

200 21 337 IV
SCP/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. Juli 2021

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch B. _____, lic. iur. C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. April 2021



Sachverhalt:

A.

Die 1960 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 18. August 2003 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Nachdem die IVB Arbeitsvermittlung gewährt und die Versicherte durch die Medizinische Abklärungsstelle des Spitals D. _____ (MEDAS) polydisziplinär (Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie) hatte begutachten lassen (Expertise vom 20. April 2005 [act. II 21]), verneinte sie mit Verfügung vom 20. Juni 2005 (act. II 22) den Anspruch auf eine Invalidenrente. Die dagegen erhobene Einsprache (act. II 23) wies die IVB mit Einspracheentscheid vom 22. Dezember 2005 ab (act. II 31). Dieser Entscheid blieb unangefochten.

B.

Am 6. Januar 2011 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine Diskushernien-Operation, chronische Rückenschmerzen, eine Depression, Bluthochdruck, Schilddrüsenprobleme, generalisierte Schmerzen, Kopfschmerzen und Schlafprobleme erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (act. II 34). Nach Abklärung des Leistungsanspruches, insbesondere mittels einer polydisziplinären Begutachtung durch die MEDAS E. _____ in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie und Rheumatologie (Expertise vom 13. Mai 2013 [act. II 77.1]) sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 14. Oktober 2013 (act. II 80) bei einem Invaliditätsgrad von 55 % ab dem 1. Juli 2011 eine halbe Rente zu (act. II 80). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Die Ausrichtung der bisherigen halben Rente wurde revisionsweise durch eine Mitteilung vom 30. Juni 2015 (act. II 93) bestätigt.

C.

Im Rahmen einer von Amtes wegen eingeleiteten Revision berichtete die Versicherte am 8. März 2018 (act. II 97) von einem verschlechterten Gesundheitszustand. Die IVB nahm in der Folge erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor und holte verschiedene Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (act. II 96, 102, 105 f., 108 f., 117, 121, 123, 127, 129, 131). Daraufhin forderte die IVB die Versicherte mit Schreiben vom 11. November 2020 (act. II 133) unter Hinweis auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zur Schadenminderung bzw. zur Teilnahme an Eingliederungsmassnahmen inklusive Vorstellungsgespräch auf, dies unter Hinweis auf eine Leistungskürzung oder -verweigerung im Unterlassungsfall. Nachdem sich die Versicherte gegen die Teilnahme an den geplanten Eingliederungsmassnahmen entschieden hatte (vgl. Protokoll der IVB per 11. Juni 2021 [im Gerichtsossier], S. 2, Eintrag vom 30. November 2011), verweigerte die IVB mit Verfügung vom 4. Februar 2021 eine Kostengutsprache für berufliche Massnahmen (act. II 137). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens und der Einholung einer Stellungnahme des RAD hob die IVB mit Verfügung vom 8. April 2021 die bisherige halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von 25 % mit Wirkung auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (act. II 138, 140, 143 - 145).

D.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch lic. iur. C. _____ vom B. _____, am 10. Mai 2021 Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihr weiterhin eine halbe Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Arbeitsfähigkeit medizinisch näher abzuklären und sodann über den Rentenanspruch zu befinden, unter Entschädigungsfolge. Gleichzeitig stellt die Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

Mit prozessleitender Verfügung vom 12. Mai 2021 hielt der Instruktionsrichter fest, dass über das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege später entschieden werde. Gleichzeitig wurde der Beschwerdeführerin Gelegenheit

zur Verbesserung dieses Gesuches gegeben, dies unter Hinweis auf das Nichteintreten im Unterlassungsfall.

Am 25. Mai 2021 zog die Beschwerdeführerin das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück, weshalb dieses mit prozessleitender Verfügung vom 26. Mai 2021 durch den Instruktionsrichter vom Protokoll des Verwaltungsgerichts als erledigt abgeschrieben wurde.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Juni 2021 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 8. April 2021 (act. II 145). Streitig und zu prüfen ist die Weiterausrichtung einer halben Invalidenrente.

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

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

2.

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

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

2.3

2.3.1 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). Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

2.3.2 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 (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).

2.3.3 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).

2.4

2.4.1. 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 ha-

ben. 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).

2.4.2 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).

2.4.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubearbeiten. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungs-

träger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

2.4.4 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).

3.

3.1 Vorliegend ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 14. Oktober 2013 (act. II 80) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2021 (act. II 145) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine Änderung eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Mitteilung vom 30. Juni 2015 (act. II 93), mit welcher über die weitere Ausrichtung der halben Invalidenrente informiert wurde, bildet vorliegend keinen Vergleichszeitpunkt, da damals keine umfassende Prüfung des Leistungsanspruches erfolgt war (vgl. E. 2.3.3 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 14. Oktober 2013 (act. II 80) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem Gutachten der MEDAS E. _____ vom 13. Mai 2013 (act. II 77.1) mit Untersuchungen in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie und Rheumatologie. Die Gutachter führten die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf (act. II 77.1/29):

1. Chronische multifaktorielle Zervikobrachialgie links (ICD-10 M53.1)

- Status nach Acromioplastik und Bursektomie Schulter links bei Impingement-Syndrom 07/2001 ohne postoperative Beschwerdebesserung
 - Status nach ventraler Diskektomie und Cage-Stabilisation C5/6 und C6/7 bei Diskushernien auf diesen Höhen 01/2010
 - Status nach vorderer mikrochirurgischer Diskektomie C2/3 von rechts mit Sequesterentfernung sowie nach Spondylodese-Revision C5/6 mit Wechsel der Prothese 10/2010
2. Chronische Lumboischialgie links (ICD-10 M54.4)
- Status nach konservativer Behandlung eines lumboradikulären Schmerzsyndroms L4 links 2004
 - MRI der LWS 11/2011: breitbasige Diskushernie mit links-betonter foraminärer Ausdehnung L4/5 sowie breitbasige linksbetonte Diskushernie L5/S1
 - vorwiegend lumbospondylogene und myofasziale Symptomatik, zusätzlich intermittierendes lumboradikuläres Schmerzsyndrom links wahrscheinlich

Die Gutachter hielten in der Gesamtbeurteilung fest (act. II 77.1/30 ff.), bei der rheumatologischen Untersuchung sei die Beweglichkeit der HWS allseits vermindert gewesen, allerdings hätten sich bei Spontanbewegungen grössere Bewegungsumfänge gefunden. Die Beweglichkeit der linken Schulter sei für Abduktion und Elevation nach vorne vermindert gewesen. Auch hier hätten sich bei Spontanbewegungen eindeutig grössere Bewegungsumfänge gefunden. Die Beweglichkeit der LWS sei allseitig mindestens mässiggradig eingeschränkt gewesen mit allseitigem Endphasenschmerz. Es hätten keine eindeutigen Hinweise für ein lumboradikuläres Syndrom bestanden. Zusammenfassend habe aus rheumatologischer Sicht eine Zervikobrachialgie links und eine Lumboischialgie links festgestellt werden können. Es hätten bei der Untersuchung Hinweise für ein gesteigertes Krankheitsverhalten bzw. ein inadäquates Schmerzverhalten bestanden. Die Belastbarkeit der Wirbelsäule sowie die Belastbarkeit der Nacken-/Schultergürtelregion und des dominanten linken Armes seien aus rheumatologischer Sicht mässiggradig bis deutlich vermindert. Körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten seien aus rheumatologischer Sicht bleibend nicht mehr möglich. Für körperlich leichte Tätigkeiten mit auch nur leichter Rückenbelastung und der Möglichkeit zu Wechselpositionen sowie ohne Überkopftätigkeiten und ohne Tätigkeiten mit dem linken Arm über Brusthöhe bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 %. Für die Tätigkeit als Hausfrau bestehe ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Bei der neurologischen Untersuchung habe sich in objektiver Hinsicht ein völlig unauffälliger neurologischer Status er-

geben. Es hätten sich keine Hinweise für radikuläre oder medulläre Auswirkungen des HWS-Syndroms, insbesondere keine Anhaltspunkte für eine Myelopathie gefunden. Auch betreffend des lumbovertebralen Syndroms hätten sich an den unteren Extremitäten keine objektivierbaren pathologischen Befunde ergeben. Das diskrepante Verhalten der Beschwerdeführerin bei der Prüfung des Lasègue habe für eine bewusstseinsnahe Symptomausweitung gesprochen. Aus neurologischer Sicht seien der Beschwerdeführerin Überkopfarbeiten oder Tätigkeiten in Zwangshaltung nicht zumutbar. Auch bestehe für Tätigkeiten mit schwerer Rückenbelastung keine zumutbare Arbeitsfähigkeit. Für mittelschwere Frauenarbeiten, welche vorzugsweise in Wechselbelastung durchgeführt werden könnten, bestehe aus rein neurologischer Sicht eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Bei der psychiatrischen Untersuchung habe eine leichte depressive Episode mit depressiven Verstimmungen, erhöhter Ermüdbarkeit, Antriebsstörung und Schlafstörungen bestanden. Ausserdem habe eine Panikstörung diagnostiziert werden können. Es sei aufgefallen, dass das Ausmass der Beschwerden und die Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend habe objektiviert werden können. Es müsse eine psychische Überlagerung angenommen werden. Dabei handle es sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung. Die psychiatrischen Diagnosen bedingten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und es bestehe aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Auch aus allgemeininternistischer Sicht habe keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Zusammenfassend bestehe bei der Beschwerdeführerin keine zumutbare Arbeitsfähigkeit für körperlich mittelschwer bis schwer belastende berufliche Tätigkeiten. Für körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten sowie für die Tätigkeit als Hausfrau bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 %.

3.3 Der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2021 (act. II 145) lagen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu Grunde:

3.3.1 Prof. Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurochirurgie, gab im Bericht vom 26. Mai 2015 (act. II 92/6) die folgenden Diagnosen an:

- Zustand nach gedeckter mikrochirurgischer erweiterter Fenestration L5 von links, Rezesso- und Foraminotomie der Wurzel L5 links am 13. April 2015 (act. II 92/7 f.)
- Linksbetonte Claudicatio radicularis/Ischialgie L5 links bei Foramen-/Rezessusstenose L5 links

Er hielt fest, die Beschwerdeführerin berichte über eine eindeutige Verbesserung der Symptomatik seit der Operation. Die ausstrahlenden Schmerzen in den Beinen seien fast komplett zurückgegangen. Es bestünden gelegentlich Rückenschmerzen im Operationsbereich, welche sich spontan zurückbildeten. Sie sei eindeutig mobiler geworden und könne wieder längere Strecken laufen sowie im Garten arbeiten. Die Wunde sei sehr gut verheilt und reizlos. Neurologische Ausfälle seien nicht aufgetreten.

3.3.2 Im Bericht vom 24. Juli 2018 (act. II 105/5 bzw. 106/5 bzw. 123/6) hielt Prof. Dr. med. F. _____ die folgenden Diagnosen fest:

- 02/2018 dynamische Stabilisierung L4 - S1, mit Skoliosekorrektur, Erweiterung des Foramens L5 links und Neurolyse L5 links (act. II 102/9 f.)
- Bewegungsabhängige Lumbago, DD bei Osteochondrose mit Spinalkanalstenose L2/3 und Fazettengelenksarthrose L2/3

Er führte aus, der Beschwerdeführerin gehe es in der zweiten postoperativen Nachkontrolle zufriedenstellend gut. Die Rückenschmerzen von VAS 9/10 hätten sich auf VAS 3/10 verbessert. Unter Belastung bestünden noch linksseitige Schmerzausstrahlungen von VAS 3/10, vereinbar mit L5 linksseitig. Präoperativ hätten die Lumboischialgien bei VAS 8/10 gelegen, aktuell bereite vor allem längeres Stehen Mühe. Dann würden eher rechtsseitige Beschwerden in der oberen LWS auftreten. Es bestehe eine regelrechte Lage des Osteosynthesematerials und eine sehr gute Beweglichkeit der LWS. Die Beschwerdeführerin habe von der Operation profitiert; die Beschwerden in der unteren Lendenwirbelsäule hätten sich deutlich verbessert.

3.3.3 Der RAD-Arzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in der Aktennotiz vom 17. Dezember 2018 (act. II 108; vgl. auch die RAD-Stellungnahme von Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 19. Dezember 2018 [act. II 109]) fest, gemäss den Befundbe-

richten sei bei der Beschwerdeführerin eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes eingetreten, wobei weiterhin und dauerhaft eine Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule bestehe. Bei einer medizinisch-theoretisch möglichen beruflichen Tätigkeit sei dieser Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule Rechnung zu tragen. Zumutbar seien körperlich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ganztags über 8.5 Stunden mit einer zusätzlichen Leistungsminderung von höchstens 20 % aufgrund erhöhten Pausenbedarfes. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen des Oberkörpers (z.B. längeres Verharren in vornüber geneigter Haltung, ob stehend oder sitzend), Arbeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen des Oberkörpers, Rotation des Oberkörpers im Sitzen/Stehen unter Gewichtsbelastung, das Heben von Lasten körperfern, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten, das Besteigen von Leitern, repetitives Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung, repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der HWS und LWS sowie unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen. In Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise könnten Gewichte von 10 - 15 kg gehoben und getragen werden.

3.3.4 In der Stellungnahme vom 4. September 2019 (act. II 121) führte der RAD-Arzt Dr. med. H. _____ auf die Frage, ob aus medizinisch-objektiver Sicht seit der Verfügung vom 14. Oktober 2013 eine Verschlechterung ausgewiesen sei, aus, es sei allenfalls eine vorübergehende Verschlechterung im Rahmen der stattgehabten Wirbelsäulen-OP's (04/15 und 02/18) ausgewiesen. Ansonsten sei aufgrund der vorliegenden objektiven Befunde (siehe auch RAD-Bericht vom 19. Dezember 2018 [act. II 109]) nicht von einer Verschlechterung, sondern eher von einer Verbesserung der Situation auszugehen. Der aktuelle Bericht des Psychiaters (05/19 [act. II 117]) enthalte keine Diagnosen oder Befunde, sondern nur subjektive Beschwerden und es werde auch keine Verschlechterung attestiert ("Zustand ist stationär"). Somit könne aus Sicht des RAD weiterhin auf die letzte Einschätzung (RAD-Bericht von Dr. med. G. _____ vom 17. Dezember 2018 [act. II 108]) abgestellt werden. Die Einschätzung/Befunde seien mit dem RAD-Orthopäden und der RAD-Psychiaterin besprochen worden.

3.3.5 Prof. Dr. med. F. _____ gab im Bericht vom 12. Februar 2020 (act. II 129/2 f.) die gleichen Diagnosen wie im Bericht vom 24. Juli 2018 (act. II 105/5 bzw. 106/5 bzw. 123/6) an, ergänzt durch die folgende Diagnose:

- 25. Oktober 2019 Revisionsstabilisation L2 - S1 (SpineShape mittelhart), mit beidseitiger Dekompression L2/3 und L3/4 (act. II 127/4) bei Claudicatio spinalis bei progredienter Spinalkanalstenose L3/4 und L2/3 mit Mikroinstabilität

Er hielt fest, die Gehstrecke der Beschwerdeführerin habe sich weiter verbessert. Sie könne nun schon etwa 30 Min. am Stück laufen. Der Haushalt könne gut bestritten werden. Die präoperativen Schmerzen von VAS 8 hätten sich auf VAS 2 verbessert. Die klinische Untersuchung zeige eine weitere Zunahme der Kraft in der linken proximalen Beinmuskulatur, aktuell M 5. Die Wunde sei reizlos und die Sensibilität intakt. Das Röntgenbild vom 12. Februar 2020 zeige eine korrekte Lage des Osteosynthesematerials. Die Beschwerdeführerin sei zufrieden. Die sehr starken präoperativen Schmerzen seien durch die dynamische Stabilisation unter Kontrolle.

3.3.6 Der RAD-Arzt Dr. med. H. _____ hielt in der Stellungnahme vom 8. Juli 2020 (act. II 131) fest, nach diversen Wirbelsäulenoperationen im Rahmen von Bandscheibenvorfällen beziehungsweise degenerativen Veränderungen sei es vorübergehend zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden gekommen (Schmerzskala VAS 9 auf 3). Ab 02/2019 sei es wieder zu einer Beschwerdezunahme bis auf VAS 6 gekommen, wobei dann eine MRI-Kontrolle geplant gewesen sei, die Beschwerdeführerin habe aber zuvor noch eine längere ...-Reise unternommen. Im LWS-MRI von 05/2019 habe sich dann eine progrediente Spinalkanalstenose L3/4 und L2/3 mit Mikroinstabilität sowie einer leichten proximalen Beinparese gezeigt, sodass am 25. Oktober 2019 eine Revisions-Stabilisation (Verlängerung der Versteifung) L2 - S1 durchgeführt worden sei mit nachfolgend zunehmender Besserung der Beschwerden (VAS 8 auf 2) und Zunahme der Beinkraft. Die erwähnte, erneute Operation vermöge keine andere Beurteilung als im RAD-Bericht vom 4. September 2019 (act. II 121) zu bewirken. Im Rahmen der Operation sei es zu einem Unterbruch mit kompletter Leistungsunfähigkeit ab dem 25. Oktober 2019 bis zum 12. Februar 2020 gekommen. Ansonsten gelte weiterhin das Zumutbarkeitsprofil vom 4. Sep-

tember 2019. Es könne davon ausgegangen werde, dass die vollständigen Arbeitsunfähigkeiten nach den Operationen im Normbereich lägen und dass somit nicht von einer lang andauernden Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden könne. Gemäss dem Bericht von Prof. Dr. med. F. _____ vom 12. Dezember 2019 (act. II 127/2 f.) sei es der Beschwerdeführerin in der ersten Nachkontrolle schon recht gut gegangen. Der postoperative Verlauf sei regelrecht gewesen. Die Arbeitsunfähigkeit dieser Operation habe unter drei Monaten gelegen. Die Einschätzung/Befunde seien wiederum mit dem RAD-Orthopäden Dr. med. G. _____ besprochen worden.

3.3.7 Prof. Dr. med. F. _____ führte im Bericht vom 2. Dezember 2020 (act. II 135) die gleichen Diagnosen auf wie im Bericht vom 12. Februar 2020 (act. II 129/2 f.), ergänzt durch die Diagnose Lumbalgie in der oberen LWS, vereinbar mit einem Facettensyndrom L1/2. Er hielt fest, seit der Operation im Oktober 2019 hätten sich die schweren Schmerzspitzen stabilisiert. Die Beschwerdeführerin habe unter Belastung punktuell noch Beschwerden bis VAS 6 - 7. Sie könne etwa 15 Minuten am Stück laufen, bevor Beschwerden aufträten. Fünf Minuten Stehen sei ohne Beschwerden möglich, weiterhin gelinge es wie jetzt in der Sprechstunde etwa 30 Minuten zu sitzen, bevor Verspannungen in der oberen LWS aufträten. Es zeige sich eine Hyposensibilität im linken Oberschenkel, welche seit der Operation langsam regredient sei. Es bestünden deutliche beidseitige Myogelosen. In der Röntgenuntersuchung der LWS vom 2. Dezember 2020 zeige sich eine regelrechte Lage des Osteosynthesematerials. Als Beurteilung für die IV wurde festgehalten, aufgrund der aktuellen heutigen Untersuchung sei der Beschwerdeführerin die LWS-Inklination über 30° und die LWS-Rotation über 30° nicht mehr zumutbar. Es sei ihr noch zumutbar, Gewichte bis 5 kg zu heben. Aufgrund dessen sei die Wiederaufnahme einer Tätigkeit in einer ... nicht realistisch. Es werde empfohlen, eine vorzeitige Pensionierung einzuleiten.

3.3.8 In der Stellungnahme vom 1. April 2021 (act. II 143) hielt der RAD-Arzt Dr. med. H. _____ fest, es würden aufgrund der bisher eingereichten objektiven Befundberichte aus Sicht des RAD keine neuen Tatsachen geltend gemacht, welche das bisherige Zumutbarkeitsprofil (Dr. med.

G._____ vom 17. Dezember 2018 [act. II 108]) relevant verändern würden. Wie bereits erwähnt, sei es lediglich zu Unterbrüchen im Rahmen der operativen Massnahmen bei sonst prinzipiell weiter geltendem Zumutbarkeitsprofil in optimal angepasster Tätigkeit gekommen. Die Befunde/Einschätzung seien wiederum mit dem RAD-Orthopäden Dr. med. G._____ (vgl. Aktennotiz vom 1. April 2021 [act. II 144]) besprochen worden.

3.3.9 Dr. med. I._____, Facharzt für Neurochirurgie, führte im Bericht vom 5. Mai 2021 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3) die folgenden (Haupt-)Diagnosen auf:

- Lumbalgie in der oberen und mittleren LWS, M54.97
- 25. Oktober 2019 Revisionsstabilisation L2 - S1 (SpineShape mittelhart), mit beidseitiger Dekompression L2/3 und L3/4 bei Claudicatio spinalis bei progredienter Spinalkanalstenose L3/4 und L2/3 mit Mikroinstabilität
- 02/2018 dynamische Stabilisierung L4 - S1, mit Skoliosekorrektur, Erweiterung des Foramens L5 links und Neurolyse L5 links
- Bewegungsabhängige Lumbago, DD bei Osteochondrose mit Spinalkanalstenose L2/3 und Fazettengelenksarthrose L2/3

Dr. med. I._____ gab an, bei der Beschwerdeführerin fänden sich neue (innerhalb der letzten sechs Monate aufgetretene) linksseitige Lumbofemoralgien mit gleichzeitiger Claudicatio spinalis. Diese Beschwerden seien gut durch die progrediente Spinalkanalstenose L1/2 erklärt. Betreffend Beurteilung für die IV wurde ausgeführt, in der aktuellen Sprechstunde sei es der Beschwerdeführerin nur möglich gewesen knapp 15 Minuten zu sitzen, danach habe sie wegen Schmerzen aufstehen und sich bewegen müssen. Aufgrund der ungünstigen LWS-Statik dürfe die Beschwerdeführerin maximal 4 kg heben. LWS-Inklination betrage maximal 30°. Die LWS-Neigung nach rechts sei maximal bis 5°, nach links maximal 10° zumutbar. Wegen der ungünstigen Statik der Lendenwirbelsäule sei es der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar, eine wechselbelastende Tätigkeit durchzuführen. Sie sei zuletzt in einer ... als Mitarbeiterin angestellt gewesen, bei der sie ... habe, die 5 - 20 kg schwer gewesen seien. Diese Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar.

4.

4.1 Der medizinische Sachverhalt erweist sich als nicht hinreichend abgeklärt, so dass nicht beurteilt werden kann, ob die verschiedenen Operationen zu einer dauerhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit zu einem Revisionsgrund geführt haben. Mit der Verfügung vom 14. Oktober 2013 (act. II 80) wurde der Beschwerdeführerin gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS E. _____ vom 13. Mai 2013 (act. II 77.1) bei einem Invaliditätsgrad von 55 % eine halbe Invalidenrente zugesprochen. Wegleitend war dabei – bei unauffälligem neurologischem Status (keine Hinweise für radikuläre oder medulläre Auswirkungen des HWS-Syndroms und keinem objektivierbaren pathologischen Befund bezüglich des lumbovertebralen Syndroms; act. II 77.1/22) – die rheumatologische Beurteilung, wonach die Arbeits- und Leistungsfähigkeit wegen einer multifaktoriell bedingten Zervikobrachialgie links und einer allseitig mindestens mässiggradig eingeschränkten Beweglichkeit der LWS mit Bezug auf eine leichte Tätigkeit mit bloss leichter Rückenbelastung um 50 % eingeschränkt beurteilt wurde (act. II 77.1/27 f.). Der rheumatologische Gutachter ging dabei davon aus, dass trotz des gesteigerten Krankheitsverhaltens bzw. inadäquaten Schmerzverhaltens die geklagten Ausstrahlungen ins linke Bein einer mindestens teilweisen radikulären Schmerzsymptomatik bei korrelierenden Diskopathien an der unteren LWS mit radiomorphologischen Kompromittierungen von linksseitigen Nervenwurzeln entsprachen. Der sich dadurch ergebende Widerspruch zum neurologischen Teilgutachten, wonach hinsichtlich des lumbovertebralen Syndroms kein objektiver pathologischer Befund festzustellen war und aufgrund des diskrepanten Verhaltens beim Prüfen des Lasègue auf eine bewusstseinsnahe Symptomausweitung geschlossen wurde (act. II 77.1/22), wurde im Rahmen der Gesamtbeurteilung nicht aufgelöst (act. II 77.1/30).

An der LWS wurde die Beschwerdeführerin im weiteren Verlauf wie folgt operiert: Am 13. April 2015 erfolgte eine gedeckte mikrochirurgische erweiterte Fenestration L5 links, Rezesso- und Foraminotomie der Wurzel L5 links (act. II 92/7), welche gemäss Verlaufsbericht von Prof. Dr. med. F. _____ vom 26. Mai 2015 (act. II 92/6) zu einer Verbesserung der Symptomatik geführt hat. Am 15. Februar 2018 wurde eine dynamische

Stabilisation L4 - S1, SpineSharpe mittelhart mit Skoliosekorrektur, L5/S1/Erweiterung des Foramens L5 links mit foraminaler mikroskopischer Dekompression und Neurolyse L5 links durchgeführt (act. II 102/9), welche gemäss Verlaufsbericht von Prof. Dr. med. F. _____ vom 24. Juli 2018 (act. II 105/5 bzw. 106/5 bzw. 123/6) zu einer Verbesserung der Rückenschmerzen (von 9/10 auf 3/10) und der Lumboischialgien (von 8/10 auf 3/10) führte, wobei die Schmerzangaben zu letzteren und die Mühe beim längeren Stehen mit L5 linksseitig vereinbar gehalten wurden. Schliesslich erfolgte am 25. Oktober 2019 eine Revisionsstabilisation L2 - S1 (SpineShape mittelhart), mit beidseitiger Dekompression L2/3 und L3/4 (act. II 127/4), welche wiederum zu einer Verbesserung der Gehfähigkeit und der Schmerzsituation (von 8/10 auf 2/10) führte (Bericht Prof. Dr. med. F. _____ vom 12. Februar 2020 [act. II 129/2 f.]).

Soweit der RAD in seinen Aktenbeurteilungen vom 17. bzw. 19. Dezember 2018 (act. II 108 f.), 4. September 2019 (act. II 121), 8. Juli 2020 (act. II 131) und 1. April 2021 (act. II 143) allein aufgrund der erfolgten Operationen an der LWS und den dazugehörigen neurochirurgischen Verlaufsberichten, welche zwar und zumindest vorübergehend zu einer Verbesserung der radikulären Schmerzsymptomatik geführt haben dürften, von einer dauerhaften Verbesserung des gesamthaften Gesundheitszustandes ausgeht, erweist sich dies deshalb als ungenügend, weil gemäss Gutachten der MEDAS E. _____ vom 13. Mai 2013 (act. II 77.1) mit Bezug auf die Lumbalschmerzen von einer kombinierten Beschwerdesymptomatik auszugehen ist, welche nebst den damals fraglichen radikulären Reizungen auch myofaciale Komponenten beinhaltet (act. II 77.1/27). Ebenso ausgeklammert wird bei der RAD-Beurteilung der Verlauf hinsichtlich der damals gemäss rheumatologischem Teilgutachten als für das Zumutbarkeitsprofil wegleitend zu beurteilenden Befunde an der HWS und der Schulter (act. II 77.1/27 f.). Zudem ergibt sich aus dem Bericht von Dr. med. I. _____ vom 5. Mai 2021 (act. I 3), dass innerhalb der letzten sechs Monate und damit noch vor Verfügungserlass am 8. April 2021 (act. II 145) neue linksseitige Lumbofemoralgien mit gleichzeitiger Claudicatio spinalis aufgetreten sind (zur Berücksichtigung von nach Verfügungserlass verfassten Arztberichten vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Zur Beurteilung, ob mit Bezug auf das funktionelle Leistungsvermögen in rentenrelevanter Hinsicht eine

Veränderung eingetreten ist und gegebenenfalls zur Umschreibung des Zumutbarkeitsprofils bedarf es vielmehr einer Gesamtbetrachtung, welche nicht bloss aufgrund von Berichten über erfolgte Operationen in Teilursachen für das Schmerzgeschehen zu erfolgen hat. Die Beschwerdegegnerin wird deshalb die medizinischen Akten hinsichtlich des Verlaufs der zervikobrachialen Schmerzen zu vervollständigen haben und hiernach eine mindestens bidisziplinäre neurologisch-rheumatologische Begutachtung zu veranlassen haben, denn aus dem Vorgutachten ergibt sich unzweifelhaft, dass vorliegend nicht bloss die bildgebenden, sondern vor allem die klinisch erhobenen Befunde zur Beurteilung des Gesundheitszustandes wegleitend sein müssen.

4.2 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 8. April 2021 (act. II 145) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Parteikosten zu ersetzen (Art. 109 Abs. 1 VRPG). Im Falle der Vertretung durch eine gemeinnützig tätige Rechtsberatungsstelle im Sinne der Rechtsprechung (BGE 135 I 1 E. 7.4.1 S. 4) wird der Stundenansatz bei einer fachlich qualifizierten Vertre-

tung auf Fr. 130.-- und bei einer fachlich nicht qualifizierten Vertretung auf Fr. 80.-- festgelegt.

In der Kostennote vom 20. Juli 2021 hat lic. iur. C. _____ vom B. _____ einen Aufwand von total Fr. 1'131.-- (8.7 Stunden à Fr. 130.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 45.20 geltend gemacht, was nicht zu beanstanden ist. Zuzüglich der Mehrwertsteuer von Fr. 90.60 (7.7% von Fr. 1'176.20 [Fr. 1'131.-- + Fr. 45.20]) ergibt dies eine Parteientschädigung von Fr. 1'266.80. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 8. April 2021 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
4. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'266.80 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.

5. Zu eröffnen (R):

- B._____, lic. iur. C._____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern (samt Kostennote vom 20. Juli 2021 des
B._____, lic. iur. C._____)
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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