

200 22 478 IV  
KNB/BRO/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 8. Mai 2023**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Jakob  
Gerichtsschreiberin Brunner

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. Juni 2022



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Nachdem die 1964 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) am 19. Februar 2002 einen Auffahrunfall erlitten hatte (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II, act. IIA, act. IIB] act. II 14 S. 193), meldete sie sich im November 2003 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (act. II 2). Nachdem die IVB das Leistungsgesuch abschlägig beschied und das Verwaltungsgericht die diesbezügliche Verfügung vom 12. Dezember 2008 (act. II 164) mit Urteil vom 9. November 2009, IV/2009/101 (act. IIA 172), aufgehoben hatte, verneinte die IVB mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 17. Juli 2012 (act. IIA 246) einen Rentenanspruch. Ein weiteres Leistungsbegehren vom Januar 2016 (act. IIA 253) wies die IVB mit Verfügung vom 26. Februar 2018 (act. IIA 315) ab; diese blieb ebenfalls unangefochten.

Im November 2019 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine seit dem Unfall im Jahr 2002 bestehende Hirnverletzung, Schlafstörungen, bewegungsabhängige Schmerzen, körperliche Schwäche sowie eine chronische Unterernährung erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. IIA 320). In der Folge tätigte die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen; insbesondere veranlasste sie eine polydisziplinäre (internistische, orthopädische, neurologische, neuropsychologische, psychiatrische) Begutachtung durch die MEDAS (MEDAS-Gutachten vom 4. April 2022 [act. IIB 392.1 ff.]). Gestützt darauf stellte sie mit Vorbescheid vom 26. April 2022 (act. IIB 396) die Abweisung des Rentengesuchs bei einem Invaliditätsgrad von 30 % in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. IIB 401) verfügte die IVB am 21. Juni 2022 wie angekündigt (act. IIB 403).

**B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 23. August 2022 Beschwerde. Sie beantragt, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihr rückwirkend ab 1. Mai 2019 eine halbe Invalidenrente zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. September 2022 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

**Erwägungen:**

**1.**

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 21. Juni 2022 (act. IIB 403). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 GSOG).

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

## **2.**

**2.1** Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). 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 21. Juni 2022 (act. IIB 403), 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, weshalb grundsätzlich (vgl. auch lit. c der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV]) 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. Rz. 9100 f. des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

**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 Behand-

lung 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).

**2.3** 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). Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente.

## **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).

**2.4.2** 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).

**2.4.3** 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. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach aArt. 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).

**2.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden

können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

### **3.**

**3.1** Die Verwaltung trat auf die Neuanmeldung vom November 2019 (act. IIA 320) ein, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Ob seit der Referenzlage im Februar 2018 (act. IIA 315; vgl. E. 2.4.3 hiervor) bis zur angefochtenen Verfügung vom 21. Juni 2022 (act. IIB 403) eine revisionsrechtlich relevante Sachverhaltsänderung eintrat, kann hier letztlich offen bleiben (vgl. E. 3.3 hiernach). Die nachfolgende Darstellung der medizinischen Aktenlage beschränkt sich deshalb auf die Zeit nach dem rechtskräftigen Verwaltungsakt vom 26. Februar 2018 (act. IIA 315).

**3.1.1** Im Bericht vom 9. Juli 2019 (act. IIB 343 S. 29 ff.) führte Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, aus, aufgrund der Selbstanmeldung der Patientin fehlten relevante Vorakten, weshalb lediglich eine eingeschränkte Beurteilbarkeit bestehe. Beschrieben werde eigentlich ein Unfallmechanismus im Sinne eines klassischen HWS-Distorsionstraumas ohne wesentliches Schädel-Hirn-Trauma. Vom geschilderten Unfallmechanismus her sei eine relevante traumatische Hirnschädigung, welche zu einer derart langanhaltenden Beschwerdeproblematik und Schlafstörung führe, schlecht vorstellbar. Die Patientin berichte von einer Schwäche und, dass sie kaum noch etwas machen könne. In der neurologischen Untersuchung könnten jedoch keine wesentlichen Auffälligkeiten festgestellt werden. Mühe habe er zudem, die beklagten Schlafstörungen klar mit dem HWS-Distorsionstrauma mit dem fraglichen Schädel-Hirn-Trauma in Verbindung zu bringen. Um eine posttraumatische Störung klar abgrenzen zu können, habe er die Patientin noch für ein Schädel-MRI angemeldet (vgl. hierzu Bericht vom 4. Juli 2019 [act. IIB 343 S. 35]). Dieses zeige bis auf eine etwas über das Alter hinausgehende Atrophie keine Pathologien. Insbesondere seien keine Traumafolgen, auch nicht im Hypothalamus, ersichtlich, sodass – wie vom Unfallmechanismus zu erwarten – kein relevantes Schädel-Hirn-Trauma diagnostiziert werden könne und die Symptome als

organisch schlecht erklärbare Symptome nach einem HWS-Distorsionstrauma angesehen werden müssten (act. IIB 343 S. 30 f.).

**3.1.2** Die Ärzte des Neurozentrums des Spitals D.\_\_\_\_\_ legten im Bericht vom 19. Mai 2021 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 5) dar, im durchgeführten MRI des Schädels sei eine deutliche frontale Atrophie mit begleitender kortikaler Hirnvolumenminderung und korrelierender geringer Hypoperfusion, am ehesten einer Subform aus dem Spektrum der fronto-temporalen Degeneration entsprechend, ersichtlich (S. 2).

**3.1.3** Im MEDAS-Gutachten vom 4. April 2022 (act. IIB 392.1 ff.) stellten die Gutachter in interdisziplinärer Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen (act. IIB 392.1 S. 22 f. Ziff. 4.1.1 f.), wobei sie von der MRI-Untersuchung vom 19. Mai 2021 (vgl. E. 3.1.2 hiervor) keine Kenntnis hatten:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Wirbelsäulenbeschwerden bei / mit (ICD-10 M54.00)
  - Zervikal fortgeschrittene Osteodiskoligamentäre Degeneration betont in den Segmenten HWK 4-7, u.a. aktivierte Spondylarthrosen bei HWK 3 / 4 links und 4 / 5 links. Kombinierte höhergradige Einengung des Neuroforamens HWK 5 / 6 rechts, mässiggradig auch links. Keine Spinalkanalstenose. Thorakal mässige Osteodiskale Degeneration, in den Segmenten BWK 9-12 mit gering aktivierten Osteochondrosen, Neuroforamina frei. Keine Spinalkanalstenose

In den Segmenten LWK 3-5 aktivierte Spondylarthrose bds. und initiale Diskopathien. Neuroforamina frei. Kein Spinalkanalstenose. Kein Anhalt für eine Neurokompression. Mässige ISG-Arthrose bds., keine Aktivierung

AP-Alignment leicht rechts ausgelenkt, leichte Streckhaltung seitlich. Kyphose, minime Keilwirbelbildung TH9, leichte skoliotische Auslenkung nach rechts zervikal

Kurzstreckige links ausgelenkte Skoliose bei Beckenschiefstand rechts höher links von 1 cm

Status nach HWS-Distorsion 19.02.2002
2. Leichte neuropsychologische Störung multifaktorieller Ursache

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzkonsum, gegenwärtig Opiatanalgetika und Sedativa Hypnotika, anamnestisch und nach den Akten auch Status nach Alkoholabusus (ICD-10 F19.2)
2. Akzentuierte impulsive Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

3. Sensible Halbseitensymptomatik linksseitig ohne damit assoziierte propriozeptive Störung oder Feinmotorikstörungen (ICD-10 R20.8)
  - unklarer Genese, mit in den Akten variabler Dokumentation
4. Wahrscheinlich etwas akzentuierter sympathikotoner Tremor (ICD-10 G25.2)
  - Feinschlägiger Haltetremor mit leichtgradiger Bewegungstremor beidseits, bei den normalen Alltagsbewegungen jedoch kein Hinweis für eine dadurch bedingte funktionelle Einschränkung
5. Aktenanamnestisch leichte hypertensive Kardiopathie (ICD-10 I51.7)
  - Status nach kardiologischer Abklärung in 2017 inklusive TTE, Ergometrie und Koronarangiographie mit Ausschluss einer relevanten koronaren Herzerkrankung
  - cvRF: aHT, Nikotinabusus
6. Chronischer Nikotinabusus von kumulativ 20 pack-years (ICD-10 F17.1)

Aus polydisziplinärer Sicht seien der Explorandin ihre angestammten Tätigkeiten als ... und ... aufgrund der qualitativen Einschränkungen aus dem fachorthopädischen Formenkreis nicht mehr zumutbar. Für ihre berufliche Tätigkeit als ... hingegen bestehe eine höhergradige Arbeitsfähigkeit, sofern die qualitativen Richtlinien aus dem orthopädischen Kreis eingehalten würden. Dabei sei die zeitliche Anwesenheit nicht eingeschränkt. Es bestehe jedoch eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % auf dem Boden der orthopädischen Befunde im Sinne einer Vermeidung von Exazerbation der Beschwerden im Bereich der gesamten Wirbelsäule. Ausserdem bestehe eine zusätzliche 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit als Folge der kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen. Insgesamt bestehe demnach für die Tätigkeit als ... eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (S. 28 Ziff. 4.7). Eine optimal angepasste Tätigkeit müsse diverse qualitative Richtlinien aus dem orthopädischen Formenkreis erfüllen (sitzende Tätigkeit ohne Zwangspositionen, Zwangshaltungen, ohne vermehrtes Arbeiten in vorgehaltener Stellung, ohne vermehrtes Arbeiten in Reklination, ohne vermehrtes Arbeiten in Links-/Rechtsrotationen, ohne vermehrtes Arbeiten mit dauerhaft vorgehaltenen Armen, wie in einer Produktion oder bei der Schreibtätigkeit, ohne vermehrtes Arbeiten mit Gewichten über 5 bis 10 kg, ohne Arbeiten mit Gewichten über 10 kg [S. 26 Ziff. 4.5]). Zudem dürfe die Tätigkeit nicht allzu hohe Anforderungen an die Verarbeitungsgeschwindigkeit und die Aufmerksamkeitsteilung stellen. Zeitliche Einschränkungen bestünden nicht. Zuzufolge eines vermehrten Pausenbedarfs zur Vermeidung von Exazerbation im Rahmen der orthopädischen Diagnosen sowie als

Folge der kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen bestehe jedoch eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von ca. 30 %. Demnach bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (S. 29 Ziff. 4.8). Es sei davon auszugehen, dass die medizinisch-theoretische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seit der Vorbegutachtung vom Februar 2018 gelte (S. 28 f. Ziff. 4.7 f.). Aus orthopädischer und neuropsychologischer Sicht könne von einer leichtgradigen Verschlechterung der Leistungsfähigkeit seit der Vorbegutachtung von Februar 2018 ausgegangen werden (S. 30 Ziff. 4.11).

Im neurologischen Teilgutachten vom 25. Dezember 2021 (act. IIB 392.5) führte PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, unter anderem aus, basierend auf die Primärdokumentation nach dem Unfallereignis im Jahr 2002 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weder eine Bewusstlosigkeit noch eine Amnesie noch ein Verwirrheitszustand vorgelegen, sodass gemäss allgemein anerkannten Kriterien nicht die Diagnose eines Schädel-Hirn-Traumas oder einer MTBI gestellt werden könne. Dieser Sachverhalt sei wiederholt in den Akten thematisiert worden, unter anderem sehr ausführlich im Rahmen eines neurologischen Gutachtens im Jahr 2004. Bei Zugrundelegung der neurologischen Beurteilung, die sich differenziert mit einem möglichen Schädel-Hirn-Trauma auseinandersetze, werde durchgehend dokumentiert, dass eine substantielle Gehirnschädigung durch den Unfall mit aller Wahrscheinlichkeit nach nicht stattgefunden habe. In einem am 4. Juli 2019 durchgeführten cMRI seien keine Hinweise für traumabedingte Veränderungen identifiziert worden. Die dokumentierten Marklagerläsionen/Gliosen würden als unspezifische Veränderungen klassifiziert. Zudem bestehe bei der Explorandin ein langjähriger Nikotinabusus, der diese Veränderungen durchaus erklären könne. In Bezug auf die von der Explorandin berichteten ausgeprägten Schlafstörungen ergäben sich basierend auf den aktenanamnestischen Dokumentationen und im Rahmen der aktuellen Anamnese jedoch keine Hinweise für eine zugrundeliegende neurologische Erkrankung oder eine primäre neurologische Schlafstörung, welche die Symptomatik erkläre. Ebenfalls ergäben sich keine Hinweise für eine zugrundeliegende neurologische Erkrankung, welche die ausgeprägte körperliche Müdigkeit erkläre. Zwar könne die Einnahme von Opiaten, Benzodiazepinen sowie anticholinerg wirksamen Medikamenten

eine Schläfrigkeit bedingen. Hierzu nicht passend wäre jedoch, dass die Schläfrigkeit sowie Erschöpfung zum Teil sehr wechselhaft aufträten und an manchen Tagen fast gar nicht beständen. Darüberhinausgehende Hinweise für eine zerebelläre Störung oder andere in der neurologischen Untersuchung evidente Zeichen für funktionell einschränkende zentrale Nebenwirkungen der eingenommenen Medikamente ergäben sich nicht. Allenfalls werde jedoch die Tremor-Symptomatik dadurch bedingt oder verstärkt (S. 18 f. Ziff. 6.3). Gemäss (akten-)anamnestischen Angaben seien nach erlittenem Unfall im Jahr 2002 eine Vielzahl von Symptomen aufgetreten, die sich im Verlauf zum Teil wieder zurückgebildet hätten. Ende 2016 seien jedoch wieder vermehrt Erschöpfungszustände sowie Schlafstörungen hinzugeetreten, die dann letztlich zu einer „andauernden Arbeitsunfähigkeit“ geführt hätten. Es lasse sich gemäss Akten, basierend auf den aktuellen anamnestischen Angaben und dem klinisch-neurologischen Untersuchungsbefund keine neurologische Diagnose stellen, welche die von der Explorandin geltend gemachten Symptome erklären könne (S. 21 Ziff. 7.1).

Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 24. Februar 2022 (act. IIB 392.6) hielt lic. phil. E. \_\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, fest, bei der Explorandin habe sich eine Bandbreite von kognitiven Teilleistungen gezeigt, welche von leicht bis mittelschwer vermindert bis normgemäss gereicht habe. Das kognitive Befundbild der jetzigen Untersuchung entspreche einer leichten neuropsychologischen Störung gemäss den Kriterien des Schweizer Berufsverbandes der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen. Unspezifisch beeinträchtigt seien einzelne Aufmerksamkeitsleistungen und die visuelle Merkspanne gewesen, während die meisten höheren kognitiven Leistungen erhalten gewesen seien. Das Befundprofil der jetzigen Untersuchung stehe in guter bzw. recht guter Übereinstimmung zu insgesamt fünf neuropsychologischen Voruntersuchungen. Als Ursache der kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen sei von einer multifaktoriellen Verursachung auszugehen. Ursächlich in Frage kämen unter anderem eine langjährige und bis heute anhaltende Einnahme bzw. Abhängigkeit von psychoaktiven Medikamenten. Ausserdem sei bei der Explorandin ein Alkoholabusus bekannt, in den Vorberichten seien einige psychopathologische Diagnosen genannt worden und es sei ein Schmerzleiden bekannt. Dagegen seien die beiden Unfälle vom Februar

2002 nicht geeignet, zu kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen zu führen (S. 19 f. Ziff. 6.3).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 23. Februar 2022 (act. IIB 392.7) erläuterte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, unter anderem, bei der Explorandin sei von einem Abhängigkeitsyndrom auszugehen. Im psychiatrischen Untersuchungsgespräch habe die Explorandin die Schmerzen relativ genau sowie lokalisiert angegeben, was bei sonst durchaus vorhandener Konsistenz und vorhandener Leistungsbereitschaft gegen die Diagnose einer somatoformen Störung spreche. Im Rahmen der Substanzabhängigkeitsstörung könne es aber zu verstärkten Schmerzen kommen. Die Schmerzen müssten hingegen aus somatischer Sicht beurteilt werden. Zudem hätten sich im psychiatrischen Untersuchungsgespräch keine Hinweise auf substanzbedingte irreversible Sekundärschäden mit deutlichen kognitiven Beeinträchtigungen ergeben. Diesbezüglich sei aber auch auf die neurologische und neuropsychologische Begutachtung verwiesen. Es bestünden akzentuierte impulsive Persönlichkeitszüge. Im Längsverlauf bestünden Hinweise auf eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung mit Träumerei in der Schule. Im Untersuchungsgespräch habe sich die Explorandin jedoch recht gut konzentrieren können und sei bis am Schluss aufmerksam geblieben. Aber auch diesbezüglich sei auf die neuropsychologische Einschätzung verwiesen. Die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne nicht gestellt werden. Dies insbesondere aufgrund des Längsverlaufs mit abgeschlossenen beruflichen Ausbildungen und mehrjähriger Berufstätigkeit bis es dann nach dem Unfallereignis zu einer andauernden Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsleben gekommen sei. Die affektiven Symptome seien bei der Explorandin nicht genügend ausgeprägt für die Diagnose einer depressiven Episode oder einer Angststörung (S. 22 f. Ziff. 6.3).

**3.1.4** Die RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, erläuterte in der Stellungnahme vom 22. September 2022 (act. IIB 406 S. 3 f.), beim Abgleich der Befundberichte vom 4. Juli 2019 (vgl. act. IIB 343 S. 35) und vom 19. Mai 2021 (vgl. act. I 5) fänden sich unterschiedliche Befunde. Daraus alleine lasse sich jedoch keine erhebliche Verschlechterung ableiten, da die Untersuchungen in verschiedenen Einrichtungen mit ver-

schiedenen Geräten sowie mit verschiedenen Schnittebenen durchgeführt worden seien. Zudem seien den auswertenden Radiologen des Spitals I. \_\_\_\_\_ am 19. Mai 2021 die Aufnahmen vom 4. Juli 2019 nicht vorgelegen (S. 3 Ziff. 1). Weitere Abklärungen seien nicht notwendig. Es könne (weiterhin) an der Beurteilung des MEDAS-Gutachtens festgehalten werden. Die gutachterlichen Untersuchungen hätten nach der zur Diskussion stehenden MRI-Untersuchung vom Mai 2021 stattgefunden. Eventuell neu aufgetretene Veränderungen im Frontalhirnbereich hätten bereits zum Zeitpunkt der polydisziplinären Begutachtung bestanden, weshalb allfällige daraus resultierende Störungen bereits vorhanden gewesen seien. Zusätzlich sei zu berücksichtigen, dass prinzipiell bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der entsprechenden quantitativen sowie qualitativen Leistungsfähigkeit die funktionellen Einbussen der Beschwerdeführerin zu beurteilen seien, welche sich bei der Begutachtung nach Aktenstudium, Exploration sowie klinischen Untersuchung ergeben und zur abschliessenden Einschätzung geführt hätten. Bildgebende Untersuchungen seien dabei natürlich zu berücksichtigen, spielten aber gerade im vorliegenden Fall eine untergeordnete Rolle, da sich aus allfälligen Veränderungen im Frontalhirnbereich bei verschiedenen Patienten klinisch ein völlig unterschiedliches Bild ergeben könne. So sei es möglich, dass gleiche oder ähnliche Schädigungsmuster im Gehirn zu völlig unterschiedlichen klinischen Bildern führten. Die beschriebenen Veränderungen im MRI vom 19. Mai 2021 (act. I 5) könnten theoretisch zu keinerlei klinischen Einschränkungen führen, aber auch schwere Störungsbilder wären dadurch erklärbar. Aus der Bildgebung allein könne nie ein funktionelles Defizit abgeleitet werden, was insbesondere für Untersuchungen des Zentralnervensystems gelte. Die Bildgebung unterstütze bzw. bestätige die Klinik jedoch häufig. Im Ergebnis der polydisziplinären Begutachtung der Beschwerdeführerin seien die Diagnosen (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) Wirbelsäulenbeschwerden und leichte neuropsychologische Störungen multifaktorieller Ursache gestellt worden. In einer angepassten Tätigkeit sei eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % resultierend aus den orthopädischen sowie neuropsychologischen Störungen attestiert worden. Bei der neuropsychologischen Untersuchung seien leichte neuropsychologische Beeinträchtigungen durch den neuropsychologischen Gutachter „objektiviert“ und somit eine Verschlechterung zur Voruntersuchung festgestellt

worden. Eine Verschlechterung im Bereich der Neurokognition sei also belegt und entsprechend bei der Leistungsbeurteilung berücksichtigt worden, auch wenn diese ursächlich von den Gutachtern nicht habe eingeordnet werden können und als multifaktoriell bedingt bezeichnet worden sei. Bei Vorliegen des MRI-Befundes hätte sich somit allenfalls eine bessere Erklärung der Einschränkungen, nicht aber eine Veränderung der Befunde sowie der daraus resultierenden Leistungsminderung ergeben. Das Fehlen des MRI-Befundes von Mai 2021 bei der Begutachtung der Beschwerdeführerin sei somit aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht relevant (S. 3 f. Ziff. 2).

**3.2** 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).

**3.2.1** 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).

**3.2.2** 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).

**3.3** Vorab ist fraglich, ob – wie von den Parteien stillschweigend angenommen – gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 4. April 2022 (act. IIB 392.1 ff.) tatsächlich eine revisionsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist (vgl. E. 2.4.3 hiervor). In diesem Zusammenhang erscheint es widersprüchlich, dass in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung einerseits erörtert wird, aus orthopädischer sowie neurologischer Sicht könne von einer leichtgradigen Verschlechterung der Leistungsfähigkeit seit Februar 2018 ausgegangen werden (act. IIB 392.1 S. 30 Ziff. 4.11) und andererseits ausgeführt wird, die medizinisch-theoretische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte seit Februar 2018 (S. 28 f. Ziff. 4.7 f.). Da jedoch – wie nachfolgend zu zeigen sein wird (vgl. E. 3.4.1 ff. hiernach) – ergänzende medizinische Abklärungen erforderlich sind, ist hierauf vorliegend nicht weiter einzugehen. Die Frage, ob eine für den Rentenanspruch relevante Veränderung des medizinischen Sachverhalts eingetreten ist (vgl. E. 2.4.3 hiervor), ist nach Vervollständigung der medizinischen Abklärungen zu beurteilen.

**3.4** Grundlage für die angefochtene Verfügung vom 21. Juni 2022 (act. IIB 403) bildet in medizinischer Hinsicht das MEDAS-Gutachten vom 4. April 2022 (act. IIB 392.1 ff.). Diesem kommt – aus nachfolgenden Gründen – jedoch kein hinreichender Beweiswert für eine abschliessende Beurteilung der sich vorliegend stellenden Fragen zu:

**3.4.1** Der neurologische Gutachter berücksichtige in seiner Beurteilung, wonach keine neurologische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe (act. IIB 392.5 S. 17 Ziff. 6.1), unter anderem, dass sich im MRI vom 4. Juli 2019 (vgl. act. IIB 343 S. 35) keine posttraumatischen Veränderungen und am ehesten unspezifische gliotische Veränderungen periventriculär sowie subkortikal auf der linken Seite zeigten (act. IIB 392.5 S. 21 Ziff. 7.1). Nicht bekannt war dem neurologischen Experten demgegenüber der im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichte zeitnahe Bericht des Neurozentrums des Spizals I. \_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2021 (act. I 5).

Demnach wurde in der Expertise nicht berücksichtigt, dass im MRI des Schädels vom 19. Mai 2021 – divergierend zum MRI vom 4. Juli 2019 (vgl. act. IIB 343 S. 35; Unterschiede der Befunde in den beiden Berichten wurden durch die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ bestätigt [act. IIB 406 S. 3 Ziff. 1]) – eine deutliche frontale Atrophie mit begleitender kortikaler Hirnvolumenminderung und korrelierender geringer Hypoperfusion ersichtlich waren (act. I 5 S. 2). Auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren wurden diese Befunde einzig der RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (act. IIB 406 S. 3 f.) zur Stellungnahme unterbreitet. Diese legte insoweit zutreffend dar, allfällig neu aufgetretene Veränderungen im Frontalhirn und daraus womöglich resultierende Störungen seien bereits im Zeitpunkt der Begutachtung vorhanden gewesen (S. 3 Ziff. 2), datiert das hier fragliche MRI doch vor den gutachterlichen Untersuchungen (act. I 5; act. IIB 392.1 S. 16 Ziff. 1). Zudem ist die Erläuterung der RAD-Ärztin, wonach ähnliche Schädigungen im Gehirn zu völlig unterschiedlichen klinischen Bildern führen könnten (so könnten die im MRI vom 19. Mai 2021 [vgl. act. I 5] beschriebenen Veränderungen sowohl schwere Störungsbilder erklären, als auch zu keinerlei klinischen Einschränkungen führen) und aus einer Bildgebung alleine nie funktionelle Defizite abgeleitet werden könnten (act. IIB 406 S. 4 Ziff. 2), nachvollziehbar. Demnach ist folgerichtig, dass alleine gestützt auf das MRI vom 19. Mai 2021 (act. I 5) keine Leistungseinschränkungen ausgewiesen sind. Indessen wurden bei der Beschwerdeführerin im neuropsychologischen Teilgutachten neurokognitive Beeinträchtigungen festgestellt (act. IIB 392.6 S. 19 ff. Ziff. 6.1 und Ziff. 6.3), welche in der neurologischen Expertise (act. IIB 392.5) auch mangels erkennbarem somatischen Substrats (vgl. S. 21 Ziff. 7.1) nicht weiter diskutiert wurden (vgl. hierzu auch E. 3.4.2 hiernach) und folglich nicht hinreichend Eingang in die neurologische Beurteilung fanden. Da die im MRI vom 19. Mai 2021 (act. I 5) festgestellten und im Gutachten nicht gewürdigten Befunde – wie von der RAD-Ärztin anerkannt (act. IIB 406 S. 4 Ziff. 2) – möglicherweise doch Einfluss auf die Leistungsfähigkeit haben könnten, ist nicht ausgeschlossen, dass in Kenntnis dieses somatischen Substrats (wobei es in der Invalidenversicherung nicht um dessen Ursache geht) allenfalls eine divergierende neurologische Beurteilung erfolgt wäre. Insofern lagen dem neurologischen Gutachter – wie erwähnt – nicht sämtliche relevanten Akten vor, weshalb auf das neurologische Teilgutachten nicht abschliessend abgestellt werden kann.

**3.4.2** Mangelhaft ist das MEDAS-Gutachten auch insofern, als die Gutachter im Rahmen der Konsensbeurteilung als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem eine leichte neuropsychologische Störung multifaktorieller Ursache stellten (act. IIB 392.1 S. 22 Ziff. 4.1.1). Die neuropsychologische Testung stellt rechtsprechungsgemäss lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, welche von einem Arzt zu validieren ist, bevor sie in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht massgeblich ist (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 10. November 2021, 8C\_526/2021, E. 4.2.1 mit Hinweisen). Der neuropsychologischen Einschätzung kommt somit letztlich einzig Hilfscharakter zu, da neuropsychologische Testresultate allein nicht ausreichen, um Diagnosen zu stellen und die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Mit anderen Worten bedürfen die neuropsychologischen Testresultate der psychiatrischen und/oder der neurologischen Einordnung, was vorliegend nicht hinreichend erfolgte (vgl. act. IIB 392.5, 392.7). Es ist denn auch widersprüchlich, dass aus neurologischer und psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert wird (act. IIB 392.5 S. 21 f. Ziff. 8.1 f., 392.7 S. 26 f. Ziff. 8.1 f.), die vom neuropsychologischen Gutachter festgestellten Einschränkungen (act. IIB 392.6 S. 22 Ziff. 8.1 f.) jedoch unbesehen in die Gesamtbeurteilung übernommen werden (act. IIB 392.1 S. 28 f. Ziff. 4.7 f.).

**3.4.3** Überdies stellte der psychiatrische Gutachter eine Störung durch Substanzkonsum im Sinne eines Abhängigkeitssyndroms von Opiatanalgetika und Hypnotika in den Vordergrund (vgl. act. IIB 392.7 S. 22 Ziff. 6.2 f.) und verneinte eine Leistungseinschränkung insbesondere mit der Begründung, die Substanzabhängigkeitsstörung könne behandelt werden (S. 25 Ziff. 7.3; vgl. auch S. 25 Ziff. 7.4). Eine eingehende Auseinandersetzung mit der Frage, ob das Abhängigkeitssyndrom Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat, fand nicht statt. Insoweit muss davon ausgegangen werden, dass die Suchtproblematik von der versicherungsmedizinischen Beurteilung ausgenommen wurde, obwohl gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nachvollziehbar diagnostizierte Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen grundsätzlich als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden in Betracht fallen (BGE 145 V 215 E. 6 S. 227). Insoweit ist eine gutachterliche Klärung erforderlich, wobei – neben vorgängigen Laborkon-

trollen – die Beschwerdegegnerin vor einer neuen Verfügung gegebenenfalls auch ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen hätte.

**3.4.4** Letztlich ist zu wiederholen (vgl. E. 3.3 hiavor), dass das Gutachten auch insofern widersprüchlich erscheint, als in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung einerseits erörtert wird, aus orthopädischer sowie neurologischer Sicht könne von einer leichtgradigen Verschlechterung der Leistungsfähigkeit seit Februar 2018 ausgegangen werden (act. IIB 392.1 S. 30 Ziff. 4.11) und andererseits ausgeführt wird, die medizinisch-theoretische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte (bereits) seit Februar 2018 (S. 28 f. Ziff. 4.7 f.). Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang denn auch, dass der orthopädische Gutachter in Bezug auf eine allfällige relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes gestützt auf die Bildgebung zwar klar darlegte, zwischen 2008 und 2022 sei es zu einer Zunahme der Degeneration im Bereich der gesamten Wirbelsäule gekommen (act. IIB 392.4 S. 25 Ziff. 6.3), hinsichtlich einer allfälligen Verschlechterung seit Anfang 2018 jedoch vage bleibt und lediglich festhält, es sei „sicherlich“ auch im Verlauf nach 2018 zu einer Akzentuierung gekommen, wobei der Verlauf über die Zeit im Detail nicht besser beschrieben werden könne (S. 34 Ziff. 8.5). In Bezug auf die gutachterlich aufgeführte Verschlechterung in neuropsychologischer Hinsicht ist überdies zu betonen, dass die neurokognitiven Leistungseinschränkungen von ärztlicher Seite (noch) nicht validiert wurden (vgl. E. 3.4.2 hiavor).

**3.4.5** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass den Experten nicht sämtliche medizinischen Berichte vorlagen und das Gutachten auch sonst nicht restlos schlüssig erscheint. Demnach kommt dem MEDAS-Gutachten vom 4. April 2022 (act. IIB 392.1 ff.) keine volle Beweiskraft zu. Auch die übrigen Akten bilden keine hinreichende Grundlage, um die sich hier stellenden Fragen abschliessend zu klären. Demnach erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Die Sache ist daher zur ergänzenden und präzisierenden Abklärung insbesondere des neurologischen bzw. psychiatrischen Gesundheitszustandes, zur Bestimmung der funktionellen Leistungsfähigkeit und für die Beantwortung der Frage einer revisionsrechtlich relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Rückweisung ist im Lichte der

höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100, 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264; SVR 2016 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.1) zulässig, geht es doch um die Erhebung von bisher ungeklärten Fragen bzw. um eine Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen.

#### **4.**

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 21. Juni 2022 (act. IIB 403) in Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu über den Rentenanspruch verfüge.

#### **5.**

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

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

**5.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2022 ist die Parteientschädigung auf Fr. 3'037.70 festzusetzen (Aufwand von 11 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 70.50 sowie Mehrwertsteuer von Fr. 217.20). Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 21. Juni 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. 3'037.70 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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