

200 22 448 IV
WIS/SCC/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. Mai 2023

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Juli 2022



Sachverhalt:

A.

Die 1962 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich erstmals im April 2014 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 2). Mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 20. April 2015 verneinte die IVB den Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung mit der Begründung, die Abklärungen hätten keine Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ergeben. Bei der angestammten Tätigkeit als ... handle es sich um eine vorwiegend sitzende Tätigkeit ohne starken körperlichen Einsatz; diese Arbeit sei als angepasst zu beurteilen (act. II 35).

B.

Am 25. Februar 2019 meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB an (act. II 37). Es wurden die medizinischen Berichte eingeholt bzw. eingereicht (act. II 41, 51, 55, 59, 64, 65, 68). Danach veranlasste die IVB eine polydisziplinäre Begutachtung durch die C._____ (MEDAS-Gutachten vom 22. Dezember 2020 [act. II 95.1-95.8]). Nach einem Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende vom 17. März 2021 (act. II 101) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 19. März 2021 die Verneinung des Anspruchs auf eine Rente in Aussicht (act. II 102). Hiergegen erhob die Versicherte Einwand (act. II 103, 108). Nach Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 112) und der MEDAS-Gutachter (act. II 120, 125) verneinte die IVB mit Verfügung vom 11. Juli 2022 bei einem Invaliditätsgrad von 22 % den Anspruch auf eine Rente (act. II 128).

C.

Mit Eingabe vom 4. August 2022 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. D. _____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte das Folgende:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11.07.2022 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 80 % auszurichten.
3. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere medizinische Abklärungen, insbesondere eine polydisziplinäre, zu initiieren.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Eingabe vom 26. August 2022 meldete der Rechtsvertreter, sein Mandat werde per 31. August 2022 von Rechtsanwältin B. _____ übernommen.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. September 2022 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie

zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung 11. Juli 2022 (act. II 128). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente; umstritten ist insbesondere, 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.

Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehaltlich 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 11. Juli 2022 (act. II 128) nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs – mit Blick auf die Neuanmeldung von Februar 2019 (act. II 38), die Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG und die halbjährige Karenzfrist (Art. 29 Abs. 1 IVG) – vor dem 1. Januar 2022, weshalb dieser nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen ist (vgl. dazu auch Rz. 9101 des

Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungsrecht über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]).

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

2.1.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

2.1.2 Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters

(BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

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

2.3

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

2.3.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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).

2.3.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

2.3.4 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).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom Februar 2019 (act. II 37) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage durch das Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob im Zeitraum zwischen der (unangefochten gebliebenen) Verfügung vom 20. April 2015 (act. II 35), mit welcher die Beschwerdegegnerin den An-

spruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung abgelehnt hatte, und der hier angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2022 (act. II 128) eine wesentliche Änderung in medizinischer und/oder erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen.

3.2 Die Verfügung vom 20. April 2015 (act. II 35) stützte sich auf den Bericht der RAD-Orthopädin Dr. med. E. _____ vom 3. Oktober 2014. Darin diagnostizierte diese ein chronisches therapierefraktäres Schmerzproblem rechte Schulter nach zweimaliger Operation einer Rotatorenmanschettenruptur und einen Status nach Operation einer hochgradigen Spinalkanal- und Recessusstenose L4/5 rechts bei gleichzeitiger Diskushernie L4/5 rechts am 2. Oktober 2013 (act. II 20/5). Der Beschwerdeführerin sei eine angepasste wechselbelastende Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten, ohne Zwangshaltungen wie häufiges Bücken, Knien oder Kauern, ohne Umwelteinflüsse wie Zugluft, Kälte oder Nässe, ohne vorwiegende Überkopfarbeit, ohne absturzgefährdetes Arbeiten und Steigen auf Gerüste, Leitern und Dächer, ohne Handeinsatz über Brusthöhe, ohne repetitive Rumpfrotation im Sitzen/Stehen und ohne ständiges Begehen von Treppen, zu 100 % zumutbar. Die angestammte Arbeit als ... sei als eine vorwiegend sitzende Tätigkeit ohne starken körperlichen Einsatz als angepasst zu beurteilen (act. II 20/5).

3.3 Im Rahmen der Neuanschuldung vom Februar 2019 ist den Akten zum medizinischen Verlauf im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Im Austrittsbericht des Spitals F. _____ vom 22. August 2018 (nach Hospitalisation vom 14. bis 17. August 2018) wurden als Hauptdiagnosen chronifizierte, aktuell invalidisierende Schmerzen im Bereich der rechten Schulterregion, Kopfschmerzen unklarer Genese, unklare Beschwerden paravertebral obere BWS mit fraglicher Ausstrahlung C8 Dermatome, pseudoradikuläre Ausstrahlung und ein Verdacht auf eine leichte depressive Episode, DD depressive Episode mit somatischem Syndrom, gestellt (act. II 51/4). Der notfallmässige Eintritt sei aufgrund von exazerbierten Schmerzen bei bekanntem chronischen Schmerzsyndrom erfolgt. Die Patientin sei schmerzbedingt in reduziertem Allgemeinzustand gewesen, klinisch hätten weiterhin keine fokalneurologischen Defizite objektiviert

werden können. In der Laboranalyse hätten keine Hinweise für ein entzündliches Geschehen bestanden (act. II 51/5).

3.3.2 Im Bericht vom 23. August 2018 führte Prof. Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, es bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen der starken Schmerzangabe und der guten funktionellen Leistung der Schulter. Es sei höchst unwahrscheinlich, dass durch weitere orthopädisch-chirurgische Massnahmen eine relevante Verbesserung zu erzielen sei (act. II 51/2).

3.3.3 Im Austrittsbericht vom 21. September 2018 (nach Aufenthalt vom 18. bis 21. September 2018) hielten die Ärzte des Spitals H. _____ fest, es sei eine notfallmässige hausärztliche Zuweisung der Beschwerdeführerin bei seit wenigen Stunden bestehender Sprachstörung erfolgt. Auf Nachfrage habe die Patientin starke linksseitige occipitale Kopfschmerzen angegeben. Ein CT habe keine Blutung oder relevante demarkierte Ischämie ergeben. Eine epileptische Genese der Aphasie habe ausgeschlossen werden können (act. II 50/3).

3.3.4 Im Bericht vom 22. Januar 2019 führten die Ärzte der Klinik I. _____ aus, im Oktober 2018 sei eine Neuroborreliose nachgewiesen worden. Im Intervall gebe die Patientin eine vollständige Regredienz der Kopfschmerzen und der Sehbeschwerden an; es persistiere jedoch eine deutliche Fatigue. Bei der klinisch neurologischen Untersuchung ergebe sich heute ein unauffälliger Befund. Es zeige sich anamnestisch sowie klinisch-neurologisch ein erfreulicher Verlauf ohne Hinweis auf persistierende Beschwerden im Rahmen der Neuroborreliose (act. II 65/4).

3.3.5 Gemäss dem Operationsbericht der Klinik J. _____ erfolgte am 30. Januar 2019 eine Infiltration AC-Gelenk, subacromial und glenohumeral mit Ropivacain und Depo-Medrol Schulter rechts (act. II 64/9). Im Bericht vom 19. März 2019 führten die Ärzte aus, die Beschwerdeführerin habe nur sehr kurzfristig auf die durchgeführte Infiltration angesprochen (act. II 64/8).

3.3.6 Am 20. September 2019 erfolgte eine Schulterarthroskopie mit Probeentnahme und Débridement Schulter rechts (act. II 64/2). Im Bericht vom 23. September 2019 führten die Ärzte der Klinik J. _____ aus, es sei eine komplikationslose Wundheilung erfolgt, und attestierten eine Arbeits-

unfähigkeit von 100 % vom 20. September bis 3. November 2019 (act. II 64/5).

3.3.7 Im Verlaufsbericht vom 4. November 2019 zuhanden der Beschwerdegegnerin hielt Dr. med. K._____, Fachärztin für Psychiatrische und Psychotherapie, Klinik L._____, u.a. fest, vorbekannt seien die chronischen Schulterschmerzen bei mehrfachem Sehnenabriss rechts mit kontinuierlicher Zunahme der bekannten Schmerzsymptomatik. Hier sei in den letzten Monaten eine massive Verschlechterung der Schmerzen und damit der Belastungsfähigkeit eingetreten. Die Patientin sei nicht mehr in der Lage gewesen, den rechten Arm zu nutzen, habe ständige Unterstützung schon bei geringen Alltagstätigkeiten, wie dem Vorbereiten von Mahlzeiten, benötigt. Da sie Rechtshänderin sei, seien erhebliche Existenzängste aufgetreten, wodurch die Depression sich wieder schwergradig verschlechtert habe. Inzwischen habe eine Schulteroperation stattgefunden, jedoch bislang ohne wesentlichen Einfluss auf die Schmerzsymptomatik. Die Alltagsfähigkeit sei erheblich eingeschränkt und wirke sich ungünstig auf das psychische Befinden aus. Im Zusammenhang mit der notwendigen Schulter-OP und den unverändert chronischen Schmerzen erheblicher Ausprägung bestehe seit mehreren Wochen wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 59/3).

3.3.8 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 22. Dezember 2020 (act. II 95.1 ff.) inklusive Teilgutachten (allgemeininternistisch [act. II 95.4]), orthopädisch [act. II 95.5], neurologisch [act. II 95.6], neuropsychologisch [act. II 95.7] und psychiatrisch [act. II 95.8]) von PD Dr. med. M._____, Facharzt für Neurologie, Prof. Dr. med. N._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. O._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, lic. phil. P._____, Fachpsychologie Neuropsychologie FSP, und Dr. med. Q._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin.

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende diagnostiziert (act. II 95.2/4 f.):

1. Chronische Lumbalgie bei/mit (ICD-10 M54.87)

- hochgradiger spinaler und rezessaler Stenose L4/5 rechts, grosser medianer mediolateraler perforierter Diskushernie L4/5 rechts
 - operativer Intervention 02.10.2013: ausgedehnte mikrochirurgische Fenestrierung und Rezessotomie L4/5 rechts
 - Entfernung der Diskushernie L4/5 rechts
 - Diskuskompensation des Duralsackes und der Wurzel L5 rechts
 - deutlichen degenerativen Veränderungen L4/5, L5/S1 mit Osteochondrose, Spondylarthrose, neuroforaminaler Enge, Hyperlordose, Baasstrup, Linksauslenkung Lendenwirbelsäule mit langstreckiger Krümmung nach links
2. Chronische Cervicalgie bei/mit (ICD-10 M54.82)
 - moderater bis fortgeschrittener mehrsegmentaler multifaktorieller Degeneration der HWS, Osteochondrose, Spondylarthrose, Fehlhaltung, Hypomobilität HWK4/5 und leicht gestörtem Alignment HWK4/5 und HWK5/6, osteodiskaler hochgradiger Foraminalstenose HWK5/6 beidseits, HWK4/5 rechts>links, moderat HWK2/3 links und HWK4/5 beidseits, Beeinträchtigung der Radix C6 beidseits, Radix 05 rechts>links, Radix C3 links 50%ig
 - Stenose der A. subklavia zentralis links
 - deutlichen degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule mit Anterolisthesis C4 zu C5, aufgebrauchtem Bandscheibenfach 05/6, deutlicher Osteochondrose, Rechtsauslenkung des Lots
 3. Omarthrose rechts (ICD-10 M19.91)
 - AC-Gelenkssubluxation, kraniale Migration des Humeruskopfes. Innenliegendes Ankermaterial nach stattgehabter operativer Intervention, beginnende arthrotische Veränderung, leichte Dorsalverschiebung glenoidal zu humeral
 - extrem ausgedünnte Supraspinatussehne mit transmuraler Ruptur, erhaltenen Sehnenfasern, fettiger Infiltration Supraspinatus und Infraspinatus, Lyse im Bereich des Tuberkulum majus
 - Skapuladyskinesie Typ II nach Kippler
 - DD: Low-Grade-Infekt
 - Status nach Rotatorenmanschettenreinsertion 03/2011, Status nach Re-Reinsertion bei Ruptur 03/2012
 - Status nach arthroskopischem Débridement 02/2013
 4. In Anlehnung an die Kriterien zur Bestimmung des Schweregrads einer neuropsychologischen Funktionsstörung leichte bis mittelgradige Störung im Rahmen einer chronischen Schmerzstörung, durch psychische Faktoren bedingt oder verstärkt
 5. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.00)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde das Folgende diagnostiziert (act. II 95.2/5 f.):

1. Zustand nach Neuroborreliose, (ICD-10 A69.2)
 - Erstmanifestation im Juni 2018 mit Kopfschmerzen, im Verlauf dann nächtlich betonte thorakoradikuläre Schmerzen und im Oktober 2018 Abduzensparese beidseits
 - Zustand nach Doxycyclin-Behandlung vom 15.10. bis 29.10.2018
2. Anamnestisch Hinweise für ein CTS linksseitig mit nächtlich betonter Sensibilitätsstörung im Bereich der linken Hand (ICD-10 G56.0)

- im Rahmen einer neurographischen Untersuchung im Juni 2020 leichtgradige sensomotorische Leitungsverzögerung des Nervus medianus linksseitig im Bereich des Karpaltunnels
 - klinisch kein sensomotorisches Ausfallsyndrom im Nervus medianus Versorgungsgebiet linksseitig
3. Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0)
 4. Status nach chronischem Nikotinabusus von kumulativ 40 Packyears (ICD-10 F17.1)
 - Stopp im 01/2020
 5. Aktenanamnestisch über 50%ige Stenose der Arteria subclavia zentral links mit inkomplettem Steal-Phänomen mit Pendelfluss der Arteria vertebralis links (ICD-10 I65.0)
 6. Aktenanamnestisch Hyperlipidämie Typ IIa nach Fredrickson bei wahrscheinlich familiärer Hypercholesterinämie (ICD-10 E78.0)
 7. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

In orthopädischer Hinsicht bestünden seit Jahren Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS), der Lendenwirbelsäule (LWS) und der rechten Schulter. Die Schulter rechts sei erheblich alteriert und die HWS zeige deutliche degenerative Veränderungen mit Anterolisthesis C4 zu C5, aufgebrauchtem Bandscheibenfach C5/C6, deutlicher Osteochondrose und Rechtsauslenkung des Lots. Auch die LWS zeige deutliche degenerative Veränderungen L4/5, L5/S1 mit Osteochondrose, Spondylarthrose, neuroforaminaler Enge, Hyperlordose, Baastrup und Linksauslenkung der Lendenwirbelsäule. Auf dem Boden der vorliegenden klinischen und radiologischen Befunde seien die von der Explorandin beschriebenen Beschwerden, wenn auch überakzentuiert, so doch in guten Teilen aus der klinischen Erfahrung bekannt und damit nachvollziehbar und glaubhaft (act. II 95.2/6 f. Ziff. 4.2.2).

In internistischer Hinsicht bestehe keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit; die kardiovaskulären Risikofaktoren sollten optimal eingestellt sein, die cholesterinsenkende Therapie müsse intensiviert werden (act. II 95.2/7 Ziff. 4.2.2).

In neurologischer Hinsicht hielten die Gutachter fest, die Diagnose einer Neuroborreliose sei durch eine Liquoruntersuchung gesichert worden. Nach medikamentöser Therapie bestehe gemäss den Akten ab Januar 2019 kein Hinweis mehr für eine persistierende Neuroborreliose. Basierend auf den aktenanamnestischen Angaben sei davon auszugehen, dass sich die Neuroborreliose von Juni bis Oktober 2018 bis zur antibiotischen Be-

handlung manifestiert habe und dass sich eine nicht Neuroborreliose-assoziierte abnorme Müdigkeit bereits vor dieser manifestiert habe, nämlich im März 2018, zu einem Zeitpunkt also, zu dem wahrscheinlich überhaupt noch kein Kontakt zu den Borrelien bestanden habe. Ein direkter Zusammenhang zwischen der Neuroborreliose und der Fatiguesymptomatik bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht. Bezüglich der intermittierend auftretenden ausgeprägten, messerstichartigen Kopfschmerzen könne die Diagnose einer Migräne gestellt werden (act. II 95.2/7 Ziff. 4.2.2).

Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung habe die klinische Beobachtung Schwankungen der Aufmerksamkeit, der Stimmung und des Antriebs ergeben. Die allgemeine Belastbarkeit sei vermindert gewesen, jedoch nicht in dem von der Explorandin berichteten Ausmass. Im Zeitverlauf der drei Stunden und 45 Minuten dauernden Untersuchung (mit Pause) schien sich der Input durch die Aufgaben günstig auf die Stimmung auszuwirken, substantielle Verschlechterungen in Form von abnehmenden Leistungen seien nicht feststellbar gewesen. Testpsychologisch hätten keine Hinweise auf Ermüdungseffekte im Testverlauf objektiviert werden können. Insgesamt sei die kognitive und psychische Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit aber reduziert gewesen, was sich einerseits in Defiziten in Aufmerksamkeitsaspekten und andererseits besonders im Testverhalten manifestiert habe. Die affektive Verarbeitung der Schmerzsituation und der Einschränkungen schein besonders Mühe zu bereiten. Die Auffälligkeiten seien vereinbar mit einer depressiven Symptomatik, indem der Antrieb, die Stimmung und die Konzentration schwankend gewesen seien. Für eine substantielle Erschöpfung im Sinne einer Fatigue habe es wenig Hinweise gegeben (act. II 95.2/8 Ziff. 4.2.2).

In psychiatrischer Hinsicht leide die Explorandin unter erhöhter Ermüdbarkeit und depressiven Verstimmungen. Diagnostisch bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Auch affektive Symptome seien bei der Explorandin deutlich ausgeprägt, somit könne die Diagnose einer leichten depressiven Episode gestellt werden, was sich auch in der Hamilton Depression Scale Testung bestätigt habe (act. II 95.2/8 Ziff. 4.2.2).

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielten die Experten fest, aufgrund der kumulierten orthopädischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Diagnosen bestehe eine globale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bis anhin ausgeführten beruflichen Tätigkeit als ... von 40 % (Arbeitsfähigkeit 60 %). Diese Einschränkung begründe sich unter anderem in einem vermehrten Pausenbedarf aufgrund der orthopädischen Diagnosen, Defizite in den Aufmerksamkeitsleistungen und stark negativ gefärbten Wahrnehmung der eigenen Leistungsfähigkeit sowie einer erhöhten Ermüdbarkeit aufgrund der Depression. Die Anwesenheit in der angestammten beruflichen Tätigkeit solle somit viereinhalb bis fünf Stunden pro Tag nicht überschreiten, und am besten zeitlich auf Vor- und Nachmittag verteilt sein, um regelmässige Pausen alle ein bis zwei Stunden gewährleisten zu können. Eine zusätzliche Einschränkung der Leistung in der bereits reduzierten globalen Arbeitsfähigkeit bestehe nicht, die Explorandin sollte jedoch in der Lage sein, alle eineinhalb bis zwei Stunden eine halbstündige Pause einzulegen (act. II 95.2/10 Ziff. 4.7). Eine genaue zeitliche Zuordnung der aktuellen medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit sei nicht möglich, schätzungsweise könne davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit seit etwa Mitte 2018 in mehr oder minder gleichem Ausmass bestanden habe. Aufgrund der damaligen Neuroborreliose habe zudem zwischen Juni 2018 und Oktober 2018 wahrscheinlich eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestanden (act. II 95.2/11 Ziff. 4.7).

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit führten die Gutachter aus, es sollte sich um eine wechselseitig belastende berufliche Verweistätigkeit handeln, die teilweise gehend, teilweise stehend, teilweise sitzend durchgeführt werden könne. Auch Arbeiten mit dem Auflegen des Vorderarms auf einer Unterlage zum Bedienen einer Tastatur, eines Computers, einer Computermause, eines Telefons sowie Arbeiten mit Gewichtsbelastung unter zwei Kilogramm sollten der Explorandin möglich sein. Es bestehe zudem ein erhöhter Pausenbedarf. Aus neuropsychologisch-klinischer Sicht als ungünstig bewertet seien Tätigkeiten, die die Explorandin überwiegend alleine ausführen müsse, was eine verstärkte negative Bewertung der eigenen Leistungsfähigkeit zur Folge habe. Bezugspersonen könnten dazu beitragen, die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit zurück zu spiegeln und diese mittelfristig zu verbessern.

Eignen dazu könnten sich eine ergotherapeutisch oder verhaltenstherapeutisch geschulte Fachperson oder ein psychologisch geschulter Arbeitscoach. In einer derart adaptierten beruflichen Verweistätigkeit sollte es der Explorandin möglich sein, fünfeinhalb Stunden am Tag eine Arbeitsleistung zu verrichten. Es bestehe eine Einschränkung der Leistung aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs sowie aufgrund der Defizite der Aufmerksamkeitsleistungen und der stark negativ gefärbten Wahrnehmung der eigenen Leistungsfähigkeit. Die Einschränkung lasse sich auf 30 % global verifizieren. Zudem sollte es der Explorandin möglich sein, während der Arbeitszeit alle anderthalb bis zwei Stunden eine halbstündige Pause einlegen zu können (act. II 95.2/11 Ziff. 4.8).

3.3.9 Im Bericht vom 30. April 2021 diagnostizierte die behandelnde Psychiaterin Dr. med. K._____, Klinik L._____, eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome mit Chronifizierung (ICD-10 F32.2) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Sie hielt u.a. fest, von einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in einer fünf- bis sechsstündigen beruflichen Tätigkeit sei nicht mehr auszugehen (act. II 111).

3.3.10 In der Stellungnahme vom 21. Mai 2021 legte Dr. med. R._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, RAD, dar, dem Argument der Beschwerdeführerin, dass ihr aus interdisziplinärer Sicht in einer angepassten Tätigkeit eine höhere Arbeitsfähigkeit attestiert werde als in angestammter Tätigkeit, der orthopädische Gutachter die angestammte Tätigkeit jedoch bereits als optimal angepasst beurteile, könne aus seiner Sicht gefolgt werden. Nachvollziehbar sei, dass die im psychiatrischen Gutachten diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren im interdisziplinären Kontext nicht diskutiert worden sei. Obwohl aus neuropsychologischer Sicht in diesem Zusammenhang auf entsprechende Einschränkungen wie verstärkte Erschöpfung und Fatigue hingewiesen werde. Ebenfalls sei das Argument nachvollziehbar, dass die Resultate der neuropsychologischen Testung nicht ausreichend in die psychiatrische Gesamtbeurteilung eingeflossen seien (act. II 112/3). Dr. med. R._____ empfahl, diese Diskrepanzen mit der Gutachterstelle zu klären.

3.3.11 Im Bericht vom 30. Juli 2021 führte die behandelnde Psychiaterin u.a. aus, die Beschwerdeführerin habe im ambulanten Setting bereits schrittweise die Opiate abgesetzt, und eine Neueinstellung auf Pregabalin zur Therapie der chronischen Schmerzen sei eingeleitet worden, wodurch eine leichte Besserung der Alltagsfähigkeit habe erreicht werden können. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit von mehr als zwei Stunden pro Tag sei trotzdem nicht erreichbar aufgrund der kognitiven Störungen nach ein bis zwei Stunden konzentrierter Arbeit und fehlendem Erholungseffekt bei Pausen (act. II 116/5).

3.3.12 In der Stellungnahme vom 16. Dezember (mit Unterschrift sämtlicher Gutachter) bzw. 17. Dezember 2021 (unterzeichnet vom Fallkoordinator; act. II 120 = 125) führten die Gutachter aus, dem Argument des Rechtsvertreters, dass aus orthopädischer Sicht die angestammte Tätigkeit als optimal adaptiert angesehen werde und daher in einer Verweistätigkeit keine medizinisch theoretisch höhere Arbeitsfähigkeit vorliegen könne, könne so nicht stattgegeben werden. Aus orthopädischer Sicht bestehe ein erhöhter Pausenbedarf, die 40%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei jedoch eine kumulative Einschätzung, die auch alle anderen Disziplinen miteinbeziehe. Da aus neuropsychologischer Sicht in der angestammten Tätigkeit jedoch eine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege als in einer adaptierten Tätigkeit, wirke sich dies auch auf die Gesamteinschätzung aus, so dass für eine optimal adaptierte Verweistätigkeit eine theoretisch etwas höhere Arbeitsfähigkeit postuliert werden könne. Der erhöhte Pausenbedarf aus orthopädischer Sicht sei, wie auch im Gesamtgutachten aufgeführt, davon nicht betroffen (act. II 120/4).

In neurologischer Hinsicht könne basierend von den Angaben der Beschwerdeführerin zu ihrer Fatigue-Symptomatik und unterstützt durch wissenschaftliche Publikationen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang zwischen der überstandenen und behandelten Neuroborreliose und der geltend gemachten Fatigue-Symptomatik hergestellt werden (act. II 120/5). Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. K. _____ versuche im Bericht vom 30. Juli 2021 eine schwere depressive Episode zu begründen. Im psychiatrischen Teilgutachten sei aber dargelegt worden,

warum es sich um eine leichte depressive Episode handle. Bei einer schweren depressiven Episode seien Tätigkeiten und Aktivitäten nicht mehr möglich. Die Patientin sei aber nicht einfach inaktiv, vielmehr seien ihr Aktivitäten und Tätigkeiten durchaus noch möglich, wenn auch eingeschränkt, wie im psychiatrischen Teilgutachten dargelegt worden sei. Der Bericht der behandelnden Psychiaterin vermöge das psychiatrische Teilgutachten nicht in Frage zu stellen (act. II 120/6).

Im neuropsychologischen Teilgutachten seien leicht- bis mittelgradige Einschränkungen festgehalten worden. Die Explorandin leide nicht nur unter Depressionen, sondern auch unter Schmerzen. Beides, Depressionen und Schmerzen, könnten zu auffälligen neuropsychologischen Testresultaten führen, die dann, wie hier, eine leicht- bis mittelgradig eingeschränkte Arbeitsunfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht begründeten. Die Schmerzstörung hingegen könne aus psychiatrischer Sicht nicht als zusätzlich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit angegeben werden, da doch auch somatische Korrelate bestünden, die zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten, wie im orthopädischen Teilgutachten nachgelesen werden könne. Ein Teil der neuropsychologischen Arbeitsunfähigkeit bilde sich in der aus orthopädischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit ab, aufgrund der durch die Schmerzen bedingten erhöhten Ermüdbarkeit. Deshalb habe aus psychiatrischer Sicht nicht noch zusätzlich eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Schmerzen bzw. der Schmerzstörung attestiert werden können (act. II 120/6).

3.4

3.4.1 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).

3.4.2 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).

3.4.3 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).

3.5 In der Zeit zwischen der Verfügung vom 20. April 2015 und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2022 liegen mit der Borreliose im Jahr 2018 (act. II 65/3) und den Beschwerden an der rechten Schulter (act. II 64/2, 64/9) sowie mit der depressiven Entwicklung (act. II 69/3, 95.2/8) Revisionsgründe vor. Damit ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht frei, d.h. ohne Bindung an frühere Invaliditätseinschätzungen zu prüfen (E. 2.3.3 hiavor).

3.6 Die Experten attestierten der Beschwerdeführerin im MEDAS-Gutachten vom 22. Dezember 2020 in polydisziplinärer Hinsicht in der angestammten Tätigkeit als ... bei einer viereinhalb- bis fünfstündigen Anwesenheit pro Tag eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % (act. II 95.2/10 Ziff. 4.7). Der orthopädische Gutachter hatte festgehalten, die angestammte Arbeit könne als angepasste Tätigkeit angesehen werden (act. II 95.5/30 Ziff. 8.2). Demgegenüber attestierten die Experten in einer adap-

tierten Verweistätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % bei einer Anwesenheit während fünfeinhalb Stunden pro Tag (act. II 95.2/11 Ziff. 4.8). Auf diese Einschätzung kann – wie nachfolgend aufgezeigt – nicht abgestellt werden, denn es liegt ein Widerspruch vor, welcher auch mit der Erklärung in der Stellungnahme vom 17. Dezember 2021 nicht aufgelöst worden ist.

Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als ... vorwiegend sitzend arbeitet, die Arbeit jedoch z.B. mit einem Stehpult auch teilweise stehend durchgeführt werden könnte. Zur angepassten Tätigkeit hielten die Gutachter fest, es seien Arbeiten mit dem Auflegen des Vorderarms auf einer Unterlage zum Bedienen einer Tastatur, eines Computers, einer Computermouse, eines Telefons möglich (act. II 95.2/11 Ziff. 4.8). Im orthopädischen Gutachten wurde zudem festgehalten, "eine noch bessere Anpassung als die angestammte Tätigkeit als ... werde nicht gesehen" (act. II 95.5/30 Ziff. 8.2). In der polydisziplinären Beurteilung gingen die Experten für die angestammte Tätigkeit als ... von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % aus und begründeten die Einschätzung mit einem vermehrten Pausenbedarf aufgrund der "orthopädischen Diagnosen, den Defiziten in den Aufmerksamkeitsleistungen und der stark negativ gefärbten Wahrnehmung der Leistungsfähigkeit sowie einer erhöhten Ermüdbarkeit aufgrund der Depression und die psychischen Beschwerden" (act. II 95.2/10 Ziff. 4.7). In der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hielten die Experten fest, "als ungünstig bewertet sind Tätigkeiten, die die Explorandin überwiegend alleine ausführen muss, was eine verstärkte negative Bewertung der eigenen Leistungsfähigkeit zur Folge hat" (act. II 95.2/11). Somit begründeten sie die unterschiedlichen Einschränkungen in der angestammten Tätigkeit als ... und in einer angepassten wechselbelastenden Tätigkeit letztlich mit ähnlichen Formulierungen ohne weitere schlüssige und einleuchtende Begründung. Daran ändern auch die Ausführungen der Gutachter in der Stellungnahme vom 17. Dezember 2021, die höhere Einschränkung in der angestammten Tätigkeit im Vergleich zu einer angepassten Arbeit beruhe auf neuropsychologischen Aspekten ("Da aus neuropsychologischer Sicht in der angestammten Tätigkeit jedoch eine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege als in einer adaptierten Tätigkeit, wirkt sich dies auch

auf die Gesamteinschätzung aus"; act. II 120/4), nichts. Denn sie setzten sich mit der Kritik des RAD-Arztes (act. II 112/3) und der Beschwerdeführerin (vgl. auch Beschwerde S. 4 f.) nicht überzeugend auseinander; es bleibt denn auch immer noch unklar, warum in der angepassten Tätigkeit die Arbeitsfähigkeit geringer sein soll, während die angestammte Arbeit orthopädisch bereits als optimal angepasst gelten soll.

In allgemeininternistischer Hinsicht wurde im Teilgutachten keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. II 95.4/13 Ziff. 8.2). In psychiatrischer Hinsicht besteht laut Teilgutachten in angestammter und angepasster Tätigkeit eine Einschränkung von 20 % bei einer Anwesenheit von acht Stunden pro Tag (act. II 95.8/20 f. Ziff.8.1 und 8.2). Im neurologischen Teilgutachten wurde weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit eine längere Arbeitsunfähigkeit attestiert (Ausnahme während der Borreliose von Juni bis Oktober 2018; act. II 95.6/18 f. Ziff. 8.1 und 8.2). Die in der polydisziplinären Beurteilung attestierte höhere Arbeitsunfähigkeit von 40 % bzw. 30 % wird nicht begründet. Unklar ist, ob und wie die Gutachter das neuropsychologische Gutachten in die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung miteinbezogen haben.

3.7 Die Neuropsychologie stellt lediglich (aber immerhin) eine medizinische Hilfsdisziplin dar, indem diese Grundlagen für die neurologische oder die psychiatrische Beurteilung schafft. Entsprechend sind neuropsychologische Untersuchungsergebnisse rechtsprechungsgemäss stets im Kontext der übrigen (interdisziplinären) medizinischen Abklärungsergebnisse zu würdigen und beweisrechtlich nur insoweit relevant, als sie sich in das Gesamtergebnis der medizinischen Sachverhaltsabklärung schlüssig einfügen (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; vgl. auch Entscheide des Bundesgerichts vom 10. November 2021, 8C_526/2021, E. 4.2.1, und vom 27. Juni 2019, 9C_299/2019, E. 4).

Im neuropsychologischen Teilgutachten attestierte der Gutachter – bei einer leichten bis mittelgradigen Störung im Rahmen der chronischen Schmerzstörung durch psychische Faktoren bedingt oder verstärkt – für die bisherige Tätigkeit als ... eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche er mit Defiziten in den Aufmerksamkeitsleistungen und der stark negativ gefärbten Wahrnehmung der Leistungsfähigkeit begründete (act. II

95.7/17 Ziff. 8.1). In einer angepassten Tätigkeit ging er von einer 20 bis 25%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus (act. II 95.7/17 Ziff. 8.2). Obwohl es grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen (oder allenfalls neurologischen) Facharztes ist, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen, ergibt sich hier aus dem psychiatrischen Gutachten nicht, dass die neuropsychologischen Abklärungen miteinbezogen und beurteilt worden wären (act. II 95.8/18 ff.). Insbesondere nannte der Neuropsychologe Defizite in Aufmerksamkeitsaspekten und der Konzentration, welche sich manifestiert hätten (act. II 95.7/14), während im psychiatrischen Befund die Aufmerksamkeit, die Auffassung, die Konzentration und das Gedächtnis nicht gestört waren (act. II 95.8/12), ohne dass sich der psychiatrische Gutachter in der Folge explizit mit den unterschiedlichen Befunden befasst hätte. Vielmehr ging er von einer psychischen Überlagerung passend zu einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aus, da das Ausmass der von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen und ihrer Überzeugung, nur noch mit deutlich eingeschränkter Leistung arbeiten zu können, sich durch somatische Gründe nicht hinreichend objektivieren liessen, was jedoch keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergab (act. II 95.8/17 Ziff. 6.3). In der Stellungnahme vom 17. Dezember 2021 hielten die Gutachter fest, Schmerzen und Depressionen könnten zu auffälligen neuropsychologischen Testresultaten führen und wie hier eine leicht- bis mittelgradig eingeschränkte Arbeitsunfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht begründen. Ein gewisser Anteil dieser neuropsychologischen Arbeitsunfähigkeit bilde sich in der leichtgradigen Arbeitsunfähigkeit ab, die aus psychiatrischer Sicht aufgrund der Depression attestiert worden sei. Die Schmerzstörung habe aus psychiatrischer Sicht nicht als zusätzlich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit angegeben werden können, weil auch somatische Korrelate bestünden, die zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten; diese somatischen Korrelate bildeten einen Teil der Arbeitsunfähigkeit in orthopädischer Hinsicht ab (act. II 120/6 unten). Laut psychiatrischem Teilgutachten führte die (leichte) Depression (act. II 95.8/17 unten) wegen der erhöhten Ermüdbarkeit zu einer Leistungseinschränkung von 20 % in der angestammten und angepassten Tätigkeit (act. II 95.8/20 Ziff. 8.1 und 8.2). Da der psychiatrische Gutachter die (abweichenden) neuropsychologischen Befunde nicht diskutierte, ist nicht oh-

ne weiteres davon auszugehen, dass diese in seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit miteingeflossen sind. Auch im orthopädischen Teilgutachten berücksichtigte der Experte eine Schmerzstörung insoweit, als dass er festhielt, "Die von der Explorandin beschriebenen Beschwerden können rein fachorthopädisch nur teilweise mit den klinischen und radiologischen Befunden in Einklang gebracht werden" (act. II 95.5/29 Ziff. 7.3); die angestammte und eine angepasste Tätigkeit erachtete er dann mit zusätzlichen Pausen alle eineinhalb bis zwei Stunden für zumutbar (act. II 95.5/30 Ziff. 8.1 und 8.2). Auch im neurologischen Teilgutachten finden sich keine Hinweise darauf, dass die neuropsychologischen Befunde berücksichtigt worden wären. Ein fokal-neurologisches Defizit lag nicht vor und die Fatigue-Symptomatik war – gemäss dem Gutachter – mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf die Neuroborreliose zurückführbar (act. II 95.6/17; 120/5).

3.8 Nach dem Dargelegten steht fest, dass die Teilgutachten unvollständig und nicht schlüssig sind, wenn im psychiatrischen und neurologischen Gutachten die neuropsychologischen Befunde nicht korrekt gewürdigt wurden. Wird jedoch den Erläuterungen in der Stellungnahme vom 17. Dezember 2021 gefolgt und wäre davon auszugehen, dass die Gutachter die neuropsychologischen Befunde sowohl im orthopädischen als auch im psychiatrischen Gutachten beurteilten, so wären die einzelnen Gutachten korrekt. In diesem Fall wäre aber nicht nachvollziehbar und schlüssig, dass die Gutachter in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung *zusätzlich* neuropsychologische Einschränkungen erwähnten, hätten sie die neuropsychologische Problematik damit doch mehrfach berücksichtigt. Der Vergleich der attestierten Arbeitsunfähigkeit in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung mit derjenigen in den psychiatrischen/orthopädischen/neurologischen Teilgutachten weist mithin auf Diskrepanzen hin. Unklar ist nach wie vor die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.6 hiavor). Somit sind weder die Höhe der Arbeits(un)fähigkeit noch deren unterschiedliche Beurteilung in der angestammten und der angepassten Tätigkeit überzeugend und schlüssig.

So oder anders ist das MEDAS-Gutachten vom 22. Dezember 2020 nicht einleuchtend und schlüssig, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Damit ist eine erneute polydisziplinäre Begutachtung vorzunehmen.

3.9 Mit Blick auf den Bericht der behandelnden Psychiaterin vom 30. Juli 2021 liegen zudem Hinweise für eine Veränderung des Gesundheitszustandes zwischen der Begutachtung im Dezember 2020 und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2022 vor, denn sie hielt fest, dass als Folge einer schrittweisen Absetzung der Opiate und einer Neueinstellung auf Pregabalin eine leichte Besserung der Alltagsfähigkeit habe erreicht werden können (act. II 116/5). Dennoch ist unklar, ab wann und inwiefern sich der Gesundheitszustand veränderte bzw. wird auch der Verlauf seit der Begutachtung abzuklären sein, sind doch allein zwischen der polydisziplinären Begutachtung vom 22. Dezember 2020 und der angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2022 mehr als eineinhalb Jahre vergangen.

Da es sich um bisher vollständig ungeklärte Fragen handelt und die Beschwerdeführerin überdies eventualiter eine Rückweisung an die Verwaltung zur weiteren medizinischen Abklärung beantragte (Rechtsbegehren Ziff. 3, Beschwerde S. 2), erweist sich die Rückweisung an die Verwaltung unter Berücksichtigung von BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 als geboten und zulässig.

3.10 Bei dieser Ausgangslage erübrigen sich im vorliegenden Verfahren Weiterungen hinsichtlich der erwerblichen Aspekte der Invaliditätsbemessung (Beschwerde S. 17 ff. Ziff. 9 ff.).

3.11 In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 11. Juli 2022 aufzuheben und die Sache zur Neubegutachtung und anschliessend neuem Entscheid über den Leistungsanspruch an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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 Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Die von Rechtsanwältin B. _____ mit Honorarnote vom 28. September 2022 geltend gemachte Parteientschädigung erweist sich als angemessen. Gestützt darauf sind die Parteikosten für das vorliegende Verfahren auf Fr. 2'361.85 (inkl. Auslagen und MWST) festzusetzen. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin diese Kosten zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 11. Juli 2022 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 ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'361.85 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
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.