

200 21 639 IV
MAK/BRO/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 25. November 2022

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Juli 2021



Sachverhalt:

A.

Die 1966 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Dezember 2009 unter Hinweis auf ein Burnout mit Erschöpfungsdepression bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Nach zahlreichen Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht seitens der IVB und zwei Rentenverfügungen (AB 53, 102), die diese pendente lite (AB 64; Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 8. Oktober 2013, IV/2013/799 [AB 65]) bzw. während der Rechtsmittelfrist (AB 104) wieder aufhob, erliess die IVB eine (im Ergebnis identische) Verfügung vom 29. Juni 2018 (AB 148). Mit dieser sprach sie der Versicherten ab Juni 2010 eine Dreiviertelrente, ab Dezember 2010 eine ganze Rente, ab April 2011 eine halbe Rente und ab September 2011 bis Ende März 2012 eine Viertelrente zu. Für die Zeit ab April 2012 verneinte sie einen Rentenanspruch. Eine hiergegen erhobene Beschwerde (AB 152 S. 3 ff.) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 12. April 2019, IV/2018/588 (AB 163), insofern gut, als es die Verfügung vom 29. Juni 2018 (vgl. AB 148) aufhob und die Sache an die IVB zur Vornahme weiterer Abklärungen in Bezug auf den gesundheitlichen Verlauf ab März 2014 und anschliessender neuer Verfügung zurückwies (Ziff. 1 des Dispositivs). Zudem bestätigte das Verwaltungsgericht den zwischen Juni 2010 bis März 2012 zugesprochenen abgestuften Rentenanspruch und den Wegfall des Rentenanspruchs ab April 2012 (S. 12 f. E. 4.2.1).

In der Folge tätigte die IVB zusätzliche Abklärungen; insbesondere veranlasste sie in der C. _____ (MEDAS) ein polydisziplinäres (internistisch / psychiatrisch / rheumatologisch / gastroenterologisch) Gutachten (MEDAS-Gutachten vom 12. Mai 2020 [AB 214.1 ff.]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 219, 222, 235 f.) und der Einholung einer ergänzenden Stellungnahme der MEDAS (AB 234) erliess die IVB am 23. Juli 2021 eine im Ergebnis identische Verfügung (AB 240) und sprach der Versicherten ab Juni 2010 eine Dreiviertelrente, ab Dezember 2010 eine ganze

Rente, ab April 2011 eine halbe Rente und ab September 2011 bis Ende März 2012 eine Viertelsrente zu. Für die Zeit ab April 2012 verneinte sie einen Rentenanspruch.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, mit Eingabe vom 14. September 2021 Beschwerde mit dem Antrag, in Aufhebung der Verfügung vom 23. Juli 2021 sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin neben der bis März 2012 befristeten Leistungen ab September 2017 erneut eine halbe Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei seitens des Gerichts ein neutrales Drittgutachten der Fachrichtung Rheumatologie einzuholen und anschliessend über das Begehren zu entscheiden.

Mit Eingabe vom 22. September 2021 reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren Arztbericht zu den Akten.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2021 beantragte 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 Anträ-

gen 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 23. Juli 2021 (AB 240).

Mit VGE IV/2018/588 (AB 163) wurde die in der Verfügung vom 29. Juni 2018 (AB 148) zugesprochene abgestufte Rente zwischen Juni 2010 und März 2012 und der Verlust des Rentenanspruchs ab April 2012 bestätigt (AB 163 S. 12 f. E. 4.2.1). Insoweit liegt eine abgeurteilte Sache (*res iudicata*) vor (BGE 145 V 314 E. 5.1 S. 317). Eine erneute Überprüfung des abgestuften Rentenanspruchs ist deshalb ausgeschlossen. Streitig und zu prüfen ist demnach einzig ein allfälliges Wiederaufleben des Rentenanspruchs bzw. die Entstehung eines neuen Rentenanspruchs und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob seit März 2014 eine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten 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 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen

Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

2.2 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).

2.3 Gemäss aArt. 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.

2.4 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 (aArt. 17 Abs. 1 ATSG).

2.4.1 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 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

2.4.2 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 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

2.4.3 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2020 IV Nr. 70 S. 244 E. 4.2.2).

2.5 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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Mit VGE IV/2018/588 (AB 163) bestätigte das Verwaltungsgericht des Kantons Bern den Wegfall des ab Juni 2010 zugesprochenen abgestuften Rentenanspruchs per April 2012 (AB 163 S. 13 E. 4.2.1) und erwog, der Rentenanspruch sei bis zur Begutachtung Anfang 2014 (vgl. AB 85.1 ff.) nicht wieder aufgelebt (AB 163 S. 13 E. 4.2.1). Hauptsächlich aufgrund der vom behandelnden Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, gestellten neuen Diagnose einer Spondyloarthritis (vgl. AB 152 S. 22) sei jedoch weiter abzuklären, ob sich der Gesundheitszustand im Nachgang zum Gutachten (vgl. AB 85.1 ff.) seit März 2014 verändert habe (AB 163 S. 14 E. 4.3). Zu prüfen ist nachfolgend, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht zum Schluss gekommen ist, dies sei nicht der Fall.

3.2 Seit März 2014 präsentiert sich die medizinische Aktenlage – soweit entscheidungswesentlich – wie folgt:

3.2.1 Während Dr. med. D. _____ im Bericht vom 24. April 2018 (AB 140 S. 6 ff.) noch darlegte, aufgrund der kernspintomographischen Untersuchung sei eine Spondyloarthritis weiterhin möglich, aber nicht vollständig gesichert (S. 6), führte er im Bericht vom 23. Juli 2018 (AB 152 S. 21 f.) aus, in Anbetracht der guten Wirkung der Medikamente und der radiologischen und klinischen Befunde sei eine Spondyloarthritis nun bestätigt (S. 22).

Weiter erläuterte Dr. med. D. _____ in seinem Schreiben an die Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin vom 7. Juni 2019 (AB 168 S. 3), den genauen Beginn der entzündlichen Erkrankung festzulegen sei aufgrund der Anamnese und der multiplen weiteren Erkrankungen nicht möglich. Diese Erkrankung könne im Rahmen einer Operation oder auch eines Traumas initial aufgetreten sein, was bei der Patientin beides vorliege. Entsprechend sei eine retrospektive Analyse nicht möglich. Erst der kernspintomographische Nachweis der Entzündung habe die Diagnose möglich gemacht. Aktuell leide die Patientin an der bekannten chronisch-entzündlichen Erkrankung und multiplen muskulären Dysbalancen. Neu sei

eine Fraktur im Beckenbereich hinzugekommen. In Anbetracht der Fraktur werde die Arbeitsfähigkeit aktuell auf maximal 25 % geschätzt.

3.2.2 Am 30. August 2019 erfolgte im Spital E. _____ eine MRI der Gesamtwirbelsäule und der Sakroiliakgelenke. Im entsprechenden Bericht vom gleichen Tag (AB 222 S. 5 f.) führte Prof. Dr. med. F. _____, Facharzt für Radiologie, aus, als mögliche Schmerzursache sei eine Synovialitis im Bereich der Sternoklavikulargelenke zu sehen. Es bestehe mehr denn je eine links akzentuierte Sakroiliitis. Rechts sei vergleichsweise wenig Sakroiliitis vorhanden (S. 5).

3.2.3 Im MEDAS-Gutachten vom 12. Mai 2020 (AB 214.1 ff.) stellten die Experten in ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen (AB 214.1 S. 9 f. Ziff. 4.2):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)
2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
3. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)
 - St. n. mikrotechnischer Fenestration L4/5 links am 28.10.2008
 - St. n. ventraler interkorporeller Spondylodese L4/5 am 22.09.2010
 - klinisch, radiologisch und kernspintomographisch regelrechter postoperativer Befund (Rx 06/2017, MRI 08/2019)
 - myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen
 - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik
4. Hypermobilität (ICD-10 M35.7)
5. Beginnende Coxarthrose beidseits (ICD-10 M16.9)
6. Belastungsdefizit der Füsse bei Knick-Senk-Spreizfuss (ICD-10 Q66.8)
 - radiologisch beginnende degenerative Veränderung (Rx 03/2020)
7. Heberdenarthrosen Dig. II und III beidseits (ICD-10 M15.1)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1)
 - Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur
 - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik
 - kernspintomographisch unauffälliger Befund (MRI 08/2019)
2. Multilokuläre Polyarthralgien (ICD-10 M25.59)
 - am ehesten im Rahmen der Hypermobilität
 - klinisch keine Hinweise für Synovitiden oder Tenosynovitiden
 - labortechnisch keine Entzündungsaktivität, Rheumafaktor, anti-CCP, ANA, ANCA und HLA-B27 negativ
 - radiologisch kein Nachweis von arthritischen Veränderungen (Rx Hände und Vorfüsse 06/2017 und 03/2020)

- kernspintomographisch keine Hinweise auf eine Arthritis (MRI Iliosakralgelenke und Becken 12/2019)
- 3. St. n. Fraktur Dig. V Hand links 12/2019 (ICD-10 S62.60)
 - klinisch diskretes Beuge- und Streckdefizit im PIP-Gelenk
 - radiologisch in regelrechter Stellung konsolidierte Fraktur (Rx 03/2020)
- 4. St. n. Os sacrum Fraktur links 03/2019 (ICD-10 S32.1)
 - kernspintomographisch konsolidiert (MRI 08/2019 und 12/2019)
- 5. Colon irritabile vom Diarrhoe-Typ (ICD-10 K58.0)
 - St. n. Cholezystektomie
- 6. Adipositas permagna (BMI 43 kg/m²; ICD-10 E66.0)
- 7. Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)
 - mit medikamentöser Behandlung knapp kompensiert
- 8. Hypothyreose (ICD-10 E03.9)
 - mit Substitutionsbehandlung kompensiert
- 9. Anamnestisch Asthma bronchiale (ICD-10 J45.8)
 - unter Bedarfsmedikation kompensiert

Insgesamt bestehe eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Der Verlauf der Arbeitsfähigkeit sei aus den Akten und den Angaben der Explorandin schwierig zu beurteilen. Es ergäben sich keine Hinweise dafür, dass nach Ende der Rehabilitation nach der Spondylodese vom September 2010 eine länger andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit bestanden habe (S. 11 Ziff. 4.6.3 f.). Weder der Gesundheitszustand noch die Arbeitsfähigkeit hätten sich seit 2014 erheblich verändert (S. 13 Ziff. 4.11).

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 11. März 2020 (AB 214.6) erläuterte Dr. med. G._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, bei der klinischen Untersuchung seien sämtliche Gelenke reizlos und frei beweglich gewesen. Synovitiden oder Tenosynovitiden fänden sich nicht. Auffällig sei eine allgemeine Hypermobilität mit Überstreckbarkeit der Gelenke. Bedingt hierdurch könne es bei nur ungenügender muskulärer Stabilisierung immer wieder zu Überlastungserscheinungen im Bereich der peripheren Gelenke und zu Blockierungen im Wirbelsäulenbereich mit der entsprechenden Beschwerdesymptomatik kommen. Der überwiegende Teil der von der Explorandin von Seiten der Wirbelsäule sowie der Gelenke geklagten Beschwerden lasse sich hierauf zurückführen. Auch die intermittierend auftretenden diffusen Schwellungen der Hände seien am ehesten durch die allgemeine Bindegewebsschwäche bei Hypermobilität bedingt. Die Diagnosekriterien für die durch Dr. med. D._____, gestellte Diagnose einer axialen und

peripheren Spondyloarthritis seien nicht erfüllt. So klage die Explorandin nicht über einen entzündlichen Rückenschmerz, der HLA-B27 sei negativ und im Bereich der peripheren Gelenke fänden sich keine Arthritiden. Labortechnisch habe sich bei den regelmässig durchgeführten Kontrollen keine Entzündungsaktivität gezeigt. Sowohl radiologisch wie auch sonographisch liessen sich im Bereich der peripheren Gelenke keine arthritischen Veränderungen nachweisen. Die letztmalig im Dezember 2019 durchgeführte Kernspintomographie der Iliosakralgelenke und des Beckens habe ebenfalls keine Hinweise auf eine aktuelle oder frühere Spondyloarthritis gezeigt. Zusammengefasst könne die von Dr. med. D. _____ gestellte Diagnose einer axialen und peripheren Spondyloarthritis nicht bestätigt werden. Die Gelenkbeschwerden der Explorandin seien zum grössten Teil durch die allgemeine Hypermobilität und die beginnenden degenerativen Veränderungen im Bereich der Hände, der Hüftgelenke und der Füsse bedingt (S. 10 f. Ziff. 7.1).

Soweit der behandelnde Rheumatologe in seinem Bericht vom 23. Juli 2018 die bereits früher geäusserte Verdachtsdiagnose einer axialen und peripheren Spondyloarthritis mit der Begründung des guten Ansprechens auf die Behandlung mit Humira bestätige, sei darauf hinzuweisen, dass die Medikamente wegen fehlender Wirkung bereits drei Monate später abgesetzt und die Behandlung mit Simponi eingeleitet worden sei. Die Tatsache, dass Dr. med. D. _____ in seinem Bericht vom 2. Dezember 2019 darlege, es sei unter der neuen Basistherapie mit Remicade und Leflunomid ebenfalls zu keiner Besserung der Situation gekommen, lasse sich dadurch erklären, dass bei der Explorandin keine entzündlich-rheumatologische Erkrankung vorliege. Im Übrigen habe er in seinem Bericht vom 19. Dezember 2019 weiterhin die Diagnose der axialen und peripheren Spondyloarthritis gestellt, obwohl sich bei der am 5. Dezember 2019 durchgeführten Kernspintomographie keine Hinweise auf eine aktuelle oder frühere Spondyloarthritis gezeigt hätten. Dass die Explorandin gemäss Bericht von Dr. med. D. _____ vom 7. Februar 2020 von der eingesetzten Therapie mit Cosentyx relativ gut profitiere, dürfte am ehesten auf einen Placebo-Effekt zurückzuführen sein. Soweit der Behandler in seinem Bericht zu Händen der IV vom 7. Mai 2018 ausführe, aus somatischer Sicht bestehe eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit, sei darauf hinzuweisen, dass

sich dem Bericht nicht entnehmen lasse, worauf sich dies stütze. Selbst wenn eine geringe ISG-Arthritis vorliegen sollte, rechtfertige sich keine derart gravierende Einschränkung der körperlich leichten, gut adaptierten Tätigkeit als ... (S. 12 f. Ziff. 7.3.3).

In Bezug auf den Verlauf des rheumatologischen Gesundheitszustandes führte die Expertin sodann aus, dieser habe sich seit dem Gutachten vom 6. Oktober 2014 respektive der Untersuchung vom 1. März 2014 nicht wesentlich verändert (S. 16 Ziff. 8.5).

3.2.4 Dr. med. D. _____ legte in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 20. August 2020 (AB 222 S. 7) dar, gemäss den neuen ASAS-Kriterien für eine Spondyloarthritis seien für die Diagnose eine kernspintomographisch festgestellte Sakroiliitis und ein zusätzliches Kriterium notwendig. In der Kernspintomographie vom 30. August 2019, welche von der Gutachterin in der Schlussfolgerung nicht erwähnt worden sei, obwohl die Akten vorgelegen hätten und im Gutachten aufgelistet worden seien, werde eine bilaterale linksbetonte Sakroiliitis festgehalten. Die Befundung sei durch einen Professor für Radiologie mit langjähriger Erfahrung in rheumatologischer Befundung erfolgt. Zudem seien bereits Anfang 2017 ein entzündlicher Rückenschmerz mit einer Morgensteife von einer Stunde und entsprechenden Nachtschmerzen beschrieben worden, was als Zusatzkriterium für die Diagnosestellung gelte. Die von der Patientin berichtete Reduktion der Beschwerden unter NSAR sei als weiteres Kriterium für eine Spondyloarthritis erfüllt. Dass die Patientin eine Reduktion der Beschwerden unter der Therapie mit dem Interleukin-17-Antagonisten Cosentyx von 50 % angegeben habe, sei zwar kein Diagnosekriterium, spreche aber für die korrekte Behandlung. Obwohl der Gutachterin sämtliche Unterlagen vorgelegen hätten, seien die Diagnosestellung sowie die entsprechenden Schlussfolgerungen nicht korrekt. Die entsprechenden Empfehlungen, welche aus dem Gutachten resultierten, dürften für die Gesamtbeurteilung nicht verwendet werden.

3.2.5 In der Stellungnahme vom 8. März 2021 (AB 234) erklärten die Gutachter, die Stellungnahme des behandelnden Rheumatologen vom 20. August 2020 (vgl. AB 222 S. 7) ändere nichts an ihrer Beurteilung. Neue Berichte oder Befunde, die zu einer Änderung der gutachterlichen Beurteilung

führen würden, würden nicht genannt. Der Befund der Kernspintomographie vom 30. August 2019, auf den sich der behandelnde Arzt berufe, sei auf S. 54 des Gutachtens wiedergegeben worden. Dieser Befund stehe im Gegensatz zu der nur vier Monate später in seinem Auftrag durchgeführten Kernspintomographie des Beckens und der ISG vom 5. Dezember 2019, bei der sich keine Hinweise auf eine aktuelle oder frühere Spondyloarthritis gezeigt hätten. Auch bei einer früheren Kernspintomographie der Wirbelsäule und der ISG vom 12. April 2018 hätten sich dafür keine Hinweiszeichen gefunden. Es sei nicht nachvollziehbar, wie Dr. med. D. _____ zu seiner Diagnose gekommen sei. Seine Stellungnahme vom 20. August 2020 (vgl. AB 222 S. 7) ändere nichts an der gutachterlichen Diagnosestellung und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (AB 234 S. 1).

3.2.6 Prof. Dr. med. F. _____ legte im Bericht zur konsiliarischen Beurteilung vom 18. August 2021 (Beschwerdebeilage [BB] 8) dar, es bestünden offensichtliche Zeichen einer zunächst inaktiven, später wenig aktiven und schliesslich wieder inaktiven Spondyloarthritis. Ausserdem nannte er eine Stressfraktur in der Massa lateralis des Os sacrum links und fügte an, der Befund passe insgesamt sehr gut zu dem wechselnd aktiven Bild einer Spondyloarthritis (S. 2).

3.2.7 In der Stellungnahme zum IV-Gutachten vom 15. September 2021 (BB 14) erläuterte Prof. em. Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, nach Durchsicht des Gutachtens sowie der am ... vorliegenden rheumatologischen Berichte und schriftlichen Befunde der seit 2017 durchgeführten muskuloskelettalen Bildgebung vor allem des Achsenskelettes komme er zum Schluss, dass bei der Patientin gemäss den neuen ASAS-Kriterien tatsächlich eine undifferenzierte Spondyloarthritis vorliege. Die Gutachterin erwähne explizit die beidseitige Sakroiliitis in der MRI-Untersuchung vom 30. August 2019, skotomisiere diese jedoch vollständig in ihrer Beurteilung des Beschwerdebildes und taxiere dieses ausschliesslich als chronische Schmerzkrankheit. Zum Zeitpunkt der MRI-Untersuchung habe zudem anamnestisch ganz offensichtlich eine Exazerbation der Spondyloarthritis bedingten muskuloskelettalen Schmerzen unter Remicade vorgelegen, was sehr gut zum Bildgebungsbefund passe.

Auch die Anfang 2017 dokumentierten entzündlichen Rückenschmerzen, langdauernde Morgensteifigkeit und Ruheschmerzen in der Nacht würden von der Gutachterin skotomisiert und blieben in der Beurteilung einer Spondyloarthritis unberücksichtigt. Insgesamt sei das Beschwerdebild absolut kompatibel mit dem Vorliegen einer undifferenzierten Spondyloarthritis gemäss den neuen ASAS-Kriterien (typische kernspintomographische Bildgebungsbefunde sowie entzündliche Symptomatologie und Ansprechen auf nichtsteroidale Antiphlogistika). Das partielle Ansprechen auf den Interleukin-17-Antagonisten Cosentyx spreche ausserdem für die korrekte Indikationsstellung einer Spondyloarthritis. Zusammenfassend seien die Schlussfolgerungen der Gutachterin aufgrund des Negierens einer Spondyloarthritis nicht korrekt. Allerdings sei das muskuloskelettale Beschwerdebild multifaktoriell und werde sowohl durch die Spondyloarthritis wie auch durch sekundäre Arthrosen als Folge des entzündlichen Leidens sowie der konstitutionellen Hypermobilität bestimmt.

3.3 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 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).

3.3.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund 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 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.4 Das MEDAS-Gutachten vom 12. Mai 2020 (AB 214.1 ff.; samt Stellungnahme vom 8. März 2021 [AB 234]), bestehend aus einer interdisziplinären Beurteilung, einem internistischen, psychiatrischen, rheumatologischen und gastroenterologischen Teilgutachten, erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen, weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. E. 3.3.1 f.) und sich die eventualiter beantragten weiteren Abklärungen (Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren) erübrigen (antizipierte 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]). Insbesondere basiert die Beurteilung auf umfassenden Untersuchungen. Sie berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten und nach Auseinandersetzung mit denselben erstattet. Sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung des gesundheitlichen Verlaufes ein. Demnach ist auf das MEDAS-Gutachten inkl. deren ergänzende Stellungnahme abzustellen.

3.4.1 Die volle Beweiskraft des internistischen (AB 214.4 S. 2 ff.), des psychiatrischen (AB 214.5) sowie des gastroenterologischen (AB 214.7)

Teilgutachtens blieb unbestritten. Demnach wird zu Recht nicht geltend gemacht, der internistische oder psychiatrische Gesundheitszustand habe sich seit März 2014 verändert (vgl. AB 214.4 S. 8 Ziff. 8.5, 214.5 S. 11 Ziff. 8.5). In Bezug auf den in VGE IV/2018/588, E. 4.2.2 (AB 163 S. 14), geäusserten Verdacht einer entzündlichen Darmerkrankung legte der gastroenterologische Gutachter schlüssig dar, es müsse von einem Colon irritabile vom Diarrhoe-Typ ausgegangen werden, wobei die Intensität der Beschwerden mit Blick auf die von der Explorandin ausgeführten Tätigkeit vernachlässigbar sei. Aus gastroenterologischer Sicht habe nie eine für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevante Komorbidität bestanden (AB 214.7 S. 4 Ziff. 7.1), was weder von der Beschwerdeführerin noch von den behandelnden Ärzten bestritten wird, weshalb auch aus gastroenterologischer Sicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Einfluss auf die Leistungsfähigkeit ausgeschlossen ist.

3.4.2 In Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten vom 11. März 2020 (AB 214.6) ist festzuhalten was folgt: Nach wie vor stehen die bereits anlässlich der rheumatologischen Begutachtung im Jahr 2014 (AB 85.4) geäusserten Beschwerden (insbesondere Kopfschmerzen sowie Schmerzen im Bereich der LWS, BWS, Schulter, Handgelenken und Füßen [AB 85.4 S. 2, 214.6 S. 3 Ziff. 3.2.1]) im Vordergrund, weshalb von einem im Wesentlichen unveränderten Beschwerdekomples auszugehen ist, und neue objektive Befunde, welche eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes untermauern, liegen nicht vor. Demnach ist schlüssig, dass die rheumatologische Expertin das Vorliegen einer erheblichen Veränderung des Gesundheitszustandes verneinte (AB 214.6 S. 16 Ziff. 8.5).

Eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund der im März 2019 festgestellten Beckenfraktur (vgl. AB 214.6 S. 3 Ziff. 3.1) ist zwar nicht auszuschliessen, doch geht aus den Akten nicht hervor, dass diese ohne wesentliche Unterbrechung mehr als drei Monate dauerte (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV), was von der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin denn auch nicht geltend gemacht wird.

Was die Beschwerdeführerin gegen die rheumatologische Expertise vorbringt, ändert nichts an der Beweiskraft des Gutachtens.

Bei der Rüge, die Gutachterin habe nicht sämtliche Unterlagen zur Kenntnis genommen (Beschwerde S. 8 Ziff. IV/3), handelt es sich um eine Unterstellung. Insbesondere wird – entgegen der anderslautenden Behauptung in der Beschwerde (S. 9 oben Ziff. IV/3) – sowohl unter Ziff. 7.1 als auch unter Ziff. 7.3 auf den Bericht vom 30. August 2019 (AB 222 S. 5 f.) Bezug genommen (AB 214.6 S. 9, 11 und S. 13). Zudem ist dort ersichtlich, dass sich die Gutachterin sehr ausführlich mit den medizinischen Vorakten auseinandersetzte und insbesondere die Beurteilungen des behandelnden Rheumatologen, Dr. med. D._____, eingehend würdigte. Ausserdem verkennt die Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 9 Ziff. IV/3), dass die Gutachterin ihre Diagnose respektive ihre Beurteilung, wonach keine Spondyloarthritis vorliegt, sehr wohl begründete. Dabei zog die Gutachterin in ihre Beurteilung insbesondere ein, dass der HLA-B27 negativ ist, sich im Bereich der peripheren Gelenke keine Arthritiden und bei den regelmässig durchgeführten Laborkontrollen keine Entzündungsaktivitäten fanden, sich weder radiologisch noch sonographisch im Bereich der peripheren Gelenke arthritische Veränderungen nachweisen liessen und im Bericht der im Dezember 2019 durchgeführten Kernspintomographie der Iliosakralgelenke und des Beckens explizit erwähnt wurde, dass sich keine Hinweise auf eine aktuelle oder frühere Spondyloarthritis zeigten (AB 214.6 S. 10 f. Ziff. 7.1). Dass die anlässlich der Begutachtung erstellten Röntgenbilder nicht lege artis erstellt worden sind (zur diesbezügliche Rüge Beschwerde S. 9 f. Ziff. IV/3), ist eine Behauptung der Beschwerdeführerin, die von keinem Arzt bestätigt wurde. Im Übrigen stützte sich die Gutachterin – wie hiavor dargelegt – nicht vorwiegend auf diese Bildgebung.

Ebenso wenig vermögen die (zum Teil nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellten) Stellungnahmen von Dr. med. D._____ vom 20. August 2020 (AB 222 S. 7), von Prof. Dr. med. F._____ vom 18. August 2021 (BB 8) sowie von Prof. em. Dr. med. H._____ vom 15. September 2021 (BB 14) den Beweiswert der gutachterlichen Einschätzung zu schmälern. Keiner dieser Ärzte setzte sich mit der Begründung der rheumatologischen Gutachterin auseinander. Vielmehr stützten sowohl Dr. med. D._____ als auch Prof. em. Dr. med. H._____ ihre Beurteilung, wonach eine Spondyloarthritis vorliege, massgeblich auf den MRI-Bericht vom 30. August 2019 (AB 222 S. 5 f.), in welchem eine Sakroiliitis festgestellt

wurde. Weitgehend unberücksichtigt blieb von ihnen hingegen insbesondere, dass sich in dem rund drei Monate später durchgeführten MRI keine Hinweise auf eine aktuelle oder frühere Spondyloarthritis fanden (vgl. AB 214.6 S. 6 Ziff. 4.3) und dass sich auch in den Laborkontrollen keine Entzündungsaktivitäten zeigten (AB 214.6 S. 10 Ziff. 7.1). Aspekte, welche eine abweichende Beurteilung aufdrängen würden, werden in den Stellungnahmen der behandelnden Ärzte nicht aufgezeigt (vgl. hierzu SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Insbesondere hatte die Gutachterin – wie hiervor dargelegt – Kenntnis von der im MRI-Bericht vom 30. August 2019 (AB 222 S. 5 f.) genannten Sakroiliitis und sie bestätigte in ihrer Stellungnahme vom 8. März 2021 (AB 234) explizit, dass dies nichts an ihrer Beurteilung ändere (S. 1). Demnach gingen die behandelnden Ärzte und die Gutachterin von derselben Befundlage aus, welche lediglich divergierend eingeschätzt wurde. Für die Belange der Invalidenversicherung kommt es jedoch grundsätzlich nicht auf die gestellte Diagnose an, sondern auf die Auswirkungen der Gesundheitsschädigung auf die Arbeitsfähigkeit (statt vieler Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 17. August 2022, 8C_287/2022, E. 5.1.2). Entsprechend stellt denn auch eine hinzutretende Diagnose nicht per se eine revisionsrechtliche Gesundheitsverschlechterung dar, sondern nur, wenn diese veränderten Umstände den Leistungsanspruch berühren (BGE 141 V 385 E. 4.2 S. 391). Selbst wenn eine Spondyloarthritis vorläge, wäre diese lediglich vorübergehend wenig aktiv gewesen (BB 8 S. 2), weshalb nicht ersichtlich ist, dass sich diese gewichtig auf die körperlich leichte Tätigkeit der Beschwerdeführerin als ... ausgewirkt hätte, was denn auch nicht überzeugend geltend gemacht wird. In diesem Sinne führte denn auch die rheumatologische Gutachterin aus, selbst wenn eine geringe ISG-Arthritis vorliegen sollte, rechtfertige sich die vom behandelnden Rheumatologen attestierte – aber nicht begründete – Arbeitsunfähigkeit von 50 % nicht (AB 214.6 S. 13 Ziff. 7.3.3). So oder anders ist demnach erstellt, dass sich der Gesundheitszustand in keiner für den Leistungsanspruch relevanten Weise verändert hat.

3.5 Aufgrund des Dargelegten ist erstellt, dass seit März 2014 und demnach auch seit dem Verlust des Rentenanspruchs per April 2012 (vgl. hierzu E. 3.1 hiervor) keine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet wäre, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen. Folglich liegt in revisions-

rechtlicher Hinsicht eine im Wesentlichen unveränderte Situation vor, weshalb der Anspruch auf eine Rente nicht wiederaufgelebt bzw. neu entstanden ist. Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 23. Juli 2021 im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (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):

- Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.