

200 22 291 IV
LOU/GET/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. September 2022

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. März 2022



Sachverhalt:

A.

A.a.

Die ... geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), seit 2000 vollzeitig als ... bei der C._____ angestellt, meldete sich im April 2012 unter Hinweis auf einen Morbus Bechterew sowie die Folgen eines im Dezember 2011 erlittenen cerebrovaskulären ischämischen Insults (CVI) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 1; 7). Nachdem die IVB den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht abgeklärt und Berichte behandelnder Ärzte beigezogen hatte, sprach sie der Versicherten mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 8. April 2014 (act. II 32) bei einem Invaliditätsgrad von 40% eine für die Zeit von Dezember 2012 bis Januar 2013 befristete Viertelsrente zu.

A.b.

Im Januar 2017 meldete sich die Versicherte, welcher das bei der C._____ bestehende und seit 2014 im Umfang eines 80%-Pensums innegehabte Arbeitsverhältnis per Ende Mai 2017 gekündigt wurde (act. II 46 S. 2 f.), mit dem Hinweis "Körperfunktionen = Hirnschlag, Einschränkung Beweglichkeit Bechterew" erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 33). Nachdem die IVB den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht abgeklärt, Berichte der behandelnden Ärzte beigezogen und das Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) unterbreitet hatte, veranlasste sie in der Abklärungsstelle D._____ eine Arbeitsmarktliche-Medizinische Abklärung (AMA; act. II 59). Gestützt auf die Einschätzungen im Abklärungsbericht AMA vom 3. August 2017 (act. II 64 S. 2-13) gewährte die IVB weitere berufliche Massnahmen (Referenzerarbeitung in der Abklärungsstelle D._____ [act. II 79], ... für Wiedereinsteigerinnen [act. II 87], Arbeitsvermittlung [act. II 88], Arbeitsversuch in der E._____ AG [act. II

91]). Im April 2018 trat die Versicherte bei der E._____ AG eine Anstellung als ... (im Umfang eines 60%-Pensums) an (act. II 99 S. 7), woraufhin die IVB die Arbeitsvermittlung abschloss (act. II 97) und der Versicherten nach Einholung eines Abklärungsberichts Haushalt/Erwerb durch ihren Abklärungsdienst (act. II 98 S. 2 ff.) mit Vorbescheid vom 5. Juni 2018 (act. II 100) bei einem Invaliditätsgrad von 45% (Status: 100% Erwerb) die Ausrichtung einer Viertelsrente ab dem 1. August 2017 in Aussicht stellte. Dagegen liessen sowohl der Berufsvorsorgeversicherer wie auch die Versicherte Einwand erheben (act. II 104; 111). In der Folge veranlasste die IVB bei der F._____ (MEDAS) eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 1. Juli 2019 [act. II 136.1 ff.]) und liess durch ihren Abklärungsdienst einen weiteren Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb erstellen (act. II 141 S. 2 ff.). Mit weiteren Vorbescheiden vom 28. November 2019 (act. II 142) und – nach Einholung einer Stellungnahme der MEDAS (act. II 156 S. 2 ff.) – vom 2. Juni 2020 (act. II 158) sowie – nach Einholung einer weiteren Stellungnahme der MEDAS (act. II 190) – vom 24. November 2021 (act. II 196) stellte die IVB der Versicherten jeweils bei einem Invaliditätsgrad von 20% (ab 9. August 2017) bzw. 30% (ab November 2018) die Abweisung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Dies bestätigte sie mit Verfügung vom 28. März 2022 (act. II 206), nachdem die Versicherte auch gegen den zuletzt erlassenen Vorbescheid Einwand erhoben hatte.

B.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 12. Mai 2022 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern vom 28. März 2022 sei aufzuheben.
2. Die Akten seien zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, ein aktualisiertes polydisziplinäres medizinisches Gutachten in Auftrag zu geben.
3. Eventualiter sei zur Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ein gerichtliches Fachgutachten anzuordnen und der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin neu festzusetzen.

4. Eventualiter sei der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Mit Beschwerdeantwort vom 9. Juni 2022 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Schreiben vom 11. Juli 2022 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht der Klinik G. _____ vom 23. Juni 2022 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 13) zu den Akten. Hierzu liess sich die Beschwerdegegnerin mit Stellungnahme vom 18. Juli 2022 vernehmen.

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 28. März 2022 (act. II 206). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere die Frage, ob der (medizinische) Sachverhalt hinreichend 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 Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, 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). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 28. März 2022 (act. II 206), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022 (vgl. E. 4.1 hinten), weshalb (mangels Vorliegens eines Revisionsgrundes mit Neufestsetzung des Rentenanspruchs nach dem 1. Januar 2022) die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (vgl. auch Ziff. 9100 f. des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen, vgl. BGE 144 V 195 E. 4.2 S. 198).

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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c).

2.4

2.4.1 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 (aArt. 17 Abs. 1 ATSG). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuansmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

2.4.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt,

um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.4.3 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 (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).

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

2.4.5 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).

2.5 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).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom Januar 2017 (act. II 33) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die Verfügung vom 8. April 2014 (act. II 32) – mit welcher ein für die Zeit von Dezember 2013 bis Januar 2014 befristeter Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 40% bejaht worden ist – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 28. März 2022 (act. II 206; vgl. E. 2.4.4 vorne).

3.2 Bei Erlass der Verfügung vom 8. April 2014 präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.2.1 Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 5. November 2012 (act. II 14) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein CVI Corona radiata links Dezember 2011 und als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine hypertensive Herzkrankheit und einen Morbus Bechterew fest. Die Beschwerdeführerin habe sich vom CVI in physischer und affektiver Hinsicht gut erholt. Es persistierten noch neuropsychologische Defizite (S. 2).

3.2.2 Im Bericht des Spitals I. _____ vom 26. Juni 2013 (act. II 21 S. 3 ff.) wurde festgehalten, die Befunde seien vereinbar mit einer links betonten fronto-subkortikalen Funktionsstörung und gut als residuelle Folgen des erlittenen CVI Corona radiata links (Dezember 2011 [vgl. act. II 4.2 S. 1]) erklärbar. Aufgrund der Befunde sei die Arbeitsfähigkeit aktuell zwischen 20-30% eingeschränkt. Es werde der Beschwerdeführerin ein Arbeitspensum von 70% empfohlen (act. II 21 S. 4).

3.3 Bis zum Erlass der die zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) angefochtenen Verfügung vom 28. März 2022 (act. II 206) präsentierte sich die (medizinische) Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Im Bericht des Spitals I. _____ vom 29. November 2016 (act. II 50 S. 2 ff.) wurde festgehalten, aktuell entsprächen die neuropsychologischen Befunde noch leichten Funktionseinschränkungen vor allem rechts

frontaler Hirnareale mit erfreulicher Befundverbesserung seit der Voruntersuchung. Die Verbesserung der Befunde sei gut vereinbar mit dem Wegfall der andauernden psychosozialen Belastungssituation am Arbeitsplatz und der Regredienz der depressiven Episode. Kognitive Folgen des CVI seien weiterhin nicht eruierbar (S. 3).

3.3.2 Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 2. Februar 2017 (act. II 41) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine reaktive Depression bei Mobbing am Arbeitsplatz, einen Status nach CVI (mit klinisch passagerem sensomotorischem Hemisyndrom rechts und langsamer neurologischer Erholung), eine Spondylitis ancylosans mit chronischen lumbovertebralen Schmerzen bei Belastung/Schmerzen, fest. Die Prognose sei gut. Die Arbeitsfähigkeit an einem anderen Arbeitsplatz ohne dieses Mobbing wäre laut der behandelnden Psychiaterin entsprechend dem früheren Pensum möglich. Die Beschwerdeführerin möchte auch wieder arbeiten, allerdings nicht mehr an diesem Arbeitsplatz (S. 2). Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis 31. Januar 2017 100%, danach sei die Beschwerdeführerin (ohne Mobbing-situation) an einem anderen Arbeitsplatz wieder voll arbeitsfähig, entsprechend dem alten Pensum (S. 3).

3.3.3 Im Abklärungsbericht AMA vom 3. August 2017 (act. II 64 S. 2-13) wurde festgehalten, die verwertbare Leistung habe bei ...-, ...- sowie ... bei 50% gelegen. Die während der AMA festgestellte Leistungsminderung sei medizinisch erklärbar (S. 12).

3.3.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. K. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, hielt im Bericht vom 4. September 2018 (act. II 118) fest, weder sei eine depressive Störung ausgewiesen noch seien die funktionellen Auswirkungen des Morbus Bechterew sowie allfälliger neurologischer Defizite erstellt. Mangels schlüssiger Entscheidungsgrundlagen sei eine polydisziplinäre Begutachtung erforderlich (S. 5 f.).

3.3.5 Dr. med. L. _____, Facharzt für Rheumatologie, diagnostizierte im Bericht vom 3. Dezember 2018 (act. II 129 S. 2 f.) im Wesentlichen eine Spondylitis ancylosans, ED vor Jahren, einen Status nach CVI vor ca. vier Jahren und eine "normale Knochendichte 9/16". Die Beschwerdeführerin

berichte gegenüber 2016 über deutlich verstärkte Beschwerden. Anders als vor zwei Jahren fänden sich nun auch erhöhte Entzündungszeichen. Eine Aktivität der Spondylitis sei also gut möglich, wenn auch nicht beweisbar. Sicherlich würden bei einer fast totalen Ankylose Restbeschwerden mechanischer Art zurückbleiben (S. 2).

3.3.6 Im polydisziplinären, die Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie beinhaltenen Gutachten der MEDAS vom 1. Juli 2019 (act. II 136.1 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 136.1 S. 10):

Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- Axiale Spondylarthritis, ED circa 1986 mit fast kompletter Einsteifung der Wirbelsäule und somit erhebliche Funktionseinschränkung (BASDAI [Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index] 7.1; BASFI [Bath Ankylosing Spondylitis Funktional Index] 8.5; BASMI [Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index] 6.3)
- Chronisches Schmerzsyndrom bei insbesondere statisch belastenden Tätigkeiten
- Leichte kognitive Einschränkungen in Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen mit/bei
 - CVI Corona radiata, 2011
 - Leukenzephalopathie, über das Alter hinausgehender Hirnvolumenminderung, disseminierten Mikroblutungen periventriculär

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- Status nach CVI, Dezember 2011
 - mit residualem leichtem sensiblen Defizit rechte Hand, rechtes Bein distal betont
 - mit leichter Feinmotorikstörung rechte Hand (leichte Verlangsamung, leichte Reduktion der groben Kraft)
- Adipositas Grad I (BMI 30.7)
- arterielle Hypertonie, behandelt, gut eingestellt
- Nikotinabusus
- Status nach Cholezystektomie vor Jahren
- Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73)

Die aktuell angegebenen Beschwerden seien grösserenteils sehr wahrscheinlich durch statische Ursachen bei der praktisch durchgängig ankyloierten Wirbelsäule erklärbar (S. 8). In der Gesamtschau seien die aus neuropsychologischer Sicht anzunehmenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit hinreichend berücksichtigt in der Bewertung der rheumatologi-

schen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung, weshalb sie nicht additiv zu sehen seien. Insbesondere in leidensadaptierten Tätigkeiten seien keine quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht objektivierbar. Quantitative Einschränkungen aus neurologischer, psychiatrischer und internistischer Sicht beständen ebenfalls nicht (S. 9).

In der aktuellen Tätigkeit (... in der E. _____ AG, vgl. S. 9) betrage die Arbeitsfähigkeit maximal 50% (S. 10). Die durchgeführte Tätigkeit sei zum jetzigen Zeitpunkt eine fast komplett stehende Tätigkeit und führe hierdurch zu erheblichen Beschwerden und Belastungen. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin eher geeignet für eine leichte wechselbelastende, vermehrt sitzende Tätigkeit, bei der ihr zudem regelmässige Ruhepausen zum Abliegen gewährleistet würden. Nicht geeignet seien zudem Arbeiten mit Handeinsatz über Brust-, Schulter- oder Kopfhöhe, Tätigkeiten in gebückter oder vorgeneigter Haltung im Sitzen oder Stehen sowie Arbeiten mit Rumpfrotation nach rechts/links im Sitzen oder Stehen. Die Beschwerdeführerin sei ebenfalls nicht in der Lage, in kauender Stellung zu arbeiten (S. 11). Weiter hielten die Gutachter fest, die Beschwerdeführerin habe früher im Rahmen eines 80%-Pensums in einer sitzenden Tätigkeit in der ... der C. _____ gearbeitet und im Rahmen der AMA geschildert, dass sie die dortige Tätigkeit weitergeführt hätte, wenn es nicht zu den Wechsellagen der Vorgesetzten gekommen wäre. Es dürfe angenommen werden, dass durch die aktuell feststellbare leichte entzündliche Komponente zwar eine gewisse Zunahme der Schmerzsymptomatik plausibel erscheine, dass aber dennoch von einer Arbeitsfähigkeit von ca. 70% auszugehen sei (S. 9). Dies gelte seit November 2018 (S. 13).

3.3.7 Dr. med. L. _____ hielt im Bericht vom 30. Januar 2020 (act. II 151 S. 1 f.) fest, laut der Beschwerdeführerin nähmen die Schmerzen zu und sie könne die Tätigkeit in der ... nur noch gering ausüben. Sie habe einen Widerwillen gegen neue Medikamente, da sie Nebenwirkungen auf Simponi entwickelt habe. Insgesamt sei die Beschwerdeverschlechterung für ihn glaubwürdig und nachvollziehbar, bei insgesamt sicherlich schwer lesbarer Situation und grosser mechanischer und zunehmend chronifizierter Komponente. Aktuell erachte er die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bei maximal 50%.

3.3.8 In der Stellungnahme der MEDAS vom 4. Mai 2020 (act. II 156 S. 2 ff.) wurde an den im Gutachten vom 1. Juli 2019 erfolgten Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit festgehalten (S. 4).

3.3.9 Dr. med. M._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 14. Juni 2020 (act. II 160 S. 5 f.) eine leichte bis mittelgradige depressive Störung, ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.0-1), anamnestisch eine Anpassungsstörung im Rahmen einer psychosozialen Belastungssituation (2017), sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1). Die Beschwerdeführerin schildere ihre Gesundheits- und Lebenssituation auf eine eher dysphorisch-klagende und fordernde Art; dahinter sei aber eine depressive Symptomatik mit glaubhaftem Leidensdruck festzustellen (S. 5). Das Ausmass der psychischen Störungen hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit sei schwer beurteilbar, dürfte aber mindestens 30% betragen (S. 6).

3.3.10 Dr. med. N._____, Facharzt für Neurologie, hielt im Bericht vom 26. Januar 2021 (act. II 182 S. 7-9) fest, in der klinisch-neurologischen Untersuchung zeige sich der bekannte Befund mit den Residuen der stattgehabten zerebralen Ischämie mit leichten Feinmotorikstörungen auf der linken Seite und die Problematik im Rahmen des Bechterew mit skoliothischer Fehlhaltung der Wirbelsäule und vornübergebeugter Körperhaltung. Höhergradige anderweitige koordinative oder motorische Störungen liessen sich hingegen nicht objektivieren (S. 8). Auch könne eine Polyneuropathie ausgeschlossen werden (S. 9).

3.3.11 Dr. med. O._____, Fachärztin für Neurologie, hielt im Bericht vom 29. Januar 2021 (act. II 182 S. 5 f.) fest, die heutigen Befunde im Rahmen der verhaltensneurologischen Untersuchung fügten sich in die Befunde der zwischen 2013 und 2018 erhobenen neuropsychologischen Resultate ein. Ein quantitativer Vergleich sei bei unterschiedlichem Testinstrument nicht möglich, eine relevante Verschlechterung finde sich jedoch nicht. Dies passe zu den anamnestischen Schilderungen mit in etwa stationären Beschwerden. Dieser Verlauf spreche auch gegen eine neurodegenerative Erkrankung, hierfür würde auch das kognitive Leistungsprofil nicht passen (S. 6).

3.3.12 Dr. med. L._____ hielt im Bericht vom 9. Februar 2021 (act. II 180) fest, die ab März und Oktober 2020 durchgeführten Therapien hätten keinen Effekt gehabt, die Schmerzen hätten zugenommen. Die Situation habe sich also massiv verschlechtert, die Beschwerdeführerin komme im Alltag kaum mehr zurande. Sie sei so nicht mehr arbeitsfähig, auch nicht in einer Verweistätigkeit.

Mit weiterem Bericht vom 26. Juli 2021 (act. II 189 S. 1 f.) hielt Dr. med. L._____ fest, bei der Beschwerdeführerin zeige sich ein sehr therapie-refraktäres Geschehen, differentialdiagnostisch beständen mechanische Probleme.

3.3.13 In der Stellungnahme der MEDAS vom 17. August 2021 (act. II 190) wurde festgehalten, aufgrund der vorgelegten Berichte könnten keine progredienten relevanten Funktionseinschränkungen objektiviert werden (keine wesentliche Veränderung im BASFI und BASMI, kein Hinweis auf ISG-Arthritis gemäss MRI 01/2021) und die auf subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin gestützten Bewertungen müssten relativiert werden. Es ergebe sich somit in der Gesamtschau weiterhin kein hinreichend plausibler Grund, der zu einer Andersbewertung des medizinischen und versicherungsmedizinischen Sachverhaltes im Vergleich zum Gutachten vom Juli 2019 führe (S. 5).

3.3.14 Im zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin verfassten Bericht vom 27. Dezember 2021 (act. II 197 S. 15) hielt Dr. med. P._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, aktuell ... die Beschwerdeführerin ... in ..., ... und Es beständen einerseits massive Einschränkungen durch den Morbus Bechterew im körperlichen Bereich (nur leichte körperliche Arbeit möglich), und andererseits im geistigen Bereich (vermindertes Arbeitstempo, Auffassungsvermögen, Erinnerungsvermögen, Fehler). Es sei als ... aus seiner Sicht als Arbeitgeber und Allgemeinmediziner keine Arbeitsfähigkeit von 70% gegeben. 60% für einfache Arbeiten sei realistisch.

3.3.15 Im zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin verfassten Bericht der Klinik G._____ vom 23. Juni 2022 (act. I 13) wurde festgehalten, es sei nicht möglich, im Rahmen einer einfachen Sprechstun-

denkonsultation die definitive Arbeitsfähigkeit zu bestimmen, da es sich hier auch um ein interdisziplinäres Problem handle. Die Beschwerden seien anhand der klinischen und radiologischen Befunde plausibel und es sei entsprechend auch naheliegend, dass die Beschwerdeführerin ihr aktuelles Arbeitspensum so nicht mehr bewältigen könne.

3.4

3.4.1 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).

3.4.2 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).

Im Verfahren nach aArt. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

3.5 Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 1. Juli 2019 (act. II 136.1) erfüllt (einschliesslich der Stellungnahmen vom 4. Mai 2020 [act. II 156 S. 2 ff.] und vom 17. August 2021 [act. II 190]) die Anforderungen der

Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4.2 vorne) und erbringt vollen Beweis. Das Gutachten ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung – welche mit jener der behandelnden Ärzte weitgehend übereinstimmt (vgl. E. 3.3 vorne) – sowie die daraus resultierende Arbeits- und Leistungsfähigkeitsbeurteilung (Folgeabschätzung) nachvollziehbar, die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet und es lassen sich gestützt darauf sämtliche vorliegend relevanten Tat- und Rechtsfragen beantworten. Danach liegen insbesondere eine axiale Spondylarthritis mit fast kompletter Einsteifung der Wirbelsäule und dadurch resultierender erheblicher Funktionseinschränkung, ein chronisches Schmerzsyndrom bei insbesondere statisch belastenden Tätigkeiten sowie leichte kognitive Einschränkungen in Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen vor, welche Beeinträchtigungen das funktionelle Leistungsvermögen bzw. die Arbeitsfähigkeit in der aktuellen Tätigkeit im Umfang von 50% und in einer leidensangepassten Tätigkeit um 30% (Arbeitsfähigkeit 70%) einschränken.

3.6 Die Beschwerdeführerin macht geltend, in Bezug auf die Rückenproblematik reiche eine rheumatologische Begutachtung nicht, da auch "mechanische Probleme" vorhanden seien (Beschwerde, S. 5 f., Rz. 21 f.; S. 7, Rz. 27). In der Folge sei der rechtserhebliche Sachverhalt im Hinblick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht hinreichend abgeklärt (S. 6, Rz. 23; S. 8, Rz. 31) und es sei deshalb eine weitere polydisziplinäre Begutachtung zu veranlassen (S. 9, Rz. 33).

3.7

3.7.1 Nach der Rechtsprechung ist ein Rheumatologe zur Beurteilung von Wirbelsäulenbeschwerden fachlich kompetent (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. Oktober 2018, 8C_376/2018, E. 3.1). Dies muss umso mehr gelten, wenn – wie hier – die (im Vordergrund stehenden) Auswirkungen einer Spondylitis ankylosans bzw. eines Morbus Bechterew zu beurteilen sind, bei denen es sich um eine chronisch entzündliche Erkrankung des Achsenskeletts (Wirbelsäule, Iliosakralgelenke, Schambeinfugen, kleine Wirbelgelenke) aus dem rheumatischen Formenkreis handelt und in deren Folge die Wirbelsäule ihre Beweglichkeit verliert, bis zur völligen Versteifung (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017,

S. 1699). Im Übrigen kommt den Gutachtern bei der Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen ein weiter Ermessensspielraum zu (Entscheid des BGer vom 10. August 2021, 8C_153/2021, E. 5.2).

Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 1. Juli 2019 (act. II 136.1 ff.) beinhaltet u.a. ein rheumatologisches Teilgutachten (act. II 136.6). Darin hielt die begutachtende Rheumatologin fest, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine erhebliche Einschränkung der Funktionalität und Beweglichkeit im Bereich der gesamten Wirbelsäule und die Werte gemäss BASDAI, BASMI und BASFI sprächen für eine ausgeprägte Schwere der Erkrankung. Weiter habe durch die zuletzt durchgeführte MRI-Untersuchung im Bereich der HWS eine fast komplette Ankylose dokumentiert werden können, auch die Röntgenuntersuchungen hätten eine ausgeprägte Ankylose gezeigt. Hierdurch sowie durch die nachgewiesene persistierende entzündliche Aktivität bestehe eine erhebliche Einschränkung der körperlichen Belastungsfähigkeit und der Ressourcen (S. 12). Diese Einschätzungen flossen auch in die polydisziplinäre Gesamtbeurteilung ein, wobei die Gutachter festhielten, die aktuell angegebenen Beschwerden seien "sehr wahrscheinlich durch statische Ursachen bei der praktisch durchgängig ankylosierten Wirbelsäule" erklärbar (act. II 136.1 S. 8).

Zwar trifft es zu, dass gemäss der Aktenlage nicht restlos klar ist, inwieweit die Beschwerden von einer entzündlichen Aktivität des Krankheitsgeschehens herrühren oder aber auf eine mechanische Problematik (als Folge der Versteifung der Wirbelsäule) zurückzuführen sind (vgl. act. II 129 S. 2; 151; 159; 197 S. 23). Invalidenversicherungsrechtlich massgebend sind jedoch entgegen der offenbaren Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 5 f., Rz. 22) nicht in erster Linie die Diagnose oder die Ursache einer Krankheit, sondern die fachärztlich festgestellten Auswirkungen der festgestellten Leiden auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. Entscheid des BGer vom 5. Juli 2022, 8C_53/2022, E. 4.1.2). Dem trägt das Gutachten der MEDAS – namentlich auch aus dem hier interessierenden rheumatologischen Blickwinkel – hinreichend Rechnung, indem die Experten respektive die rheumatologische Teilgutachterin das Krankheitsgeschehen in seiner Gesamtheit erfassten, den Auswirkungen der Wirbelsäulenversteifung dem Dargelegten zufolge Rechnung trugen und bei ihrer Einschätzung

zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit berücksichtigten. Ob die beschwerdebedingt resultierenden funktionellen Beeinträchtigungen eher auf ein entzündliches Geschehen oder aber von der (gutachterlich bestätigten) weitgehenden Wirbelsäulenversteifung herrühren, ist nicht entscheidend. Massgebend ist, dass die Gutachter bzw. die rheumatologische Expertin ohne weiteres in der Lage waren, das funktionelle Leistungsvermögen einzuschätzen bzw. keine Anhaltspunkte auszumachen sind, die zu einem gegenteiligen Schluss führen. Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Experten der MEDAS neben der Rheumatologie, Neurologie und Allgemeinen Inneren Medizin keine weitere (somatische) Fachrichtung bei der Begutachtung miteinbezogen.

3.7.2 Auch die übrigen im Recht liegenden Berichte behandelnder Ärzte schmälern den Beweiswert des Gutachtens der MEDAS (einschliesslich der Stellungnahmen) nicht. Insbesondere ist seit der Begutachtung in der MEDAS keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes erstellt:

So diagnostizierte Dr. med. M. _____ im Bericht vom 14. Juni 2020 (act. II 160 S. 5 f.) zwar eine leichte bis mittelgradige depressive Störung, ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.0-1) und attestierte eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 30%. Gleichzeitig hielt die behandelnde Psychiaterin aber auch fest, dass die Arbeitsfähigkeit "schwer beurteilbar" sei (S. 6). Eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes im Vergleich zur Begutachtung in der MEDAS, in deren Rahmen keine depressive Stimmung objektiviert (act. II 136.5 S. 9) bzw. keine psychiatrische Diagnose gestellt werden konnte (S. 10), ist mit dem eher summarisch und hinsichtlich der Folgeabschätzung vage gehaltenen Bericht jedoch nicht dargetan. Insbesondere fehlt es an einer Auseinandersetzung mit der anderslautenden Einschätzung im Gutachten der MEDAS und an einer schlüssigen Erklärung, warum eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit trotz allein leichter bis mittelgradiger depressiver Episode bestehen soll (vgl. BGE 148 V 49).

Weiter postulierte Dr. med. L. _____ zwar eine in rheumatologischer Hinsicht im Verlauf (und bereits vor der Begutachtung in der MEDAS) eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes und dass die Beschwerdeführerin an zunehmenden Schmerzen leide (vgl. act. II 129 S. 1;

159; 180). Wie in der Stellungnahme der MEDAS vom 17. August 2021 (act. II 190) jedoch überzeugend festgehalten wurde, lag der Wert des BASFI gemäss Bericht von Dr. med. L. _____ vom 9. Februar 2021 im Januar 2021 bei 8.8 (act. II 180 S. 1) und damit nicht wesentlich höher als anlässlich der Begutachtung im November 2018 (8.5), und der vom behandelnden Rheumatologen angegebene Wert des BASMI von 5.8 ist sogar tiefer als jener im Gutachten (6.3 [act. II 136.1 S. 10]). Lediglich der BASDAI ist mit 9 gegenüber vormals mit 7.1 im gutachterlichen Kontext deutlich höher. Insoweit stellten die Experten der MEDAS jedoch klar, dieser Wert basiere auf subjektiven Beschwerdenangaben (act. II 136.6 S. 9; 190 S. 4), was im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext nicht genügt, müssen subjektiven Schmerzangaben doch durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar bzw. zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfung zugänglich sein (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Weiter wurde in der Stellungnahme der MEDAS vom 17. August 2021 darauf hingewiesen, dass ein im Bericht von Dr. med. L. _____ vom 9. Februar 2021 beschriebenes MRI der Iliosakralgelenke vom Januar 2021 zwar eine partielle Ankylose, aber keine Arthritiszeichen zeigte (act. II 190 S. 3). Wenn die Experten der MEDAS deshalb zusammenfassend festhielten, objektiv gesehen könne im Vergleich zur Begutachtung keine wesentliche Veränderung im klinischen Befund belegt werden, so steht dies im Einklang mit den Akten und überzeugt.

Im Weiteren stellten die Dres. med. N. _____ und O. _____ in ihren Berichten in neurologischer bzw. neuropsychologischer Hinsicht keine relevante Verschlechterung der Befundlage seit 2018 fest (act. II 182 S. 6, 8).

Soweit die Beschwerdeführerin ferner auf den Bericht von Dr. med. P. _____ vom 27. Dezember 2021 (act. II 197 S. 15) verweist und geltend macht, die Arbeitsfähigkeit betrage nicht 70%, sondern allein 60% für leichte Arbeiten (Beschwerde, S. 8, Rz. 30), so weicht diese Einschätzung nicht wesentlich von jener im Gutachten der MEDAS ab: Darin hielten die Experten fest, dass die aktuell ausgeübte Tätigkeit als ... keine dem Zumutbarkeitsprofil angepasste Tätigkeit darstelle (act. II 136.1 S. 14). Im Übrigen attestierten sie für eine den Leiden angepasste Tätigkeit eine

70%ige Arbeitsfähigkeit (S. 13). Dabei geht aus dem Bericht von Dr. med. P. _____ vom 18. Juni 2020 (act. II 160 S. 4) zweifelsfrei hervor, dass er die Tätigkeit als ... grundsätzlich als geeignet erachtet. Soweit er jedoch auch hinsichtlich einer insoweit angepassten Tätigkeit eine um 10% reduzierte Arbeitsfähigkeit postuliert, zeigt er keine medizinischen Aspekte auf, welche im Gutachten der MEDAS nicht berücksichtigt wurden. Damit kann die Beschwerdeführerin auch aus diesem Bericht nichts zu ihren Gunsten ableiten.

Schliesslich folgt aus dem im laufenden Beschwerdeverfahren ins Recht gelegten Bericht der Klinik G. _____ vom 23. Juni 2022 (act. I 13), die Beschwerden seien anhand der klinischen und radiologischen Befunde plausibel und es sei entsprechend auch naheliegend, dass die Beschwerdeführerin ihr aktuelles Arbeitspensum so nicht mehr bewältigen könne. Nichts anderes ergibt sich aus dem Gutachten der MEDAS. Im Übrigen haben die Ärzte der Klinik G. _____ unter Hinweis auf die Interdisziplinarität des vorliegend zu beurteilenden medizinischen Sachverhalts keine genaueren Angaben zur Arbeitsfähigkeit gemacht, womit auch dieser Bericht den Beweiswert des Gutachtens der MEDAS nicht zu schmälern vermag.

3.7.3 Zusammenfassend ergeben sich weder aus den Berichten der behandelnden Ärzte noch aus den Vorbringen der Beschwerdeführerin konkrete Indizien (vgl. E. 3.4.2 vorne), welche gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens der MEDAS vom 1. Juli 2019 (einschliesslich der Stellungnahmen vom 4. Mai 2020 und vom 17. August 2021) sprechen. Der Sachverhalt erweist sich als hinreichend abgeklärt, womit es der beantragten Rückweisung zwecks Durchführung eines aktualisierten polydisziplinären Gutachtens nicht bedarf.

3.8

3.8.1 Gestützt auf das Gutachten der MEDAS ist seit Erlass der Verfügung vom 8. April 2014 eine erhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen bzw. des Gesundheitszustandes eingetreten (vgl. E. 3.2 vorne), indem aufgrund des Morbus Bechterew und den daraus resultierenden funktionellen Beeinträchtigungen übereinstimmend zusätzlich eine Ein-

schränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten resultiert (act. II 136.1 S. 10). Damit hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch zu Recht neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen geprüft (vgl. E. 2.4.5 vorne).

3.8.2 Gemäss Gutachten der MEDAS ist die im Zeitpunkt der Begutachtung ausgeübte Beschäftigung als ... als rein stehende und gehende Tätigkeit allein im Umfang von 50% zumutbar (act. II 136.1 S. 9) und nicht leidensadaptiert (act. II 136.6 S. 12). Als eher geeignet erachten die Gutachter eine leichte wechselbelastende, vermehrt sitzende Tätigkeit, bei der ihr zudem regelmässige Ruhepausen zum Abliegen gewährleistet werden. Nicht geeignet sind zudem Arbeiten mit Handeinsatz über Brust-, Schulter- oder Kopfhöhe, Tätigkeiten in gebückter oder vorgeneigter Haltung im Sitzen oder Stehen, Arbeiten mit Rumpfrotation nach rechts/links im Sitzen oder Stehen sowie Tätigkeiten in kauernder Stellung (act. II 136.1 S. 11; 136.6 S. 12). In einer solchermassen angepassten Tätigkeit beträgt die Arbeitsfähigkeit 70%. Weiter folgt aus den Ausführungen der Gutachter (act. II 136.1 S. 9; vgl. E. 3.3.6 vorne), dass grundsätzlich auch eine Beschäftigung als ..., so wie sie von der Beschwerdeführerin in der ... der C._____ ausgeübt werden konnte, als dergestalt angepasste Tätigkeit gilt, was sich auch aus dem Umstand ergibt, dass die Eingliederungsmassnahmen auf eine entsprechende Tätigkeit fokussierten (vgl. act. II 94 S. 3) und auch Dr. med. P._____ in seiner Eigenschaft als Arbeitgeber und Allgemeinmediziner eine Tätigkeit als ... grundsätzlich als geeignet erachtet (vgl. act. II 160 S. 4; 197 S. 15). Schliesslich gilt die 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit für die Zeit ab der Begutachtung in der MEDAS (November 2018 [act. II 136.1 S. 13]).

Für die Zeit davor hielt Dr. med. J._____ im Bericht vom 2. Februar 2017 fest, die Arbeitsunfähigkeit betrage bis 31. Januar 2017 100%, danach sei die Beschwerdeführerin (ohne Mobbing-situation) an einem anderen Arbeitsplatz wieder voll arbeitsfähig, entsprechend dem alten Pensum (act. II 41 S. 3) von 80% (act. II 46 S. 3). Zwar wurde im Rahmen der AMA eine Leistungsminderung von 50% als medizinisch erklärbar erachtet (act. II 64 S. 12) und bestritt die Beschwerdeführerin den im Anschluss daran im Rahmen der Referenzerarbeitung erfolgten Arbeitsversuch als ... in der

E. _____ AG bei einem 60%-Pensum (act. II 94 S. 3). Wie jedoch die RAD-Ärztin Dr. med. K. _____ im Bericht vom 4. September 2018 (act. II 118) überzeugend festhielt, führte die im Rahmen der AMA beigezogene Psychiaterin zwar die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell teilremittiert (ICD-10 F33.4 [act. II 64 S. 10]) auf, belegte diese jedoch nicht nachvollziehbar anhand von Befunden. Weiter wies Dr. med. K. _____ zutreffend darauf hin, auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin bei Teilremission der depressiven Symptomatik keine psychiatrische Behandlung wahrnehme (vgl. act. II 98 S. 2), spreche gegen eine wesentliche psychische Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (act. II 118 S. 5). Eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit ist damit nicht erstellt. Ferner bemängelte die RAD-Ärztin, die Beurteilung des während der AMA beigezogenen somatischen Facharztes, wonach der Morbus Bechterew zu einer deutlichen Leistungseinbusse führe, sei nicht nachvollziehbar, sei doch keine fachärztliche Befunderhebung erfolgt (S. 6). Auch diese Kritik trifft mit Blick auf die Akten zu (vgl. act. II 64 S. 10). Zu einer vergleichbaren Einschätzung gelangten sodann auch die Gutachter der MEDAS, welche retrospektiv eine 80%ige Arbeitsfähigkeit als überwiegend sitzende ... postulieren (act. II 136.1 S. 13). Ob für die Zeit vor der Begutachtung eine Arbeitsunfähigkeit als hinreichend ausgewiesen zu betrachten ist, erscheint somit fraglich, kann jedoch offenbleiben (vgl. E. 4 sogleich). Denn jedenfalls ist betreffend die Tätigkeit als ... eine 20% übersteigende Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit 80%) für die Zeit vor der Begutachtung in der MEDAS nicht erstellt.

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin setzte den Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns aufgrund der seit 9. August 2016 erfolgten Krankenschreibung (act. II 35.2 S. 1) auf den 9. August 2017 fest (act. II 141 S. 7). Mit Blick auf das Ergebnis kann offenbleiben, ob (in Anbetracht des in E. 3.8.2 hiervoor Dargelegten) nicht bereits die per 1. Januar 2014 erfolgte Reduktion des Arbeitspensums auf 80% (act. II 46 S. 3) als Beginn der 20%igen Arbeitsunfähigkeit zu betrachten wäre (vgl. act. II 141 S. 4) mit der

Folge, dass in Anbetracht der im Januar 2017 erfolgten Neuanschreibung (act. II 33) der frühest mögliche Rentenbeginn im Juli 2017 wäre.

4.2 Hinsichtlich der Ermittlung des Invaliditätsgrades kann grundsätzlich auf die (insoweit unbestritten gebliebenen) Ausführungen in der angefochtenen Verfügung vom 28. März 2022 (act. II 206) bzw. die integrierender Bestandteil (vgl. act. II 206 S. 2) bildenden Einkommensvergleiche im Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 15. November 2019 (act. II 141 S. 2 ff.) verwiesen werden: Die Beschwerdegegnerin hat für die Ermittlung des Valideneinkommens auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016 und in diesem Rahmen auf Tabelle TA1_tirage_skill_level, Ziffer 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen), Kompetenzniveau 2, Frauen, abgestellt (act. II 141 S. 7). Dies ist nicht zu beanstanden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2019 UV Nr. 40 S. 153 E. 6.2.3), gab die Beschwerdeführerin im Rahmen der AMA doch an, ohne Wechsel der Vorgesetzten würde sie heute weiterhin in der ... der C._____ arbeiten (act. II 64 S. 11), was bedeutet, dass die per Mai 2017 erfolgte Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses mit der C._____ überwiegend aus krankheitsfremden Gründen erfolgte.

Mit der aktuellen Tätigkeit bei der E._____ AG schöpft die Beschwerdeführerin die ihr verbleibende Erwerbsfähigkeit nicht in zumutbarer Weise voll aus, weshalb die Beschwerdegegnerin in Bezug auf das Invalideneinkommen mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.8.2 vorne) zu Recht dieselbe Tabellenposition zugrunde legte (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296 f.; SVR 2021 IV Nr. 51 S. 168 E. 3.2). Weiter hat sie für die Zeit bis zur Begutachtung eine Arbeitsfähigkeit von 80% und danach eine solche von 70% berücksichtigt, was ebenso wenig zu beanstanden ist (vgl. E. 3.8.2 vorne). Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von (hier) 20 bzw. 30% (Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2018, 8C_557/2018, E. 3.3). Am fehlenden Vorliegen eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades änderte sich auch dann nichts, wenn für die Zeit ab November 2018 mit Blick auf das etwas restriktiver formulierte Zumutbarkeitsprofil zusätzlich ein leidensbedingter Abzug (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3) von

10% gewährt würde, ergäbe sich doch diesfalls bei den von der Beschwerdegegnerin zugrunde gelegten Bemessungsparametern (act. II 141 S. 8) eine Einkommenseinbusse von Fr. 23'948.-- und daraus resultierend ein Invaliditätsgrad von 37%, womit weiterhin kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht (vgl. E. 2.3 vorne).

4.3 Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung vom 28. März 2022 als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

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 Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. dazu auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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