

200 22 619 IV  
SCI/SHE/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 10. Februar 2023**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Schnyder

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. September 2022



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1963 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im September 1999 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug in Form von Hilfsmitteln (Hörgeräteversorgung; Akten der IVB [act. II] 1; vgl. auch act. II 20) und im Mai 2000 (act. II 12) zum Rentenbezug an. Nach getätigten Abklärungen verneinte die IVB mit Verfügung vom 10. September 2001 (act. II 36) bei einem in Anwendung der gemischten Methode (Erwerb 80%, Haushalt 20%) ermittelten Invaliditätsgrad von 11% einen Rentenanspruch. Mit Verfügung vom 5. Dezember 2001 (act. II 40) gewährte sie die Hörgeräteversorgung. Die Verfügungen blieben unanagefochten.

### **B.**

Im September 2014 (act. II 46) meldete sich die Versicherte unter Verweis auf eine Diskushernienoperation L4/5 sowie seit etwa 20 Jahren bestehende Rückenbeschwerden erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Nach getätigten Abklärungen trat die IVB mit Verfügung vom 24. November 2014 (act. II 66) und der Begründung, mit dem neuen Leistungsgesuch sei keine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung vom 10. September 2001 glaubhaft dargelegt worden, auf das Leistungsgesuch nicht ein. Die Verfügung blieb unanagefochten.

### **C.**

Im Juli 2017 (act. II 75 f.) liess die Versicherte, vertreten durch C.\_\_\_\_\_, unter Verweis auf seit 2012 bestehende Herzprobleme sowie eine seit Juni 2014 erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes und des Bewegungsapparates aufgrund mehrerer

Rückenoperationen, anhaltender ganzkörperlicher Schmerzen, Schwindel und psychischer Probleme bei der IVB ein neues Leistungsgesuch einreichen. Auf Anraten des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; vgl. Stellungnahme vom 18. August 2018 [act. II 115]) veranlasste die IVB bei Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine monodisziplinäre psychiatrische Begutachtung (vgl. Gutachten vom 28. Januar 2019 [act. IIA 132.1] sowie ergänzende Stellungnahme vom 4. November 2019 [act. IIA 156]). Nach weiteren Stellungnahmen des RAD (vgl. IIA 137, 147, 149, 166 f.) veranlasste sie auf dessen Empfehlung (vgl. Stellungnahme vom 27. Oktober 2020 [act. IIA 180]) bei der E.\_\_\_\_ (MEDAS) eine interdisziplinäre Begutachtung. Das Gutachten inkl. interdisziplinärer Gesamtbeurteilung und Teilgutachten datiert vom 17. März 2022 (act. IIA 225.1-225.9). Nach Eingang weiterer medizinischer Berichte (act. IIA 228, 231, 232) holte die IVB bei der MEDAS eine ergänzende Stellungnahme vom 9. Mai 2022 (act. IIA 234) sowie beim RAD eine Aktenbeurteilung vom 8. Juni 2022 (act. IIA 236) ein. Mit Vorbescheid vom 27. Juni 2022 (act. IIA 237) und der Begründung, es bestehe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und der Versicherten seien jegliche wechselbelastenden, körperlich leichten Tätigkeiten zumutbar, weshalb nicht von einem invalidisierenden Gesundheitszustand ausgegangen werden könne, stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand der Beschwerdeführerin, neu vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_ (act. IIA 242), holte die IVB eine Stellungnahme des RAD vom 1. September 2022 (act. IIA 245) ein und verfügte am 14. September 2022 (act. IIA 246) dem Vorbescheid entsprechend.

#### **D.**

Mit Eingabe vom 17. Oktober 2022 erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_, dagegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 14. September 2022 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin rückwirkend ab 1. Januar 2018 die gesetzlichen Rentenleistungen zuzusprechen.
2. Eventualiter: Die Verfügung vom 14. September 2022 sei aufzuheben und die Streitsache zur Einholung eines medizinischen Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

Mit Beschwerdeantwort vom 14. November 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 vom 14. September 2022 (act. IIA 246), mit welcher der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung verneint wurde.

Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist das Rechtsverhältnis, welches – im Rahmen des durch die Verfügung bestimmten Anfechtungsgegenstandes – den aufgrund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bildet. Anfechtungs- und Streitgegenstand sind danach identisch, wenn die Verwaltungsverfügung insgesamt angefochten wird (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 165; SVR 2010 BVG Nr. 14 S. 56 E. 4.1). Streitgegenstand bildet das aufgrund der Beschwerdebegehren tatsächlich angefochtene Rechtsverhältnis. Anfechtungs- und Streitgegenstand beziehen sich auf ein (materielles) Rechtsverhältnis, sei es auf eines (z.B. Rentenanspruch), sei es auf mehrere Rechtsverhältnisse (z.B. Eingliederungs- und Rentenanspruch). Bezieht sich also die Beschwerde nur auf einzelne der durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisse, gehören die nicht beanstandeten – verfügungsweise festgelegten – Rechtsverhältnisse zwar wohl zum Anfechtungs-, aber nicht zum Streitgegenstand (BGE 125 V 413 E. 2a S. 415). Den Parteien kommt entsprechend dem Verfügungsgrundsatz für die Festlegung des Streitgegenstandes vorrangige Bedeutung zu. So wie die versicherte Person sich mit einer Verfügung durch Nichtanfechtung abfinden kann, so steht ihr auch die Befugnis zu, nur einzelne der verfügungsweise geregelten Rechtsverhältnisse durch Beschwerde richterlich überprüfen zu lassen (BGE 118 V 311 E. 3b S. 314).

Die Beschwerdeführerin hat den Streitgegenstand beschwerdeweise auf die Rentenfrage beschränkt, so dass vorliegend einzig der Rentenanspruch zu prüfen ist. Dies ergibt sich aus dem Rechtsbegehren. Nichts Anderes ist der Begründung der Beschwerde zu entnehmen.

**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). Zwar datiert die angefochtene Verfügung (vom 14. September 2022 [act. IIA 246]) nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020. Der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung eines Rentenanspruchs liegt mit Blick auf die hier zu beurteilende Neuanschuldung vom Juli 2017 (act. II 75) vor dem 1. Januar 2022 (vgl. E. 2.3 hiernach), während ein Revisionsgrund ab Januar 2022 nicht erstellt ist (vgl. E. 3.4.5 hiernach), weshalb grundsätzlich 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 zur Anwendung gelangen (vgl. auch Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR] Rz. 9100 f.; 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). 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). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 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 (Abs. 1).

**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 Juli 2017 (act. II 75) eingetreten. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu vergleichen ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenablehnenden Verfügung vom 10. September 2001 (act. II 36) mit demjenigen, der sich bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. September 2022 (act. IIA 246) entwickelt hat. Nicht massgebend ist die Nichteintretensverfügung vom 24. November 2014 (act. II 66), da damals keine materielle Überprüfung des Leistungsanspruchs erfolgte (vgl. BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77). Die Beschwerdeführerin unterzog sich seit September 2001 u.a. mehreren Herzklappen- und Wirbelsäulenoperationen (vgl. etwa act. IIA 167/19),

womit ein Revisionsgrund offensichtlich ausgewiesen ist, so dass eine freie Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen hat (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11).

**3.2** Was den Gesundheitszustand betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.2.1** Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie vom RAD, führte in der zusammenfassenden Aktenbeurteilung vom 10. August 2018 (act. II 113) aus, aus rein somatischen Gründen sei das Arbeitspensum auf 70% zu reduzieren. Wegen der diffusen degenerativen Veränderungen sei zusätzlich mit einer Leistungsminderung von 20% zu rechnen (vermehrter Pausenbedarf). Eine leichte sitzende Tätigkeit sei zumutbar, nicht aber eine rein sitzende Tätigkeit. Nicht möglich seien Arbeiten auf Schulterhöhe, das körperferne Heben und Tragen, Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten, wiederholte bückende, beugende, kniende und kauende Arbeiten, Tätigkeiten im Treppenhaus, solche mit Sturzgefahr mit sägenden/schneidenden Gegenständen (orale Antikoagulation) sowie bruske und reflexartige Bewegungen bei Hypermobilität. Für die Hände sollten grob leichte und feinmotorische Arbeiten alterniert werden (S. 14 f.). Die Frage, ab wann das Zumutbarkeitsprofil Gültigkeit habe, könne nicht beantwortet werden. Die psychische Problematik sollte näher „angeschaut“ werden und werde RAD-intern organisiert (S. 15; vgl. auch Bericht des Dr. med. G.\_\_\_\_\_, RAD, vom 18. August 2018; act. II 115).

**3.2.2** Dr. med. D.\_\_\_\_\_ stellte im monodisziplinären psychiatrischen Gutachten vom 28. Januar 2019 (act. IIA 132.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode mit beginnender Remission unter Behandlung (ICD-10 F33.0; S. 34 Ziff. 6.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden belastende Ereignisse aus der Kindheit, welche die Verminderung der Resilienzkräfte und Festhalten an dysfunktionalen Copingstrategien zur Folge hätten (ICD-10 Z61). Diese Diagnose schränke die Arbeitsfähigkeit per se nicht ein. Sie habe jedoch einen grossen Einfluss auf den Umgang mit der Krankheit und den Ressourcen und auf die Dauer des Heilungsprozesses (Ziff. 6.2). Die schleichende depressive Verstimmung habe die Versicherte während mehreren schwierigen

Lebensumständen und Schicksalsschlägen begleitet. Sie habe kaum oder wohl kaum eine Behandlung aufgesucht. Bis zu den letzten Jahren bestehe keine direkte medizinische Dokumentation. Die Aussagen der Versicherten bei verschiedenen Explorationen und versicherungsmedizinischen Beurteilungen stimmten bezüglich Daten, Dauer und Ausprägung der Symptomatik sowie unternommenen Massnahmen nicht ganz überein. Deswegen sei es nicht möglich, retrospektiv bis 2014-2016 eine aussagekräftige Beurteilung von Schwere, Dauer und Verlauf der depressiven Störung zu machen. Seit Herbst 2016-2017 befinde sich die Versicherte in einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Im Sommer 2017 sei sie stationär in einer psychiatrischen Klinik untergebracht gewesen. Sie sei mit wesentlicher Besserung wieder ausgetreten. Seit September 2017 bis zum aktuellen Zeitpunkt sei die Ausprägung der depressiven Symptomatik leichten Grades. Die weiteren in den Aktenstücken erwähnten Diagnosen liessen sich weder begründen noch bestätigen: Eine somatoforme Schmerzstörung könne ausgeschlossen werden. Weiter würden sich bisher keine Anhaltspunkte für die Diagnose einer Panikstörung, einer dissoziativen oder einer psychotischen Störung ergeben. Eine bipolare Störung lasse sich ausschliessen. Ausserdem widerspreche die Lebensgestaltung und Lebensstellung der Versicherten der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Auch für eine posttraumatische Belastungsstörung gebe es keine Hinweise oder Beweise in den Akten und den Erinnerungen der Versicherten (S. 39 f. Ziff. 7.2.1.2). Die Versicherte sei aktuell aus rein psychiatrischer Sicht zu 75% arbeitsfähig, d.h. sie dürfe bis zu einem vollen Arbeitstag beschäftigt werden. Die Einschränkungen bestünden wegen der fluktuierenden schmerzbedingten Befindlichkeit und wegen des darauffolgenden inkonsistenten Charakters der gebrachten Leistungen. Ein idealer Arbeitsplatz sei ohne Stress- und Zeitdruck, ohne Akkordarbeit, mit der Möglichkeit, zwischendurch eine kurze Pause nach eigenem Bedarf einzulegen und mit der Möglichkeit, die Aufgaben und Aufträge nach eigener Einschätzung zu erfüllen. Die Gesamtarbeitsunfähigkeit liege wegen mehreren körperlichen Erkrankungen mit einer grösseren Wahrscheinlichkeit höher (S. 42 Ziff. 7.2.3).

**3.2.3** Dr. med. F.\_\_\_\_\_ führte in der RAD-Aktenbeurteilung vom 11. Juli 2019 (act. IIA 147) aus, seit seiner Beurteilung vom August 2018 würden in den Berichten neu eine degenerative HWS-Problematik sowie eine Polyarthritits postuliert. Eine objektive Verschlechterung der LWS-Problematik werde nicht dokumentiert. Neu liege auch das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ mit einer attestierten Leistungsminderung von 25% vor (S. 7 f.). Das zumutbare Pensum betrage unverändert 70%. Eine Leistungsminderung von 20% sei aus somatischen Gründen definiert worden (vermehrter Pausenbedarf). Zu diesen 20% sollte die psychische Leistungsminderung von 25% addiert werden; die psychische Situation beeinflusse die Leistung auf den ganzen gearbeiteten Stunden und nicht punktuell bei einem vermehrten Pausenbedarf (jede Stunde 12 Minuten Pause; S. 8). Der Verlauf der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit sei im Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ nicht abgehandelt worden. Ebenfalls nicht, seit wann die Leistungsminderung von 25% gelte. Daher könne zurzeit der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit aus gesamtmedizinischer Sicht wie auch der Zeitpunkt, seit wann das Zumutbarkeitsprofil für angepasste Tätigkeiten Gültigkeit habe, nicht beantwortet werden (S. 8 f.).

**3.2.4** Am 4. November 2019 (act. IIA 156) führte die Gutachterin Dr. med. D.\_\_\_\_\_ auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin aus, die 25%-ige Arbeitsunfähigkeit bestehe mindestens seit dem 3. Dezember 2019 (Tag der Exploration). Die Angaben seien aus rein psychiatrischer Sicht gemacht worden. Was die frühere Arbeitsfähigkeit betreffe, könne sie leider keine aussagekräftigen Angaben machen. In den ärztlichen Zeugnissen werde zwar eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Darauf könne jedoch nicht abgestellt werden. Die dort erwähnten schwerwiegenden Diagnosen hätten sich in der psychiatrischen Exploration nicht feststellen lassen. Es sei nochmals darauf hinzuweisen, dass nicht nur eine psychische Problematik vorliege. Die Gesamtarbeitsunfähigkeit könne höher als 25% sein.

**3.2.5** In seiner Stellungnahme vom 12. Mai 2020 (act. IIA 166) äusserte sich Dr. med. G.\_\_\_\_\_ (RAD) zum Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_. Deren Ausschluss einer chronischen Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren überzeuge nicht. Im Rahmen der

Verhaltensbeobachtungen habe Dr. med. D.\_\_\_\_\_ deutliche schmerzbedingte Haltungsänderungen und auch ein Schon- und Vermeidungsverhalten beschrieben. Aus dem Krankheitsverlauf gehe hervor, dass eine ausgeprägte diagnostische und therapeutische Fokussierung auf die bestehenden Schmerzen bestanden habe. Nachvollziehbar resultierten hieraus auch eine emotionale Belastung und eine gedankliche Einengung auf die bestehenden Schmerzen. Es sei daher das Vorliegen einer chronischen Schmerzerkrankung mit psychischen und somatischen Beschwerdefaktoren nachvollziehbar. Die eingeschränkte Auseinandersetzung im psychiatrischen Gutachten mit dem möglichen Vorliegen einer chronischen Schmerzerkrankung (und deren nicht nachvollziehbarer Ausschluss) führten zu Inkonsistenzen hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Hinsichtlich einer Konsensbeurteilung der somatischen und psychischen Faktoren der chronischen Schmerzen sei grundsätzlich auszuführen, dass die durch die Schmerzen angegebenen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit in den jeweiligen Gebieten nicht summarisch zu beurteilen seien. Entscheidend sei der funktionelle Beeinträchtigungsgrad, der aus den Schmerzen im Alltag der Versicherten resultiere. Unter Zugrundelegung der Feststellungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit auf somatischem Fachgebiet im Rahmen der Stellungnahme des RAD und dem vorgelegten psychiatrischen Gutachten sei zu beurteilen, dass gesamthaft eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 25% vorliege. Die chronischen Schmerzen führten zu einer wesentlichen Beeinträchtigung des Pensums.

Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, RAD, fasste in seinem Bericht vom 13. Mai 2020 (act. IIA 167) die in den Akten enthaltenen Diagnosen zusammen und führte aus, nach insgesamt drei Herzklappenoperationen bestehe eine körperliche Minderbelastbarkeit und wegen der Notwendigkeit einer dauerhaften Antikoagulation ein vermehrtes Blutungsrisiko bei Verletzungen. Seit den Wirbelsäulenoperationen liege eine Minderbelastbarkeit und Minderbeweglichkeit im Bereich der Wirbelsäule vor. Nach wie vor bestünden Schmerzen, welche auch durch mehrwöchige stationäre Rehabilitationsmassnahmen sowie Schmerzbehandlungen zunächst nicht hätten gebessert werden können. Aktuell seien aber die lumbalen Beschwerden deutlich gebessert. Es

bestehe weiter eine Polyarthrose in Verbindung mit einem Hypermobilitätssyndrom in diversen Gelenken. Eine Osteoporose werde medikamentös behandelt und als präklinisch definiert. In der Gesamtbeurteilung sei bei somatisch begründbarer Minderung des Pensums auf 70% wegen der chronischen Schmerzen eine zusätzliche Leistungsminderung von 25% zu attestieren. Diese bestehe spätestens seit der Neuanmeldung im Juli 2017. Mit der im Rahmen der RAD-intern abgefragten (abweichenden) Einschätzung des Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 12. Mai 2020 setzte er sich nicht näher auseinander (S. 19).

Am 27. Oktober 2020 (act. IIA 180) führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_, RAD, aus, seit seiner letzten Stellungnahme vom Mai 2020 seien neue Berichte eingegangen, die eine interdisziplinäre Neubeurteilung erforderten, wozu eine MEDAS-Begutachtung notwendig sei.

**3.2.6** In der interdisziplinären MEDAS-Gesamtbeurteilung vom 17. März 2022 (act. IIA 225.1) wurde das Vorliegen von Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneint; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden folgenden Diagnosen (S. 12 Ziff. 4.2):

- Vorhofflimmern unter Marcumar-Therapie
- Mitralklappenvalvuloplastie 2012
- Aortenklappenvalvuloplastie 2015
- Status nach Gastrointestinalblutung im März 2000
- Substituierte Hashimoto-Thyreoiditis, aktuell Euthyreose
- Spondylodese LWK4-SWK1, mit gutem operativem Ergebnis
- Adipositas Grad I
- Osteoporose
- Status nach mehrfacher Dekompressions-Operation der unteren Lendenwirbelsäule, zuletzt Revisionsspondylodese, Segmentaufrichtung, Stabilisierungs- und Fusionsoperation LWK4-SWK1 im Februar 2017
- Bildmorphologische leichtgradige Diskusprotrusion der mittleren Zervikalsegmente ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit
- Rezidivierende depressive Störung, remittiert (ICD-10 F33.4)
- Cannabinoide im Substanzscreening positiv (ICD-10 F12.1)

Die Versicherte habe vorrangig von polytopen, spinal betonten Schmerzen und einer psychischen Beeinträchtigung berichtet. Die anlässlich der

Explorationen bei der MEDAS erhobene Befunde hätten keine gravierenden somatischen Auffälligkeiten und psychiatrisch eine Remission der depressiven Symptomatik gezeigt (S. 4 Ziff. 4.1).

Somatischerseits ergebe sich aus den anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunden für körperlich leichte, wechselbelastende Arbeiten keine schlüssige Limitation. Insoweit aktenkundig eine auf 70% (oder mehr) reduzierte Arbeitsfähigkeit genannt werde, lasse sich dies für körperlich leichte Arbeiten aus den erhobenen Befunden nicht ableiten, also auch retrospektiv nicht bestätigen. Die Versicherte selbst sehe sich als arbeitsunfähig an und stelle dabei vorrangig auf ihr Schmerzerleben ab. Aus den erhobenen Befunden lasse sich dies jedoch nicht schlüssig ableiten oder stützen (S. 11 Ziff. 4.1). Gesundheitsstörungen, die eine Einschränkung in wechselbelastenden, körperlich leichten Tätigkeiten bedingten, seien anhand objektiver Befunde nicht zu erheben gewesen (S. 14 Ziff. 4.7 f.).

Die durch den RAD einbezogene psychiatrische Bewertung (gemeint die das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ korrigierende Einschätzung des Dr. med. G. \_\_\_\_\_) sei nicht schlüssig: psychogene psychiatrische Schmerzstörungen der Kategorie ICD-10 F45.4 seien bei Vorliegen einer affektiven Erkrankung (hier Nennung einer rezidivierenden depressiven Störung) nach den ICD-10-Empfehlungen nicht gesondert zu kodieren/diagnostizieren, gingen also in der depressiven Störung auf. Zudem würden damit auch bereits im Rahmen degenerativer somatischer Veränderungen einbezogene Schmerzangaben nochmals mitbewertet, sodass eine doppelte Berücksichtigung erfolgt sei. Die Einschätzungen des RAD liessen sich also nicht teilen (S. 10 Ziff. 4.1). Auffällig sei ein positiver Cannabis-Nachweis. Eine entsprechende Einnahme sei seitens der Versicherten nicht angegeben worden. Ein schädlicher Gebrauch sei somit denkbar. Die Plausibilitätsprüfung ergebe keine konsistente Schmerzbeeinträchtigung. Anamnese und Befunde würden für eine erhaltene Alltags-Selbstständigkeit, Selbstversorgungsfähigkeit, soziale Integration und Aktivität sprechen. Die Versicherte besorge ihren Haushalt, führe einen Personenwagen, sei mobil und familiär eingebunden und betreue ihre Enkel. Dies und die Hinweise auf Inkonsistenzen (u.a. im

Labor kein nachweisbarer Spiegel von Novalgin) würden zumindest für eine Belastbarkeit in körperlich überwiegend leichten, wechselbelastenden Arbeiten wie zuletzt ausgeübt sprechen (S. 4 Ziff. 4.1).

**3.2.7** Am 9. Mai 2022 (act. IIA 234) nahmen die Gutachter der Fachgebiete Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie der MEDAS Stellung zu den nach Fertigstellung des MEDAS-Gutachtens bei der Beschwerdegegnerin neu eingereichten medizinischen Berichten. Diese würden keine versicherungsmedizinischen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung spezifischer Gesundheitsstörungen und der Indikatoren enthalten. Allenfalls könne durch den RAD geprüft werden, ob angesichts der neu genannten Diagnosen (u.a. Schlaganfall, Bauchwandhämatom) entsprechende zusätzliche Begutachtungen zu veranlassen seien. Neue psychiatrische Berichte mit fachpsychiatrischen Befunden nach AMDP kämen mit den neuen Berichten nicht zur Vorlage. Zumindest vorerst ergebe sich keine Änderung der gutachterlichen Bewertung.

**3.2.8** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, RAD, nahm in der Beurteilung vom 8. Juni 2022 (act. IIA 236) Stellung zum MEDAS-Gutachten und den nachträglich eingegangenen Unterlagen. In den Begutachtungen hätten sich Divergenzen bezüglich des demonstrierten Gangbildes, die von leicht hinkend bis unauffällig gereicht hätten, gezeigt. Im psychopathologischen Befund des psychiatrischen Gutachtens seien keine relevanten Beeinträchtigungen aufgeführt. Die Diagnosen seien nachvollziehbar in den Einzelgutachten und in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung dargestellt worden. Deutlich seien Inkonsistenzen sowohl zwischen den Verhaltensbeobachtungen im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung, insbesondere auch zwischen den Verhaltensbeobachtungen der rheumatologischen Begutachtung und den dort aufgeführten Alltagsaktivitäten geworden. Aus diesem Grund sei die Beurteilung einer beeinträchtigten Konsistenz nachvollziehbar. Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien die Schlussfolgerungen aufgrund der beurteilten Diagnosen und den daraus resultierenden Fähigkeiten im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung mit Beurteilung eines Fähigkeitsbildes nachvollziehbar, so dass die Beurteilung einer erhaltenen

Arbeitsfähigkeit sowohl im Rahmen der bisherigen als auch einer angepassten Tätigkeit nachvollziehbar sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht entspreche daher das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vollumfänglich den versicherungsmedizinischen Anforderungen der Qualitätsleitlinien der entsprechenden Fachgebiete.

Im Austrittsbericht des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 14. Januar 2022 (act. IIA 228/2) werde über das Vorliegen eines Bauchwandhämatoms nach aktiver Blutung vom 1. Januar 2022 berichtet, wobei dieses mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Rahmen der Einstellung auf ein Antikoagulanz aufgetreten sei. Zudem sei das Vorliegen einer komplizierten Pneumonie angegeben worden, die therapeutisch gut habe angegangen werden können, sodass hier keine anhaltenden Folgen auf die Arbeitsfähigkeit resultierten. Die weiter aufgeführten Diagnosen seien bereits im Rahmen der Begutachtung diskutiert worden. Die im Bericht gemachten Ausführungen könnten die versicherungsmedizinische Beurteilung des Gutachtens nicht erschüttern.

Im Austrittsbericht des Neurozentrums des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 3. Februar 2022 (act. IIA 231/2) sei ein Minor-Stroke mit strichförmigen Ischämien pontin dorsal links und rechts diagnostiziert worden. Es sei eine interdisziplinäre Akuttherapie erfolgt. Bei Austritt habe lediglich noch eine Hyposensibilität der linken Seite sowie eine vorbestehende Gangschwierigkeit persistiert. Es würden daher aufgrund des vorgelegten Austrittsberichts keine länger anhaltenden Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit aus den zur Aufnahme führenden Gründen aufgeführt. Im Austrittsbericht des Zentrums K. \_\_\_\_\_ vom 1. März 2022 (act. IIA 232/2) betreffend die stationäre Therapie vom 2. bis 21. Februar 2022 werde lediglich der Verdacht auf einen pulmonalen Infekt mit Erstdiagnose im Dezember 2021 geäussert. Die weiter aufgeführten Diagnosen seien im Rahmen der Begutachtung diskutiert worden. Ziel der Rehabilitation sei eine Steigerung der Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit und Mobilität im Besonderen gewesen. Berichtet worden sei über eine motivierte Teilnahme der Versicherten an der Rehabilitation. Während der Rehabilitationsmassnahme habe die Versicherte von ihrer vorbestehenden

APAP-Therapie bei vorbekanntem Schlafapnoesyndrom gut profitiert. Die Entlassung sei in einem gebesserten Allgemeinzustand erfolgt.

Aufgrund des dargestellten Verlaufs fänden sich nach der polydisziplinären Begutachtung aus dem Jahre 2022 keine anhaltenden, neuen internistischen oder neurologischen Gesundheitsschäden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Es könne vollumfänglich auf die versicherungsmedizinische Beurteilung des polydisziplinären Gutachtens abgestellt werden.

In der im Rahmen des Vorbescheidverfahrens abgegebenen Stellungnahme vom 1. September 2022 (act. IIA 245) führte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ schliesslich aus, die von der Rechtsvertretung der Versicherten benannten Widersprüche zwischen versicherungsmedizinischer Einschätzung des RAD im Vorfeld der Begutachtung und den Beurteilungen im MEDAS-Gutachten selbst seien darauf zurückzuführen, dass die vormalige Beurteilung des RAD auf der Aktenlage gegründet habe und dass mit der Durchführung der polydisziplinären Begutachtung eine aktuelle Beurteilung der Versicherten mit Untersuchung derselben erfolgt sei. Hieraus würden sich im Wesentlichen die Diskrepanzen erklären.

**3.3** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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).

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 Beweismündigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweismündigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

### **3.4**

**3.4.1** Beschwerdeweise wird in Bezug auf das MEDAS-Gutachten eine unzulässige Zweitbegutachtung geltend gemacht. Eine solche liegt jedoch nicht vor. Bei der Beschwerdeführerin bestehen (wie von ihr selbst geltend gemacht und medizinisch wiederholt bestätigt [vgl. etwa act. II 75/6 ff., 103/5, 107/29 f., act. IIA 132.1/26 f., 225.2/16, 225.3/4 f., 225.5/4, 225.5/4, 225.5/16, 225.6/16]) somatische Gesundheitsschäden. Dementsprechend war die Anordnung eines monodisziplinären psychiatrischen Gutachtens mit der Idee, anschliessend seitens des RADs rein aktenmässig Interdisziplinarität herzustellen, von Anbeginn weg untauglich und falsch. Die diversen RAD-Beurteilungen auf reiner Aktenbasis erlaubten und erlauben angesichts der multifaktoriellen Gesundheitsschäden der Beschwerdeführerin keine abschliessende Beurteilung. Dazu kommt, dass

das monodisziplinäre psychiatrische Gutachten der Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 28. Januar 2019 (act. IIA 132.1) unsorgfältig redigiert ist, eine grosse Menge auch sinnenstehender sprachlicher Fehler aufweist (vgl. act. IIA 132.1/3 letzter Absatz, 132.1/26 Ziff. 3.1, 132.1/27 Ziff. 3.2.2, 132.1/30 Ziff. 3.2.4 etc.) und primär auf die subjektive Schilderung der Beschwerdeführerin abstellt, ohne dass jedoch eine nachvollziehbare und strukturierte Prüfung anhand der diagnostischen Leitlinien vorgenommen worden wäre. Insoweit ist der Beschwerdegegnerin nicht eine unzulässige Zweitbegutachtung, vielmehr eine nicht sachgerechte Vorgehensweise bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes, welche von Anbeginn eine polydisziplinäre Begutachtung einer MEDAS erfordert hat, vorzuwerfen. Dass die Beschwerdegegnerin diesen Mangel in ihrer Abklärung durch Anordnung einer MEDAS-Begutachtung nun korrigiert hat, war zwingend notwendig, weshalb sich die Kritik der Beschwerdeführerin als unberechtigt erweist. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin ab Einreichung des Neuanmeldungsgeuchs im Juli 2017 von C. \_\_\_\_\_ vertreten bzw. zumindest rechtlich beraten wurde (vgl. etwa act. II 75/11, 79/1, 112/3). Auch wenn in der Folge die Korrespondenz wunschgemäss (act. II 112/1) nur der Beschwerdeführerin zugestellt wurde, korrespondierte zumindest zweitweise dennoch der Notar mit der Beschwerdegegnerin (vgl. act. II 124, 128, 129, act. IIA 140, 146, 158, 168). Die Beschwerdeführerin hat keine Einwände gegen die in Aussicht gestellte polydisziplinäre Begutachtung an sich erhoben. Der Notar hat am 28. Januar 2021 vielmehr der Beschwerdegegnerin per E-Mail mitgeteilt, die Beschwerdeführerin erhebe keine Einwände gegen die „zugeteilten“ Gutachter (act. IIA 192; vgl. auch act. IIA 201 und 206). Damit sind die entsprechenden Einwände grundsätzlich auch verspätet (BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69; 138 V 271 E. 1.1 S. 274 f.).

**3.4.2** Das MEDAS-Gutachten vom 17. März 2022 mit interdisziplinärer Konsensbeurteilung und Teilgutachten in fünf Disziplinen (act. IIA 225.1-225.8) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.3 hiavor). Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten (AB 225.1/17 ff.) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden

getroffen worden. Die Beschwerdeführerin wurde in den betroffenen Disziplinen untersucht und beurteilt. Die Eigendarstellung einerseits und die objektiv verifizierbaren Befunde andererseits wurden einander gegenübergestellt

(act. IIA 225.2/25, 225.3/19 ff., 225.4/24, 225.5/34 f., 225.6/23 f.). Auf Inkonsistenzen wie auch den Umstand, dass im Substanzscreening ein positiver Befund auf Cannabinoide festzustellen war, wurde hingewiesen (act. IIA 225.8/17; vgl. auch act. IIA 225.2/21). Die Gutachter haben ihre Befunde und Diagnosen im Rahmen einer interdisziplinären Beurteilung schliesslich einleuchtend diskutiert und darauf basierend das Leistungsprofil erstellt. Nicht zuletzt hat sich die psychiatrische MEDAS-Gutachterin fundiert mit den Berichten der behandelnden Ärzte sowie dem monodisziplinären psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ auseinandergesetzt (vgl. hierzu im Detail E. 3.4.3 nachfolgend). Die Gutachter kamen in der nachvollziehbaren und überzeugenden interdisziplinären Diskussion zum Schluss, dass die zu diagnostizierenden Gesundheitsbeeinträchtigungen (vgl. act. IIA 225.1/12 f.) in einer wechselbelastenden, körperlich leichten Arbeit zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Die Ausführungen der Gutachter in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend, die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Dem Gutachten kommt damit voller Beweiswert zu und es ist in der Folge darauf abzustellen.

**3.4.3** Anlässlich der psychiatrischen MEDAS-Exploration erwähnte die Beschwerdeführerin spontan keine psychischen Beschwerden. Eine höhergradige psychische Beeinträchtigung kam nicht zum Vorschein und war gemäss der Gutachterin auch nicht in der vertieften Exploration herauszuarbeiten. Die MEDAS-Gutachterin konnte im erhobenen Befund keine erheblichen Auffälligkeiten objektivieren. Insbesondere Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit hätten nicht namhaft gestört imponiert. Eine affektive Erkrankung sei somit bei fehlenden Achsenkriterien nicht ICD-10-konform zu diagnostizieren. Auch für das Vorliegen einer anderweitigen psychiatrischen Erkrankung (Angst- oder Zwangserkrankung, Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung,

Traumafolgestörung oder anderweitige psychiatrische Erkrankung) fand die MEDAS-Gutachterin keinen Anhalt. Eine somatoforme Schmerzstörung wurde mit überzeugender Begründung aus diagnostischer Sicht ausgeschlossen. Die in der Vergangenheit beschriebenen rezidivierenden depressiven Episoden seien remittiert. Zusammenfassend kam die psychiatrische MEDAS-Gutachterin zum überzeugenden Schluss, dass eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht zu diagnostizieren ist. Zum Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ führte die MEDAS-Psychiaterin aus, mittlerweile lasse sich keine affektive Störung (unter medikamentöser Behandlung) mehr feststellen, so dass die Annahme einer fehlenden Besserung nicht (mehr) geteilt werden könne, unabhängig davon, dass auch Dr. med. D.\_\_\_\_\_ selbst von einer leichtgradigen depressiven Episode „in Remission“ ausgegangen sei. Eine leichte depressive Störung erscheine zudem nicht geeignet, eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen (act. IIA 225.6/23 ff). Dem ist zu folgen. Selbst Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hatte letztlich keine schwerwiegende (nicht behandelbare) psychische Störung attestiert. Sie diagnostizierte eine depressive Episode bzw. eine rezidivierende depressive Störung, zurzeit leichtgradiger Ausprägung in Phase der beginnenden Remission unter der Behandlung (act. IIA 132.1/39 Ziff. 7.2.1.2) und hielt fest, von einer Dosiserhöhung des Antidepressivums zwecks einer besseren Schmerzlinderung könne die Beschwerdeführerin weiter profitieren (act. IIA 132.1/44 Ziff. 8.3).

**3.4.4** Das MEDAS-Gutachten mit Untersuchungen im September und Oktober 2021 wurde im März 2022 fertiggestellt, ohne dass die Hospitalisation vom 27. Dezember 2021 bis zum 17. Januar 2022 im Spital I.\_\_\_\_\_ (act. IIA 228) mit anschliessender Rehabilitation bis 21. Februar 2022 im Zentrum K.\_\_\_\_\_ (act. IIA 232), unterbrochen durch eine weitere Hospitalisation vom 31. Januar bis 2. Februar 2022 im Spital J.\_\_\_\_\_ (act. IIA 231), noch Berücksichtigung fanden. Jedoch wurden die entsprechenden Berichte vom RAD gewürdigt. In der Beurteilung vom 8. Juni 2022 (act. IIA 236) legte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ nachvollziehbar dar, dass nach der polydisziplinären Begutachtung keine neuen internistischen oder neurologischen Gesundheitsschäden aufgetreten sind, die zu einer

dauerhaften, nicht behandelbaren Verschlechterung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit geführt haben. In Übereinstimmung mit den Berichten der behandelnden Ärzte und den von diesen festgehaltenen Befunden und dem Verlauf verwies er unter Berücksichtigung der neu angegebenen Diagnosen eines Bauchwandhämatoms sowie eines Minor-Stroke überzeugend auf die rasche Genesung und das Fehlen einer anhaltenden relevanten Beeinträchtigung bzw. Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit. Es kann deshalb auch unter Berücksichtigung der erst nach der Begutachtung eingereichten Berichte vollumfänglich auf die versicherungsmedizinische Beurteilung des polydisziplinären Gutachtens abgestellt werden.

**3.4.5** Aufgrund des Dargelegten ist damit erstellt, dass die Beschwerdeführerin in einer wechselbelastenden körperlich leichten Tätigkeit in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt ist. Die seit dem MEDAS-Gutachten vom 17. März 2022 bis zum Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 14. September 2022 (act. IIA 246) eingetretenen gesundheitlichen Probleme haben sodann nicht zu einer dauerhaften Beeinträchtigung geführt, weshalb sich daran nichts geändert hat.

#### **4.**

**4.1** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**4.2** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens

hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2022 IV Nr. 22 S. 71 E. 4.2).

**4.3** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297, 148 V 174 E. 6.2 S. 181). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss

sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

**4.4** Frühestmöglicher Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der Sechsmonatsfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG und der Neuankündigung vom Juli 2017 (act. II 75) Januar 2018 (Art. 29 Abs. 3 IVG). Ob zu diesem Zeitpunkt und mit Blick auf das unter E. 3.4 hiervor Ausgeführte bis zum Verfügungserlass das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG abgelaufen war, kann mit Blick auf das Resultat (vgl. E. 4.6 hiernach) offen bleiben. Der Einkommensvergleich ist auf das Jahr 2018 hin durchzuführen.

**4.5** Die Beschwerdeführerin war seit der Einreise in die Schweiz 1987 bis zur Aufgabe der Erwerbstätigkeit im Jahr 2014 (act. II 75/6) bei diversen Arbeitgebern in diversen Funktionen und Berufen tätig (act. IIA 225.7) und erzielte dabei unregelmässig hohe Einkommen (act. II 88). Zum Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns war die Beschwerdeführerin seit Jahren nicht mehr erwerbstätig, obwohl ihr dies wie vorstehend dargelegt aus gesundheitlicher Sicht stets möglich gewesen wäre, weshalb das Valideneinkommen aufgrund von Tabellenlöhnen zu bestimmen ist (vgl. E. 4.2 hiervor). Die Beschwerdeführerin verfügt über keine Berufsausbildung (act. II 12/4). Hinweise, welche die Anwendung eines höheren Kompetenzniveaus als 1 rechtfertigen, finden sich in den Akten nicht und werden zu Recht nicht behauptet. Eine genaue Ermittlung des Valideneinkommens erübrigt sich jedoch. Da die Beschwerdeführerin, obwohl es ihr gesundheitlich stets möglich gewesen wäre, keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, ist auch das Invalideneinkommen aufgrund von Tabellenlöhnen zu bestimmen (vgl. E. 4.3 hiervor). Hierfür ist ebenfalls das

Kompetenzniveau 1 massgebend. Sind Validen- und Invalideneinkommen – wie vorliegend – ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Entscheid des BGer vom 27. Juni 2022, 8C\_104/2021 [zur Publikation vorgesehen], E. 6.2). Mit Blick auf die Reduktion der noch zumutbaren Tätigkeiten auf leichtere Arbeiten rechtfertigt sich ein Abzug von 10%, der gleichzeitig dem Invaliditätsgrad entspricht. Die anderen invaliditätsfremden Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltsdauer, Beschäftigungsgrad) sind vorliegend nicht relevant, da sie auch bei der Festsetzung des ebenfalls statistisch erhobenen Valideneinkommens zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5). Aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin seit langen Jahren nicht mehr erwerbstätig war, kann sie nichts zu ihren Gunsten ableiten. Denn eine Erwerbstätigkeit wäre ihr aus gesundheitlicher Sicht stets möglich und zumutbar gewesen und mit Blick auf die Schadenminderungspflicht die Aufnahme einer solchen auch gefordert gewesen. Negative Folgen daraus, dass sie unbesehen dessen auf eine Erwerbstätigkeit verzichtet hat, hat nicht die Invalidenversicherung zu tragen.

**4.6** Aufgrund des Dargelegten resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 10%. Dabei ist angesichts der weitgehend fehlenden Einschränkungen unerheblich, ob die Beschwerdeführerin als voll Erwerbstätige oder in einem gemischten Status betrachtet wird. Die entsprechende Frage braucht nicht abschliessend geklärt zu werden. So oder anders besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Verfügung vom 14. September 2022 (act. IIA 246) ist damit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **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.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

**5.2** Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

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

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.