

200 23 30 IV
SCI/SHE/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 2. August 2023

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. Dezember 2022



Sachverhalt:

A.

Die 1982 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 9. April 2020 unter Verweis auf Schulterschmerzen bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung an (Akten der IVB [act. II] 1); am 28. April 2020 erfolgte die Leistungsanmeldung [act. II 8]). Mit Mitteilung vom

5. Mai 2020 (AB 13) verneinte die IVB einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, stellte jedoch die Prüfung weiterer Leistungen in Aussicht. In der Folge tätigte sie erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere holte sie beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eine Aktenbeurteilung vom 28. Juni 2021 (act. II 59) ein. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 60) verneinte die IVB mit Verfügung vom 21. September 2021 (act. II 61) bei einem Invaliditätsgrad von 0% einen Rentenanspruch. Mit Eingabe vom 30. September 2021 (act. II 64) stellte die Versicherte bei der IVB mit Verweis auf eine gesundheitliche Verschlechterung ein Gesuch um Wiedereingliederung. Am 11. Oktober 2021 (act. II 65) hob die IVB die Verfügung vom 21. September 2021 formlos auf und kündigte weitere Abklärungen an.

Gestützt auf eine RAD-Aktenbeurteilung vom 29. August 2022 (act. IIA 102) stellte sie mit Vorbescheid vom 8. September 2022 (act. IIA 103) und der Begründung, es liege keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor, in Aussicht, einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu verneinen. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. IIA 108, 111, 113) holte die IVB eine weitere RAD-Stellungnahme vom 15. Dezember 2022 (act. IIA 117) ein und verfügte am 16. Dezember 2022 (act. IIA 118) dem Vorbescheid entsprechend.

B.

Mit Eingabe vom 12. Januar 2023 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle ... (recte: Bern) vom 16. Dezember 2022 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zur vollständigen Abklärung des medizinischen Sachverhaltes an die Vorinstanz zurückzuweisen.
2. Eventualiter: Die Verfügung der IV-Stelle ... (recte: Bern) vom 16. Dezember 2022 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei mindestens eine Viertelsrente der Invalidenversicherung auszurichten, zuzüglich Verzugszinsen zu 5% rückwirkend seit Leistungszusprache im Sinne von Art. 16, 17 und 26 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1).
3. Der Beschwerdeführerin sei für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen und der Unterzeichnete sei der Beschwerdeführerin als unentgeltlicher Rechtsbeistand beizugeben. Darüber sei mittels selbstständigen Vorbescheids zu befinden.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 6. Februar 2023 auf Abweisung der Beschwerde.

Am 1. März 2023 ging beim Verwaltungsgericht eine Eingabe des Rechtsanwalts inkl. Beilagen ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 14. März 2023 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt ab. Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft und der Kostenvorschuss wurde fristgerecht geleistet.

Mit beim Verwaltungsgericht am 15. März 2023 eingegangener Eingabe machte der Rechtsanwalt weitere Ausführungen und reichte Unterlagen ein.

Die beim Verwaltungsgericht am 1. und 15. März 2023 eingegangenen Stellungnahmen der Beschwerdeführerin inkl. Beilagen wurden der Beschwerdegegnerin mit prozessleitender Verfügung vom 23. Juni 2023 zur Kenntnis zugestellt.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 ATSG 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 16. Dezember 2022 (act. IIA 118), mit welcher der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung verneint wurde. Die Beschwerdeführerin verlangt die Aufhebung der Verfügung und weitere Abklärungen resp. die Zusprache einer Rente.

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 vom 1. Februar 2020 bis zum 1. November 2021 in ..., Kanton Bern, gemeldet, womit die Beschwerdegegnerin zuständig war, das mit der im April 2020 eingereichten Anmeldung 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]). Dass sich die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben zwar bereits bei der IV-Stelle ... gemeldet hatte (vgl. act. II 1/2), ihr dort jedoch beschieden worden war, die Anmeldung sei zu früh, ändert daran nichts.

3.

3.1 Vorab macht die Beschwerdeführerin eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend. Die Beschwerdegegnerin habe es trotz Aufforderung unterlassen, beim „Spital C. _____“ einen Verlaufs- bzw. Zwischenbericht einzufordern (vgl. Beschwerde S. 5 f. Ziff. 3 ff.).

3.2 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72; SVR 2021 AHV Nr. 17 S. 53 E. 2.1).

3.3 Nach Erlass des Vorbescheids am 22. September 2022 (act. IIA 107) reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin am 24. Oktober 2022 (act. IIA 113/34) der Beschwerdegegnerin Unterlagen ein, welche diese zur Beurteilung dem RAD vorlegte (vgl. RAD-Stellungnahme vom 15. Dezember 2022 [act. IIA 117]). Im Anschluss wurde die hier angefochtene Verfügung am 16. Dezember 2022 erlassen (act. IIA 118). Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt nicht vor. Ob die Beschwerdegegnerin die Sache hinreichend abgeklärt hat, ist im Rahmen der materiellen Beurteilung zu klären.

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). Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung (vom 16. Dezember 2022 [act. IIA 118]) nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020. Der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung eines Rentenanspruchs liegt mit Blick auf das Leistungsbegehren vom 28. April 2020 und Art. 29 IVG, wonach der Rentenanspruch frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entstehen kann, frühestens im Oktober 2020. Für die Zeit vor dem 1. Januar 2022 ist grundsätzlich das alte (nachfolgend aArt.) Recht anwendbar; vorbehalten bleiben Revisions- und Neuanmeldungsgründe nach Inkrafttreten der Gesetzesnovelle.

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 Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). 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).

4.4 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).

5.

5.1 Aus medizinischer Sicht ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

5.1.1 PD Dr. med. D._____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 12. November 2019 (act. II 26/18) einen Schulter-Arm-Schmerz (Erstmanifestation: 23. Oktober 2019; Differentialdiagnose: Reizung im Bereich des oberen Plexus brachialis, z.B. bei neuralgischer Schulteramyotrophie, Differenzialdiagnose: muskuloskelettale Schmerzen). Klinisch-neurologisch finde sich eine leichte Scapula alata rechts des Margo inferior. Darüber hinaus bestünden aber keine fassbaren Paresen. Das Fühlen werde am rechten Arm etwas diffus vermindert angegeben, was nicht sicher einem peripheren Nerv oder einer einzelnen Wurzel zuzuordnen sei, am ehesten noch C6/C7 bzw. obere/mittlere Plexus anteilig. Neurografisch finde sich kein Carpaltunnelsyndrom und es finde sich in den untersuchten Nerven auch kein signifikanter Seitenunterschied der Amplituden der sensibel evozierten Potenziale. Für eine EMG-Untersuchung sei es noch zu früh. Differentialdiagnostisch infrage käme eine proximale Läsion im Bereich zervikaler Wurzeln oder im Bereich des oberen/mittleren Plexus brachialis. Für letzteres spräche auch die leichte Scapula alata auf der rechten Seite, wobei nicht klar sei, ob dies tatsächlich neu oder bereits vorbestehend sei. Daneben finde sich klinisch-neurologisch nur noch die Angabe einer etwas diffusen Fühlstörung am rechten Arm. Letztlich käme aufgrund des abstehenden Schulterblatts differentialdiagnostisch eine Neuritis des Plexus brachialis im Sinne einer neuralgischen Schulteramyotrophie infrage. Bei ansonsten aber fehlenden weiteren objektiven Defiziten könne letztlich auch nicht ausgeschlossen werden, dass es gar kein neurogenes Problem sei, sondern muskuloskelettale Schmerzen. In einem nächsten Schritt erfolge eine MRI der HWS und des Plexus brachialis rechts zum Ausschluss struktureller Läsionen als Ursache.

Im Bericht vom 4. Dezember 2019 (act. II 26/23) führte PD Dr. med. D._____ aus, im MRI von HWS und Plexus brachialis hätten keine strukturellen Läsionen und keine Kompression neuraler Strukturen gefunden werden können. Im Labor auffällig sei eine positive Borrelienserologie gewesen, wobei derzeit nicht sicher abgeschätzt werden könne, ob es sich dabei um eine Seronarbe handle oder ob die aktuelle Symptomatik der Beschwerdeführerin möglicherweise mit einer Borrelieninfektion in Zusammenhang zu bringen sei.

5.1.2 Im Bericht des Spitals E. _____ vom 28. Januar 2020 (act. II 26/30) wurde ein Schulterschmerz rechts (Erstsymptome Oktober 2019) bei leichter Supraspinatus-Tendinitis und Bursitis subacromialis sowie AC-G-Reizung (MRI Januar 2020) diagnostiziert. Die Klinik entspreche einer Reizung des AC-Gelenkes und der Bursa/Supraspinatussehne. Therapeutisch sei am 28. Januar 2020 die Steroidinfiltration sowohl ins rechte AC-Gelenk wie auch in die Bursa subacromialis erfolgt. Daneben seien die physiotherapeutisch instruierten Humeruskopf-Dekoaptationsübungen fortzusetzen.

5.1.3 Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, äusserte im Bericht vom 24. April 2020 (act. II 26/14) den Verdacht auf eine therapieresistente Bursitis subacromialis links mit AC-Gelenksreizung links bei Status nach möglicher AC-Gelenksinfiltration und subacromialer Infiltration am 21. Januar 2020. Es lägen ihm nur unvollständige Akten vor. Zur Orientierung müsse er die Unterlagen einfordern. Klinisch zeige sich heute eine explizite Auffälligkeit des rechten AC-Gelenkes sowie der rechten Bizepssehne. Eine Infiltration des AC-Gelenkes sei nach Angaben der Beschwerdeführerin bereits erfolgt, allerdings nur mit einer 40%-igen Besserung. In diesem Fall sei unglücklicherweise eine Kombinationsinfiltration subacromial und des AC-Gelenkes durchgeführt worden, so dass nicht eindeutig herausgearbeitet werden könne, welche Pathologie hier die Verbesserung oder Nicht-Verbesserung gebracht habe.

5.1.4 Dr. med. G. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 26. Juni 2020 (act. II 26/1) den Verdacht auf eine therapieresistente Bursitis subacromialis links mit AC-Gelenksreizung rechts (Erstdiagnose im letzten halben Jahr). Hinsichtlich Befunderhebung verwies sie auf Dr. med. F. _____ (S. 4 Ziff. 2.5). Für die körperliche Arbeit insbesondere Heben/Tragen rechts sei aktuell im bisherigen Beruf als ... keine Arbeitsfähigkeit möglich; der Verlauf nach der letzten Infiltration bleibe abzuwarten (Ziff. 2.7). Aktuell helfe die Beschwerdeführerin in der ... aus, könne dort kleinere/leichte Tätigkeiten ausüben. Sie erhalte keinen Lohn. Die Taggeldversicherung erbringe Leistungen (S. 5 Ziff. 3.1).

5.1.5 Dr. med. F. _____ diagnostizierte im Bericht vom 9. Juli 2020 (act. II 32; vgl. zuvor auch die Berichte vom 6. Mai 2020 [act. II 26/12] und vom 8. Juni 2020 [act. II 26/11]) eine regrediente Bursitis subacromialis mit regredienter AC-Gelenksreizung rechts bei Status nach AC-Gelenksinfiltration und subacromialer Infiltration am 21. Januar 2020, Status nach subacromialer Infiltration vom 4. Mai 2020 und Status nach isolierter AC-Gelenksinfiltration vom 8. Juni 2020. Die Beschwerdeführerin gebe an, die AC-Gelenksinfiltration habe die lokalen Beschwerden über dem AC-Gelenk komplett verschwinden lassen. Die vorherige subacromiale Infiltration habe ein Verschwinden der Schmerzen über dem Ober- und Unterarm gebracht, diese seien allerdings inzwischen mit einer leichteren Intensität wieder gekommen. In diesem Fall hätte man ein explizites Ansprechen der Infiltrationen sowohl subacromial als auch über dem AC-Gelenk. Trotz allem müsse bei der entsprechenden psychosozialen Komponente der Beschwerdeführerin eine operative Versorgung sehr kritisch gesehen werden. Wünschenswert wäre für ihn, mit einem konservativen Therapieansatz die Beschwerden vollständig in den Griff zu bekommen. Eine weitere Abklärung der Borreliose mittels diagnostischer Arthroskopie und Probenentnahme sei aktuell nicht notwendig.

5.1.6 Dr. med. H. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, führte in der Aktenbeurteilung vom 20. Juli 2020 als beratender Arzt des Krankentaggeldversicherers (act. II 35.4/1) aus, die Diagnose sei unklar. Das Beschwerdebild und die objektiven Befunde seien diskrepant. Eine wesentliche Einschränkung bei leichter körperlicher Arbeit sei nicht nachvollziehbar. Es bestehe seit dem 1. Juli 2020 weder in der angestammten noch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit. Es seien keine Einschränkungen beschrieben. Das Beschwerdebild sei nicht nachvollziehbar und es könne keine geeignete Therapie empfohlen werden.

5.1.7 Prof. Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 16. Oktober 2020 (act. II 43/8) Schulterschmerzen rechts, Erstsymptome im Oktober 2019, bei neurologisch unauffälligen Befunden. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund von persistierenden Schulterbeschwerden rechts zu einer neurologischen Konsultation aus

differentialdiagnostischen Überlegungen zugewiesen worden. In der klinischen neurologischen Untersuchung zeige sich lediglich eine angedeutete Atrophie an der rechten Schulter. Bei Prüfung der Sensibilität und der Kraft zeigten sich Normalbefunde. Auffällig sei jedoch die Schmerzhaftigkeit der Aussenrotation und Anteversion in der Schulter. Bildgebende Untersuchungen seien bereits davor durchgeführt worden. Das MRI des Plexus brachialis und der HWS hätten keine Hinweise auf eine neurogene Ursache gezeigt. Auch seien bereits neurographische Untersuchungen gemacht worden, welche allesamt unauffällig gewesen seien. Zur Ergänzung seien elektromyographische Untersuchungen an den am meisten betroffenen Muskeln durchgeführt worden, welche allesamt unauffällig gewesen seien. Eine neurogene Ursache der Schulterbeschwerden sei insgesamt nach wie vor unwahrscheinlich. Die Anamnese sei zudem auch nicht typisch für eine neuralgische Schulteramyotrophie. Von neurologischer Seite seien keine weiteren Massnahmen nötig.

5.1.8 Im Bericht vom 26. Oktober 2020 (act. II 43/6) führte Dr. med. F. _____ aus, bei der Beschwerdeführerin liege weiterhin eine sehr schwierige psychosoziale Konstellation vor. Die Beschwerden wechselten ständig. Heute seien Blockierungsgefühle in den Achseln sowie Schmerzen im Unterarm erwähnt worden. Zusätzlich sei eine erneute Konsultation beim Hausarzt in ... erfolgt. Der genaue Grund sei nicht ganz klar. Es sei nochmals ein ausführliches Gespräch mit der Beschwerdeführerin geführt worden. Es sei unbedingt empfohlen, die Heimübungen regelmässig weiterzuführen, um die Schulter zu stabilisieren. Die funktionelle Behandlung sei der einzige Weg, um die Schulter in einem akzeptablen Zustand zu halten. Weiterführende Abklärungen seien nicht zielführend, auch eine erneute Infiltration würde er nicht durchführen und von einer operativen Versorgung sei unbedingt Abstand zu nehmen.

5.1.9 Im Bericht der Klinik J. _____ vom 25. Juni 2021 (act. II 64/14) wurde eine Bicepstendinopathie, SLAP-Läsion Schulter, interstitielle Supraspinatussehnen-Partialruptur rechts, diagnostiziert. Da die Beschwerdeführerin bereits viermal infiltriert worden sei, wäre der nächste Schritt die Bicepstenodese sowie intraoperativ die Inspektion der

Supraspinatussehne, allenfalls Supraspinatussehnenrekonstruktion, wobei der Defekt derart klein sei, dass höchstwahrscheinlich ein Débridement ausreichen würde. Sie sei ausführlich über die lange Rehabilitation aufgeklärt worden, insbesondere auch über das postoperative Risiko einer Frozen Shoulder bei Partialrupturversorgung. Es werde der Beschwerdeführerin nochmals erklärt, dass die Operation der absolut letzte therapeutische Schritt wäre. Aufgrund der Beschwerden auch in beiden Handgelenken wäre primär eigentlich eine konservative Therapie mit Physiotherapie und Infiltration anzustreben.

5.1.10 Dr. med. K. _____, Facharzt für Chirurgie, diagnostizierte in der RAD-Aktenbeurteilung vom 28. Juni 2021 (act. II 59) belastungsabhängige Schulterschmerzen rechts (Erstdiagnose: 23. Oktober 2019) bei Status nach Infiltrationen AC-Gelenk und Bursa subacromialis. Wesentlich sei die vertrauensärztliche Aktenbeurteilung der involvierten Krankentaggeldversicherung vom 20. Juli 2020 in der darauf hingewiesen werde, dass die Diagnose unklar bleibe und dass der Verlauf sowie die durchgeführten Therapien nach neun Monaten ohne wesentliche Befundverbesserung gegen die Vermutungsdiagnose einer möglichen Tendinitis der Supraspinatussehne und einer zusätzlich vorhandenen Bursitis subacromialis sprechen würden. Zum Ausschluss einer möglichen „frozen shoulder“ sei empfohlen worden, allenfalls noch einmal eine rheumatologische Untersuchung durchführen zu lassen. Die weiteren spezialärztlichen Untersuchungen seien orthopädisch und neurologisch ohne diesbezügliches Korrelat gewesen. Die volle Arbeitsfähigkeit werde im besagten Bericht ab dem 1. Juli 2020 als möglich erachtet.

Objektive Einschränkungen der Schulterbeweglichkeit seien nicht dokumentiert. Einzig bestehe eine leichte Druckdolenz über dem AC-Gelenk. Im Dossier fänden sich Inkonsistenzen zwischen dem angegebenen Beschwerdebild, den objektiven Befunden aber auch in den Angaben der Beschwerdeführerin. Trotz fortgesetztem Beschwerdevortrag sei nach erfolgter umfänglicher Abklärung und bei fehlenden objektiven Befunden nicht nachvollziehbar, warum bei leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeiten eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehen sollte. Aufgrund der angegebenen Beschwerden,

bei nur geringen objektiven Befunden seien medizinisch-theoretisch körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ganztags über achteinhalb Stunden ohne zusätzliche Leistungsminderung zumutbar. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten und das Besteigen von Leitern und Gerüsten. In nicht repetitiver Weise könnten zumindest sehr leichte Gewichte gehoben und getragen werden, dies jedoch nur bis Bauchhöhe. Geistige und psychische Beeinträchtigungen seien aus dem Dossier nicht ersichtlich. Eine objektiv knapp belegbare Minderbelastbarkeit der rechten Schulter sei nachvollziehbar. Im Rahmen des beschriebenen Zumutbarkeitsprofils sei sowohl die bisherige Tätigkeit als ... als auch eine angepasste Tätigkeit im Rahmen der objektiven und nachvollziehbaren Befunde uneingeschränkt zumutbar. Dies gelte seit dem 1. Juli 2020.

5.1.11 Im Bericht des Spitals C. _____ vom 19. Juli 2021 (act. II 64/8) wurden chronische muskuloskeletale Schmerzen Schulter, Unterarm rechts (wahrscheinlich mechanisch bedingt [Überlastung] seit Herbst 2019) diagnostiziert. Primär bestehe eine muskuläre Überlastung mit möglicherweise initialer Sehnenscheidenentzündung und/oder im rechten Unterarm bei dann unter anhaltender Belastung zunehmender Ausweitung auf den Bereich der Schulter und zuletzt der linken Hand. Auffällig sei allerdings, dass die Beschwerdeführerin an beiden Armen eine Handschiene trage und schon länger keine Physiotherapie mehr gehabt habe. Auch sei bisher keine Ergotherapie durchgeführt worden. Im Rahmen des Psychometrie-Screeningbogens hätten sich zwar sowohl Hinweise für eine Depression als auch eine Angststörung gezeigt, die sich in der Anamnese und letztendlich ausführlicheren Psychometrie nicht hätten bestätigen lassen. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass es sich doch um eine primär körperliche Überlastungssituation handle, auch wenn diese bisher noch nicht oder nur teilweise wirklich genau anatomisch habe zugeordnet werden können.

5.1.12 Im Bericht des Spitals C. _____ vom 2. August 2021 (act. II 64/5) wurden chronische muskuloskeletale Schmerzen Schulter, Unterarm links, Unterarm rechts diagnostiziert. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen rechtsseitigen Handgelenksschmerzen seien schwierig zu

eruierten. Klinisch fokussierten sich die Beschwerden am heutigen Tag am ehesten auf die FCU-Sehne sowie die Fingerbeugemuskulatur, wobei sonographisch keine Zeichen einer ausgeprägten Tendovaginitis vorhanden seien. Ein eindeutiger ulnarer Impaktionsschmerz sei nicht auszulösen gewesen, wobei radiologisch eine ulnare Überlänge vorhanden sei und das Os lunatum zumindest auf der rechten Seite eine Alteration der ossären Struktur aufweise (vgl. auch Bericht vom 4. Oktober 2021 [act. II 77/9]).

Im Bericht vom 21. Dezember 2021 (act. II 77/3) wurde zusätzlich ein Ulnarisimpaktionssyndrom rechts > links diagnostiziert. Am 2. November 2021 sei eine Ulna-Verkürzungsosteotomie rechts durchgeführt worden (vgl. act. II 77/5, 77/7). Es präsentiere sich ein schöner Heilungsverlauf sechs Wochen nach Ulnaverkürzung. Die Beschwerdeführerin habe klinisch keinerlei axialen Stauchungsschmerz mehr oder Druckdolenz über der Osteotomie, so dass von einer zunehmenden fibrösen Konsolidation auszugehen sei. Für die nächsten sechs Wochen werde eine Maximalbelastung von drei bis fünf kg empfohlen. Eine Arbeitsunfähigkeit sei bis Ende Januar 2022 ausgestellt worden.

Im Bericht vom 11. Mai 2022 (act. II 90/4) wurde festgehalten, rechts zeige sich ein sehr erfreulicher Verlauf sechs Monate nach Operation (vgl. zur Dreimonatskontrolle act. II 83/3). Das Handgelenk sei klinisch belastungsstabil und radiologisch zeige sich eine vollständige ossäre Konsolidation. Links bestehe ebenfalls ein gesichertes symptomatisches Ulna-Impaktionssyndrom. Diesbezüglich werde analog zu rechts ebenfalls eine Ulnaverkürzung empfohlen. Ohne Operation links werde eine Rückkehr in ein 100%-iges Arbeitspensum vermutlich nicht möglich sein.

5.1.13 Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte im RAD-Bericht vom 29. August 2022 (act. IIA 102) folgende Diagnosen:

Ulna-Impaktionssyndrom des Handgelenks beidseits, rechts stärker als links:

- Status nach Ulna-Verkürzungsosteotomie rechts (2. November 2021)

Schulter Schmerzen rechts

- Verdacht auf Bicepssehnentendinopathie mit SLAP-Läsion
- Status nach viermaliger Infiltration

Die Beschwerdeführerin stehe seit Oktober 2019 wegen spontan aufgetretenen Schulterbeschwerden rechts in ärztlicher Behandlung. Die Ursache für das angegebene Beschwerdebild habe sich trotz intensiver multidisziplinärer Abklärung nicht erheben lassen. Die Behandlung habe aus insgesamt vier Infiltrationen bestanden. Ein Zumutbarkeitsprofil sei erstellt und vom 28. Oktober 2019 bis zum 30. Juni 2020 einen 100%-igen Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Ab dem 1. Juli 2020 habe eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestanden.

Die Operation an der rechten Hand vom 2. November 2021 habe zu einer Beschwerdefreiheit geführt und die Behandlung hätte abgeschlossen werden können. Es lägen keine funktionellen Einschränkungen vor. Auf der linken Seite liege die gleiche Pathologie vor, welche aber weniger ausgeprägt sei. Hier klage die Beschwerdeführerin über belastungsabhängige Beschwerden. Die gleiche Operation sei empfohlen aber bisher nicht durchgeführt worden. Bei Befolgen des Zumutbarkeitsprofils führten die Handgelenksbeschwerden links zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bezüglich der chronischen Schulterschmerzen rechts finde seit Sommer 2021 keine Behandlung mehr statt. Diesbezüglich liege eine eingeschränkte Belastbarkeit für Tätigkeiten oberhalb des Schultergürtels vor. Die Schulterschmerzen könnten aktuell als stabilisiert betrachtet werden. Vom 1. November 2021 bis 20. März 2022 habe eine vollständige und vom 21. März 2022 bis 17. April 2022 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dem 18. April 2022 betrage die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit 100%, sofern das Zumutbarkeitsprofil befolgt werde. Zumutbar seien körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ganztags über achteinhalb Stunden ohne zusätzliche Leistungsminderung. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten und das Besteigen von Leitern und Gerüsten. In nicht repetitiver Weise könnten zumindest sehr leichte Gewichte gehoben und getragen werden, dies jedoch nur bis Bauchhöhe. Monoton repetitive Belastungen des Handgelenks, Arbeiten mit Stoss- und Stauchungsbelastungen sowie Tätigkeiten mit Vibrationsbelastungen für das linke Handgelenk durch das Bedienen von Maschinen seien nicht mehr zumutbar.

5.1.14 Im Bericht des Spitals C. _____ vom 26. September 2022 (act. IIA 113/1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Schmerzexazerbation mit ulnopalmaren Handgelenksschmerzen rechts (dominant) am 7. September 2022 mit/bei:

- Vermehrter körperlicher Tätigkeit im Rahmen der Arbeit
- Status nach Ulna-Verkürzungsosteotomie rechts (Medartis 2.5 mm System) um 3.5 mm am 2. November 2021 bei Ulna-Impaktionssyndrom rechts

Symptomatisches Ulna-Impaktions-Syndrom links (adominant)

Die Beschwerdeführerin habe über stark ansteigende Schmerzen bei der körperlich belastenden Arbeit am 7. September 2022 berichtet. Seit Vorstellung beim Hausarzt am Folgetag erfolge eine Immobilisation in der Schiene, was die Symptome etwas gebessert habe. Schmerzen bestünden vor allem ulnopalmar bei Belastung. Die Einnahme von Arcoxia lindere die Symptomatik. Bei der Arbeit sei es schwierig, da die Beschwerdeführerin dort öfters belastende Tätigkeit wie ... und ... durchführen müsse. Idealerweise führe sie nur die Arbeit an der ... durch, was jedoch mit dem Arbeitgeber besprochen werden müsse. Bei nun bereits gebessertem Befund dank der Immobilisation werde vorerst eine Handtherapie empfohlen, dies mit Ultraschall-Therapie und zur Kräftigung und Mobilisation. Eine genaue Diagnose lasse sich bei bereits gebesserten Beschwerden nicht stellen.

5.1.15 Dr. med. L. _____ führte anlässlich des Vorbescheidverfahrens in der RAD-Aktenbeurteilung vom 15. Dezember 2022 (act. IIA 117) aus, durch eine Überlastung sei es zu einer Reizung des rechten Handgelenks gekommen. Eine neue Diagnose sei nicht gestellt worden. Abgesehen von einer symptomatischen Schmerzbehandlung sei keine spezifische Therapie verordnet worden. Der Gesundheitszustand habe sich im Vergleich zur letzten RAD-Stellungnahme vom 29. August 2022 nicht verändert. Das Zumutbarkeitsprofil sei klar definiert worden und solle befolgt werden. Es habe unverändert Gültigkeit.

5.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen

Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur

geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

5.3 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 16. Dezember 2022 (act. IIA 118) im Wesentlichen auf die RAD-Aktenbeurteilungen der Dres. med. K. _____ vom 28. Juni 2021 (act. II 59) sowie L. _____ vom 29. August 2022 (act. IIA 102) und 15. Dezember 2022 (act. IIA 117). Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert medizinischer Berichte gestellten Anforderungen und überzeugen. Der Umstand, dass diese Beurteilungen allein aufgrund der Akten erstellt wurden, vermag – anders als von der Beschwerdeführerin vorgebracht (vgl. Beschwerde S. 8 Ziff. 7) – keine Schmälerung des Beweiswerts zu begründen, denn es liegt ein lückenloser Befund vor und es geht im Wesentlichen um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts (E. 5.2 hiervor). Mit den RAD-Berichten liegen überzeugende und schlüssige fachärztliche Beurteilungen vor.

5.3.1 Soweit die Beschwerdeführerin in formeller Hinsicht die Fachkompetenz der RAD-Ärzte (Facharzt für Chirurgie bzw. Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) bemängelt und eine Beurteilung durch einen Facharzt für Handchirurgie sowie bezogen auf die Schulter- und Handsituation eine interdisziplinäre Beurteilung fordert (vgl. Beschwerde S. 8 f. Ziff. 7), vermag sie nichts zu ihren Gunsten

abzuleiten. Bei der Fachdisziplin Handchirurgie handelt es sich zwar um ein eigenständiges Fachgebiet, jedoch besteht es aus einer chirurgischen Basisausbildung und die Behandlungsprinzipien entsprechen u.a. der (allgemeinen) Chirurgie, der Traumatologie und der orthopädischen Chirurgie (vgl. Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung, Facharzt für Handchirurgie, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2018; abrufbar: <https://www.siwf.ch/weiterbildung/facharztstitel-und-schwerpunkte> > Handchirurgie). Die beiden RAD-Ärzte verfügen über die vollständige fachärztliche Befähigung zur Beurteilung des vorliegenden Gesundheitsschadens. Die Forderung der Beschwerdeführerin, es sei eine interdisziplinäre Beurteilung einzuholen (vgl. Beschwerde S. 9 Ziff. 7), wird von ihr nicht begründet. Auch den medizinischen Akten lässt sich nichts entnehmen, was den Beizug einer weiteren fachärztlichen Disziplin bei der Beurteilung bedingen würde. Der medizinische Sachverhalt erweist sich als genügend abgeklärt. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich. Was die Kritik der Beschwerdeführerin, die Beurteilungen der RAD-Ärzte bildeten keine genügende Beweisgrundlage, betrifft, vermag diese – wie nachfolgend dargelegt – nicht auch nur geringe Zweifel an den RAD-Beurteilungen zu erwecken:

5.3.2 Die Krankentaggeldversicherung hat eine Beweissicherung vor Ort (BvO) durchgeführt (vgl. Schreiben vom 8. September 2020; act. II 35.1/5), welche ergeben haben soll, dass die Beschwerdeführerin über ein höheres Rendement verfüge, als behauptet. Dieser Bericht ist vorliegend nicht aktenkundig. Tatsache ist immerhin, dass die Beschwerdeführerin selbst wiederholt gegenüber den behandelnden Ärzten von einer Arbeitstätigkeit berichtet hat (vgl. u.a. E. 5.1.14 hiavor). Wie es sich damit verhält, braucht nicht abschliessend geklärt zu werden, weil der massgebliche Sachverhalt bereits gestützt auf die medizinischen Akten geklärt werden kann und die RAD-ärztliche Beurteilung ihren Rückhalt auch in den Beurteilungen der behandelnden Ärzte findet. So hat etwa Dr. med. F. _____ im Bericht vom 26. Oktober 2020 (act. II 52/13) darauf hingewiesen, dass von einer operativen Versorgung unbedingt Abstand zu nehmen sei. Dies wurde seitens Dr. med. I. _____, der im Bericht vom 16. Oktober 2020 (act. II 43/8) Schulterschmerzen rechts mit neurologisch unauffälligen Befunden diagnostizierte und eine neurogene Ursache der Schulterbeschwerden

insgesamt für nach wie vor unwahrscheinlich hielt, bestätigt. Im Bericht vom

26. Oktober 2020 wies Dr. med. F. _____ zudem auf die Aussage der Beschwerdeführerin hin, die Arbeit als ... auf einer ... sei möglich, Physiotherapie sei beendet worden und auch die Heimübungen zur Stabilisierung der Schulter seien nicht weitergeführt worden. Es liege nach wie vor eine schwierige psychosoziale Konstellation vor und die Beschwerden wechselten ständig. Für ihn (Dr. med. F. _____) sei die funktionelle Behandlung (Physiotherapie und Eigenübungen) der einzige Weg.

Auf dieser Basis hat der RAD-Arzt Dr. med. K. _____ als Facharzt für Chirurgie in der Aktenbeurteilung vom 28. Juni 2021 (act. II 59) unter Verweis auch auf die Beurteilung des rheumatologischen Vertrauensarztes der Taggeldversicherung, Dr. med. H. _____, vom 20. Juli 2020 (act. II 35.4) belastungsabhängige Schulterschmerzen rechts diagnostiziert, jedoch mit den Akten in Übereinstimmung stehend auch darauf hingewiesen, dass die Diagnose unklar bleibe. Der im Dossier dokumentierte Verlauf mit dem von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerdebild sei nicht nachvollziehbar; objektive Einschränkungen der Schulterbeweglichkeit seien nicht dokumentiert; einzig bestände eine leichte Druckdolenz über dem AC-Gelenk. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb bei leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeiten eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehen sollte. Es sei eine volle Arbeitsfähigkeit ab dem 1. Juli 2020 möglich. Die Beurteilung von Dr. med. K. _____ ist in jeder Hinsicht nachvollziehbar und entgegen den Behauptungen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin lässt sich aus den Bericht der behandelnden Ärzte nichts anderes ableiten, womit auch nicht geringe Zweifel an dieser Beurteilung bestehen.

5.3.3 Auf der Basis der RAD-Aktenbeurteilung vom 28. Juni 2021 (act. II 59) erging am 21. September 2021 die leistungsablehnende Verfügung (act. II 61). Der Beschwerdeführerin seien spätestens seit dem 1. Juli 2020 körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten sowie das Besteigen von Leitern und Gerüsten ganztags ohne zusätzliche Leistungsminderung

wieder zumutbar. Die Beschwerdegegnerin ging bei einer einzig zwischen Oktober 2019 und Juni 2020 anzunehmenden 100%-igen Einschränkung davon aus, dass bezüglich der Schulterbeschwerden das Wartejahr nicht erfüllt worden war. Dies ist nicht zu beanstanden (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG sowie E. 4.3 hiervor). Die Verfügung wurde innerhalb der Rechtsmittelfrist mit Schreiben vom 11. Oktober 2021 (act. II 65) seitens der Beschwerdegegnerin wieder aufgehoben, weil die Beschwerdeführerin nach Erlass der besagten Verfügung vorgebracht hatte, ihre „gesundheitliche Lage“ habe sich „drastisch verschlechtert“, da sie am 2. November 2021 das rechte Handgelenk operieren müsse (vgl. „Gesuch um Wiedereingliederung“ vom 30. September 2021 [act. II 64]).

5.3.4 Mit den Handbeschwerden liegt ein Gesundheitsschaden vor, der von den bisher geklagten Beschwerden unabhängig ist. Diesbezüglich fand am 29. Juli 2021 eine Erstkonsultation im Spital C. _____ statt (vgl. Bericht vom 2. August 2021; act. II 64/5). Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin gegenüber diesen Ärzten wurden solche Beschwerden vorher nicht geklagt und es bestehen keine Anhaltspunkte für ihre Aussage, die Schmerzen hätten in der Hand begonnen und sich dann erst über den ganzen Arm in die Schulter ausgedehnt (vgl. act. II 64/5). Die Beschwerdeführerin hatte zuvor stets Schmerzen in der Schulter angegeben und sich diesbezüglich untersuchen und behandeln lassen. Keine bzw. keiner der zahlreich aufgesuchten Ärztinnen und Ärzte hat Untersuchungen die Hand betreffend für geboten erachtet. Schliesslich war sie wegen der Schulter noch bis im Sommer 2021 in der Klinik J. _____ in Behandlung. Die Beschwerden am rechten Handgelenk stehen entsprechend in keinem Zusammenhang mit der bis dahin ausschliesslich geltend gemachten Schulterproblematik. Damit muss für diesen Gesundheitsschaden das Wartejahr neu absolviert werden (vgl. auch MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl. 2022, Art. 29 N. 27 gegen Ende).

Nach der Operation der rechten Hand am 2. November 2021 (vgl. Operationsbericht vom 18. November 2021 [act. II 77/5]) waren die Schmerzen im Bereich der Hand regredient und innert sechs Wochen eine vollständige Heilung eingetreten (vgl. Bericht des Spitals C. _____ vom

21. Dezember 2021 [act. II 77/3]). Es wurde zwar noch eine Arbeitsunfähigkeit bis Ende Januar 2022 attestiert, jedoch bereits eine Maximalbelastung von drei bis fünf kg für die nächsten sechs Wochen empfohlen. Später wurde dann die Arbeitsunfähigkeit auf 50% reduziert (vgl. etwa Bericht des Spitals C._____ vom 16. Februar 2022 [act. II 83/3] sowie ärztliche Zeugnisse vom 9. Februar 2022 [act. II 94/6] und vom 29. April 2022 [act. II 94/5]). Im Bericht des Spitals C._____ vom 11. Mai 2022 (act. II 90/4) wurde ausgeführt, rechts zeige sich sechs Monate nach Operation ein sehr erfreulicher Verlauf. Das Handgelenk sei klinisch belastungsstabil und radiologisch zeige sich eine vollständige ossäre Konsolidation. Bezugnehmend auf das Schreiben der Taggeldversicherung vom 22. April 2022 (act. IIA 97.1/45) hielten auch die behandelnden Ärzte fest, aus ihrer Sicht handle es sich um zwei unabhängige Arbeitsausfälle. Der RAD-Arzt Dr. med. L._____ attestierte basierend darauf im RAD-Bericht vom 29. August 2022 (act. IIA 102) betreffend das rechte Handgelenk für die Zeit vom 2. November 2021 bis zum 20. März 2022 eine vollständige und vom 21. März bis zum 17. April 2022 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit. Danach bestehe unter Berücksichtigung des Zumutbarkeitsprofils eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Diese Schlussfolgerung überzeugt.

Nach der mit Vorbescheid vom 8. September 2022 (act. IIA 103) in Aussicht gestellten Leistungsablehnung, brachte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vor, seine Klientin sei weiterhin 50% arbeitsunfähig und es sei im „Spital C._____ eine weitere Operation angesprochen“ worden bzw. eine solche werde im Verlauf notwendig werden (act. IIA 108, 111, 113). Die vom Rechtsvertreter eingereichten Unterlagen (act. IIA 113/1 ff.) waren weitgehend bereits anlässlich der RAD-Beurteilung vom 29. August 2022 (act. IIA 102) berücksichtigt worden. Einzig der Verlaufsbericht des Spitals C._____ vom 26. September 2022 (act. IIA 113/1) datiert nach dem Vorbescheid. Gemäss diesem Bericht hat sich die Beschwerdeführerin, nachdem sie den Vorbescheid erhalten hatte, notfallmässig im Spital C._____ vorgestellt. Sie berichtete nach Überlastung in der beruflichen Tätigkeit (vgl. E. 5.1.14 hiervor) über Schmerzen im rechten (bereits operierten) Handgelenk. Befunde wurden dabei jedoch grundsätzlich keine erhoben bzw. eine Besserung aufgrund

der bereits hausärztlich vorgesehenen Immobilisierung festgestellt. Der RAD-Arzt Dr. med. L._____ erläuterte in der Folge in der Aktenbeurteilung vom 15. Dezember 2022 (act. IIA 117) überzeugend, dass zwar von einem vorübergehenden Reizzustand ohne pathologisch-anatomische Veränderungen auszugehen sei, dass sich daraus aber keine Änderungen ergeben würden und weiterhin an der früheren RAD-Beurteilung vom 28. Juni 2021 (act. II 59) und dem darin erstellten Zumutbarkeitsprofil festzuhalten sei. Ausdrücklich forderte er zur Einhaltung des von ihm früher festgelegten Rendements auf, welches die Beschwerdeführerin offensichtlich missachtet hatte.

Im vorliegenden Verfahren hat die Beschwerdeführerin keine anderen Berichte aufgelegt, als die bereits bekannten. Dass inzwischen ein Operationsaufgebot des Spitals C._____ für den 9. Januar 2023 vorliegt (act. I 4), die Operation dann wohl jedoch erst am 10. März 2023 (act. IA 1) im Spital ... durchgeführt wurde, ändert daran nichts. Sie erfolgte nach Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 16. Dezember 2022 (act. IIA 118) und es lassen sich keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation ableiten (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Dass diese vorgängig eine massgebliche Arbeitsunfähigkeit begründet hätte, schloss der RAD-Arzt überzeugend aus. Eine operationsbedingte Arbeitsunfähigkeit betreffend die linke Hand ist erst nach Erlass der Verfügung aufgetreten und wird – sogar wenn sie hier zu beurteilen wäre – bei erfolgreicher Behandlung nicht genügen, die massgebliche Länge für die Erfüllung des Wartejahres zu erreichen.

5.3.5 Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass unabhängig davon, ob die Schulterbeschwerden die Beschwerdeführerin tatsächlich je wesentlich eingeschränkt haben, sie bereits vor Ablauf des Wartejahres deswegen keine massgebliche Einschränkung in der angestammten und erlernten Tätigkeit als ... mehr hatte. Was die danach festgestellten Handgelenksbeschwerden (zunächst rechts) betrifft, ist festzuhalten, dass diese einen neuen Gesundheitsschaden darstellen, sie die Beschwerdeführerin nach der unterjährigen Rekonvaleszenz in der angestammten Tätigkeit nicht mehr massgeblich einschränken und auch bezüglich dieser Beschwerden das Wartejahr nicht abgelaufen ist.

Hinsichtlich des linken Handgelenks wurden keine Befunde erhoben, welche eine Einschränkung begründen könnten. Dass nun dennoch eine Operation erfolgt ist, ist seitens des Gerichts zu Kenntnis zu nehmen. Da das linke Handgelenk betreffend zumindest bis zum Verfügungszeitpunkte keine wesentliche Einschränkung erstellt ist, erübrigen sich entsprechende Weiterungen.

6.

Aufgrund des Dargelegten ist für keines der angegebenen Leiden das Wartejahr abgelaufen und die Beschwerdeführerin ist in ihrer erlernten und angestammten Tätigkeit als ... unbeschränkt arbeitsfähig, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht. Die angefochtene Verfügung vom 16. Dezember 2022 (act. IIA 118) ist 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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

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. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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