

200 20 605 IV
JAP/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. März 2021

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. Juni 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1985 geborene A. _____ (vormals ...; nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Mai 2014 unter Hinweis auf eine sensorisch inkomplette Paraplegie bei der IV-Stelle C. _____ zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin; act. II] 2, 9.3). Diese, bzw. die IVB im Sinne einer Verwaltungshilfe (Akten der IVB [act. IIA] 77.1), tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere gestützt auf die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 14. Juli 2016 (Akten der IVB [act. IIF] 169) und 8. Mai 2017 (Akten der IVB [act. IIJ] 205), die Abklärungsberichte Haushalt/Erwerb vom 9. August 2016 (act. IIF 174/2) und 19. September 2016 (Akten der IVB [act. IIH 182/2]) sowie die Stellungnahmen des Abklärungsdienstes vom 14. Juni 2017 (act. IIJ 216/2) und 5. Juli 2017 (act. IIJ 219/2) sprach die IV-Stelle C. _____ der Versicherten mit Verfügung vom 24. November 2017 (act. IIJ 241/2) bei einem in Anwendung der gemischten Methode (70% Erwerb, 30% Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad von 50% eine halbe Invalidenrente ab dem 1. Januar 2015 zu.

B.

Infolge Wohnsitznahme im Kanton Bern überwies die IV-Stelle C. _____ am 9. April 2018 (act. IIJ 244) die Akten an die IVB. Nachdem per 1. Januar 2018 für die Invaliditätsbemessung Teilerwerbstätiger mit Aufgabenbereich ein neues Berechnungsmodell eingeführt worden war (vgl. hierzu Art. 27^{bis} Abs. 2-4 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; IV-Rundschreiben Nr. 372 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] vom 9. Januar 2018), stellte die IVB der Versicherten in Aussicht, da das neue Berechnungsmodell keine Auswirkung auf ihren Rentenanspruch habe, werde bei einem Invaliditätsgrad von neu 59% weiter die bisherige halbe Invalidenrente ausgerichtet (vgl. Mitteilung vom 4. Mai 2018 [act. IIJ 252] und Vorbescheid vom 31. Mai 2018 [act. IIJ 259]).

Nach hiergegen erhobenem Einwand (act. IJ 267) tätigte die IVB weitere Abklärungen. Insbesondere veranlasste sie in der D._____ GmbH (MEDAS) eine polydisziplinäre Begutachtung (interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 24. März 2020 inkl. Teilgutachten [Akten der IVB {act. IJK 349.1-349.7}]). Nach erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. IJK 350) entschied die IVB mit Verfügung vom 16. Juni 2020 (act. IJK 354), da sich die gesundheitliche Situation der Versicherte nicht verändert habe und keine wesentlichen Veränderungen mit Auswirkungen auf den Rentenanspruch vorlägen, habe sie weiterhin Anspruch auf die bis dahin bezogene halbe Invalidenrente.

C.

Mit Eingabe vom 19. August 2020 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, hiergegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 16. Juni 2020 sei insoweit aufzuheben, als damit der Beschwerdeführerin rückwirkend ab April 2018 keine ganze Invalidenrente zugesprochen wird und es sei die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, rückwirkend ab April 2018 eine ganze Invalidenrente auszurichten.
2. Die Verfügung vom 16. Juni 2020 sei insoweit aufzuheben, als damit der Beschwerdeführerin rückwirkend ab April 2018 keine ganze Invalidenrente zugesprochen wird und es sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen verbunden mit der Anordnung, eine neue Verfügung im Sinne der Beschwerde zu erlassen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 15. September 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

In einem zweiten Schriftenwechsel (Replik vom 26. November 2020 bzw. Duplik vom 22. Dezember 2020) hielten die Parteien an ihren Anträgen 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 unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG; vgl. Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 16. Juni 2020 (act. IIK 354). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die laufende halbe Rente zu Recht nicht erhöhte.

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).

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 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 145 V 370 E. 4.1 S. 373, 144 I 21 E. 2.1 S. 23).

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 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).

2.5.1 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).

2.5.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch 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 (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall ob-

liegt 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).

2.5.3 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).

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

3.

3.1 Entgegen der Argumentation der Beschwerdeführerin (Replik S. 2) bildet nicht der Rentenbeginn per 1. Januar 2015, sondern die Rentenverfügung der IV-Stelle C._____ vom 24. November 2017 (act. IJJ 241/2) den Referenzzeitpunkt (vgl. E. 2.5.4 hiervor). Somit ist nachfolgend zu prüfen, ob seit diesem Zeitpunkt bis zum Erlass angefochtener Verfügung am 16. Juni 2020 (act. IJK 354) in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.1 hiervor).

3.2 Was die rentenzusprechende Verfügung vom 24. November 2017 (act. IJJ 241/2) betrifft, ist dem medizinischen Sachverhalt im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Dr. med. E._____, Fachärztin für Neurologie vom RAD, stellte in der Aktenbeurteilung vom 17. März 2016 (Akten der IVB [act. IIE] 165.12) folgende Diagnosen (S. 2):

- Sensomotorisch inkomplette Paraplegie unterhalb L3 (AIS C) nach grossmediale Diskushernie LWK2/3 (Erstdiagnose: Februar 2014) mit autonomer Dysregulation mit Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörungen

- Morbus Scheuermann mit panvertebraler Dyssegmentierung mit multiplen Bandscheibenprotrusionen (Erstdiagnose: Februar 2014)
- Elektroneurographisch verifiziertes Karpaltunnelsyndrom (Erstdiagnose: Januar 2015)
- Supraspinatustendinopathie rechts (Erstdiagnose: August 2015)
- Angst und depressive Reaktion gemischt im Rahmen einer Anpassungsstörung (Erstdiagnose: März 2015)
- Status nach Sectio caesarea im September 2014

In der angestammten Tätigkeit als ... sei eine andauernde Arbeitsunfähigkeit seit Februar 2014 ausgewiesen (Ziff. 1). Die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit könne noch nicht abschliessend beurteilt werden. Bis im November 2015 sei die Versicherte auch in einer Verweistätigkeit nicht arbeitsfähig gewesen. Der weitere Verlauf könne aber noch nicht beurteilt werden (Ziff. 2). Aufgrund der Paraplegie sei die Versicherte grösstenteils rollstuhlabhängig; das Gehen könne nur mit zwei Gehstöcken und Unterschenkelschienen durchgeführt werden. Sie könne nur sitzende Arbeiten ausführen. Bei ausgeprägtem Morbus Scheuermann mit multiplen Bandscheibenprotrusionen seien repetitive und längere Drehbewegungen des Rückens zu vermeiden. Überkopfarbeiten seien aufgrund der Supraspinatustendinopathie rechts nicht geeignet. Es sei davon auszugehen, dass zusätzliche Leistungseinschränkungen bestünden. Aus den vorliegenden Unterlagen gehe aber nicht hervor, wie lange die Versicherte sitzen könne, ob ein erhöhter Pausenbedarf bestehe, wie sich die gestörte Blasen- und Darmfunktion auswirkten und ob allenfalls die Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion leistungsmindernd sei (Ziff. 3). Zwei Jahre nach dem Eintritt der Paraplegie könne aus neurologischer Sicht von einem stabilen Zustand ausgegangen werden. Die Nervenfunktionen, die sich bis heute nicht erholt hätten, würden sich nicht mehr erholen. Funktionelle Verbesserungen seien durchaus noch möglich. Dass sich die Arbeitsfähigkeit dadurch in relevantem Masse verändern würde, sei aber nicht zu erwarten. Die behandelnden Ärzte der Rehaklinik F._____ würden zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer Verweistätigkeit noch Stellung nehmen (S. 3 Ziff. 4).

3.2.2 Im Verlaufsbericht der Rehaklinik F._____ vom 14. April 2016 (act. IIE 165.8) wurden die gleichen Diagnosen gestellt wie in der RAD-Aktenbeurteilung vom 17. März 2016 (act. IIE 165.12). Die behandelnden Ärzte gingen von einem stationären Gesundheitszustand aus. Seit Februar

2014 sei die Versicherte aufgrund der sensomotorisch inkompletten Paraplegie nur für kurze Strecken mit zwei Unterschenkelorthesen und zwei Gehstöcken mobil; längere Distanzen würden im manuellen Rollstuhl überwunden. Das neurologische Bild sei bei der letzten Kontrolle im November 2015 stabil gewesen; die sensorischen und motorischen Defizite hätten sich nicht verändert. Ebenfalls bestehend sei die autonome Dysregulation mit Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörungen. Durch intensive Physiotherapie und Eigentaining habe sich die Gehstrecke jedoch verbessert (S. 4 Ziff. 1-3). Aufgrund der körperlichen und psychischen Einschränkungen sei die Wiederaufnahme der Tätigkeit als ... nicht möglich. Auch eine Umschulung mit einer 50%-igen Anwesenheitspflicht sei aktuell nicht zumutbar und nicht erfolgsverprechend. Eine Stabilisierung der körperlichen und psychischen Situation sei jedoch zu erwarten und eine berufliche Wiedereingliederung wäre dann möglich (S. 6).

3.2.3 Im Bericht des psychiatrischen Ambulatoriums G. _____ vom 21. Juni 2016 (act. IIE 165.7) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 1 lit. A):

- Schwere Belastung durch körperliche Erkrankung (ICD-10 Z73.3) mit/bei:
- Sensomotorisch inkompletter Paraplegie sub L3 (AIS C) nach grosser medianer Diskushernie LWK 2/3
 - Autonome Dysregulation mit Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörungen
 - Elektroneurographisch verifiziertes Karpaltunnelsyndrom rechts
 - Status nach Sectio caesarea im September 2014

Seit dem 7. April 2016 und bis auf Weiteres bestehe für die Tätigkeit als ... eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (lit. B). Der Gesundheitszustand sei beserungsfähig (S. 2 lit. C Ziff. 1). Nachdem die Versicherte im Jahr 2014 im Rahmen ihrer Schwangerschaft eine sensomotorisch inkomplette Paraplegie nach medianer Diskushernie erlitten hätte, seien bei ihr eine Unsicherheit und Befürchtungen bezüglich ihrer Zukunft sowie eine intermittierende Lustlosigkeit sowie Motivations- und Antriebsschwierigkeiten aufgetreten. Sie gebe an, dass sie aktuell zwar ihre Alltagsarbeiten selbstständig erledigen könne, sich aber im Alltag aufgrund ihres körperlichen Zustandes und der eingeschränkten Leistungsfähigkeit teilweise überfordert, müde und stressintolerant fühle, was teilweise einen Einfluss auf ihren psychischen Zustand habe. Sie erhalte viel Unterstützung seitens des Ehemannes, durch eine Haushalthilfe und bei der Betreuung des Kindes (lit. D. Ziff. 4).

Die Versicherte könnte sich in einer vielfältigen und abwechslungsreichen Tätigkeit gut integrieren. Jedoch müsste zwischen Sitzen und Stehen regelmässig abgewechselt werden. Es sollte sich weniger um eine körperliche, sondern mehr um eine intellektuelle Arbeit handeln. Eine solche Tätigkeit wäre der Versicherten an ca. vier Stunden pro Tag zumutbar. Die Leistungsfähigkeit könne durch die körperlichen Schmerzen mittelgradig beeinträchtigt werden, weshalb vermehrt Pausen benötigt würden (S. 4 f. lit. B Ziff. 2).

3.2.4 In der RAD-Aktenbeurteilung von Dr. med. E. _____ vom 5. Juli 2016 (act. IIE 165.6) führte diese aus, die im Bericht des psychiatrischen Ambulatoriums G. _____ vom 21. Juni 2016 (act. IIE 165.7) aufgelisteten Beschwerden und erhobenen Befunde würden von den Fachärzten diagnostisch als Angst und depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung beurteilt, d.h. die Vordiagnose der Rehaklinik F. _____ werde bestätigt. Einfluss auf die Eingliederungs- bzw. Arbeitsfähigkeit habe in erster Linie die körperliche Symptomatik (inkomplette Paraplegie, Schmerzen) und weniger auch die psychische Problematik. Gemäss der behandelnden Psychiaterin wäre eine körperlich angepasste, eher intellektuell fordernde Tätigkeit halbtags zumutbar. Die tatsächliche Belastbarkeit und die Leistungsfähigkeit bzw. der effektive Pausenbedarf seien in einem entsprechenden Setting zu erproben.

Am 14. Juli 2016 (act. IIF 169) führte Dr. med. E. _____ aus, in der angestammten Tätigkeit als ... bestehe seit Februar 2014 keine Arbeitsfähigkeit mehr. Angepasste Arbeiten seien der Versicherten seit Juni 2016 halbtags mit einer Leistungsminderung von 20% zumutbar. Dabei müsse es sich um vorwiegend sitzende, wechselbelastende, körperlich leichte Tätigkeiten handeln. Aufgrund der Paraplegie sei die Versicherte grösstenteils rollstuhlabhängig, das Gehen könne nur mit zwei Gehstöcken und Unterschenkelschienen durchgeführt werden. Bei ausgeprägtem Morbus Scheuermann mit multiplen Bandscheibenprotrusionen seien repetitive und längere Drehbewegungen des Rückens zu vermeiden. Überkopfarbeiten seien aufgrund der Supraspinatustendinopathie rechts nicht geeignet. Es bestehe ein zusätzlicher Pausenbedarf von ca. zehn Minuten pro Stunde.

In der Aktenbeurteilung vom 8. Mai 2017 (act. IJ 205) kam Dr. med. E. _____ zum Schluss, von Seiten der inkompletten Paraplegie liege ein stabiler Defektzustand vor. Eine weitere Verbesserung sei nicht mehr zu erwarten. Der Schweregrad der depressiven Störung sei aufgrund der beschriebenen Symptome und Befunde sowie der Ergebnisse der Depressions-Scores (Hamilton Score 14 Punkte, entsprechend einer leichten Depression, Beck-Depressionsinventar 49 Punkte, auf eine schwere Depression hinweisend) zwischen leicht bis mittelgradig ausgeprägt. Dadurch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu begründen, wie es die behandelnde Psychiaterin in ihrem letzten Bericht mache, sei nicht nachvollziehbar. Das im Bericht vom 14. Juli 2016 formulierte Zumutbarkeitsprofil habe weiterhin Gültigkeit, würden darin doch die körperlichen wie auch psychischen Beeinträchtigungen ausreichend berücksichtigt. Einen allfällig vorzunehmenden Abzug wegen negativer Wechselwirkungen zwischen Erwerbs- und Aufgabenbereich sei vom Abklärungsdienst zu beurteilen (S. 3).

3.2.5 Die ursprüngliche Rentenzusprache vom 24. November 2017 basierte im Wesentlichen (vgl. act. IIF 174/5 Ziff. 3.6 f.; act. IJ 241/5) auf den neurologischen RAD-Beurteilungen von Dr. med. E. _____ vom 14. Juli 2016 (act. IIF 169) und 8. Mai 2017 (act. IJ 205), welche wiederum an deren früherer Einschätzung vom 17. März 2016 (act. IIE 165.12) anknüpfte und sich – zumindest in diagnostischer Hinsicht – auch an den Berichten der behandelnden Ärzte der Rehaklinik F. _____ (vgl. u.a. Bericht vom 14. April 2018; act. IIE 165.8) orientierte. Die RAD-Ärztin postulierte eine Restarbeitsfähigkeit halbtags mit einer Leistungsminderung von 20% und einem zusätzlichen Pausenbedarf von zehn Minuten pro Stunde, wobei sie in erster Linie der körperlichen Symptomatik (inkomplette Paraplegie, Schmerzen) und weniger auch der psychischen Problematik einen Einfluss auf die Eingliederungs- bzw. Arbeitsfähigkeit beimass (act. IIF 165.6 mit Verweis auf act. IIF 165.7).

3.3 Was den Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 24. November 2017 (act. IJ 241/2) betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Im Verlaufsbericht der Rehaklinik F. _____ vom 4. Mai 2018 (act. IJ 267/5) wurde ausgeführt, anlässlich der Verlaufskontrolle vom 19. April

2018 sei die Versicherte in einem leicht reduzierten Allgemein- und guten Rehabilitationszustand gesehen worden. Objektiv seien die neurologischen Defizite stabil gewesen. Zu weiteren Abklärungen sei ein MRI der gesamten Wirbelsäule durchgeführt worden. Dieses habe neu aufgetretene Diskushernien C5/6 und C6/7 sowie leicht progrediente Diskusprotrusionen Th8/9 und Th9/10 gezeigt (S. 6).

3.3.2 Dr. med. H._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation von der Rehaklinik F._____, ging im Verlaufsbericht vom 24. Oktober 2018 (act. IJ 274/2) von einem verschlechterten Gesundheitszustand aus (S. 2 Ziff. 1). Die Versicherte sei im vergangenen Jahr mehrmals gesehen worden mit neu aufgetretenen Schmerzen und Kribbelparästhesien. Klinisch berichte sie von Veränderungen der Sensibilität im Dermatome C5 an der Vorderseite des Rumpfes und C6 an der hinteren Seite des Rumpfes. Bei der klinischen Untersuchung habe sich ein diskutabel positiver Test für ein Karpaltunnelsyndrom beidseits gezeigt (S. 3 Ziff. 4). Die aktuellen neurologischen Ausfälle würden weiterhin bestehen, da das MRI über die ganze Wirbelsäule deutliche Bandscheibenvorfälle zeige; eine engmaschige Kontrolle sei indiziert (Ziff. 9). Im angestammten Beruf als ... bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 11). Aufgrund der Querschnittslähmung sei eine Arbeitstätigkeit mit stehenden/gehenden und drehenden Aktivitäten sowie Heben nicht möglich. Bei bekanntem Morbus Scheuermann mit diversen Bandscheibenvorfällen seien auch sitzende Aktivitäten, bei welchen Körperdrehungen gefragt seien, nicht zumutbar (Ziff. 12).

Im Bericht vom 18. Februar 2019 (act. IJ 297) führte Dr. med. H._____ aus, aufgrund der Hauptdiagnose (sensomotorisch inkomplette Paraplegie sub L3, AIS C) bestünden motorische und sensible Ausfälle unterhalb dieses Läsionsniveaus und eine autonome Dysregulation mit Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörungen sowie neuropathische Schmerzen (Below level). Bei bekanntem Morbus Scheuermann und Paraplegie würden immer wieder Rückenschmerzen auftreten. Zudem existierten bei Karpaltunnelsyndrom Parästhesien und ein Taubheitsgefühl der Hände. Im Alltag sei die Versicherte mehrheitlich auf den manuellen Rollstuhl angewiesen. Sie könne maximal 700 m mit zwei Unterschenkelorthesen, zwei Armstützen und

Pausen gehen. Die Blasenentleerung sei spontan möglich, jedoch mit gelegentlicher Inkontinenz. Die Stuhlentleerung erfolge täglich durch manuelles Ausräumen. Dabei komme es zu vermehrten Blutauflagerungen bei Hämorrhoiden. In den unteren Extremitäten bestünden Parästhesien und Dysästhesien sowie neuropathische Schmerzen im Rahmen der Hauptdiagnose, welche aktuell mit Venlafaxin und physiotherapeutischer Behandlung stabil, jedoch bei Müdigkeit zunehmend seien. Für die Haushaltsaktivitäten sei die Versicherte zum Teil auf Dritthilfe angewiesen. Das im April 2018 angefertigte MRI habe gezeigt, dass es auf Höhe der Halswirbelkörper C5/C6 und C6/C7 zu einer neu aufgetretenen Diskushernie, sprich einem Bandscheibenvorfall, gekommen sei. Zudem habe die bildgebende Untersuchung in der Rehaklinik F._____ zum Vorschein gebracht, dass die multisegmentale Diskopathie auf Höhe Th8 und Th9 leicht fortschreitend sei. Zudem sei auch die Osteochondrose auf Höhe L2/L3 progredient gewesen. Aufgrund dieses Verlaufs bzw. der Verschlechterung des Gesundheitszustandes seien weitere Kontrollen in der Rehaklinik F._____ geplant. Im angestammten Beruf als ... bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3). Bei aktuell instabiler medizinischer Situation (neu aufgetretene Bandscheibenprotrusionen) sei die von einer ausländischen Rentenversicherung als zumutbar erachtete (mindestens) sechsstündige tägliche Arbeitsfähigkeit unter üblichen Bedingungen, aber in angepasster Situation, nicht zumutbar (S. 4).

Im Bericht vom 3. September 2019 (act. IJ 317) führte Dr. med. H._____ aus, die aktuelle psychische Situation sei nicht stabil, weshalb die psychiatrische Begleitung intensiviert werde. Aufgrund der neurologischen Defizite bestehe aktuell weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Eine berufliche Wiedereingliederung sei derzeit nicht vorgesehen. Bei der eventuellen Re-Evaluation sei aktuell auch die psychische Situation zu berücksichtigen (S. 2).

3.3.3 Im Bericht des psychiatrischen Ambulatoriums G._____ vom 1. Oktober 2019 (act. IJ 320/2) wurde ein stationärer Gesundheitszustand seit dem 17. November 2017 postuliert (S. 2 Ziff. 1). Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1; bestehend seit 2016), Panikstörungen, episodische paroxysmale

Angst (ICD-10 F41.0; bestehend seit 2016) sowie eine schwere Belastung durch körperliche Erkrankung (ICD-10 Z73.3; Ziff. 3). Die Versicherte leide seit 2016 an einer mittelgradigen Depression. Trotz gut eingestellter medikamentöser Therapie und symptomarmen Perioden sei bis jetzt keine Remission der mittelgradig depressiven Episode erreicht worden. Es bestünden sensomotorische und autonome Defizite, welche lebenslang bestehen bleiben würden, den psychischen Zustand belasteten und die depressive Symptomatik begünstigten (S. 3 Ziff. 9). Aufgrund der Erkrankung sei die Versicherte als ... zu 100% krankgeschrieben (Ziff. 11). Es existierten immer noch depressive Symptome wie Konzentrationsstörung, Verlangsamung, Gedankenkreisen mit Grübeln, Müdigkeit, Antriebsreduktion, Schlafstörungen vor allem aufgrund polyneuropathischer Schmerzen in den Beinen und Stimmungsschwankungen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte aktuell nicht in der Lage, eine ausreichende Tagesstruktur aufrechtzuerhalten (Ziff. 12).

3.3.4 In der interdisziplinären MEDAS-Gesamtbeurteilung vom 24. März 2020 (act. IIK 349.1) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine sensomotorisch inkomplette Paraplegie nach medialer Diskushernie LWK2/3 mit Kauda equina-Syndrom mit Zustand nach Hemilaminektomie im April 2014 (ICD-10 G82.03) sowie leichtgradige degenerative Veränderungen der gesamten Wirbelsäule, akzentuiert tiefzervikal, midthorakal sowie thorakolumbal (ICD-10 M47.80/M42.10/M51.2) diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine schwere Belastung durch körperliche Erkrankung (ICD-10 Z73.3), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0), eine Adipositas (BMI 32 kg/m²; ICD-10 E66.0), ein chronischer Nikotinabusus (ICD-10 F17.1), ein beidseitiges Karpaltunnelsyndrom (ICD-10 G56.0), anamnestisch auftretende Schulterschmerzen rechts (ICD-10 M79.61) sowie ein Status nach subkapitaler extraartikulärer Fraktur der linken Kleinzehe am 8. Februar 2020 (ICD-10 T93.2; S. 8 Ziff. 4.2). Seit der Verfügung vom 17. November 2017 sei es zu einer geringfügigen Besserung der Paraplegie gekommen. Aus psychiatrischer Sicht sei keine Veränderung der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen festzustellen. Es sei zu keiner wesentlichen Veränderung der Arbeitsfähigkeit gekommen (S. 10 Ziff. 4.11). Sowohl aus neurologischer, aus orthopädischer als auch aus urologischer Sicht beeinflusse die sensomotorisch inkomplette

Paraplegie nach medialer Diskushernie mit Kauda equina-Syndrom mit neurogener Darm- und Blasenfunktionsstörung die Arbeitsfähigkeit. Aus somatischer Sicht könne eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... attestiert werden. In einer adaptierten, rein sitzenden Tätigkeit bestehe eine Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit von 50%. Als einzige weitere Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könnten aus orthopädischer Sicht leichte degenerative Veränderungen der gesamten Wirbelsäule festgestellt werden. Diese schränken die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit jedoch nicht zusätzlich ein. Aus psychiatrischer Sicht fänden sich keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die schwere Belastung durch die körperliche Erkrankung und die Panikstörung schränken die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht relevant ein (S. 8 Ziff. 4.3). Bei einer angepassten Arbeit sollte es sich um eine rein sitzende Tätigkeit handeln. Aus urologischer Sicht sei eine rollstuhlgängige Toilette in Erreichbarkeit zum Arbeitsplatz notwendig. Eine solche Arbeit sei der Versicherten vier bis fünf Stunden pro Tag zumutbar. Dabei bestehe ein erhöhter Zeitbedarf. Insgesamt betrage die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit 50%. Dies gelte seit 2018. Es sei festzuhalten, dass sich die Parese auch seit 2016 weiter langsam gebessert habe und auch eine weitere Besserung in den kommenden zwei bis drei Jahren sei denkbar (S. 9 Ziff. 4.7).

3.3.5 Im mit Replik eingereichten Bericht der HOPITAL I. _____ S.A. vom 14. Juli 2020 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 7) wurden eine depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F32.1), sowie eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) diagnostiziert. Die Versicherte sei aufgrund einer Verschlechterung ihres depressiven Zustandes zur Verbesserung der Tagesstrukturierung aufgrund hoher Antriebslosigkeit zur teilstationären Behandlung angemeldet worden. Der Aufenthalt habe sich aus einer ersten telefonischen Behandlung mit gelegentlichen Besuchen vom Pflegedienst und einer zweiten teilstationären Behandlung zusammengesetzt. Die Versicherte habe sehr gut auf die telefonische Begleitung angesprochen (S. 1). Einzeltherapeutisch hätten viele insbesondere telefonische Klärungsgespräche geführt werden können. Sie schaffe es gut, Zusammenhänge zwischen ihrer Panik, ihrem Unfall und ihrer Familiengeschichte zu erstellen. Auch habe eine zum Teil dysfunktionelle Paardynamik besprochen werden

können. Die zentrale Problematik schiene über die Folgen des Unfalls hinaus im Vertrauen zu liegen. Biographische Gespräche hätten gezeigt, dass der Versicherten die notwendigen Umstände für eine gesunde Entwicklung von Selbstvertrauen weitgehend gefehlt hätten. Sie habe am Ende des Aufenthaltes deklariert, fast keine Panikattacken mehr zu haben und mit der Behandlung ihrer Ängste vorwärts zu kommen (S. 2).

3.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 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 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2). Eine von ande-

ren 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).

3.5 Die interdisziplinäre MEDAS-Gesamtbeurteilung vom 24. März 2020 inkl. Teilgutachten (act. IIK 349.1-349.7) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4 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. Der interdisziplinären Gesamtbeurteilung 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. November 2017 (act. IIJ 241/2) keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes ergeben hat, die geeignet wäre, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (act. IIK 349.1/10 Ziff. 4.11; vgl. auch E. 2.5.1 hiervor). Daran vermögen die Vorbringen der Beschwerdeführerin – wie nachfolgend dargelegt – nichts zu ändern, zumal – entgegen ihrer Ansicht (Replik S. 4) – keine konkreten Indizien vorliegen, welche gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. E. 3.4 hiervor). Der Sachverhalt erweist sich damit als durch die Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt und von ergänzenden Abklärungen (vgl. Beschwerde S. 12 f. Ziff. 6) ist in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4) und gestützt auf die nachfolgenden Ausführungen zu verzichten.

3.5.1 Die von der Beschwerdeführerin in den Beschwerdeschriften thematisierten Berichte der Rehaklinik F. _____ bzw. der behandelnden Ärztin Dr. med. H. _____ vom 4. Mai 2018 (act. IIJ 267/5; vgl. Beschwerde S.

4 f. Ziff. 1 f.), vom 24. Oktober 2018 (act. IIJ 274; Beschwerde S. 9 ff. Ziff. 4 f., Replik S. 4), vom 18. Februar 2019 (act. IIJ 297; Beschwerde S. 5 ff. Ziff. 2, S. 9 Ziff. 4 sowie S. 11 Ziff. 5 und Replik S. 4) sowie die bildgebenden Aufnahmen der Gesamtwirbelsäule mit ausgewiesenen degenerativen Veränderungen der gesamten Wirbelsäule mit mehreren Diskusprotrusionen vom 19. April 2018 (act. IIJ 267/9; Beschwerde S. 5 Ziff. 2 und S. 11 Ziff. 5) und vom 2. Juli 2019 (act. IIJ 317/6), mit welcher sie eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes seit der erstmaligen Rentenfestsetzung im November 2017 als erstellt sieht, lagen den MEDAS-Gutachtern allesamt vor (act. IIK 349.2/2 ff. Ziff. 1.1 und 2) und wurden in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wie auch in den einzelnen Teilgutachten berücksichtigt und soweit erforderlich überzeugend gewürdigt (act. IIK 349.1/7 Ziff. 3.2, 349.1/8 Ziff. 4.2, 349.5/4 Ziff. 4.3, 349.5/5 Ziff. 6, 349.6/1 Ziff. 2.1, 349.6/5 f. Ziff. 7.1 und 7.3). Eine Verminderung des Beweiswertes der interdisziplinären MEDAS-Gesamtbeurteilung inkl. Teilgutachten vermögen die erwähnten Berichte wie auch die Ausführungen der Beschwerdeführerin nicht zu begründen.

Ausschlaggebend für die Verneinung einer von der Beschwerdeführerin postulierten Veränderung aus somatischer Sicht (vgl. Beschwerde S. 5 ff. Ziff. 2 ff. sowie Replik S. 2 und 4) ist, dass der orthopädische Experte in der Verlaufsbildgebung – wie bereits die Radiologin Dr. med. J. _____, Fachärztin für Radiologie (vgl. MRI-Bericht vom 2. Juli 2019 [act. IIJ 317/6]), – keine eindeutigen Hinweise auf eine persistierende Neurokompression erkannte (act. IIK 349.5/4 Ziff. 4.3, 349.5/5 Ziff. 6.1, 349.5/6 Ziff. 7.1), was sich damit deckt, dass auch der neurologische Gutachter bzgl. der kleinen Diskushernien und Protrusionen im Bereich der HWS und BWS eine radikuläre oder medulläre Beteiligung verneinte (act. IIK 349.6/5 Ziff. 7.1). Dies korreliert mit der Einschätzung von Dr. med. H. _____ im Bericht vom 3. September 2019 (act. IIJ 317; vgl. auch act. IIK 349.6/6 Ziff. 7.3.3). Dass die Beurteilung, wonach sich die Parese 2016 langsam gebessert habe, im Gutachten mit keinem Wort begründet worden sei (Beschwerde S. 10 f. Ziff. 5 und Replik S. 1 f.), trifft nicht zu. Aus dem neurologischen Teilgutachten erhellt, dass zumindest die subjektive Beschwerdesymptomatik bzw. die funktionelle Leistungsfähigkeit eine gewisse Änderung erfuhr. So gab die Beschwerdeführerin anlässlich der Exploration an,

im Nachgang zur zweiten stationären Rehabilitation 2015 habe sie mit Unterarmgehstützen lediglich für eine sehr kurze Strecke (nach eigenen Angaben zehn Schritte) gehen können, während sie aktuell in Stande sei, 700 Meter mit Pausen und Nordic Walking-Stöcken und den Orthesen gehen zu können (act. IIK 349.6/2 Ziff. 3.2.1). Damit bleibt die These des neurologischen Gutachters, eine weitere Besserung der Parese in den kommenden zwei bis drei Jahren sei denkbar, nachvollziehbar. Diese Frage kann aber offen bleiben, da sie mit Blick auf den vorliegend massgebenden Beurteilungshorizont (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140), nicht entscheidend ist. Im Übrigen verdeutlicht der neurologische Gutachter mit der Wendung „denkbar“, dass er sich diesbezüglich nicht festlegte, weshalb aus dieser Hypothese auch keine beweisrechtlichen Schlüsse gezogen werden können. In revisionsrechtlicher Hinsicht ergibt sich aus somatischer Sicht keine relevante Veränderung, wobei die abweichende Arbeitsunfähigkeitsschätzung sowie die vom damaligen Zumutbarkeitsprofil abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte (Beschwerde S. 9 ff. Ziff. 4 f. sowie Replik S. 1 und 4) eine unter diesem Gesichtswinkel unerhebliche unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts darstellt (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).

3.5.2 Ebenfalls ist eine relevante Veränderung des psychischen Gesundheitsschadens entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 8 Ziff. 3 und Replik S. 2 f.) nicht ausgewiesen, zumal der psychiatrische MEDAS-Gutachter keine Veränderung der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen feststellen konnte (act. IIK 394.4/9 Ziff. 8.5). Er führte denn auch aus, die im Bericht des psychiatrischen Ambulatoriums G._____ vom 1. Oktober 2019 (act. IIJ 320/2) angegebenen depressiven Symptome wie Konzentrationsstörungen, Verlangsamung, Müdigkeit, Schlafstörungen, Gedankenkreisen mit Grübeln und Stimmungsschwankungen seien in der aktuellen Exploration nicht mehr feststellbar gewesen und insbesondere die Einschätzung, wonach keine ausreichende Tagesstruktur mehr aufrechterhalten werden könne, treffe mittlerweile nicht mehr zu (act. IIK 349.4/7 Ziff. 7.3.3). Weiter ist eine relevante Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes im Nachgang zu den Explorationen durch die MEDAS-Gutachter im Januar 2020 bis zur angefochtenen Verfü-

gung vom 16. Juni 2020 (act. IIK 354) ebenfalls nicht ausgewiesen. Im Austrittsbericht der HOPITAL I. _____ S.A. vom 14. Juli 2020 (act. I 7) wurde – wie bereits im Verlaufsbericht des psychiatrischen Ambulatoriums G. _____ vom 1. Oktober 2019, in welchem ein stationärer Gesundheitszustand seit November 2017 postuliert wurde (act. IJ 320/2 Ziff. 1 und 3) – eine mittelgradige depressive Episode wie auch eine Panikstörung diagnostiziert. Damit ist jedoch keine Veränderung erstellt, wurde doch im besagten Verlaufsbericht dargelegt, diese Gesundheitsbeeinträchtigungen bestünden bereits seit 2016 (act. IJ 320/2 Ziff. 3). Sodann fehlt ohnehin eine nachvollziehbare Herleitung anhand der klinisch-diagnostischen Leitlinien ebenso wie eine detaillierte Befundlage. Hinzu kommt, dass die teilstationäre Behandlung als solche knapp vier Wochen dauerte (act. I 7) und deshalb von vornherein nicht geeignet ist, in revisionsrechtlicher Hinsicht die nach Art. 88a Abs. 2 IVV erforderliche wesentliche Änderung von drei Monaten zu begründen. Auch hat die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hingewiesen, dass die zeitliche Nähe der geltend gemachten psychischen Gesundheitsverschlechterung mit dem Bekanntwerden der Begutachtungsergebnisse bzw. dem (neuen) Vorbescheid vom 5. Mai 2020 (act. IIK 350) auf ein reaktives Geschehen hindeutet (Duplik S. 2 Ziff. 2), welches von vornherein grundsätzlich nicht invalidisierend ist (vgl. dazu etwa BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass es nicht angehen kann, ein Administrativgutachten stets dann in Frage zu stellen und Anlass zu weiteren Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (Entscheid des BGer vom 24. November 2015, 9C_353/2015, E. 4.1). Vor diesem Hintergrund erübrigen sich auch aus psychiatrischer Sicht in antizipierter Beweiswürdigung weitere Sachverhaltserhebungen.

3.6 Zusammenfassend ist erstellt, dass zwischen der erstmaligen Rentenzusprache am 24. November 2017 (act. IJ 241/2) und der hier angefochtenen Verfügung vom 16. Juni 2020 (act. IIK 354) aus medizinischer Sicht kein Revisionsgrund vorliegt. Soweit die Beschwerdeführerin im Übrigen sinngemäss geltend macht, aufgrund der drohenden Tetraplegie sei (neu) ein intensives Therapieprogramm installiert worden (Beschwerde S. 7 f. Ziff. III Art. 3), ist darauf hinzuweisen, dass es ihr im Rahmen der

allgemeinen Schadenminderungsobliegenheit (vgl. BGE 129 V 460 E. 4.2 S. 463; SVR 2020 EL Nr. 6 S. 23 E. 7.3.1) zumutbar ist, die im Durchschnitt täglich rund einstündigen Therapieeinheiten in der Freizeit zu absolvieren, womit ihr ein 50%iges Pensum nach wie vor zumutbar wäre. Sodann sahen die Übergangsbestimmungen zur Änderung der IVV vom 1. Dezember 2017 vor, dass zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 1. Dezember 2017 u.a. für laufende halbe Renten, die in Anwendung der gemischten Methode zugesprochen wurden, innerhalb eines Jahres *eine Revision einzuleiten* sei. Das am 1. Januar 2018 für die Invaliditätsbemessung Teilerwerbstätiger mit einem Aufgabenbereich neu eingeführte Berechnungsmodell (neu in Kraft getretene Absätze 2-4 von Art. 27^{bis} IVV; vgl. auch Rz. 3097 ff. des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]) stellt – entgegen der etwas missverständlichen Formulierung im IV-Rundschreiben Nr. 372 – jedoch keinen eigenständigen *Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG* dar, sondern es soll – auch bei Abwesenheit eines Revisionsgrundes – aufgrund der gegebenen Parameter eine neue Invaliditätsbemessung erfolgen (vgl. JANA RENKER, Die neue gemischte Methode der Bemessung des Invaliditätsgrades, in Jusletter vom 22. Januar 2018, Rz. 39). Vorliegend führt die Rechtsänderung bei ansonsten unveränderten Bemessungsgrundlagen unbestrittenermassen zu einem Invaliditätsgrad von 59%, womit es beim bisherigen Rentenanspruch bleibt (vgl. E. 2.2. hiervor). Die angefochtene Verfügung vom 16. Juni 2020 (act. IIK 354) ist damit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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 geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein 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 dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

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.