

200 19 780 IV  
FUE/BRM/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 26. Mai 2020**

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Braune

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. September 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 9. Februar 2011 (Akten der IVB [act. II] 36) wies die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) ein erstes Leistungsgesuch (act. II 1) der 1971 geborenen A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten (act. II 24) ab.

Auf Neuanmeldung vom 24. Oktober 2011 (act. II 37) hin holte die IVB eine rheumatologische Expertise (act. II 61.1) und alsdann ein polydisziplinäres Verlaufsgutachten (act. II 80.1) ein, führte anschliessend berufliche Abklärungen durch (act. II 103, 109) und verneinte mit Verfügung vom 13. Januar 2016 (act. II 116) bei einem Invaliditätsgrad von 10 % einen Anspruch auf eine Invalidenrente. In Gutheissung der hiergegen erhobenen Beschwerde (act. II 117 S. 3-8) hob das Verwaltungsgericht des Kantons Bern die Verfügung mit Urteil vom 21. April 2016, IV/2016/221 (act. II 120), auf und wies die Sache zur weiteren Abklärung an die IVB zurück.

In der Folge verneinte die IVB gestützt auf ein neuerliches polydisziplinäres Gutachten (act. II 145.1) mit Verfügung vom 13. Dezember 2017 (act. II 155) einen Leistungsanspruch mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens. Die hiergegen am 29. Januar 2018 von der Versicherten, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, erhobene Beschwerde hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 28. Mai 2018, IV/2018/79, insofern gut, als es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache an die IVB zurückwies, damit diese nach Vornahme weiterer Abklärungen, entweder im Sinne einer beruflichen Abklärung oder allenfalls einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL), über den Leistungsanspruch der Versicherten neu verfüge (act. II 159).

Daraufhin veranlasste die IVB vom 27. August bis zum 21. September 2018 eine Arbeitsmarktlich-Medizinische Abklärung (AMA) bei der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ (Bericht vom 8. Oktober 2018; act. II 171). Mit Vorbescheid vom 24. Oktober 2018 stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in

Aussicht (act. II 172). Hiergegen erhob die Versicherte, wiederum vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 28. November (act. II 177) und 28. Dezember 2018 (act. II 180) Einwand, was die IVB veranlasste, nach Konsultation des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 181, 184) mit einem neuen Vorbescheid vom 23. April 2019 erneut die Verneinung des Anspruchs auf IV-Leistungen in Aussicht zu stellen (act. II 185). Nach erneutem Einwand und Einreichung medizinischer Berichte (act. II 186, 190) verfügte die IVB nach Rücksprache mit dem RAD (act. II 193) am 11. September 2019 wie in Aussicht gestellt (act. II 196).

## **B.**

Mit Eingabe vom 14. Oktober 2019 erhob die Versicherte Beschwerde mit dem Antrag, die Verfügung vom 11. September 2019 sei aufzuheben und die Sache sei zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, die Beurteilung des RAD betreffend die im Rahmen der AMA dokumentierten belastungsabhängigen Veränderungen am linken Arm überzeuge nicht.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. Dezember 2019 schliesst die IVB auf Abweisung der Beschwerde.

Mit am 17. Dezember 2019 beim Gericht eingegangener Eingabe reicht die Beschwerdeführerin weitere Arztberichte ins Recht (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 2-4).

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. September 2019 (act. II 196). Streitig ist der Anspruch auf Leistungen der IV, wobei die Frage im Zentrum steht, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt ist.

**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 Ar-

beitsmarkt (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** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Dies gilt analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

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).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

**2.3** Um den IV-Grad 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).

Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substanziell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche

Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195; SVR 2017 IV Nr. 75 S. 231 E. 4.1.1).

### 3.

**3.1** Im – für das angerufene Gericht verbindlichen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. November 2011, 9C\_203/2011, E. 4.2) – Rückweisungsurteil vom 28. Mai 2018, IV/2018/79, wurde erkannt, dass das Gutachten der MEDAS D. \_\_\_\_\_ vom 1. August 2017 (act. II 145.1) die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (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) prinzipiell erfüllt und grundsätzlich vollen Beweis erbringt (VGE IV/2018/79 E. 3.5). Hingegen wurde der diagnostische Ausschluss, wonach kein Morbus Sudeck respektive kein CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) vorlägen (act. II 145.1 S. 88 Ziff. 5.1, 145.1 S. 94 Ziff. 5.2, 145.1 S. 118 f. Ziff. 7.3), insoweit als nicht überzeugend erachtet, als die Gutachter offensichtlich von der Prämisse ausgegangen seien, die im Bericht der Stiftung H. \_\_\_\_\_ vom 5. November 2015 (act. II 109) beschriebenen Veränderungen am linken Arm, welche allenfalls dem klinischen Befund bzw. den diagnostischen Kriterien des CRPS (Typ 1) entsprechen könnten, seien gar nie aufgetreten. Hinzu komme, dass der Sachverhalt bereits mit Urteil vom 21. April 2016, VGE IV/2016/221, E. 3.5.1 (act. II 120) als ungenügend abgeklärt qualifiziert worden sei, nachdem die Beobachtung im Rahmen der beruflichen Abklärung, wonach der linke Arm der Beschwerdeführerin nach einer halben Stunde Arbeit «sichtbar stark» angeschwollen, fahl und kalt gewesen sei (AB 109/2), medizinisch nicht gewürdigt worden sei und sich auch die Gutachter der MEDAS D. \_\_\_\_\_ zu dieser Frage nur rein formell geäußert hätten, indem sie festhielten, «dass diese Beobachtungen durch nicht-ärztliches Personal gemacht wurden, sondern von Berufsberatern, und daher nicht die gleiche Wertigkeit haben, wie die gutachterliche Beurteilung durch ein Team von medizinischen Fachexperten» (act. II 145.1 S. 123 Ziff. 7.5). Die im VGE IV/2016/221, E. 3.5.1 (act. II 120),

aufgeworfene Problematik der seitens der Stiftung H.\_\_\_\_\_ beobachteten «objektiv sichtbaren Veränderungen» (AB 109/2) am linken Arm sei damit nach wie vor nicht gelöst (E. 3.5.2 und 3.5.3). Das Verwaltungsgericht wies die Sache deshalb an die Beschwerdegegnerin zurück, damit diese entweder eine berufliche Abklärung oder allenfalls eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) veranlasse, wobei sie angewiesen wurde, in diesem Rahmen dafür besorgt zu sein, dass allfällige Schwellungen oder anderweitige objektiv feststellbare Veränderungen am linken Arm (mittels Fotos, echtzeitlicher Beschreibung, evtl. Beizug eines Arztes) dokumentiert würden. Sollten derartige Veränderungen dokumentiert werden, seien sie medizinisch zu würdigen, sei es durch Vorlage an den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) oder an die Gutachter der MEDAS D.\_\_\_\_\_; sollten dagegen keine solchen Veränderungen dokumentiert werden, sei von vornherein das Fehlen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens erstellt, da diesfalls ohne Weiteres auf die überzeugende Einschätzung der MEDAS D.\_\_\_\_\_ abgestellt werden könne (a.a.O. E. 3.6).

Zu prüfen war im Rahmen der Rückweisung mithin nurmehr, ob Schwellungen oder anderweitig objektiv feststellbare Veränderungen am linken Arm dokumentiert werden können und falls ja, wie diese medizinisch zu würdigen sind.

**3.2** Dem Abklärungsbericht AMA vom 8. Oktober 2018 (act. II 171) sowie den anschliessend erstellten ärztlichen Berichten lässt sich zur noch offenen Problematik im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.2.1** Der AMA-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit „somatisch nicht erklärbare/nicht objektivierbare, aber subjektiv invalidisierende und schmerzhaft bewegungs- und funktionseinschränkende bzw. Funktionsverlust der ganzen linken oberen Extremität“ auf. Unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wies er auf verschiedene orthopädische sowie psychiatrische Befunde hin. Beurteilend legte er dar, die (eigentlichen Neben-)Diagnosen erklärten die erbrachte Leistung von 15% (aufgerechnet auf ein Arbeitspensum von 100%) nicht (bei durchschnittlicher Präsenz von 60%). Die relevante Hauptdiagnose sei rein so-

matisch gesehen funktionell bei angepasster Arbeit nicht einschränkend, die Versicherte könnte (abgesehen von der starken Dekonditionierung) in einer solchen 100% arbeiten. Die Diagnose müsse als rein psychosomatisch angesehen werden. Die Versicherte sei vollkommen auf ihr subjektives Schmerzerleben und den konsekutiven Funktionsverlust des linken Armes eingespart und fixiert. Durch die regelmässigen standardisierten Umfangmessungen im Bereich des rechten (wie auch des linken; vgl. act. II 171 S. 26-47) Armes seien die jeweils subjektiv erlebten z.T. starken Schwellungen widerlegt. Einzig eine längerfristige und intensive psychotherapeutische Intervention könnte mittel- bis langfristig die Prognose der Versicherten verbessern. Nach dem medizinischen Zumutbarkeitsprofil seien alle Arbeiten ohne deutliche Belastung des linken Knies zumutbar. Eine Eingliederung erscheine zum jetzigen Zeitpunkt nicht realistisch (act. II 171 S. 19-22).

**3.2.2** In der Stellungnahme vom 12. April 2019 führte der RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Praktischer Arzt, aus, in psychiatrischer Hinsicht könne weiterhin auf das psychiatrische Teilgutachten im interdisziplinären Gutachten der MEDAS D.\_\_\_\_\_ vom 1. August 2017 abgestellt werden (act. II 183 S. 3).

Im gleichentags erstatteten Bericht (act. II 184 S. 5-11) kommentierte der RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemein Innere Medizin und Rheumatologie, die vorgelegten Bilder (der AMA) dahingehend, dass gewisse Bilder keine Schwellung des linken Unterarms, andere dagegen eine Schwellung mit Beteiligung des Unterarms, des Handgelenks und der Finger auf der linken Seite zeigten und die Schwellung phasenweise eine bläuliche Farbe gehabt habe; phasenweise habe der Abdruck eines Armbandes um das Handgelenk links, einmal auch um das Handgelenk rechts beobachtet werden können. Eine Asymmetrie der Behaarung und/oder der Nägel sei nicht aufgefallen und Madonnenfinger seien nicht zu rapportieren. Wahrscheinlich existiere ein Dupuytren rechts ohne Flexum der Finger (S. 5). Die Frage, ob Schwellungen oder anderweitig objektiv feststellbare Veränderungen am linken Arm dokumentiert seien, bejahte er (S. 9-10). Ferner diskutierte er die Differentialdiagnose von ödematösen Manifestationen und gelangte zum Schluss, dass die Situation der Versicherten über-

wiegend wahrscheinlich im Rahmen einer Muskelpumpeninsuffizienz bei muskulärer Dekonditionierung wegen tendenzieller Schonung links nach Unterarmoperation zu sehen sei; in diesem Kontext gebe es eine Stauung von venösem Blut, was zu einer Ödembildung mit phasenweise bläulicher Verfärbung führe. Um auszuschliessen, dass es bei Schonung/Immobilisation im betroffenen Glied nicht zu einer (schlecht rekanalisierten) Thrombose gekommen sei sowie zum Ausschluss von möglichen Kollateralen sollte eine angiologische Abklärung stattfinden (S. 6). Mit der genannten Art von Ödem könne keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründet werden. Eine Muskelpumpeninsuffizienz sei mittelfristig signifikant verbesserbar. (S. 10).

**3.2.3** Am 21. März 2019 hatte Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie mit Weiterbildung u.a. in Sportmedizin (SGSM), eine neurologische Beurteilung durch Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, vorgeschlagen (act. II 186 S. 21); über die am 9. Mai 2019 stattgefundene Untersuchung berichtete letztere am 13. Mai 2019 und hielt fest, dass von neurologischer Seite die rezidivierenden nächtlichen Migräneattacken (mit/bei Triggerung durch Schulter-Armsyndrom mit Immobilität und hyperpathischer Berührungsempfindlichkeit im Ellbogenbereich, Frozen shoulder links sowie progredienter Morgensteifheit der Hände) im Vordergrund stehe und mittlerweile auch ein zusätzlicher Medikamentenüberkonsum-Kopfschmerz bestehe, was die Chronifizierung unterhalte (act. II 186 S. 24 f.).

**3.2.4** Zuhanden des (seinerzeitigen) Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin nahm der behandelnde Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie mit Weiterbildung u.a. in Phlebologie (USGG), am 20. Mai 2019 zur medizinischen Situation Stellung (act. II 186 S. 2 ff.). Er hielt fest, dass im Rahmen der AMA am betroffenen linken Arm der Versicherten klar objektiv feststellbare Veränderungen, namentlich eine einseitige Schwellung des erkrankten linken Vorderarmes, des Handgelenks und der Finger mit phasenweiser bläulicher Verfärbung dokumentiert worden seien (S. 7-8). Die vom RAD-Rheumatologen dargestellte ausführliche Differentialdiagnose sei korrekt und nicht zu beanstanden. Indessen hätte zu jeder der aufgeführten Differentialdiagnosen ausgeführt werden müssen, warum sie im

vorliegenden Fall zutreffen oder aber nicht zutreffen könne (S. 11). Medizinisch nicht vertretbar sei die Würdigung des RAD, die Armschwellung sei auf eine Muskelpumpeninsuffizienz zurückzuführen, da ein dadurch verursachtes Ödem in der medizinischen Fachliteratur nur für das Bein, nicht aber für den Arm beschrieben werde. Pathophysiologisch sei eine Schwellung am Bein mit einer Schwellung am Arm nicht vergleichbar (S. 12). Widersprüchlich sei sodann, dass – worauf auch der RAD hinweise – die Schwellung nach den Feststellungen während der AMA durch die Arbeit im Laufe des Tages zugenommen habe, der RAD aber gleichzeitig fordere, dass die Patientin mehr mit dem linken Arm arbeiten müsste, weil dieser infolge Dekonditionierung als Folge der Inaktivität geschwollen sei. Die Dekonditionierung vermöge vieles, definitiv aber nicht eine unter Belastung zunehmende Schwellung zu erklären (S. 13). Nach objektiver Klärung der Widersprüche im Zusammenhang mit den Beschwerden des linken Armes durch die AMA sei höchstwahrscheinlich von einem Zustand bei/nach CRPS auszugehen; mit Sicherheit liege ein chronisches Schmerzsyndrom vor und mit Sicherheit keine durch Konditionierung heilbare Muskelpumpeninsuffizienz. Die Patientin habe in der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ eine Leistung von maximal 50% erbracht; eine 100%-Leistung sei zu keinem Zeitpunkt möglich gewesen und hätte wohl zur gänzlichen Dekompensation geführt (S. 15).

**3.2.5** Im Bericht vom 21. Juli 2019 bestätigte der RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ seine im Bericht vom 12. April 2019 abgegebene Einschätzung und legte dar, der linke Unterarm der Beschwerdeführerin werde seit Jahren geschont. Muskelgruppen, die nicht mehr gebraucht würden, würden insuffizient und funktionierten nicht mehr vollständig, mithin nehme die Pumpfunktion ab. Die ganze Flüssigkeit, die bei Aktivität den Unterarm links erreiche, könne nicht mehr in Richtung des rechten Vorhofes weggepumpt werden, das System des Unterarms dekompensiere. In Ruhe gehe weniger Flüssigkeit in diesen Unterarm und die Muskeln hätten Zeit, die Flüssigkeit, die sich während den Aktivitäten gestaut habe, wieder Richtung Herz fließen zu lassen. Muskeln könnten aber immer wieder neu trainiert werden, insofern gebe es keinen Widerspruch (act. II 193 S. 6 und 8). Zum Einwand des Dr. med. F.\_\_\_\_\_, dieses Phänomen betreffend den Arm

sei in der Literatur nirgends beschrieben (act. II 186 S. 12), erwiderte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ sinngemäss, es gebe „immer einen ersten Fall“ (S. 5-6).

### 3.3

**3.3.1** Die durchgeführte AMA hat über den gemäss VGE IV/2018/79 noch offenen Punkt – nämlich die Frage nach dem Auftreten allfälliger objektiv feststellbarer Veränderungen am linken Arm unter Belastung – Aufschluss gegeben. Nunmehr ist fotografisch sowie mittels Messungen und Beschreibungen dokumentiert, dass – jedenfalls an gewissen Tagen – Veränderungen am linken Unterarm, am Handgelenk und an den Fingern feststellbar waren. Damit sind die Beobachtungen, wie sie bei der beruflichen Abklärung in der Stiftung H.\_\_\_\_\_ im Jahr 2015 gemacht wurden, namentlich dass der linke Arm nach einer halben Stunde sichtbar stark anschwell, fahl und kalt wurde sowie sehr weh tat (act. II 109 S. 2), im Grundsatz bestätigt. Da von weiteren diesbezüglichen Abklärungen, d.h. Untersuchungen zur Dokumentation der unter Belastung auftretenden Veränderungen an der linken oberen Extremität, keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, ist darauf – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (vgl. S. 6) – in antizipierter Beweiswürdigung (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) zu verzichten. Im Übrigen hat auch der behandelnde Dr. med. F.\_\_\_\_\_ keine solchen weiteren Abklärungen gefordert bzw. bezeichnete diesen Abklärungsaspekt vielmehr als „erfüllt“ (act. II 186 S. 15 Ziff. 5).

**3.3.2** Zu prüfen bleibt damit einzig, ob für die medizinische Würdigung der festgestellten Befunde auf die von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ – unter Mithilfe des RAD-Psychiaters und Praktischen Arztes Dr. med. J.\_\_\_\_\_ – vorgenommene Aktenbeurteilung vom 12. April 2019 abgestellt werden kann.

Der Rheumatologe und Internist Dr. med. G.\_\_\_\_\_ hat die aufgrund der im Rahmen der AMA erhobenen Befunde in Frage kommenden Differentialdiagnosen diskutiert, insbesondere auch im Lichte des von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ seit Jahren postulierten CRPS, und ist mit nachvollziehbarer und einleuchtender Begründung zum Schluss gelangt, dass kein solches CRPS vorliegt. Dies deshalb, weil es sich beim CRPS um eine chronische Problematik handle, bei welcher das Ödem nicht – wie im Rahmen der

AMA beobachtet (act. II 184 S. 10 Ziff. 1.1) – innerhalb weniger Stunden variere, sondern das Zustandsbild auch in Ruhe vorhanden wäre (act. II 184 S. 8 lit. n). Seine Beurteilung, wonach die Kriterien für die Diagnose eines CRPS nicht erfüllt seien, steht zudem im Einklang mit den Beurteilungen der Experten der MEDAS E.\_\_\_\_\_ GmbH sowie der MEDAS D.\_\_\_\_\_ (vgl. act. II 61.1 S. 16; 80.1 S. 23, 25, 31; 145.1 S. 78 f., S. 88, 94, 118). Unter diesen Umständen kann dem wiederholten Postulat von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, die von ihm gestellte Diagnose eines CRPS habe durch die Fotografien teilweise objektiviert werden können (vgl. act. II 186 S. 12 Ziff. 3.2) und dass höchstwahrscheinlich ein Zustand bei/nach CRPS vorliege (act. II 186 S. 15), nicht gefolgt werden. Insbesondere hat sich Dr. med. F.\_\_\_\_\_ mit der Begründung des RAD-Rheumatologen, das Ödem würde beim Vorliegen eines CRPS nicht – wie anlässlich der AMA beobachtet – innerhalb von Stunden variieren, nicht einmal ansatzweise auseinandergesetzt. Seine Einschätzung steht zudem in Widerspruch mit den aktuellen Beurteilungen der behandelnden Rheumatologin Dr. med. K.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 21. März 2019 (act. II 186 S. 21) und von Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, im Bericht vom 13. Mai 2019 (act. II 186 S. 23), in welchem beide Fachärzte übereinstimmend einen *Status nach* CRPS Grad I Arm links 2011 diagnostizierten. Damit überzeugt die Diagnosestellung von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ nicht bzw. es bestehen in dieser Hinsicht keine Zweifel an der Aktenbeurteilung des RAD-Rheumatologen.

Was den Schluss desselben RAD-Arztbes betrifft, die festgestellten Veränderungen seien auf eine Muskelinsuffizienz bzw. Muskelpumpeninsuffizienz bei muskulärer Dekonditionierung zurückzuführen, weil die Beschwerdeführerin den linken Arm nach der Operation (Dekompression des Nervus radialis, Spaltung der Extensorenmuskeln und Denervation nach Wilhelm mit lokaler Fettlappenplastik und Arthrotomie des Ellenbogengelenks am 21. Februar 2011; vgl. act. II 184 S. 2) nachweislich geschont habe, was zur Abnahme der Pumpfunktion der Muskeln geführt habe mit Stauung von venösem Blut mit Ödembildung und phasenweiser bläulicher Verfärbung besonders bei Aktivität, wogegen die Problematik der Muskelschwäche in Ruhe nicht so ausgeprägt sei, sodass das Ödem abnehme (act. II 184 S. 10), hat diese These einiges für sich. Dasselbe trifft jedoch auch auf die

Einwände von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zu, der diese Erklärung für medizinisch nicht vertretbar bezeichnete, weil in der medizinischen Fachliteratur nirgends beschrieben werde, dass eine Muskelpumpeninsuffizienz am Arm zu einem derartigen Ödem führen könne, sondern solches lediglich in Bezug auf das Bein bekannt sei. Auch sein Argument, pathophysiologisch sei eine Schwellung am Bein nicht mit einer Schwellung am Arm vergleichbar und beim Bein verbessere sich eine Schwellungssituation unter Muskelaktivität (wobei er als Paradebeispiel auf eine Krampfadererkrankung mit abendlicher Schwellung hinweist; act. II 184 S. 12), weckt gewisse Zweifel an den Darlegungen des RAD. Dies umso mehr, als der RAD-Rheumatologe die Einwände von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, insbesondere in Bezug auf die fehlende Untermauerung der RAD-ärztlichen These durch die medizinische Fachliteratur, in seiner Stellungnahme vom 21. Juli 2019 nicht zu entkräften vermochte (act. II 193). Hinzu kommt, dass es fraglich scheint, ob vorliegend eine Aktenbeurteilung genügt, nachdem eine solche einzig bei Vorliegen eines lückenlosen Befundes zulässig ist (statt vieler: Entscheid des BGer vom 15. April 2020, 8C\_125/2020, E. 3), hier jedoch keine spezifisch gefässdiagnostischen Untersuchungen aktenkundig sind. Dies obschon Dr. med. G.\_\_\_\_\_ beim Vorliegen einer Muskelin-suffizienz die Durchführung einer angiologischen Untersuchung als indiziert bezeichnet hatte (act. II 184 S. 6 lit. a b/VI). Eine solche Untersuchung scheint vorliegend nicht nur wegen einer möglichen Thrombose bzw. möglichen Kollateralen angezeigt, sondern primär zur Sicherung der von ihm gestellten Diagnose bzw. gegebenenfalls zum Stellen einer Differenzialdiagnose.

**3.3.3** Nach dem Gesagten bestehen zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Aktenbeurteilung des RAD, sodass ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162). Die Sache ist deshalb in Gutheissung der Beschwerde an die Verwaltung zurückzuweisen, damit diese eine verwaltungsexterne angiologische Abklärung mit anschliessender fachärztlicher Beurteilung der festgestellten Veränderungen am linken Arm veranlasse und hernach neu verfüge.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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

**4.2** Eine Parteientschädigung ist der nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin nicht zuzusprechen, zumal für sie im vorliegenden Verfahren kein Arbeitsaufwand angefallen ist, der den Rahmen dessen überschreitet, was der Einzelne üblicher- und zumutbarerweise zur Besorgung persönlicher Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (BGE 127 V 205 E. 4b S. 207).

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 11. September 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - 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.