

200 22 513 IV  
JAP/PES/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 6. Januar 2023**

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichterin Wiedmer  
Gerichtsschreiber Peter

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. August 2022



## Sachverhalt:

### A.

Im Oktober 2008 meldete sich die 1973 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) zum Bezug von IV-Leistungen für Erwachsene an und beantragte Berufsberatung sowie Umschulung auf eine neue Tätigkeit. Sie leide seit dem 16. Februar 2007 an einer posttraumatischen Belastungsstörung (Antwortbeilage [AB] 3). Mit Mitteilung vom 17. November 2008 gewährte die IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) als Frühinterventionsmassnahme eine Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten (AB 14). Nachdem es der Versicherten gesundheitlich wieder bessergegangen war und sie selbständig eine neue Arbeitsstelle gefunden hatte (vgl. AB 23, AB 31 S. 3, AB 34), schloss die IV-Stelle mit Verfügung vom 5. Juni 2009 die beruflichen Massnahmen ab (AB 29).

Im Januar 2015 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an. Sie könne ihren Beruf nur noch begrenzt ausüben (AB 35). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), wonach die Versicherte in angepassten (d.h. die Schultern und die Halswirbelsäule nur wenig belastenden) Tätigkeiten nicht eingeschränkt sei (AB 51), gewährte die IV-Stelle eine Umschulung in Form einer ... von 9. Februar 2015 bis 29. Februar 2016 (AB 63) samt Praktikum beim C. \_\_\_\_\_ (...) von 1. August bis 31. Dezember 2015 (AB 78, AB 90). Im Januar 2016 erlangte die Versicherte das ... (AB 97) und wurde mit einem Beschäftigungsgrad von 90% als ... beim C. \_\_\_\_\_ fest angestellt (AB 94). Mit Mitteilung vom 7. März 2016 sprach ihr die IV-Stelle eine Ausbildung zur ... EFZ von 15. August 2016 bis 31. Juli 2018 (AB 98) inklusive zusätzlichem ... (AB 118) zu, worauf die Versicherte ab 1. April 2017 ihr Pensum beim C. \_\_\_\_\_ auf 70% reduzierte (AB 115). Im August 2017 erlangte sie das ... (AB 123 S. 2). Das Qualifikationsverfahren zur ... EFZ im Folgejahr bestand sie hingegen nicht (siehe Notenausweis vom 28. Juni 2018; AB 130 S. 2). Per 1. August 2018 konnte sie ihr Pensum beim C. \_\_\_\_\_ wieder auf 90% erhöhen (AB 131 S. 2). Mit Mitteilung vom 22. Februar 2019 schloss die IV-Stelle die beruflichen Massnahmen ab (AB 132). Mit Verfü-

gung vom 9. April 2019 verneinte sie bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 1% einen Anspruch auf eine Invalidenrente (AB 134).

Im Oktober 2019 ging der IV-Stelle eine undatierte Neuanmeldung der Versicherten zu (AB 137). Mit Verfügung vom 3. März 2020 trat die IV-Stelle mangels glaubhaft gemachter Veränderung darauf nicht ein (AB 151).

Am 22. August 2020 erfolgte eine weitere Anmeldung (AB 156). Nach Rücksprache mit dem RAD (vgl. AB 159 S. 4 ff.) trat die IV-Stelle auf diese ein und nahm in medizinischer und erwerblicher Hinsicht Abklärungen vor (AB 160). Nach Eingang zahlreicher medizinischer Berichte (AB 165, AB 168, AB 177, AB 181, AB 182) sowie der Akten der Trägerin der kollektiven Krankentaggeldversicherung (AB 173.1 - 173.5) gewährte die IV-Stelle der Versicherten für die Zeit von 6. April bis 5. Juli 2021 ein Belastbarkeitstraining in der D. \_\_\_\_\_ (AB 197; siehe auch den Bericht der D. \_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2021 [AB 220]). Nach Eingang weiterer Unterlagen (AB 205, AB 210, AB 215, AB 218) schloss die IV-Stelle mit Mitteilung vom 9. Juli 2021 die beruflichen Eingliederungsmassnahmen ab (AB 217) und unterbreitete das Dossier dem RAD zur Beurteilung. Dieser empfahl eine polydisziplinäre Begutachtung (AB 223). Nach Aktualisierung der medizinischen Akten (AB 228) und entsprechender Mitteilung an die Versicherte (AB 226) erteilte die IV-Stelle über die Plattform ... den Auftrag für ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie; als Gutachterstelle zugewiesen wurde die MEDAS E. \_\_\_\_\_ (fortan MEDAS; AB 232). Mit Schreiben vom 9. September 2021 wurden der Versicherten die Gutachterstelle sowie die Namen der Sachverständigen mitgeteilt (AB 236). Das entsprechende MEDAS-Gutachten (mit Aktenzusammenfassung, Teilgutachten, Fragebogen, Laborbefund und Ergebnissen der veranlassten Zusatzuntersuchungen) datiert vom 2. Februar 2022 (AB 244.1 - 244.9). Am 5. Mai 2022 erfolgte zudem eine Stellungnahme der Gutachter (AB 251) zu den von der Versicherten nach der Gutachtenserstellung bei der IV-Stelle neu eingereichten medizinischen Berichten (AB 248).

Mit Vorbescheid vom 11. Mai 2022 stellte die IV-Stelle der Versicherten insbesondere gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 2. Februar 2022 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Es bestehe mangels Dia-

gnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit kein Anspruch auf IV-Leistungen (AB 252). Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, am 7. Juni 2022 vorsorglich Einwand (AB 261), welchen sie mit Eingabe vom 28. Juni 2022 nachbegründen liess (AB 266). Mit Verfügung vom 10. August 2022 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten unter Stellungnahme zu den erhobenen Einwänden ihrem Vorbescheid entsprechend ab (AB 269).

## **B.**

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, am 5. September 2022 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein neues polydisziplinäres Gutachten einhole und hernach über den Rentenanspruch neu entscheide. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und der Beschwerdeführerin für die Zeit ab Februar 2021 eine Viertelrente der Invalidenversicherung zuzusprechen - unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. September 2022 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen.

## **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** Angefochten ist die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 10. August 2022 (AB 269). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin im Rahmen der Neuanschuldung vom 22. August 2020 (AB 156) Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat (siehe Beschwerde S. 2, Rechtsbegehren).

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

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

## **2.**

**2.1** Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtsätze 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 10. August 2022 (AB 269), womit sie nach

dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (vgl. auch 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 Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. 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 Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs

nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt.

**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).

**2.5** Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV). Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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 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). 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 Invaliditäts-

schätzungen 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).

### 3.

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom 22. August 2020 (AB 156) eingetreten und hat über den Leistungsanspruch materiell entschieden (AB 269). Die Frage des Eintretens auf die Neuanschuldung ist deshalb - da nicht streitig - vom Gericht nicht zu beurteilen (E. 2.5 erster Absatz in fine hiervor).

**3.2** Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 10. August 2022 (AB 269) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 2. Februar 2022 (AB 244.1 - 244.9).

Das MEDAS-Gutachten ergab bei der Beschwerdeführerin in der Interdisziplinären Gesamtbeurteilung keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten oder einer vergleichbaren Arbeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit vermerkten die Gutachter einen Status nach Lendenwirbelsäulenoperationen im Mai und Juni 2020 mit residuellem sensiblem L4(5)-Syndrom links ohne neuropathische Schmerzkomponente (neurologisch) resp. eine Spondylose LWK3 bis SWK1 ohne namhafte Funktionseinschränkung im klinischen Befund und ohne bildmorphologischen Anhalt für ein Implantatversagen (orthopädisch), eine Syringomyelie in Höhe C6-TH1 ohne Anhalt für namhafte assoziierte nervale Defizite, bildmorphologisch eine degenerative Veränderung cervical ohne assoziierten namhaften orthopädisch-neurologischen Störungsbefund, ein leichtgradiges Sulcus ulnaris Syndrom rechts, einen Verdacht auf eine Migräne ohne Aura mit seltenen Anfällen, eine Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21), eine Agoraphobie, weitgehend remittiert (ICD-10: F40.00), einen Fehlgebrauch von Opioiden, den laborchemischen Nachweis von Ecstasy und Benzodiazepinen, einen Status nach einer auf *Helicobacter pylori* positiven Gastritis im Jahr 2018, eine gastroösophageale Refluxkrankheit, eine

Adipositas Grad I sowie einen Nikotinkonsum (AB 244.1 S. 10 f.; vgl. AB 244.4 S. 23 f., AB 244.5 S. 24, AB244.6 S. 22, AB 244.3 S. 21).

**3.2.1** Orthopädischerseits fanden sich im klinischen Befund reizlose Narbenverhältnisse über der gesamten Lendenwirbelsäule, die Angabe einer Druck- und Klopfdolenz über der Dornfortsatzreihe lumbal sowie eine Druckdolenz über beiden Iliosakralfugen und die Angabe eines Federungs-schmerzes der lumbalen Facetten. Darüber hinaus sei eine Hypästhesie im linken Bein am anterolateralen Oberschenkel und komplett ab dem Kniegelenk nach distal (und somit keinem Dermatome zugehörig) angegeben worden. Der Zehenstand links sei mühsam, der Fersenstand links nicht demonstriert worden. Diskrepanz dazu habe sich bei der fokussierten Untersuchung dieser Funktionen in Rückenlage eine im Seitenvergleich symmetrische Kraftentfaltung der Fuss- und Zehenheber- und -senkermuskulatur (Janda 4) gefunden. Ebenfalls diskrepanz seien der ermittelte Finger-Boden- und der Finger-Zehen-Abstand im Langsitz gewesen, wofür es keine biomechanische Plausibilität gebe. Auch spreche das Fehlen einer namhaften Myopathie am linken Bein und die seitengleiche Fersenbeschielung gegen eine langanhaltende Schonung des linken Beins (AB 244.5 S. 24 f.).

Für die geklagten cervicalen, cervicobrachialen und cervicocephalen Beschwerden fand sich – bis auf die Angabe einer Druck- und Klopfdolenz über der Dornfortsatzreihe und einer gering hypertonen paracervicalen Muskulatur bei uneingeschränkter spontaner Beweglichkeit der Halswirbelsäule in allen Ebenen – kein entsprechender orthopädischer Störungsbefund. Das aktenkundig vorliegende MRI vom 19. März 2021 beschreibe eine vermehrte Kyphosierung mit Punctum maximum HWK3/HWK4 und HWK4/HWK5 mit Osteochondrose und reaktiver Spondylose auf den drei untersten Segmenthöhen sowie im Segment HWK4/HWK5 eine flache, kleine mediane Diskusherniation dorsal subligamentär mit Kompression am Duralsack von ventral her. Ein hiermit assoziierter namhafter orthopädisch-neurologischer Störungsbefund habe im Rahmen der Begutachtung nicht herausgearbeitet werden können (AB 244.5 S. 25).

Für die geklagte Wetterempfindlichkeit im Bereich der rechten, operierten Schulter fand sich im klinischen Untersuchungsgang ebenfalls kein er-

klärendes Befundkorrelat bei fehlendem namhaftem Störungsbefund. Auch bildmorphologisch fand sich kein erklärendes Korrelat bei regelrechter Darstellung der Rotatorenmanschette sowie unauffälliger Bicepstenodese mit Schraube im cranialen Sulcus intertubercularis (AB 144.5 S. 25).

Der postoperative spinale Status sowie die degenerativen Veränderungen cervical rechtfertigten auch ohne assoziierten namhaften orthopädischen Störungsbefund die Empfehlung, dauerhaft körperlich mittelschwere bis schwere Arbeiten sowie Arbeiten in Körperzwangshaltungen und Tätigkeiten mit repetitiven Überkopfarbeiten zu meiden. In überwiegend körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Arbeiten lasse sich eine dauerhafte Limitation der Belastbarkeit auch unter Berücksichtigung der Indikatoren aus orthopädischer Sicht demgegenüber nicht ausreichend begründen (AB 244.5 S. 27).

**3.2.2** Der klinisch-neurologische Untersuchungsbefund zeigte keine nervalen Dehnungszeichen, weder cervical noch lumbal. Die Hirnnervenfunktion stellte sich regelrecht dar. Manifeste oder latente Paresen fanden sich nicht. Ebenso wenig Muskelfaszikulationen. Hinweise auf eine Rückenmarksschädigung ergaben sich ebenfalls nicht. Die Reflextätigkeit sei in den oberen Extremitäten seitengleich lebhaft gewesen. Im Bereich der unteren Extremitäten fand sich der Quadrizepssehnenreflex linksseitig im Vergleich zur rechten Seite abgeschwächt auf insgesamt eher schwachem Niveau, die Triceps-surae-Reflexe fanden sich ohne sichere Seitendifferenz schwach seitengleich auslösbar. Hinweise auf eine Pyramidenbahnschädigung ergaben sich nicht. Bei der Überprüfung der Sensibilität sei für alle Qualitäten ein normales Empfinden angegeben worden; es habe sich insbesondere auch kein Hinweis auf das Vorliegen einer Störung des Temperatursinnes beziehungsweise einer dissoziierten Empfindungsstörung gefunden. In vegetativer Hinsicht fanden sich regelrechte Funktionen. Auch die koordinativen Eigenschaften stellten sich regelrecht dar. Aus neurophysiologischer Sicht liessen sich eine leichtgradige Leitungsverzögerung des Nervus ulnaris rechts im Sulcus-Bereich belegen. Darüber hinaus fanden sich keine pathologischen Auffälligkeiten (AB 244.4 S. 24).

Zusammenfassend lagen neurologischerseits ein leichtgradiges rechtsseitiges Sulcus-ulnaris-Syndrom sowie bei einem Status nach Lendenwir-

belsäulenoperationen im Mai und Juni 2020 ein sensibles residuelles L4(5)-Syndrom links ohne neuropathische Schmerzkomponente vor. Die Anamnese spreche zudem für das Vorliegen einer Migräne ohne Aura mit seltenen Attacken. Der Anamnese folgend könne mit Wahrscheinlichkeit nur beim Auftreten einer typischen Migränesymptomatik mit Begleitphänomenen von dieser Diagnose ausgegangen werden. Die angegebene rechtsseitige Schmerzsymptomatik im Bereich der Halswirbelsäule ohne typische radikuläre Ausstrahlung mit Ausstrahlung in den Hinterkopf und nach rechts frontal finde keine organ-neurologische Erklärung. Die Angabe sei für Spannungskopfschmerzen untypisch. Die Syringomyelie in Höhe C6 bis TH1 führe zu keinem ausreichend objektivierten neuralen Defizit. Es bleibe aber denkbar, dass die sich im Laufe der Zeit diffus auch von rechts nach links ausbreitende Schmerzsymptomatik ursächlich auf die Syrinx zurückgeführt werden könne. Im Initialstadium einer Syrinx könne diese lediglich durch eine capeartige Schmerzverteilung in Erscheinung treten. Die Syrinx könne die angegebenen Nackenschmerzen und Kopfschmerzen aber nicht erklären (AB 244.4 S. 25). Insgesamt wenig plausibel sei die Angabe anhaltender und kaum beeinflussbarer Schmerzen trotz Einnahme von Opiaten sowie auch insbesondere die Angabe von stärksten Schmerzen anlässlich der stattgehabten Untersuchungssituation einerseits und das Fehlen jedweder Schmerzentsäusserung und das Fehlen eines entsprechend erklärenden organ-neurologischen Befundes andererseits (AB 244.4 S. 27). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... ergebe sich kein Anhalt für eine neurologisch begründete Minderung der Belastbarkeit. Dies gelte auch rückblickend. Anderslautende neurologische Vorbewertungen lägen nicht vor (AB 244.4 S. 28).

**3.2.3** Gemäss psychiatrischem Befund wirkte die Versicherte zeitweise bedrückt bei noch ausreichend erhaltener Schwingungsfähigkeit. Es seien überdies eine Grübelneigung, vor allem schmerzbedingte Schlafstörungen, ein Selbstwertdefizit sowie eine emotionale Labilität verbunden mit Zukunftssorgen angegeben worden. Diese Symptomatik – die sich vor dem Hintergrund einer psychosozialen Belastungssituation (therapierefraktäre somatische Beschwerden, Verlust des angestammten Arbeitsplatzes) entwickelt habe – sei gemäss ICD-10 als eine prolongierte Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik zu werten (AB 244.6 S. 24).

Die Prognose einer Anpassungsstörung sei per se günstig. Sie bilde sich unter bedarfsweiser ambulanter leitliniengerechter Behandlung erfahrungsgemäss nach spätestens 24 Monaten zurück. Durch die bisherigen medikamentösen Behandlungsversuche und die ambulante Psychotherapie im monatlichen Abstand habe bislang keine durchgreifende Besserung erzielt werden können. Anhand des hiesigen Befunds wie auch der Verhaltensbeobachtung und der Angaben zur Alltagsaktivität (familiäre Einbindung, gute Tagesstruktur) liege jedoch keine erhebliche depressive Störung vor und aktenkundig fehlten psychiatrische Befunde, die eine erhebliche depressive Erkrankung belegen würden (AB 244.6 S. 24).

Die angegebenen Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates (vor allem Hals- und Lendenwirbelsäule) seien keiner anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zuzuordnen. Im klinischen Eindruck liege kein andauernder und quälender Schmerz vor. Es könne auch kein assoziierter fehlverarbeiteter seelischer und psychosozialer Konflikt exploriert werden, vor dessen Hintergrund sich die angegebenen Schmerzen ursprünglich hätten entwickeln können. Die Achsenkriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien also nicht erfüllt. Die Sonderform einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren scheide bei gleichzeitigem Bestehen einer affektiven Störung (hier Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion) nach den Kodierungsregeln des ICD-10 ebenfalls aus (keine parallele Stellung einer affektiven und F45.4-Diagnose; AB 244.6 S. 24 f.).

Aus den Akten gehe hervor, dass sich nach einem gewalttätigen Übergriff im ... im Februar 2007 zunächst eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt habe. Die Versicherte habe nach eigenen Angaben unter ambulanter Psychotherapie und aufgrund der eigenen Resilienz die entsprechenden Beschwerden überwinden und in die Tätigkeit als ... zurückkehren können. Albträume würden allenfalls noch sporadisch, eine vegetative Übererregung, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Intrusionen oder Flashbacks würden nicht mehr auftreten. Geblieben sei ein Vermeidungsverhalten für den ... Bahnhof, den sie nicht mehr ohne Begleitung betreten wolle. Auch fühle sie sich weiterhin unwohl in grösseren Menschenmengen, ohne dass es dadurch zu Panikattacken komme. Insgesamt sei das klinische Bild ei-

ner posttraumatischen Belastungsstörung aktuell nicht (mehr) nachweisbar. Die Zurückhaltung bei grösseren Menschenmengen spreche für eine milde Agoraphobie ohne Panikstörung. Eine wesentliche Alltagsbeeinträchtigung sei hieraus nicht mehr abzuleiten (AB 244.6 S. 25).

Die Medikamentenanamnese spreche für einen etwa drei Monate anhaltenden Fehlgebrauch von Targin. Bei mangelhafter Schmerzdokumentation und Hinweisen auf eine unzureichende Wirksamkeit und einen zeitgleichen Drogenmissbrauch (im Labor hätten sich Nachweise von Ecstasy und Benzodiazepinen gefunden; diese Hinweise seien zu prüfen und ein Drogenmissbrauch gegebenenfalls unter ärztlicher Kontrolle zu beenden) sei die Überprüfung der potentiell suchtinduzierenden analgetischen Medikation anzuraten. Opioide könnten unter anderem eine affektive Störung, eine vermehrte Schläfrigkeit und kognitiv-mnestische Defizite verursachen. Sie interferierten also zum Teil mit den von der Versicherten angegebenen Beschwerden (AB 244.6 S. 25 f.).

Zusammenfassend liege keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Die leichte affektive Störung (hier Anpassungsstörung) sei nicht derart ausgeprägt, dass hieraus eine Minderung der Arbeitsfähigkeit erwachsen könne. Vielmehr sei eine Arbeitsaufnahme aus therapeutischer Sicht zur Stabilisierung der Tagesstruktur, der Selbstwirksamkeit, des Selbstwernerlebens, der sozialen Teilhabe und des Abbaus von Vermeidungsverhalten zu befürworten (AB 244.6 S. 26). Eine prolongierte Anpassungsstörung sei einer leitliniengereichten Behandlung gut zugänglich. Die unauffällige Primärpersönlichkeit und die befriedigende Ressourcenlage (stabiles Umfeld und Partnerschaft, erhaltene Tagesstruktur, langjährige Arbeitstätigkeit) unterstützten die günstige Prognose. Allenfalls seien Tätigkeiten mit Schwerpunkt in Menschenmengen zu vermeiden (AB 244.6 S. 28).

**3.2.4** Im internistischen Fachgebiet ergaben sich keine Hinweise auf Erkrankungen, die eigenständige dauerhafte Einschränkungen der Belastbarkeit in der angestammten oder einer vergleichbaren Tätigkeit bedingen würden (AB 244.3 S. 22). Die anamnestischen Angaben zur Schmerzintensität stimmten (wie bei den anderen Teilbegutachtungen; siehe AB 244.4 S. 18 und S. 27, AB 244.5 S. 18 und S. 26 f., AB 244.6 S. 19 und S. 27)

nicht mit dem klinischen Eindruck in der spontanen Mobilität und der übrigen spontanen Präsentation sowie dem Laborbefund (den Spiegelbestimmungen) überein (AB 244.3 S. 44). Die Medikamentenspiegel für Amitriptylin, Paracetamol und Metamizol lagen unterhalb der Referenzbereiche, was hinsichtlich der Schmerzmittel für einen geringen Schmerzmittelbedarf und ein eher geringes Schmerzniveau spreche. Im Substanzscreening seien Benzodiazepine und Ecstasy quantitativ und qualitativ positiv gewesen, was für einen Substanzfehlkonsum sprechen könne. Amphetamine, Opiate und Barbiturate seien quantitativ nachweisbar und qualitativ negativ gewesen, was am ehesten als mögliche Kreuzreaktion zu bewerten sei (AB 244.3 S. 22).

**3.2.5** In ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter in der Folge zusammenfassend fest, in den Akten sei somatischerseits auch für angepasste Tätigkeiten eine anhaltende erhebliche Minderung der Belastbarkeit attestiert worden. Dabei sei vorrangig auf den Schmerzvortrag abgestellt worden. Eine eindeutige somatische Erklärungshypothese lasse sich in den Akten nicht erkennen. Auch sei keine ausreichend erkennbare korrelierende klinische Befundbegründung oder Indikatorenprüfung erfolgt. Die Vorbewertungen liessen sich also versicherungsmedizinisch nicht teilen (AB 244.1 S. 8). Die Indikatorenprüfung zeige im Labor teils keinen wirksamen Spiegel der angegebenen Medikation, was nicht mit den Angaben zum Schmerzmittelbedarf in Einklang stehe. Die Befunde und die Anamnese sprächen nicht für eine namhafte Limitation von Selbständigkeit, Selbstversorgungsfähigkeit und sozialer Integration sowie Aktivität. Die Versicherte beteilige sich am Haushalt, sei mobil, selbständig, selbstversorgend und familiär integriert. Die reklamierten Einschränkungen liessen sich mit den erhobenen Befunden nicht ausreichend untermauern. Allenfalls sei aufgrund des postoperativen spinalen Status eine dauerhafte Einschränkung der Belastbarkeit auf körperlich überwiegend leichte Arbeiten anzunehmen. Die angestammte Bürotätigkeit entspreche einer körperlich leichten Arbeit (AB 244.1 S. 5).

**3.3** 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 Kennt-

nis 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).

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** Die Beschwerdeführerin rügt, dass das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 2. Februar 2022 (AB 244.1 - 244.9) die bundesgerichtlichen Anforderungen an den Beweiswert eines Gutachtens nicht erfülle, weshalb darauf zur Beurteilung des Leistungsanspruchs nicht abgestellt werden könne (Beschwerde Rz. 14).

**3.4.1** Zur Begründung macht die Beschwerdeführerin vorab geltend, dass die Gutachter nicht objektiv und unabhängig seien, da sie sich in einem wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnis zu den auftraggebenden IV-Stellen befänden und drei der vier Gutachter gemäss Medizinalberuferegister unter derselben Praxisadresse figurierten (Beschwerde Rz. 15).

Zunächst ist festzuhalten, dass Ausstandsgründe umgehend geltend gemacht werden müssen; ansonsten ist der Anspruch auf Anrufung der vermeintlich verletzten Ausstandsbestimmung verwirkt (SVR 2022 IV Nr. 45 S. 143).

Der Beschwerdeführerin wurden die Gutachterstelle sowie die Namen der Sachverständigen mit Schreiben vom 9. September 2021 mitgeteilt und sie wurde gleichzeitig darauf hingewiesen, dass triftige Einwendungen gegen

einen oder mehrere der genannten Gutachter bis 27. September 2021 bei der IV-Stelle schriftlich eingereicht werden können (AB 236). Gründe, die die Beschwerdeführerin gehindert hätten, den Vorwurf der fehlenden Objektivität und Unabhängigkeit der Gutachter wegen der geltend gemachten wirtschaftlichen Abhängigkeit bereits dazumal und nicht erst nach Erstellung des Gutachtens und Erlass des Vorbescheids zu erheben, sind keine ersichtlich. Die diesbezügliche Rüge ist damit verspätet erfolgt und der Anspruch auf Anrufung der vermeintlich verletzten Ausstandsbestimmung folglich verwirkt. Es bleibt darauf hinzuweisen, dass selbst wenn dem nicht so wäre, die Tatsache, dass ein Gutachter, ein unabhängiger Arzt oder eine Begutachtungsinstitution regelmässig von einem Sozialversicherungsträger beauftragt wird, die Anzahl der Gutachten oder Berichte, mit denen der Gutachter betraut wird, sowie die Höhe des daraus resultierenden Honorars allein keine ausreichenden Gründe sind, um auf mangelnde Objektivität und Befangenheit des Gutachters zu schliessen (BGE 148 V 225 E. 3.5 S. 231, 137 V 210 E. 1.3.3 S. 227). Entscheidend ist, dass fachlichinhaltlich eine Weisungsunabhängigkeit der begutachtenden Ärzte besteht (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 20. Juni 2007, I 885/06, E. 5.1). Auch ist ohne Bedeutung, dass drei der Gutachter gemäss Medizinalberuferegister unter derselben Praxisadresse figurieren, soweit nicht weitere Aspekte – wie beispielsweise eine Vorbefassung durch einen dieser Gutachter oder einen anderen Arzt derselben Praxis – hinzutreten (vgl. BGE 148 V 225).

**3.4.2** Weiter rügt die Beschwerdeführerin, dass von den beteiligten Gutachtern lediglich einer über eine SIM-Zertifizierung verfüge, was jedoch gegen Art. 7m Abs. 2 der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV; SR 830.11) verstosse, da Fachärztinnen und Fachärzte der Allgemeinen Inneren Medizin, der Psychiatrie und Psychotherapie, der Neurologie, der Rheumatologie, der Orthopädie, der orthopädischen Chirurgie und der Traumatologie des Bewegungsapparates als medizinische Sachverständige für die Erstellung eines Gutachtens nach Art. 44 Abs. 1 ATSG über das SIM-Zertifikat verfügen müssten (Beschwerde Rz. 16).

Art. 7m ATSV ist am 1. Januar 2022 (AS 2021 706) und damit erst nach Durchführung der Begutachtung durch die Sachverständigen im Oktober und November 2021 (vgl. AB 244.1 S. 1) in Kraft getreten. Diese Bestimmung ist somit schon aufgrund der intertemporalrechtlichen Grundregel, wonach in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. E. 2.1 hiavor), vorliegend nicht anwendbar. Mit Blick auf die Übergangsbestimmung zur Änderung vom 3. November 2021 zu Art. 7m Abs. 2 ATSV, wonach das SIM-Zertifikat von den Sachverständigen innerhalb von fünf Jahren nach dem Inkrafttreten dieser Änderung (und damit bis spätestens 31. Dezember 2026) erworben werden muss, kann der Umstand, dass drei der vier Gutachter im Zeitpunkt der Begutachtung 2021 noch über kein solches Zertifikat verfügten, entgegen den Vorbringen in der Beschwerde (Beschwerde Rz. 16) nicht als formeller Mangel und Systemfehler der Gutachterstelle bezeichnet werden und ist auch in keiner Weise geeignet, die fachliche Qualifikation der Gutachter infrage zu stellen.

**3.4.3** Weiter macht die Beschwerdeführerin gegen ein Abstellen auf das MEDAS-Gutachten vom 2. Februar 2022 (AB 244.1 - 244.9) geltend, die Gutachter hätten sich nicht ordentlich mit den Akten und ihrer Krankengeschichte auseinandergesetzt (Beschwerde Rz. 17 f.).

Auch diese Rüge ist unbegründet. Die gutachterliche Aktenzusammenfassung über 18 Seiten (AB 244.2), die Ausführungen zu den Vorbeurteilungen in den Teilgutachten (siehe AB 244.4 S. 22 f. und S. 25 f., AB 244.5 S. 24 f., S. 26 und S. 28 ff., AB 244.6 S. 22 ff. und S. 27 ff.) wie auch diejenigen in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (AB 244.1 S. 5 ff.) widerlegen diese Behauptung. Auch ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin trotz der ihr nach der MEDAS-Begutachtung neu eingereichten Berichte des Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, vom 31. Januar 2022 (AB 248 S. 1 ff.) und 8. Juni 2022 (AB 264 S. 1) in antizipierter Beweiswürdigung auf weitere Sachverhaltserhebungen verzichtete. Die betreffenden Berichte enthalten keine wesentlichen Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3).

Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vollzog vielmehr einen Rollenwechsel weg von der fachärztlichen Beurteilung zum Parteivertreter, indem er sich – sein Fachgebiet verlassend – zum Rentenanspruch äusserte (AB 248 S. 5), was sich beweiskraftmindernd auswirkt (vgl. etwa Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2019, 8C\_695/2019, E. 4.3). Die von ihm erwähnte Osteochondrose im Bereich der Halswirbelsäule auf Stufe C4/5 (AB 248 S. 1) wurde bereits im MRI vom 19. März 2021 befundet und gutachterlich berücksichtigt (AB 244.4 S. 22 f., AB 244.5 S. 25). Die Iliosakralgelenke präsentierten sich im MRI der Lendenwirbelsäule vom 8. April 2021 symmetrisch (AB 244.4 S. 23) und deren Überbelastung durch die Spondylodese LWK3 bis SWK1 wurde durch Dr. med. F.\_\_\_\_\_ lediglich vermutet, wobei er auch eine psychische Dekompensation in Betracht zog (AB 248 S. 2). Was schliesslich die offensichtliche und erhebliche Diskrepanz zwischen den gutachterlichen Schlussfolgerungen und dem von der Versicherten anlässlich des Belastbarkeitstrainings in der D.\_\_\_\_\_ von 6. April bis 5. Juli 2021 präsentierten Leistungsvermögen anbelangt, ist festzustellen, dass die Berufsfachleute die von ihnen festgehaltenen Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit einzig mit der subjektive Schmerzbelastung der Versicherten begründeten (AB 220), was nicht genügt, um die in Kenntnis der Ergebnisse des Belastbarkeitstrainings (vgl. AB 244.1 S. 8) erstellte polydisziplinäre fachärztliche Gesamtbeurteilung der MEDAS-Gutachter in Frage zu stellen (vgl. Entscheid des BGer vom 27. Oktober 2021, 8C\_329/2021, E. 6.2.1).

**3.4.4** Was die Kritik anbelangt, es sei angesichts der gutachterlich erhobenen Befunde schlicht nicht glaubhaft, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen solle (Beschwerde Rz. 20), ist der Beschwerdeführerin zwar insoweit zuzustimmen, als die Sachverständigen sehr wohl Befunde feststellten, sie sich qualitativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Die Qualifikation der Diagnosen als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bezieht sich jedoch explizit auf die letzte Tätigkeit oder vergleichbare Arbeiten (AB 244.1 S. 10; siehe auch AB 244.4 S. 28 und AB 244.5 S. 27), mithin nicht auf mittelschwere bis schwere körperliche Verrichtungen. Aus dem Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 15. November 2017, VBE.2017.391 (vgl. Beschwerde Rz. 19 f.), kann die Beschwerdeführerin damit nichts zu ihren Gunsten ableiten.

**3.4.5** Ob die Beurteilung, dass der Medikamentenspiegel nicht im therapeutischen Bereich lag und die Beschwerdeführerin möglicherweise Ecstasy konsumiert haben könnte (vgl. AB 244.1 S. 11, AB 244.3 S. 20 und S. 22, AB 244.6 S. 21 und S. 26 sowie AB 244.8 S. 3 ff.), auf einem falsch positiven Laborergebnis bzw. einer bekannten Kreuzreaktion der eingenommenen Wirkstoffe basiert (vgl. Beschwerde Rz. 21), ist vorliegend nicht von Belang. Die Sachverständigen zogen daraus keine für die Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin relevanten Schlüsse und wiesen denn auch selbst auf eine mögliche Kreuzreaktion hin (AB 244.3 S. 22).

**3.5** Zusammenfassend erfüllt das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 2. Februar 2022 (AB 244.1 - 244.9) sämtliche der in Erwägung 3.3 hiervoor genannten, von der Rechtsprechung an medizinische Expertisen gestellten Anforderungen. Es ist im Hinblick auf die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die getätigten Schlussfolgerungen sind begründet. Dem Gutachten kommt somit volle Beweiskraft zu. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprechen würden, sind nach dem Dargelegten keine ersichtlich. Der medizinische Sachverhalt erweist sich mit dem Gutachten als rechtsgenügend abgeklärt.

**3.6** An diesem Ergebnis ändern auch die von der Beschwerdeführerin am 12. Oktober 2022 neu ins Recht gelegten Berichte vom 29. September (Beschwerdebeilage [BB] 4) und 9. Oktober 2022 (BB 3) nichts:

**3.6.1** Das im Sprechstundenbericht des Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, vom 9. Oktober 2022 (BB 3) erwähnte MRI der Lendenwirbelsäule vom 8. April 2021 (vgl. AB 215 S. 4 und AB 228 S. 5) wurde von den gutachterlichen Sachverständigen berücksichtigt (AB 244.4 S. 23) und das SPECT-CT HWS, ISG und LWS vom 25. Januar 2022 offenbarte keine relevanten neuen Befunde (siehe BB 3 S. 2).

**3.6.2** Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und für Handchirurgie, diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin am 29. September 2022 gestützt auf ein Röntgen und eine Sonographie (vgl. BB 4 S. 2) neu eine Rhizarthrose Stadium 1 bis 2 beidseits, wobei die entsprechenden Beschwerden erstmals im Juli 2022, mithin nach der orthopädischen Begutachtung vom 18. Oktober 2021 (AB 244.5 S. 2; vgl. bezüglich der gutachterlichen Untersuchungsbefunde am Handgelenk bzw. der Hand AB 244.5 S. 20 f.), aber noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 10. August 2022 (AB 269) aufgetreten sein sollen (BB 4 S. 1). Er postulierte jedoch bezüglich der Verschleisserscheinungen an den Daumensattelgelenken – mit Blick auf das diagnostizierte Stadium 1 - 2 zu Recht – keine funktionellen Einschränkungen. Zudem ist die Rhizarthrose konservativ und – bei persistierenden Beschwerden – operativ therapierbar. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ sah denn auch eine Infiltration links (rechts war die Rhizarthrose abklingend) und eine Schienenentlastung beidseits vor, was nach empirischen Erhebungen in den meisten Fällen bereits zu einer längeren Schmerzsistierung führt (vgl. etwa MERLE/VOCHE, Therapie der Rhizarthrose, in MERLE/ REHART [Hrsg.], Chirurgie der Hand, 2009, S. 33 Ziff. 2.6).

#### **4.**

Mangels einer Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten oder einer vergleichbaren Arbeit (vgl. E. 3.2 ff. hiervor) besteht unverändert kein Rentenanspruch, ohne dass eine Invaliditätsbemessung durchzuführen wäre. Die diesbezüglichen Ausführungen in der Beschwerde Rz. 23 ff. gehen damit von vornherein ins Leere. Bei diesem Beweisergebnis kann offenbleiben, ob im Vergleich zur Verfügung vom 9. April 2019 (AB 134) überhaupt eine revisionsrechtlich relevante Veränderung vorliegt (vgl. E. 2.5 hiervor).

**5.**

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 10. August 2022 (AB 269) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

**6.**

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

**6.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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