

200 22 743 IV
SCI/FRN/LEA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 24. März 2023

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. November 2022



Sachverhalt:

A.

Die 1992 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich erstmals im Juni 2017 unter Hinweis auf ein Schmerzsyndrom mit Dauerschmerzen im linken Fuss nach einem Sturz von der Treppe am 18. Februar 2017 bei dem sie sich Bänder gezerzt und angerissen habe, bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) führte erwerbliche und medizinische Erhebungen durch. Insbesondere holte sie bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) Unterlagen ein. Mit Verfügung vom 7. September 2018 (act. II 49) wies sie das Leistungsbegehren ab mit der Begründung, es liege keine Invalidität vor.

Am 14. April 2020 (Postaufgabe) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes erneut zum Leistungsbezug an (act. II 50). Die IVB tätigte medizinische und erwerbliche Erhebungen. Sie gewährte Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Ausbildungskurses (Antwortbeilage [act. IIA] 82). Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. IIA 60) holte sie bei der MEDAS ein polydisziplinäres Gutachten ein (Expertise vom 15. April 2021 [act. IIA 90.1-6]). Mit Vorbescheid vom 4. Mai 2021 (act. IIA 91) stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht mit der Begründung, es liege keine relevante gesundheitliche Einschränkung vor. Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 31. Mai 2021 Einwand (act. IIA 94 S. 1 ff., 96). In der Folge stellte die IVB Rückfragen an die Gutachter der MEDAS (act. IIA 100), womit die Versicherte nicht einverstanden war (act. IIA 103). Die MEDAS erstattete ihre Stellungnahmen am 27. Dezember 2021 sowie am 27. Juli 2022 (act. IIA 120, 122.1). Nach erneutem Vorbescheidverfahren (act. IIA 123 f.) wies die IVB das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 10. November 2022 (act. IIA 126) ab mit der Begründung, es hätten sich weder Änderungen ergeben, noch bestehe eine relevante gesundheitliche Einschränkung.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 5. Dezember 2022 Beschwerde und stellte folgende Anträge:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 10. November 2022 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 50 % zu entrichten.
3. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine erneute externe polydisziplinäre Begutachtung unter Einschluss der Disziplinen Neurologie, Orthopädie sowie Psychiatrie zu initiieren.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. Dezember 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 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 10. November 2022 (act. IIA 126). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

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.

Die Beschwerdeführerin hat Wohnsitz im Kanton Gemäss Zentraler Personenverwaltung (ZPV) war die Beschwerdeführerin jedoch bis zum 16. August 2020 in ..., Kanton ..., gemeldet, womit die IVB zuständig war, das mit der im April 2020 eingereichten Neuanmeldung anhängig gemachte Verfahren durchzuführen. Die einmal begründete Zuständigkeit änderte sich mit dem Wegzug aus dem Kanton Bern in den Kanton ... nicht und die Beschwerdegegnerin war zuständig für den Erlass der Verfügung (Art. 55 Abs. 1 IVG i.V.m Art. 40 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Damit ist die angefochtene Verfügung im vorliegenden Verfahren materiell zu prüfen.

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin macht eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend. Sie beanstandet, das MEDAS-Gutachten sei nicht schlüssig und nicht nachvollziehbar und auch die nachträglich bei der Gutachter-

stelle eingeholte Stellungnahme vermöge die aufgezeigten Mängel nicht zu beseitigen. Die Beschwerdegegnerin sei in der angefochtenen Verfügung mit keiner Silbe auf die entsprechende Kritik der Beschwerdeführerin eingegangen, sondern halte lediglich pauschal fest, dass das Gutachten und die Stellungnahme der Gutachter schlüssig und nachvollziehbar seien. Damit habe sie das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt (Beschwerde S. 22 Ziff. 14).

3.2 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; SVR 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.1.2).

3.3 Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 140 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.3.1). Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interes-

se der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 140 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.3.1).

3.4

3.4.1 Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung vom 10. November 2022 (act. IIA 126) dargelegt, sie stütze sich bei der Beurteilung auf das MEDAS-Gutachten und gehe davon aus, dass weder ein Neuanmeldungsgrund noch eine versicherte gesundheitliche Einschränkung vorliegt. Dabei hat sie sich zulässigerweise auf die wesentlichen Gesichtspunkte beschränkt (vgl. E. 2.2 hiervor). Der Beschwerdeführerin war es denn auch ohne weiteres möglich, gestützt auf die Ausführungen in der Verfügung und die zugestellten amtlichen Akten eine ausführlich begründete Beschwerde einzureichen. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs resp. der Begründungspflicht ist vorliegend somit nicht erfolgt (vgl. BGE 142 III 433 E. 4.3.2 S. 436). Doch selbst wenn von einer (keinesfalls schwerwiegenden) Gehörsverletzung auszugehen wäre, würde diese als geheilt gelten, da die Beschwerdeführerin sich vor dem angerufenen Gericht, das sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann, äussern konnte (vgl. E. 3.2 f. hiervor).

3.4.2 Die Beurteilung, ob die erfolgte polydisziplinäre Abklärung samt Stellungnahme schlüssig und nachvollziehbar ist und insbesondere ob die materielle Einschätzung der Gutachter zutrifft, ist nicht eine Frage des rechtlichen Gehörs, sondern der – unter E. 5 ff. nachfolgend vorzunehmenden – materiellen Würdigung.

4.

4.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochte-

ne Verfügung vom 10. November 2022 (act. IIA 126), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühest mögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs mit Blick auf die Neuanschreibung vom 14. April 2020 vor dem 1. Januar 2022, weshalb mindestens für die Zeit bis zum 31. Dezember 2021 die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind. Die IV-Revision sieht keinen speziellen gesetzlichen Revisionsgrund per Januar 2022 vor (vgl. auch Ziff. 9100 f. des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 144 V 195 E. 4.2 S. 198). Weil zudem auch nach dem 31. Dezember 2021 kein Revisions- bzw. Neuanschreibungsgrund nach Art. 17 ATSG (in der seit dem 1. Januar 2022 geltenden Fassung) eingetreten ist (vgl. E. 5.5.4 hiernach), hat es mit der Anwendbarkeit des bis zum 31. Dezember 2021 massgeblichen Rechts sein Bewenden.

4.2 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).

4.3 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).

4.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (aArt. 17 Abs. 1 ATSG). Wurde eine Rente bereits einmal wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

4.4.1 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

4.4.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

4.4.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach aArt. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

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

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

5.

5.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 14. April 2020 (act. II 50) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Praxisgemäss ist die Eintretensfrage durch das Gericht daher nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Verfügung vom 7. September 2018 (act. II 49) mit demjenigen bei Erlass der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 10. November 2022 (act. IIA 126) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die

geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 4.4.2 hiervor).

5.2 Die Verfügung vom 7. September 2018 (act. II 49) basierte im Wesentlichen auf den folgenden Berichten:

5.2.1 Der Hausarzt, Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 24. Juni 2017 (act. II 15.55) ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) mit Tendinitis der Sehne des Musculus peroneus brevis nach Distorsionstrauma (Treppensturz) vom 18. Februar 2017. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 25. April 2017 zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben. Er hoffe, dass das Arbeitspensum erhöht werden könne, nach Möglichkeit wieder auf 100 %. Er denke nicht, dass in diesem Fall ein bleibender Nachteil bestehen bleibe.

Am 26. Juli 2017 hielt Dr. med. C._____ fest, das Arbeitspensum werde auf 70 % gesteigert (act. II 15.47). Später berichtete er, eine Steigerung auf 100 % ab dem 21. August 2017 sei wegen geklagter Schmerzen abgebrochen worden. Dr. med. C._____ attestierte eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 15.39, 15.30).

5.2.2 Dr. med. D._____ vom Spital E._____, diagnostizierte im Bericht vom 2. Oktober 2017 (act. II 15.21) ein CRPS Fuss links nach Distorsionstrauma. Er führte aus, die Trophik sei unauffällig und die aktive und passive Beweglichkeit im Rückfussbereich erhalten. Es bestehe jedoch eine relevante neuropathische Residualsymptomatik trotz peroraler Therapie mit signifikanter Einschränkung der Geh- und damit der Arbeitsfähigkeit.

Im Bericht vom 16. Oktober 2017 (act. II 15.9) führte Dr. med. D._____ aus, die Situation sei insgesamt aufgrund des chronischen Verlaufes und der zunehmenden Arbeitsplatzproblematik für die Beschwerdeführerin psychisch belastend. Deshalb erachte er eine psychologische Betreuung im Sinne eines Coachings für vordringlich (S. 1 f.).

5.2.3 Med. pract. F._____, von der Psychiatrie des Spitals G._____, diagnostizierte im Eintrittsbericht vom 23. Oktober 2017 (act. II 38 S. 9 f.) eine Anpassungsstörung bei Arbeitsplatzverlust und auf dem Boden einer längerdauernden Belastung durch komplexes regionales

Schmerzsyndrom am Fuss (ICD-10: F43.2) sowie ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS, S. 10).

5.2.4 Dr. med. H. _____, Facharzt für Anästhesiologie, diagnostizierte im Bericht der Schmerzsprechstunde des Spitals I. _____ vom 26. Januar 2018 (act. II 31.14) einen Status nach Distorsionstrauma Fuss links mit Tendinitis der Sehne des musculus peroneus brevis sowie aktenanamnestisch einen Status nach CRPS, aktuell Budapest-Kriterien nicht mehr erfüllt. Es persistiere eine diskrete Allodynie am Fussrist und am lateralen Fussrand links sowie eine leichte Druckdolenz mehr oder weniger bei der Ansatzstelle des musculus peroneus brevis. Klinisch falle noch eine diffuse, nicht einem bestimmten Nerven zuordenbare Hyposensibilität auf Berührung am ganzen Unterschenkel links auf. Aktuell zusätzlich belastend sei, dass die letzte Stelle gekündigt worden sei.

5.2.5 Med. pract. F. _____ berichtete im Verlaufsbericht des Spitals G. _____ vom 9. April 2018 (act. II 47.23) über eine inzwischen noch monatliche Therapie. Im Verlauf der Behandlung sei unter psychotherapeutischer Begleitung und Ausbau der antidepressiven Medikation ein Rückgang der depressiven Symptomatik zu verzeichnen gewesen (S. 1).

5.2.6 Med. pract. J. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin vom RAD führte in Würdigung dieser Aktenlage im Bericht vom 13. Juni 2018 (act. II 44) aus, die Beschwerdeführerin sei in einer körperlich leichten Tätigkeit, überwiegend sitzend mit Lastenhandhabung bis maximal 10 kg, selbst wählbaren Positionswechseln mit kurzem Stehen und Gehen, ohne Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten und häufigem Treppensteigen, ohne Tätigkeiten mit Knien und Kauern, ohne Tätigkeiten mit schlagenden und vibrierenden Maschinen in Vorhalte, zu 100 % arbeitsfähig. Falls die bisherige Tätigkeit als ... diesem Leistungsprofil entspreche, sei die bisherige Tätigkeit weiterhin zumutbar (S. 4 f.). Gestützt darauf erging in der Folge die Verfügung vom 7. September 2018 (act. II 49).

5.3 Was den Gesundheitszustand bzw. die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der leistungsablehnenden Verfügung vom 7. September 2018 (act. II 49) betrifft, ergibt sich aus den Akten - soweit entscheidungswesentlich - das Folgende:

5.3.1 Der Suva-Kreisarzt, Dr. med. K._____, Facharzt für Chirurgie, führte im Bericht vom 12. September 2018 (act. II 52.202) aus, unfallbedingte strukturelle Läsionen seien nicht mehr nachweisbar. Die Entwicklung eines CRPS sei eine Komplikation nach einer Verletzung, die jedoch weitgehend abgeklungen sei. Die jetzt noch beschriebene Beschwerdesymptomatik sei Ausdruck einer zunehmenden Verarbeitungsstörung der Schmerzsymptomatik. Die zurzeit bestehende Arbeitsunfähigkeit von 30 % sollte bis Ende Oktober beendet werden können. Danach sei eine volle Arbeitsfähigkeit wieder anzunehmen (S. 4 f.).

5.3.2 Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte am 30. Oktober 2018 eine leichte bis mittelschwere depressive Episode bei einer erschwerten Bewältigung eines chronifizierten neuropathischen Schmerzsyndroms des linken Fusses sowie ein chronifiziertes mehrheitlich neuropathisches Schmerzsyndrom am Fuss und Unterschenkel links (act. II 52.186 S. 2).

5.3.3 Dr. med. K._____ führte am 2. April 2019 eine kreisärztliche Untersuchung durch (act. II 52.164). Er hielt fest, Zeichen für ein florides CRPS seien nicht mehr erkennbar. Die Allodynie-Zone im Bereich des linken Unterschenkels sei sehr ausgeprägt (S. 4). Die bisherige berufliche Tätigkeit im ... könne zu 70 % ausgeführt werden (S. 5).

5.3.4 Vom 15. Mai bis am 11. Juni 2019 wurde die Beschwerdeführerin im Spital E._____ stationär abgeklärt und behandelt. Im entsprechenden Bericht vom 1. Juli 2019 (act. II 52.133) diagnostizierten die Ärztinnen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, eine mittelgradig depressive Episode im Rahmen der Diagnose 1 sowie eine Hypothyreose (S. 1).

5.3.5 Am 12. November 2019 fand eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung statt. Dr. med. K._____ führte im entsprechenden Bericht vom 13. November 2019 (act. IIA 52.68) aus, die optimistische Sichtweise vom April 2019 sei nicht mehr weiter aufrechtzuerhalten. Die Zunahme der Allodynie sei trotz sonst stabiler Verhältnisse eher besorgniserregend. Das Wiedererreichen der 70%igen Arbeitsfähigkeit sollte das Fernziel bleiben

und vielleicht im Zeitrahmen von einem halben Jahr erreicht werden können (S. 5). Er attestierte eine Einschränkung im Rendement (S. 6).

5.3.6 Der Hausarzt, Dr. med. C. _____, äusserte sich am 12. Juli 2020 gegenüber der Suva zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Er hielt fest, die Situation habe sich seines Erachtens nicht verschlechtert. Er habe bereits im Herbst 2019 die Arbeitsfähigkeit erhöhen wollen. Er sei auch gestützt auf die Rückmeldung des behandelnden Schmerzspezialisten und des behandelnden Physiotherapeuten der Auffassung, die Beschwerdeführerin könne in ihrem angestammten Beruf in einem Vollpensum arbeiten (act. IIA 55.28 S. 1).

5.3.7 Am 16. September 2020 nahm der Suva-Kreisarzt, Dr. med. K. _____, erneut Stellung (act. IIA 55.6). Er erwog, in Bezug auf die bisherige Tätigkeit bestehe eine uneingeschränkte zeitliche und leistungsmässige Einsetzbarkeit aufgrund der Folgen des Unfalles. Die Beschwerdeführerin könne leichte bis mittelschwere Tätigkeiten durchführen. Hockende oder kniende Tätigkeiten sollten nicht dauerhaft durchgeführt werden. Hohe Anforderungen an die Belastung des Fusses auf unebenem Grund oder abschüssigem Gelände sollten vermieden werden. Ansonsten bestünden keine zeitlichen und leistungsmässigen Einschränkungen (S. 4).

5.3.8 Dr. med. M. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in der vertrauensärztlichen Aktenbeurteilung der N. _____ AG vom 22. Oktober 2022 (act. IIA 86) aus, es sei als überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen, dass die Beschwerden mit den Schmerzen unverändert auf das Unfallereignis zurückgeführt werden müssten, da weder klinisch noch anderweitig im gesamten Verlauf eine andere Erklärung vom Unfallversicherer festgestellt worden sei. In späten Stadien eines CRPS spielten die Budapester Kriterien keine natürlich kausale Rolle mehr in Bezug auf die subjektive Symptomatik (S. 3).

5.3.9 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 15. April 2021 (act. IIA 90.1-6) basiert auf Untersuchungen in den Fachbereichen Neurologie, Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie sowie Psychiatrie. Im interdisziplinären Konsens stellten die Gutachter keine Diagnosen mit Auswirkung

auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie Folgendes (S. 9):

- Hypothyreose, medikamentös substituiert (ICD-10: E03.9)
 - Aktuell euthyreote Stoffwechsellage
- Nikotin, kumuliert ca. 10 py (ICD-10: Z72.0)
- Bienen- und Wespengiftallergie (ICD-10: T63.4)
- Rezidivierend depressive Störung – remittiert (ICD-10: F33.4)
- Chronische und neuropathische Schmerzen an Fuss und Unterschenkel links (ICD-10: G90.5)
 - Status nach Distorsionstrauma Fuss links (nach Treppensturz am 18. Februar 2017) mit Tendinitis der Sehne des M. peroneus brevis
 - Status nach CRPS, aktuell kein CRPS mehr
 - Erneuter Sturz am 19. Mai 2018 mit Exazerbation der neuropathischen Schmerzen

Im neurologischen Teilgutachten vom 18. März 2021 (act. IIA 90.3) führte Dr. med. O._____, Facharzt für Neurologie, zum Befund der Beine aus, es liege keine Trophikstörung vor, Nägel normal, keine livide Verfärbung, keine Temperaturdifferenz, kein Ödem, keine Umfangdifferenz. Die Beschwerdeführerin zeige im Handy ein Bild, das eine diskrete livide Fussverfärbung links vermuten lasse. Die Bildqualität sei aber schlecht und es sei nicht klar, von wann das Bild sei. Der Tonus und die Kraft seien normal. Im rechten Bein sei die Sensibilität normal. Am linken Bein bestehe eine Dysästhesie, der linke Fuss werde subjektiv kälter empfunden, was nicht objektivierbar sei. Es liege keine Allodynie vor (S. 12). Seit Mai 2019 seien die Budapestkriterien eines CRPS nicht mehr erfüllt gewesen und es zeige sich auch aktuell kein Hinweis für ein CRPS. Bei den subjektiv berichteten Beschwerden müsse auch von einer erheblichen Verdeutlichung ausgegangen werden (S. 13 Ziff. 6.3). In einer sitzenden Tätigkeit bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (S. 16 Ziff. 8.1.1).

Im allgemeinmedizinischen Teilgutachten vom 26. Februar 2021 (act. IIA 90.4) berichtete Dr. med. P._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, es bestünden keine Hinweise für eine mangelnde Kooperation bezüglich der Therapiemassnahmen auf dem allgemein-internistischen Fachgebiet (S. 16 Ziff. 7.2). Inkonsistent sei die Angabe der Beschwerdeführerin bezüglich der regelmässig eingenommenen Medikamente und den nicht nachweisbaren Medikamentenspiegeln für Duloxetin und Metamizol. Ferner sei anzunehmen, dass der Alkoholkonsum mehr sei als angegeben,

da das CDT erhöht gemessen werde (S. 17 Ziff. 7.3; vgl. act. IIA 90.7 S. 1: Gamma-GT 50 [Referenz < 38] CDT 1.9 [Referenz < 1.7]). Es ergebe sich aus allgemein-internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 18 f.).

Dr. med. Q._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, legte im rheumatologischen Teilgutachten vom 18. März 2021 (act. IIA 90.5) dar, aktuell seien die Budapester Kriterien des CRPS nicht mehr erfüllt. Eigenanamnestisch hätten sich die Schmerzen und eine Hypersensibilität vom oberen Sprunggelenk (OSG) ausgehend auf das ganze linke Bein ausgebreitet. Auf dem rheumatologischen Fachgebiet könnten die Beschwerden nicht schlüssig erklärt werden. Bei doch auch deutlich erhöhtem Schmerzgebaren mit teils ungewöhnlichem bis inadäquatem Schmerzverhalten müsse zusammen mit der deutlich vorliegenden Schmerz- und Behinderungsüberzeugung eine chronische Schmerzverarbeitungsstörung postuliert werden (S. 17 Ziff. 6.3). Die Beschwerdeführerin könne mit folgenden Anpassungen in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit 8.5 Stunden anwesend sein: Körperlich leichte Tätigkeit, überwiegend sitzend, mit Lastenhandhabung bis maximal 10 kg, selbst wählbaren Positionswechseln mit kurzem Stehen und Gehen, ohne Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten und häufigem Treppensteigen, ohne Tätigkeiten mit Knien oder Kauern, ohne Tätigkeiten mit schlagenden und vibrierenden Gegenständen. Nach einem Arbeitseinsatz von zwei bis drei Stunden sei eine Pause empfohlen. Arbeiten im Bereich mit Kälteexposition oder Nässeexposition müssten verhindert werden (S. 24 Ziff. 8.1.1).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 8. März 2021 (act. IIA 90.6) führte Dr. med. R._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, aktuell sei keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mehr etabliert. Eine psychopharmakologische Behandlung sei zwar verordnet, aber der Medikamentenspiegel spreche für eine unregelmässige Einnahme bzw. Malcompliance, indirekt deute dies auf einen eher geringen psychischen Leidensdruck hin. Angesichts der anhaltenden Schmerzproblematik sei auch eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung bzw. eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu erwägen. Angesichts des Fehlens erheblicher emotionaler oder psychosozialer

Konflikte, die die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung der Schmerzproblematik hinreichend begründen könnten, seien die Kriterien für die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung bzw. anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 gegenwärtig nicht hinreichend erfüllt (S. 21 f. Ziff. 6.3). Ein Suchtleiden bestehe nicht (S. 22 Ziff. 6.3.2). Es bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 26).

In der interdisziplinären Konsensbeurteilung (act. IIA 90.1) hielten die Gutachter fest, die Beschwerdeführerin sei subjektiv durch die Beschwerden des linken Beines beeinträchtigt, in der Untersuchung habe jedoch kein objektivierbares Korrelat, welches mit einer Arbeitsunfähigkeit einhergehen würde, festgehalten werden können (S. 9 Ziff. 4.3). Es liege eine Verdeutlichung vor; es könne jedoch keine Aggravation oder Simulation beschrieben werden (S. 10 Ziff. 4.6.1). Es ergebe sich weder in der angestammten noch in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit (S. 10 f. Ziff. 4.7).

5.3.10 In der Stellungnahme vom 27. Dezember 2021 (act. IIA 120) bestätigte der psychiatrische Gutachter, Dr. med. R. _____ (mitunterzeichnet durch den ärztlichen Leiter und neurologische Gutachter, Dr. med. O. _____; S. 4) seine im Gutachten dargelegte Beurteilung.

5.3.11 Am 27. Juli 2022 nahm zusätzlich noch der ärztliche Leiter und neurologische Gutachter, Dr. med. O. _____, Stellung (act. IIA 122.1). Er legte dar, es werde Kenntnis genommen, dass der Rechtsvertreter eine Nervenleitgeschwindigkeitsbestimmung wünsche und die Aussage einer Ergotherapeutin als Referenz hierfür aufführe. Die Diagnose CRPS sei eine klinische Diagnose, weshalb die Anamneseerhebung, die klinisch-orthopädische und neurologische Untersuchung die entscheidenden Schritte seien und nicht eine Nervenleitgeschwindigkeit. Deshalb sei auf die Durchführung letzterer verzichtet worden. Eine Allodynie habe bei der Untersuchung nicht vorgelegen, was auch für eine Hyperalgesie gelte. Der Bericht des Dr. med. M. _____ vom 22. Oktober 2020 habe keine wesentlichen Fakten gebracht, die gutachterlich hätten berücksichtigt werden müssen (S. 2).

5.4 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).

5.5 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 10. November 2022 (act. IIA 126) massgeblich auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 15. April 2021 (act. IIA 90.1-6) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen und überzeugt. Insbesondere basieren die Beurteilungen auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

5.5.1 Die Gutachter haben dargelegt, dass weder aus neurologischer, allgemeinmedizinischer, rheumatologischer noch aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt worden ist. Einzig im Rendement wurden teilweise Einschränkungen attestiert (act. IIA 90.3 S. 16 Ziff. 8.2.1; 90.5 S. 24 Ziff. 8.1.1). Die Be-

schwerdeführerin ist zwar subjektiv durch Beschwerden des linken Beines beeinträchtigt, in der Untersuchung konnte indessen kein objektivierbares Korrelat, welches mit einer Arbeitsfähigkeit einhergeht, festgehalten werden (act. IIA 90.1 S. 9 f.). Diese Einschätzungen überzeugen und finden Rückhalt in den vorliegenden Akten, weshalb darauf abzustellen ist.

Der neurologische Gutachter, Dr. med. O. _____, hat die Befunde einlässlich dargestellt (act. IIA 90.3 S. 12). Dass er – anders als von der Beschwerdeführerin gewünscht – die subjektiv empfundenen bzw. behaupteten Empfindungen (als kälter empfundener Fuss; Allodynie) nicht objektivieren konnte, wurde von ihm überzeugend und nachvollziehbar dargelegt (act. IIA 90.3 S. 12 f.; 122.1 S. 2). Der rheumatologische Gutachter, Dr. med. Q. _____, kommt in seinem Teilgutachten zu keinem anderen Schluss (act. IIA 90.5 S. 16 ff. Ziff. 6.3 und 7.3). Der neurologische Gutachter hat den chronischen Schmerz an Fuss und Unterschenkel links, der nicht apparativ gemessen werden kann und dementsprechend nur der subjektiven Darstellung der Beschwerdeführerin entspricht, bei weitgehend normalen Befunden mit der Diagnose chronische und neuropathische Schmerzen an Fuss und Unterschenkel links (ICD-10: G90.5) versehen. Tatsächlich ist diese (von den Gutachtern als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellte) Diagnose in Frage zu stellen, wenn wie hier ein organisches Korrelat erstelltermassen fehlt (vgl. act. IIA 90.3 S. 13 Ziff. 6.3). Die gutachterlich dennoch attestierte Einschränkung im Rendement wäre unbeachtlich (vgl. act. IIA 90.3 S. 16 Ziff. 8.2.1; 90.5 S. 24 Ziff. 8.1.1). Entsprechend hat auch der rheumatologische Gutachter nachvollziehbar und überzeugend auf ein nicht überzeugendes Schmerzgebaren hingewiesen (act. IIA 90.5 S. 17). Diese Frage muss jedoch nicht abschliessend geklärt werden. Unabhängig davon, ob die neurologische Diagnose chronische und neuropathische Schmerzen an Fuss und Unterschenkel links (ICD-10: G90.5) gestellt werden kann oder nicht, ergibt sich eine somatisch unveränderte Situation seit der letzten Verfügung vom 7. September 2018 (act. II 49) und gutachterlich überzeugend dargelegt das Fehlen einer die angestammte Tätigkeit einschränkenden Gesundheitsschädigung.

Gemäss Dr. med. R. _____ hat sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit auch in psychiatrischer Hinsicht nicht wesentlich verändert

(act. IIA 90.6 S. 28 Ziff. 8.4). Er legte schlüssig dar, weshalb die Kriterien einer depressiven Störung sowie einer chronischen Schmerzstörung bzw. anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 nicht hinreichend erfüllt seien (act. IIA 90.6 S. 21 f. Ziff. 6.3; 120 S. 2 f.). Die Medikamentenspiegel weisen schliesslich auf eine Malcompliance hinsichtlich der verordneten antidepressiven Medikation und die entsprechenden Werte (erhöhter CDT-Wert) auf einen erhöhten Alkoholkonsum hin (act. IIA 90.4 S. 17 Ziff. 7.3; 90.6 S. 18 Ziff. 4.3.2.2), wobei Dr. med. R._____ eine irreversible Gesundheitsschädigung im Sinne eines Suchtleidens mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneinte (act. IIA 90.6 S. 22 Ziff. 6.3.2).

5.5.2 Aufgrund der Aktenlage und des Gutachtens ist die Einschätzung des RAD, wonach es im Verlauf des Frühlings 2019 zu einer massgeblichen Verschlechterung gekommen sei (act. IIA 58 S. 2), nicht nachvollziehbar und dementsprechend unbeachtlich. Der entsprechende Bericht ist vom RAD nicht signiert worden und es kann ihm nicht entnommen werden, von wem diese Ausführungen stammen. Des Weiteren ändert nichts an der schlüssigen Einschätzung der Gutachter, dass der Hausarzt, Dr. med. C._____, im Jahr 2020 Arbeitsunfähigkeiten von rund 40 % - teils in Bezug auf ein 70 %-Pensum - attestiert hat (vgl. u.a. act. IIA 52.6 ff., 52.15, 52.20 S. 1, 52.24, 52.25 S. 1 ff., 55.50). Denn aus seinem Schreiben vom 12. Juli 2020 (act. IIA 55.28 S. 1) zu Händen der Suva geht klar hervor, dass er auch mit Verweis auf die Aussagen weiterer die Beschwerdeführerin behandelnden Personen der Meinung war, dass die Beschwerdeführerin in ihrem Beruf als ... Angestellte in einem Vollzeitpensum arbeiten könnte. Seine Einschätzung deckt sich mit derjenigen des Suva-Kreisarztes, Dr. med. K._____, der am 16. September 2020 mit Blick auf die Unfallfolgen eine uneingeschränkte zeitliche und leistungsmässige Einsetzbarkeit attestierte (act. IIA 55.6 S. 4).

5.5.3 Der beschwerdeweise vorgebrachten Kritik am MEDAS-Gutachten vom 15. April 2021 (act. IIA 90.1-6) kann nicht gefolgt werden. Zur Rüge, eine Untersuchung der Nervenleitgeschwindigkeit sei fälschlicherweise nicht vorgenommen worden (Beschwerde S. 20), ist festzuhalten, dass die Einschätzung der Gutachter, wonach die Diagnose CRPS eine klinische Diagnose ist und deshalb die Anamneseerhebung, die klinisch-

orthopädische und neurologische Untersuchung die entscheidenden Schritte sind und nicht die Nervenleitgeschwindigkeit, überzeugt. Dass vor diesem Hintergrund auf eine derartige Untersuchung verzichtet wurde bzw. sich eine solche nicht aufgedrängt hat, ist plausibel (act. IIA 122.1 S. 2) und das Vorgehen der Gutachter und der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden.

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, der neurologische Gutachter habe sich nicht mit der Beurteilung des Dr. med. M. _____ (act. IIA 86) auseinandergesetzt (Beschwerde S. 14), kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Dr. med. M. _____ ist Vertrauensarzt der N. _____ AG, hat die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht und verfügt als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates höchstens über einen beschränkten Teil der hier geforderten fachlichen interdisziplinären Kompetenz, die bei der Begutachtung durch die MEDAS zur Verfügung stand. Er befasste sich denn auch nicht ansatzweise mit den massgeblichen medizinischen Fragestellungen. Wenn er von den Ärzten der Suva sinngemäss verlangt, sie hätten darzulegen, weshalb bei ausbleibender Beschwerdefreiheit keine organische Grundlage mehr bestehe, so verkennt er zum einen, dass organische Grundlagen positiv erhoben werden können und bei entsprechendem Fehlen solcher Befunde nicht von behaupteten Beschwerden auf solche zurückgeschlossen werden kann. Zum anderen übersieht er, dass nicht nur die Suva-Ärzte, sondern auch die behandelnden Ärzte die Beschwerden zwar teilweise objektiveren, eine organische Grundlage aber seit langem nicht mehr erhoben haben. Die Bildgebung des linken OSG war im Mai 2017 wie auch im August 2019 weitgehend unauffällig (act. II 12.11; IIA 52.106 f.). Die Beschwerdeführerin schilderte denn auch anlässlich der Begutachtung zwar durchaus, sie habe Probleme mit dem Bein, hinsichtlich der Einschränkungen bezog sie diese jedoch nicht etwa auf das Bein, sondern auf die "Energie". Diese sei nach der Arbeit am Morgen "zu Boden" (act. IIA 90.3 S. 10). Entgegen der Einschätzung von Dr. med. M. _____ ist es deshalb nachvollziehbar und überzeugend, dass die Ärzte der Suva wie später auch die Gutachter der MEDAS keine massgebliche somatische Komponente (mehr) erhoben haben.

Des Weiteren bringt die Beschwerdeführerin vor, es gehe nicht an, dass nur der Fallkoordinator, Dr. med. O._____, fachübergreifend Stellung genommen habe (Beschwerde S. 20). Dem ist nicht so. Am 27. Dezember 2021 nahm der psychiatrische Gutachter, Dr. med. R._____, Stellung und hielt überzeugend und nachvollziehbar an seinen bisherigen Feststellungen fest (act. IIA 120). Am 27. Juli 2022 nahm dann auch noch der neurologische Gutachter und ärztliche Leiter der MEDAS, Dr. med. O._____, Stellung (act. IIA 122.1). Dieser Stellungnahme ist (zutreffend) zu entnehmen, dass sich in den Aussagen des Rechtsvertreters wiederholt unfundierte Behauptungen finden lassen, worauf die Beschwerdegegnerin zu Recht verweist (Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 3). Der Neurologe hat in nicht zu beanstandender Weise überzeugend zu den konkreten Fragekomplexen soweit medizinisch relevant Stellung bezogen. Dass sich nicht auch noch der Rheumatologe, Dr. med. Q._____, zu den Einwänden des Rechtsvertreters geäußert hat, ist nicht zu bemängeln, ging es bei den Rückfragen doch lediglich darum, dass die Gutachter ihre Expertise erklären und erläutern, wobei wie dargelegt, bereits das Gutachten selbst konsistent ist und eine beweiswertige abschliessende Beurteilung enthält.

5.5.4 Zusammenfassend hat sich seit der rentenabweisenden Verfügung vom 7. September 2018 (act. II 49) keine erhebliche Änderung eingestellt, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Damit bleibt kein Raum für eine in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassende Prüfung des Rentenanspruchs. Selbst wenn jedoch eine freie Prüfung erfolgen würde, wäre angesichts des eindeutigen Ergebnisses der Begutachtung, wonach kein massgeblicher Gesundheitsschaden vorliegt, der die Arbeit im angestammten Bereich als ... einschränken würde, nicht anders zu entscheiden, als dass mangels invalidisierendem Gesundheitsschaden kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht.

6.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 10. November 2022 (act. IIA 126) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

7.

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

7.2 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. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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