

200 24 416 IV
KNB/IMD/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. September 2024

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Mai 2024



Sachverhalt:

A.

Die 1966 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im August 2015 unter Hinweis auf eine Meningoenzephalitis bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 11). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen und entsprechender vorbescheidweiser Ankündigung (act. II 180) verneinte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mit Verfügung vom 17. Mai 2019 (act. II 189) einen Anspruch auf Leistungen der IV mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 190/3 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 16. Januar 2020, IV/2019/455, ab (act. II 194). Das daraufhin angerufene Bundesgericht (BGer) wies die Beschwerde (act. II 196/2 ff.) gegen das verwaltungsgerichtliche Urteil mit Entscheid vom 21. April 2020, 8C_147/2020, ab (act. II 197).

B.

Im Januar 2023 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine gesundheitliche Verschlechterung seit 2019 erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (act. II 200). Die IVB tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen, namentlich veranlasste sie eine neurologisch-rheumatologische Begutachtung durch die B._____ (Gutachten der MEDAS vom 11. März 2024 [act. II 265.1-265.8]). Mit Vorbescheid vom 13. März 2024 (act. II 267) stellte sie die Verneinung eines Anspruchs auf IV-Leistungen mangels massgebender gesundheitlicher Verschlechterung in Aussicht. Nach dagegen erhobenen Einwänden (act. II 272, 276) verfügte die IVB am 7. Mai 2024 (act. II 277) wie angekündigt.

C.

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 6. Juni 2024 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag auf Zusprache einer ganzen Invalidenrente. Des Weiteren ersuchte sie um Gewährung von unentgeltlicher Rechtspflege.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2024 auf Abweisung der Beschwerde.

Nachdem die Rechtsschutzversicherung der Beschwerdeführerin einen Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- geleistet hatte, schrieb der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit prozessleitender Verfügung vom 14. August 2024 als erledigt vom Geschäftsverzeichnis ab.

Erwägungen:

1.

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

i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 7. Mai 2024 (act. II 277). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente (vgl. Beschwerde, S. 1 Ziff. 6, S. 2 Ziff. 5). Soweit die umfassende Verfügung das Bestehen weiterer Ansprüche verneint, ist sie mangels Anfechtung in Rechtskraft erwachsen (BGE 125 V 413 E. 1b S. 414 f.).

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufga-

benbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

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

2.4

2.4.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachver-

halts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112; in BGE 149 V 177 nicht publ. E. 3.6.2 des Entscheids des BGer vom 26. Juni 2023, 8C_661/2022; SVR 2022 IV Nr. 35 S. 115 E. 5.1).

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

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

2.4.4 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).

3.

3.1 Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung vom Januar 2023 (act. II 200) eingetreten ist und den Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 7. Mai 2024 (act. II 277) materiell ge-

prüft hat. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 17. Mai 2019 (act. II 189) und der Verfügung vom 7. Mai 2024 (act. II 277) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen.

3.2 In medizinischer Hinsicht erging die Verfügung vom 17. Mai 2019 (act. II 189) im Wesentlichen gestützt auf die folgenden Unterlagen:

3.2.1 Dr. phil. C._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), hielt im Untersuchungsbericht vom 6. November 2015 (act. II 40) fest, aufgrund der nicht bestandenen Beschwerdvalidierung hätten keine authentischen und glaubwürdigen kognitiven Defizite objektiviert werden können. Eine organische Ätiologie der gezeigten Leistungsdefizite könne mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

3.2.2 Die RAD-Ärztin Dr. med. D._____, Fachärztin für Neurologie, diagnostizierte im Untersuchungsbericht vom 16. Dezember 2016 (act. II 77) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem einen Status nach Herpes simplex Meningo-(Enzephalitis) 05/2015 wahrscheinlich HSV-Typ 2 sowie eine rezidivierende depressive Störung (act. II 77/9). Obschon das MRI bland sei, würden die diskreten Koordinationsstörungen und auch die möglichen fokalen Anfälle auf eine zusätzlich enzephalitische Beteiligung hinweisen (act. II 77/11). Nicht nachvollziehbar sei die heftige Reaktion gegen den Vorschlag einer stationären Rehabilitation. Es bestehe der Eindruck, dass die Beschwerdeführerin derzeit in einem Schonklima lebe (act. II 77/12). Aufgrund der langen Krankschreibung bestehe vermutlich auch eine Dekonditionierung. Es sei von einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % auszugehen, welche im Laufe doch auch ansteigen werde. Es scheine sinnvoll, die Frage nach der Zumutbarkeit in einem neurologischen Gutachten mit allenfalls zusätzlichen Abklärungen in psychiatrischer Hinsicht zu klären (act. II 77/13).

3.2.3 Im Gutachten vom 25. September 2017 (act. II 117.2) diagnostizierte Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode, teilremittiert (ICD-10: F32.2), und eine somatoforme Störung (ICD-10: F45.8 [act. II 117.2/27 Ziff. III]). Die Arbeitsfähigkeit sei mit 0 % zu beziffern, diese sei im Verlauf seit 7. November 2015 nie relevant anders gewesen. In einem anderen Tätigkeitsbereich bestehe keine höhere Arbeitsfähigkeit als in der angestammten Tätigkeit (act. II 117.2/29 Ziff. VI f.).

3.2.4 Im Gutachten des Spitals F._____ vom 15. Oktober 2017 (act. II 117.1) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 117.1/24):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Keine

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Exzessive Tagesmüdigkeit ("Fatigue") und Tagesschläfrigkeit
 - im Sinne einer nicht-organischen Hypersomnie
 - zusätzlich leichtes "Upper Airway Resistance Syndrome" (UARS)
2. Status nach Herpes-simplex (HSV-2)-Meningitis 05/2015 sowie 07/2013
3. Anfallsartige Ereignisse unklarer Genese seit zirka 10/2015
4. Verdacht auf phobischen Schwindel
5. Migräne mit visueller Aura seit dem jungen Erwachsenenalter
6. Migräne ohne Aura

Seit der Meningitis vom Mai 2015 leide die Explorandin anhaltend unter einer exzessiven Tagesmüdigkeit ("Fatigue") und Tagesschläfrigkeit mit verlängerter Bettliegezeit und konsekutiver Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen. Auch gemäss der ergänzend veranlassten schlafmedizinischen Untersuchung liege eine Hypersomnie vor. Die Hypersomnie mit unregelmässigem Schlaf-Wach-Rhythmus und begleitender Tagesmüdigkeit sei hauptsächlich als "nicht-organisch" einzuordnen, d.h als im Wesentlichen durch die psychische Situation bedingt (act. II 117.1/25). Anhaltspunkte für anderweitige Ursachen der exzessiven Tagesmüdigkeit und -schläfrigkeit bzw. Hypersomnie lägen nicht vor. Insbesondere bestünden keine überzeugenden Argumente dafür, dass diese als Folge einer zentralnervösen Infektion zu interpretieren seien: Obwohl in den Akten von einer "Meningoencephalitis" die Rede sei, werde dieses Postulat einer Affektion des Hirnparenchyms ("-encephalitis") weder mit klinischen noch mit bildgebenden Argumenten begründet. Die wenigen Symptome, die aufgrund der Be-

richte und anamnestisch dahingehend eingeordnet werden könnten, seien allesamt nicht in überzeugender Weise mit einer encephalitischen Komponente vereinbar bzw. seien auf deutlich wahrscheinlichere anderweitige Ursachen zurückzuführen. Ein beschriebenes Hemisyndrom rechts werde seitens der Explorandin zwar immer wieder erwähnt, es habe jedoch auch während wiederholter neurologischer Untersuchungen kein konsistentes, über die Angaben der Explorandin hinausgehendes Defizit objektiviert werden können. Insgesamt sei die Variabilität und diskrete Ausprägung der Befunde – auch in Zusammenschau mit einer unauffälligen MR-Bildgebung des Kopfes und den normwertigen somatosensibel evozierten Potentialen – gut mit einer somatoformen Störung, jedoch kaum mit einer strukturellen zentralnervösen Läsion vereinbar (act. II 117.1/26). Dass darüber hinaus im aktuell (Juni 2017) im Spital angefertigten Schädel-MRI keinerlei postentzündliche Veränderungen sichtbar seien, spreche ebenfalls gegen eine stattgehabte Encephalitis. Damit habe es sich auch im Jahr 2015, wie bereits knapp zwei Jahre zuvor, mit grösster Wahrscheinlichkeit um eine reine Meningitis gehandelt. Ob es sich bei den anfallsartigen Störungen um epileptische und/oder "nicht-epileptische" Ereignisse handle, müsse offen gelassen bzw. könne nicht abschliessend beurteilt werden. In der Elektroenzephalografie (EEG) seien wiederholt keine Auffälligkeiten aufgezeichnet worden (act. II 117.1/27). Die Gangunsicherheit, die situativ betont sei (Menschenansammlungen, weite Plätze), lasse an einen phobischen Schwindel denken. Klinische Hinweise für eine primär vestibuläre Ursache fänden sich nicht. Die berichtete Bewegungsunruhe (Akathisie), die vor allem von der Familie der Explorandin registriert werde, werde am ehesten als Manifestation der psychischen Belastung angesehen (act. II 117.1/28).

3.2.5 Dr. med. G. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Praktische Ärztin, hielt im psychiatrischen Gutachten vom 8. Januar 2019 (act. II 177.1) zur Arbeitsfähigkeit fest, die somatoforme Störung und die mittelgradige depressive Episode, welche bis zur Untersuchung durch Dr. med. E. _____ weiterbestanden habe, habe aufgrund von Konzentrations-/Antriebsstörungen und affektiver Instabilität und Ängsten zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % geführt (act. II 177.1/25 Ziff. 8.4). Aktuell könne aufgrund der deutlichen Besserung im Verlauf des letzten Jahres von einer wahrscheinlich relevanten Arbeitsfähigkeit ausgegangen

werden. Es sei empfehlenswert, eine arbeitsmarktlich-medizinische Abklärung vorzunehmen, um die aktuell vorhandene Leistungsfähigkeit genauer beurteilen zu können (act. II 177.1/24 Ziff. 7.2).

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 17. Mai 2019 (act. II 189) ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

3.3.1 Dr. med. H. _____, Facharzt für Rheumatologie, berichtete am 27. Juni (act. II 208/20 f.) und am 9. Oktober 2019 (act. II 208/18 f.) bei diagnostizierter seronegativer Polyarthrititis mit Erstmanifestation vor Jahren über das fehlende Ansprechen der Medikamente Methotrexat bzw. Humira. Am 2. Dezember 2019 (act. II 208/17) attestierte er eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer Tätigkeit als Dies wegen Schmerzen und Schwellungen, verstärkt durch zunehmende Belastung. Im Bericht vom 10. März 2020 (act. II 208/13 f.) führte Dr. med. H. _____ aus, die Patientin berichte über eine "Verbesserung der Beschwerden". Die Restbeschwerden betreffen vor allem die Enthesen am Ellbogen und Achillessehne sowie Kniegelenke mit morgendlicher Betonung. Klinisch zeige sich eine minimale Restschwellung der Knie beidseits und eine Druckdolenz am Ellbogen rechts lateral. Gemäss Bericht vom 7. April 2020 (act. II 208/11 f.) habe die Patientin wieder deutlich mehr Gelenkbeschwerden; dies an Handgelenk, Knie, Ellbogen und weiterhin Achillessehnen, auch in Ruhe und nachts. Sonografisch fänden sich deutliche Schwellungen in beiden Handgelenken rechtsbetont. Eine Psoriasisarthritis sei insgesamt doch sehr wahrscheinlich. Das Ausmass der vermeintlichen Psoriasis sei noch gering. Am 25. November 2020 (act. II 208/9 f.) berichtete Dr. med. H. _____ über ein sehr gutes Ansprechen der Psoriasisarthritis auf Stelara. Klinisch sei im August 2020 keine Arthritis, aber eine Enthesitis am Patellaoberpol links gefunden worden. Die mechanischen Schulterbeschwerden links seien verschwunden, hier erübrigten sich weitere Massnahmen.

3.3.2 Im Bericht des Spitals I. _____ vom 16. November 2022 (act. II 201/4 f.) wurde u.a. ein sensibles polyneuropathisches Syndrom, vorwiegend small-fibre-Typ bei Vitamin B12-Mangel, diagnostiziert. Aktuell bestünden leichte Missempfindungen im linken Vorfussbereich. Schmerzen

würden verneint. Der rechte Fuss sei beschwerdefrei. Beim Gehen liege eine leichte Unsicherheit vor.

3.3.3 Im Bericht vom 22. Dezember 2022 (act. II 208/1 f.) führte Dr. med. H._____ aus, ein MRT des (rechten [act. II 208/8]) Ellbogens habe eine deutliche Chondropathie zwischen Capitulum und Radius sowie einen Tennisellbogen gezeigt. Zudem sei eine Coxarthrose links festgestellt worden, die eigentlich schon fast operationsbedürftig sei.

3.3.4 Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 19. Januar 2023 (act. II 213) eine Psoriasisarthritis, Hüft- und Ellbogenschmerzen und eine Insomnie. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei zwei Stunden pro Tag zumutbar. Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % vom 19. bis zum 31. Januar 2023 (act. II 213/9).

3.3.5 Dem Bericht des Zentrums K._____ vom 15. Februar 2023 (act. II 223/2 ff.) ist die Diagnose Epicondylitis radialis rechts und mögliches Supinatorlogensyndrom rechts zu entnehmen. Bezüglich der Polyneuropathie beidseits sei der Leidensdruck erheblich. Betroffen sei vornehmlich die linke Seite. Der Schwerpunkt liege im Bereich des Nervus tibialis und des Nervus peroneus. Eine Neurolyse wäre zu erwägen.

3.3.6 Dr. med. H._____ hielt im Bericht vom 13. März 2023 (act. II 224) fest, bei der Patientin zeige sich ein aktuell "schwer lesbares Bild". Sie habe diverse degenerative Veränderungen als Erklärung für die Arthralgien: Coxarthrose, Teilruptur Supraspinatus links, Rhizarthrose und Tennisellbogen. Aktuell könnten keine Synovitiden mehr objektiviert werden.

3.3.7 Am 22. Mai 2023 (act. II 237/6 ff.) berichtete das Spital I._____ über persistierende Schulterbeschwerden links nach einem Anpralltrauma vom 26. Februar 2023. Es habe sich eine unauffällige knöcherne Situation und derzeit ein ordentliches Bewegungsausmass im linken Schultergelenk gezeigt.

Im Bericht des Spitals I._____ vom 8. Juni 2023 (act. II 241/6 ff.) wurde ausgeführt, im Rahmen der nativradiologischen Untersuchung habe sich

nur eine leichtgradige degenerative Veränderung der linken Hüfte gezeigt. Auch klinisch bestehe eine gute Funktion. Möglicherweise würden die Beschwerden durch die bestehende seronegative Polyarthritis getriggert.

3.3.8 Der Hausarzt Dr. med. J._____ gab im Bericht vom 8. Juni 2023 (act. II 237/1 ff.) an, wegen der Vielzahl der Beschwerden sei die bisherige Erwerbstätigkeit eher nicht mehr zumutbar. Die Frage, welche Tätigkeiten noch zumutbar seien, könne er nicht beantworten. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde von ihm nicht attestiert.

3.3.9 Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 25. Oktober 2023 (act. II 254) fest, es bestehe ein stationärer Gesundheitszustand. Er attestierte für den August 2023 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

3.3.10 Im bidisziplinären Gutachten vom 11. März 2024 (act. II 265.1) diagnostizierten die Gutachter der MEDAS das Folgende (act. II 265.1/12 Ziff. 4.3.1 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Keine

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Aktenanamnestisch St. n. arthroskopischer Schulter-Operation rechts am 12.07.2016: Ein Débridement der PASTA-Läsion (Partial Articular Surface Tendon Avulsion), eine Bizepssehnenentodese, ohne verbliebene funktionelle Einschränkung (ICD-10: M75.9)
- Aktenanamnestisch St. n. arthroskopischer Schulter-Operation links am 17.11.2017: Eine Tenotomie der langen Bizepssehne und subpektorale Tenodese über Mini-Open-Incision, ein Débridement der PASTA-Läsion, eine Teilsynovektomie und eine Kapseldenerverung, ohne verbliebene funktionelle Einschränkung (ICD-10: M75.9)
- Bandscheibenvorfall L3/4 und Protrusion L5/S1 (ICD-10: M51.1)
 - Keine radikuläre Symptomatik
- Coxarthrose links, ohne funktionelle Einschränkung (ICD-10: M16.9)
- Migräne mit Aura (ICD-10: G43.1)
- Vd. a. drug-induced headache (Medikamentenüberkonsum-Kopfschmerz; ICD-10: G44.4)
- St. n. zwei viralen (Herpes simplex) Meningoenzephalitiden 07/2013 und 05/2015 (ICD-10: G04) mit konsekutiv:
 - passager epileptischen Anfällen, whs. symptomatische partielle sekundär generalisierte Anfälle (ICD-10: G40.1)
 - passager kognitiven Defiziten
 - aktuell keine Hinweise hierfür

- in der Akutphase 2015 hemikorporeller Hypästhesie, choreatiformer Bewegungs- und Gleichgewichtsstörung
- Aktenanamnestisch sensibles polyneuropathisches Syndrom, vorwiegend small fibre-Typ bei Vitamin B12-Mangel (ICD-10: G63.4*).

Dr. med. M. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im orthopädisch-chirurgischen Teilgutachten aus, bei der Untersuchung hätten keine Bewegungseinschränkungen festgestellt werden können. Die diffus geklagten Beschwerden fänden, bis auf das linke Hüftgelenk, kein entsprechendes Korrelat (act. II 265.3/25 Ziff. 6.2). Funktionell hätten keine Einschränkungen im Bereich des gesamten Bewegungsapparates gefunden werden können. Vom internistischen Rheumatologen werde von einer seronegativen Psoriasis-Arthritis gesprochen. Nennenswerte psoriatische Plaques seien im Bereich des gesamten Bewegungsapparates nicht zu finden. Eine kleine könne im Bereich des rechten Gesässes gefunden werden. Es müsse jedoch betont werden, dass bisher kein Facharzt für Dermatologie diese Diagnose gestellt habe. Darüber hinaus zeigten sich laborchemisch keine Anhaltspunkte für ein rheumatisches Geschehen. Passend hierzu typisch sei, dass sämtliche Biologika nicht helfen würden, was auch nicht zu erwarten sei, wenn die Diagnose rheumatoide Arthritis oder Psoriasis-Arthritis höchst zweifelhaft sei. Sowohl anamnestisch sowie bei der heutigen Untersuchung könnten (mit Ausnahme einer aktivierten Coxarthrose links) an keinem Gelenk entzündliche Veränderungen festgestellt werden. Insbesondere die Hände und Füsse seien völlig unauffällig und zeigten weder akute noch Residuen von rheumatischen Ereignissen. Sämtliche bildgebenden Untersuchungen zeigten keinen Hinweis auf ein rheumatisches Geschehen. Die Diagnose immunologisch-rheumatische Erkrankung müsse angezweifelt werden und könne aufgrund des heutigen Gutachtens nicht bestätigt werden. Die aktivierte Coxarthrose links sollte klassisch orthopädisch behandelbar sein und aufgrund der Bildgebung sei die Indikation für eine Endoprothese noch nicht gegeben. Auf rein orthopädischem Gebiet könne bei der Untersuchung keine funktionelle Einschränkung gefunden werden, weswegen die Tätigkeit als ... eingeschränkt sein sollte (act. II 265.3/27 Ziff. 6.4). Diesbezüglich habe sich seit dem am 17. Mai 2019 abgelehnten Gesuch keine wesentliche Änderung ergeben (act. II 265.3/30 f. Ziff. 8.1.4 und 8.2.5).

Prof. Dr. med. N._____, Facharzt für Neurologie, hielt im neurologischen Teilgutachten fest, die Explorandin gebe als Hauptproblem Schmerzen in allen Gelenken, vor allem in den Händen, an. Sie habe ein "Gramseln und Nädelen" in den Beinen, die Hüfte mache sie wahnsinnig. Der Schlaf sei nicht gut. Die Müdigkeit sei auch ein Problem und dadurch habe sie Konzentrationsstörungen. Oft löse die Müdigkeit auch eine Migräne aus. Einen epileptischen Anfall habe sie seit zwei bis drei Jahren nicht mehr gehabt. Sie habe eine Morgensteifigkeit (act. II 265.4/8 f. Ziff. 3.2.1). Es sei davon auszugehen, dass mindestens eine Verdeutlichung vorliege. Ob eine bewusstseinsnahe Aggravation vorliege, könne aufgrund der aktuellen Untersuchung nicht abschliessend beurteilt werden, doch sei auf die bereits früher in den Akten erwähnten unplausiblen neuropsychologischen Befunde und auf eine somatoforme Störung seit der zweiten Meningoenzephalitis hinzuweisen. Vor diesem Hintergrund würden die aktuell festzustellenden Inkonsistenzen nachvollziehbarer und es ist dann eher von einer Aggravation auszugehen (act. II 265.4/23 Ziff. 6.2.1). Bei den bereits 2019 beklagten Beschwerden sei es zu keiner Verschlechterung gekommen. Dabei gelte es zu sagen, dass bereits im Jahr 2019 die auf die Meningoenzephalitis zurückgeführten Beschwerde seit vier Jahren bestanden hätten und man keine namhafte Besserung habe erwarten dürfen. Seit 2019 sei es nun zu einer Polyneuropathie gekommen, mit der jedoch keine Arbeitsunfähigkeit im Büro einhergehe (act. II 265.4/30 Ziff. 8.4/1.).

In der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit auf dem freien Markt bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (act. II 265.1/15 f. Ziff. 4.6.3 und 4.7.4). Bezüglich des zeitlichen Verlaufs der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, nach der letzten Meningoenzephalitis von Mai 2015 könne eine volle Arbeitsunfähigkeit bis Ende 2015 postuliert werden. Danach sollte wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht worden sein. Diese Bemessung berücksichtige, dass nur wenige epileptische Anfälle aufgetreten seien und dies in einer Bürotätigkeit nicht stark beeinträchtigend sei, sowie dass die beklagten kognitiven Defizite nicht klar hätten nachgewiesen werden können. Somit habe sich aus bidisziplinärer Sicht seit der ablehnenden Verfügung vom 17. Mai 2019 keine wesentliche Änderung ergeben (act. II 265.1/15 Ziff. 4.6.4). Die nach 2019 aufgetretene Polyneuropathie

gehe versicherungsmedizinisch betrachtet derzeit mit keiner Arbeitsunfähigkeit im Büro einher (act. II 265.1/17 Ziff. 4.9.1).

3.4 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).

3.5 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

3.6 Die bidisziplinäre Gesamtbeurteilung der MEDAS vom 11. März 2024 (act. II 265.1) sowie die beiden Teilgutachten (act. II 265.3-265.4) erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen und

erbringen vollen Beweis. Die Gutachter haben sich in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den geklagten Beschwerden auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen gestützt auf eigene Untersuchungen in den Fachbereichen Orthopädische Chirurgie und Neurologie getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und insbesondere zum vorliegend relevanten Beweisthema einer revisionsrechtlich relevanten Gesundheitsverschlechterung bzw. dem Fehlen einer solchen nachvollziehbar begründet. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, führt zu keinem anderen Ergebnis:

3.6.1 Die Tatsache, dass die behandelnden Ärzte die funktionellen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen anders einschätzten als die Gutachter (vgl. Beschwerde, S. 2 Ziff. 3), vermag den Beweiswert des Gutachtens der MEDAS nicht zu schmälern. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nämlich nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Dies ist hier nicht der Fall. Die Gutachter haben die umfangreiche medizinische Aktenlage umfassend zur Kenntnis genommen (vgl. act. II 265.2) und diese im Rahmen ihrer Beurteilung jeweils fachspezifisch berücksichtigt und gewürdigt (act. II 265.3/8 ff. Ziff. 2, 265.4/8 Ziff. 2). Berichte der behandelnden Ärzte, welche sich mit den Einschätzungen der Gutachter auseinandersetzen, liegen nicht vor.

3.6.2 Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern, was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft, ein weiter Ermessensspielraum zu. Das beinhaltet auch die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen. Es liegt demnach im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug

weiterer Experten notwendig ist oder nicht (SVR 2021 UV Nr. 19 S. 96 E. 6.4; Entscheid des BGer vom 30. Januar 2015, 8C_277/2014, E. 5.2). Vorliegend haben es die Gutachter nicht als notwendig erachtet, einen Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie beizuziehen (vgl. Beschwerde, S. 2 Ziff. 2 ["immunologische Ärztliche Untersuchung"]), was nicht zu beanstanden ist. Der Gutachter Dr. med. M._____ hat sich denn auch mit den laborchemischen Resultaten (act. II 265.6) auseinandergesetzt und festgehalten, dass sich keine Anhaltspunkte für ein rheumatisches Geschehen zeigten (act. II 265.3/27 Ziff. 6.4). Diese Einschätzung überzeugt, lagen doch der Rheumafaktor mit 5 und die CCP-Antikörper IgG mit weniger als 0.5 deutlich unter den Referenzwerten von 14 kIU/L bzw. 5 kU/L (act. II 265.6/2).

3.6.3 In der Verfügung vom 17. Mai 2019 (act. II 189) kam die Beschwerdegegnerin hinsichtlich der von Dr. med. E._____ (act. II 117.2) und Dr. med. G._____ (act. II 177.1) festgehaltenen Diagnosen zum Schluss, dass die gutachterlich postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt seien, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu verneinen und auf die ärztlich attestierte Arbeitsfähigkeit aus rechtlicher Sicht nicht abzustellen sei. Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise, dass sich der psychische Gesundheitszustand seit dem Referenzzeitpunkt (vgl. E. 3.1 hiervor) wesentlich verändert hätte. Die Beschwerdeführerin macht nichts anderes geltend, sie nimmt denn auch keine entsprechende Behandlung in Anspruch (vgl. act. II 265.3/14 f. Ziff. 3.2.2).

3.6.4 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt rechtsgenüglich abgeklärt. Weitere Abklärungen, namentlich eine weitere Begutachtung durch eine "weitere dritte unabhängige Stelle" (Beschwerde, S. 2 Ziff. 3), sind nicht erforderlich, weshalb in antizipierter Beweismündigkeit darauf zu verzichten ist (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4). Gestützt auf das voll beweiskräftige Gutachten der MEDAS vom 11. März 2024 (act. II 265.1) ist erstellt, dass der Beschwerdeführerin

medizinisch-theoretisch ihre bisherige Bürotätigkeit im vollen zeitlichen Umfang ohne Leistungseinschränkung zumutbar ist. Damit ist im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) keine wesentliche Sachverhaltsänderung eingetreten und es liegt weiterhin sowohl in somatischer wie auch in psychischer Hinsicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Die Beschwerdegegnerin hat dementsprechend den Anspruch auf eine Invalidenrente korrekterweise verneint. Die gegen die Verfügung vom 7. Mai 2024 (act. II 277) erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

4.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - 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.