der Beschwerdeführerin führt die zwischenzeitlich erworbene, jahrelange Berufserfahrung folglich nicht dazu, dass Art. 26 Abs. 1 IVV für die Bestimmung des Valideneinkommens nicht mehr anwendbar wäre. Ohne Revisionsgrund ist diesbezüglich keine Neuevaluation vorzunehmen. Was das Invalideneinkommen betrifft, ist ebenfalls von keinem Revisionsgrund auszugehen. Die Beschwerdegegnerin stellte mit Verfügung vom 24. April 2009 (act. IIA 60 und 56/3) rechtskräftig fest, dass die Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% in einer leidensangepassten Tätigkeit im Stande ist, ein jährliches Einkommen von Fr. 42'753.-- zu erzielen (ausgehend von der Tabelle TA1 der LSE 2006, Totalwert, Frauen, Anforderungsniveau 3). Sie verwertete in der Folge jedoch ihre Restarbeitsfähigkeit nur ungenügend und erzielte – selbst bei Nichtberücksichtigung der Nominallohnentwicklung – nie ein jährliches Einkommen in dieser Höhe, maximal ein solches, welches mindestens Fr. 10'000.-- darunter liegt (act. II 246). Aufgrund des Umstandes, dass das Invalideneinkommen ursprünglich aufgrund der LSE-Zahlen bestimmt wurde, ist auch nicht massgebend, dass der Beschwerdeführerin ihre Stelle als ... gekündigt wurde bzw. sie schlussendlich selber kündigte. Nach dem Dargelegten liegt auch kein erwerblicher Revisionsgrund vor.

3.6 Zusammenfassend ist erstellt, dass seit der Verfügung vom 24. April 2009 (act. IIA 60) hinsichtlich der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse keine von der Invalidenversicherung zu berücksichtigende wesentliche Veränderung eingetreten ist. Damit ist eine Neuberechnung des Invaliditätsgrades nicht zulässig und die Beschwerdeführerin hat weiterhin Anspruch auf eine Viertelsrente. Somit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 2. Juli 2019 (act. II 312) im Ergebnis als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG (in der bis 31. Dezember 2020 gültigen Fassung) 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 in der Höhe von Fr. 1'000.-- geleisteten Kostenvorschuss entnommen; die Restanz von Fr. 200.-- wird der Beschwerdeführerin nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

4.2 Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und in diesem Umfang dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen. Die Restanz von Fr. 200.-- wird der Beschwerdeführerin nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt 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.