

200 21 702 IV
KOJ/SHE/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Januar 2022

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. September 2021



Sachverhalt:

A.

Die 1972 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im August 2014 unter Hinweis auf verschiedene gesundheitliche Beschwerden bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (vgl. Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere gewährte sie Frühinterventionsmassnahmen in Form von Arbeitsplatzzerhaltung (AB 23) und Arbeitsplatzanpassung (AB 32). Weiter zog sie das vom zuständigen Krankentaggeldversicherer bei Dr. med. C._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, in Auftrag gegebene rheumatologische Gutachten vom 6. Oktober 2014 (AB 25.2) bei und holte bei Dr. med. D._____, Facharzt für Arbeitsmedizin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), eine Aktenbeurteilung vom 9. Dezember 2014 (AB 33) sowie bei Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten, erstellt am 5. Dezember 2014 (AB 34.2), ein. Mit Verfügung vom 28. April 2015 (AB 37) verneinte die IVB einen Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung, da kein Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung bestehe. Die Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im Januar 2017 (AB 39) meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Am 3. Februar 2017 (AB 46 f.) wies sich Rechtsanwalt B._____ als Rechtsvertreter der Versicherten aus. Abermals tätigte die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen. Auf Empfehlung von RAD-Arzt Dr. med. D._____ (AB 51) holte die IVB bei der F._____ (MEDAS) ein polydisziplinäres Gutachten vom 24. Mai 2018 (AB 85.1) ein bzw. liess am 5. November 2018 (AB 98) von dieser Ergänzungsfragen beantworten. Weiter veranlasste sie eine Abklärung vor Ort (vgl. Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 21. November 2018 [AB

100]). Mit Vorbescheid vom 3. Dezember 2018 (AB 101) stellte die IVB in Aussicht, bei in Anwendung der gemischten Methode (78% Erwerb, 22% Haushalt) ermittelten Invaliditätsgraden von jeweils 25% ab dem 1. Juli 2017 und 1. Januar 2018 einen Rentenanspruch zu verneinen. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 104, 107) holte die IVB auf Empfehlung des RAD (vgl. Beurteilung vom 1. April 2019 [AB 112]) bei der G._____ (MEDAS), ein polydisziplinäres Gutachten, erstellt am 27. September 2019, inkl. Teilgutachten (AB 127.1-127.6) ein. Weiter aktualisierte der Abklärungsdienst der IVB den Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb (AB 129). Mit Vorbescheid vom 5. Dezember 2019 (AB 130) stellte die IVB in Aussicht, bei in Anwendung der gemischten Methode (78% Erwerb, 22% Haushalt) ermittelten Invaliditätsgraden von 2% ab dem 1. Juli 2017 und 17% ab dem 1. Januar 2018 einen Rentenanspruch zu verneinen. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 133) liess die IVB auf Empfehlung des RAD (vgl. Stellungnahme vom 3. Juni 2020 [AB 136]) die MEDAS G._____ am 14. Juli 2020 (AB 138) Ergänzungsfragen beantworten. Nach Einholen von RAD-Aktenbeurteilungen bei den Dres. med. H._____, Fachärztin für Anästhesiologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Oktober 2020 (AB 141; vgl. auch Aktennotiz vom 19. Oktober 2020 [AB 143]) sowie I._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 19. Oktober 2020 (AB 142), einem Verlaufsbericht des behandelnden Dr. med. J._____, Facharzt für Anästhesiologie, vom 15. April 2021 (AB 152) sowie einer Stellungnahme des MEDAS G._____ vom 8. Juni 2021 (AB 155.1) erliess die IVB am 17. Juni 2021 (AB 156) einen gleichlautenden Vorbescheid (AB 130). Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 157) verfügte die IVB am 1. September 2021 (AB 159) in Anwendung der gemischten Methode (78% Erwerb, 22% Haushalt) bei Invaliditätsgraden von 2% ab dem 1. Juli 2017 und 17% ab dem 1. Januar 2018 die Abweisung des Leistungsbegehrens.

C.

Mit Eingabe vom 6. Oktober 2021 erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, dagegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IVB vom 1. September 2021 sei aufzuheben und die Sache zwecks umfassender medizinischer Abklärungen an diese zurückzuweisen.
2. Eventualiter sei der Beschwerdeführerin rückwirkend seit dem frühestmöglichen Rentenbeginn eine Invalidenrente in gesetzlicher Höhe zuzusprechen, subeventualiter seien ihr Umschulungsmassnahmen zu finanzieren.

– unter Kosten und Entschädigungsfolge –

Mit separater Eingabe vom gleichen Tag stellte die Beschwerdeführerin ein Gesuch um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. November 2021 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Mit Verfügung vom 5. November 2021 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch der Beschwerdeführerin um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt gut.

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 (grundsätzlich, vgl. E. 1.2 hiernach) einzutreten.

1.2 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 1. September 2021 (AB 159). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung. Vorliegend nicht Streitgegenstand bildet ein allfälliger Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (Beschwerde S. 2, Subeventualbegehren), da die Beschwerdegegnerin hierüber in der angefochtenen Verfügung nicht befunden hat. Diesbezüglich ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

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.

Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; BBl 2020 5535 ff.) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, 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) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 1. September 2021 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

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).

2.2 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). Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

Nach aArt. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (aArt. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invali-

ditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 145 V 370 E. 4.1 S. 373, 144 I 21 E. 2.1 S. 23).

Bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrads der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich summiert (aArt. 27^{bis} Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

Die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG. Dabei sind Validen- und Invalideneinkommen auf der Grundlage einer hypothetischen Vollzeittätigkeit zu ermitteln (BGE 145 V 370). Die prozentuale Erwerbseinbusse wird schliesslich anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (aArt. 27^{bis} Abs. 3 IVV).

Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Er wird anhand des Anteils des Aufgabenbereichs gewichtet (aArt. 27^{bis} Abs. 4 IVV).

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

2.5

2.5.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den

Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente 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).

2.5.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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).

2.5.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – 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).

2.5.4 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 Da die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom Januar 2017 (AB 39) eingetreten ist und über den Anspruch materiell entschieden hat, ist die Eintretensfrage gerichtlich nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

3.2 Mit Verfügung vom 28. April 2015 (AB 37) wurde u.a. bei der Diagnose eines generalisierten Weichteilrheumatismus im Sinne einer Fibromyalgie und einer Myofascialgie (vgl. rheumatologisches Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 6. Oktober 2014 [AB 25.2/7]) bzw. eines fibromyalgiformen Schmerzsyndroms (vgl. RAD-Aktenbeurteilung von Dr. med. D. _____ vom 9. Dezember 2014 [AB 33/8]), welcher keine bzw. keine dauerhafte Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit beigemessen wurde (AB 25.2/7 ff., 33/8 f.), und der Begründung, es liege kein Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne vor, ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung verneint. Seither hat sich der Gesundheitszustand wesentlich verändert, indem nun im Zusammenhang mit sehr starken Schmerzen Ausfälle in Form von kurzen Ohnmachten/kurzem Bewusstseinsverlust und Stürzen auftreten (AB 127.5/8 f. Ziff. 3.1 f., 127.5/18 Ziff. 7.1; zwischen Mai und Ende August 2019 drei bis vier Mal [AB 127.5/9 Ziff. 3.2]). Diese Manifestationen wurden unter der Diagnose rezidivierende transiente Bewusstseinsverluste anamnestisch infolge einer Schmerzexazerbation unklarer Ätiologie (Differentialdiagnose: Dissoziativ; ICD-10 R55) subsumiert (AB 127.5/17 Ziff. 6) und derselben Einfluss auf das Zumutbarkeitsprofil beigemessen (AB 127.5/23 Ziff. 8). Soweit die Beschwerdeführerin anlässlich der MEDAS G. _____-Begutachtung angab, die Ohnmachten mit Stürzen seien erstmals im Herbst 2011 aufgetreten (AB 127.5/9 Ziff. 3.2), sind den echtzeitlichen medizinischen Unterlagen hierzu einzig im Bericht des Zentrums K. _____ vom 18. August 2011 des öfteren erlittene Synkopen zu entnehmen (AB 26/11). Weder in der gutachterlichen Exploration bei Dr. med. C. _____ vom 30. September 2014 (AB 25.2) noch jener von Dr. med. E. _____ vom 19. November 2014 oder den anderen medizinischen Berichten bis zur Verfügung vom 28. April 2015 (AB 37) sind irgendwelche Anhaltspunkte für Bewusstseinsverluste mit Stürzen zu entnehmen. Erst in den Akten ab 2017 werden hierfür Informationen geliefert (Beschreibung der

Beschwerdeführerin vom 17. Januar 2017 [Wegsacken der Beine, Übelkeit, Schwindel, wenn Schmerzen besonders stark einsetzen; AB 42/2], Bericht des Zentrums K._____ vom 30. Mai 2017 [konsekutive muskuläre Schwächen und Einknicktendenz vor allem im Bereich der unteren Extremität; AB 63/9], Bericht eines Arbeitskollegen vom 25. Juli 2017 [Schwindelanfälle oder drohende Gefahr einer Ohnmacht; AB 74/2], polydisziplinäres MEDAS F._____ -Gutachten vom 24. Mai 2018 [unklare Bewusstseinsstörungen mit vereinzelt Stürzen seit zwei Jahren {AB 85.1/17}, Schwindelattacken bis hin zur Ohnmacht {AB 85.1/29, 85.1/41}, Kollaps im November 2015 {AB 85.1/57}]]. Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit der ersten leistungsverweigernden Verfügung vom 28. April 2015 (AB 37) ein Revisionsgrund erstellt, so dass nachfolgend eine freie Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen hat (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11).

3.3 Aus medizinischer Sicht ergibt sich im Wesentlichen das Folgende:

3.3.1 Im polydisziplinären MEDAS F._____ -Gutachten vom 24. Mai 2018 (AB 85.1) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

1. Zervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechts (ICD-10 M54.02)
2. Migräne mit Aura seit der Pubertät (ICD-10 G43.1)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.06), ein leichtes femoroazetabuläres Impingement (ICD-10 M25.8), ein fibromyalgiformes Schmerzsyndrom (Differentialdiagnose; ICD-10 M79.70), eine Hypovitaminose D (ICD-10 E55), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine Binge-Eating-Esstörung (ICD-10 F50.9) sowie ein Status nach akuter Belastungsreaktion (ICD-10 F43.0; S. 14). Die bisherige Tätigkeit der Versicherten bestehe im ... in der Aufgrund der zervikospondylogenen Schmerzen sei sie aus rheumatologischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit wie auch einer angepassten Tätigkeit oder Verweistätigkeit zu 70% arbeitsfähig. Aus neurologischer Sicht bestehe aktuell für die bisherige Arbeit aufgrund der Kopfschmerzen eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit ohne weitere Reduktion der Leistungsfähigkeit. Aus allgemeininternistischer und psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%-ige

Arbeitsfähigkeit. Aus gesamtmedizinischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70% (S. 22). Die Versicherte leide unter einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Ausser der chronischen Schmerzstörung bestehe keine weitere psychiatrische Komorbidität. Eine depressive Störung, welche die Kriterien des ICD-10 F32 erfüllen könnte, habe bisher nicht bestanden und auch eine Angststörung nach ICD-10 habe nicht bestanden. Die Versicherte befinde sich nicht in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Es bestehe kein Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären psychiatrischen Behandlung. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens liege nicht vor. Die Versicherte habe einen guten familiären Kontakt. Es bestehe auch kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer, innerseelischer Konflikt. Die Versicherte sei motiviert und in der Lage, ihre Schmerzen zumindest teilweise zu überwinden (S. 18).

3.3.2 Im polydisziplinären MEDAS G. _____-Gutachten vom 27. September 2019 (AB 127.1) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

1. Rezidivierende transiente Bewusstseinsverluste anamnestisch infolge einer Schmerzexazerbation unklarer Ätiologie (Differentialdiagnose: Dissoziativ; ICD-10 R55)
2. Chronisches cervicovertebrales Schmerzsyndrom
3. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit begleitenden ansatzendinotischen Beschwerden am medialen Beckenkamm beidseits
4. Hypermobilitätssyndrom mit multilokulären Arthralgien

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein Status nach Hemithyreoidektomie, ein Status nach „Cysten Entfernung Mamma“, eine Migräne mit Verdacht auf verlängerte visuelle Aura (ICD-10 G43.1), Kopfschmerzen vom Spannungstyp (ICD-10 G44.2), ein Sulcus-ulnaris-Reizsyndrom rechts (ICD-10 G56.1), ein Verdacht auf ein Carpaltunnelsyndrom rechts (ICD-10 G56.0), ein Verdacht auf ein Schultergürtel-Kompressionssyndrom rechts (ICD-10 G54.1), ein Status nach Bulimie (ICD-10 F50.2), deutliche Zeichen einer Schmerzstörung, eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits,

periarthropathische Schulterbeschwerden rechts sowie Spreizfüsse (S. 12 f. Ziff. 4.2).

Tätigkeiten mit Absturzgefahr sowie Arbeiten an gefährlichen Maschinen könnten nicht durchgeführt werden. Ebenfalls bestehe keine Fahreignung. Entsprechend der rheumatologischen Beurteilung lägen rein bezogen auf die somatisch begründbaren Einschränkungen nur relativ geringgradige Funktionsstörungen vor. Dies zeige sich insbesondere im Rahmen der guten Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Nur die Flexion sei etwas eingeschränkt. Bezogen auf die erwähnten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Einschränkung im Sinne einer Leistungseinbusse bezüglich der Tätigkeit als Körperliche Schwerarbeiten seien der Versicherten nicht zumutbar, ebenfalls Arbeiten mit spezifischer Belastung der Wirbelsäule im Sinne einer längerdauernden oder repetitiven Arbeitshaltung rekliniert oder vornüber geneigt oder verbunden mit wiederholten Bück- oder Torsionsbewegungen. Dies betreffe jedoch nicht die berufliche Tätigkeit als ... (S. 13 f. Ziff. 4.3). Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, seien aus neurologischer Sicht die transienten Bewusstseinsverluste relevant. Die Tätigkeit als ... sei als ideal anzusehen und könne aus neurologischer Sicht ganztätig zu 100% durchgeführt werden. Eine Migräne mit visueller Aura, welche ein Mal pro Monat auftrete und 24 Stunden dauere, begründe keine dauernde Arbeitsunfähigkeit. Während einer Migräneattacke sei vorübergehend mit einer Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. In der bisherigen Tätigkeit als ... sei die Versicherte aus rein psychiatrischer Sicht zu 100% als arbeitsfähig zu beurteilen. Dies zeige sich auch im anlässlich der psychiatrischen Exploration durchgeführten Mini-ICF-APP-Rating-Bogen. Diese 100%-ige Arbeitsfähigkeit werde auch durch die psychiatrischen Begutachtungen im Dezember 2014 und Oktober 2017 gestützt, wo ebenfalls keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden seien. Aus rein rheumatologischer Sicht könne nur eine teilweise Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden, dies geschätzt im Rahmen von etwa 20%. Aus interdisziplinärer Sicht könne die Tätigkeit als ... als ideal adaptiert angesehen werden und es bestehe – bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen – geschätzt eine Einschränkung von 20% (S. 15 f. Ziff. 4.7).

3.3.3 Am 14. Juli 2020 (AB 138) beantworteten die MEDAS G. _____ - Gutachter Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin (Zweckmässigkeit von ergänzenden medizinischen Massnahmen und Erläuterung der Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zwischen den behandelnden Ärzten, insbesondere von Dr. med. J. _____ und dem MEDAS G. _____ -Gutachten).

Aus psychiatrischer Sicht würden sich keine Antworten auf die gestellten Fragen ergeben. Eine Indikation für eine neuropsychologische Symptomvalidierung bestehe aus psychiatrischer Sicht nicht (S. 1).

Der neurologische Gutachter führte alsdann aus, in den von der Versicherten aufgeführten Beschwerden (vgl. „Beschreibung der täglichen Beeinträchtigungen durch den chronischen Schmerz“ vom 17. Januar 2017 [AB 42/2 f.]) sei keine Rede von einem Bewusstseinsverlust. Im neurologischen MEDAS F. _____ -Teilgutachten aus dem Jahre 2018 würden seit zwei Jahren bestehende unklare Bewusstseinsstörungen, welche offenbar vereinzelt mit Stürzen einhergingen, genannt. Es würden sich hierbei keine unmittelbaren Hinweise für ein cerebrales Geschehen im Sinne einer Epilepsie ergeben. Es erscheine wahrscheinlich, dass diese paroxysmalen Störungen am ehesten funktionell einzuordnen seien (AB 85.1/66 Ziff. 1). Der neurologische MEDAS G. _____ -Gutachter kam zum Schluss, bei der Angabe von transienten Bewusstseinsverlusten wäre tatsächlich zumindest ein Routine-EEG empfehlenswert. Idealerweise wäre es sinnvoll, wenn man eine Episode mit transientem Bewusstseinsverlust unter EEG-Ableitung dokumentieren könnte. Bei Angabe von Einschlafproblemen infolge Schmerzen sowie Durchschlafstörung infolge periodisch wiederkehrender Alpträume und angegebener Müdigkeit sei eine schlafmedizinische Abklärung vertretbar. Im neurologischen MEDAS G. _____ -Teilgutachten sei unter Konsistenzprüfung aufgeführt, dass die Diagnose Migräne mit verlängerter visueller Aura sowie die Diagnose von Spannungskopfschmerzen sich aus den Angaben der Explorandin ergeben würden. Trotz den zahlreich angegebenen Beschwerden hätten sich klinisch-neurologisch diskrete Befunde mit Angabe einer Hypästhesie und Hypalgesie im Bereich der volaren Endphalangen der Finger I-III rechts gefunden. Anlässlich der neurologischen Untersuchung durch Dr. med.

L._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. Mai 2018 (AB 92/2) hätten in den elektromyographischen Untersuchungen beider Arme und der rechten unteren Extremität keine Neuropathie nachgewiesen werden können. Insbesondere habe neurographisch kein Carpaltunnelsyndrom und keine Ulnarisneuropathie rechts nachgewiesen werden können. In der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seien aus neurologischer Sicht die transienten Bewusstseinsverluste als relevant angesehen worden. So bestünden qualitative Einschränkungen: Tätigkeiten mit Absturzgefahr sowie Arbeiten an gefährlichen Maschinen könnten nicht durchgeführt werden. Ebenfalls habe keine Fahreignung bestanden. Eine Migräne mit visueller Aura, welche einmal im Monat auftrete und 24 Stunden andauere, begründe keine dauernde Arbeitsunfähigkeit. Während einer Migräneattacke sei vorübergehend mit einer Arbeitsunfähigkeit zu rechnen (S. 2 f.).

Aus rheumatologischer Sicht seien ergänzende medizinische Abklärungen wie z.B. eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) nicht zweckmässig. Aufgrund der ausgeprägten psychosomatischen Reaktionen anlässlich der rheumatologischen Exploration, wie sie im rheumatologischen Teilgutachten vom 18. September 2019 beschrieben seien (AB 127.6), könnten keine zusätzlichen Informationen durch eine EFL erwartet werden. Es wäre davon auszugehen, dass ausgeprägte Einschränkungen zu verzeichnen wären, die aber nicht auf somatische Gründe zurückgeführt werden könnten. Da im Rahmen der rheumatologischen Beurteilung jedoch nur die eigentlichen somatischen Einschränkungen berücksichtigt würden, würden sich durch eine derartige Untersuchung keine neuen Informationen ergeben. Vielmehr würden multiple Beeinträchtigungen auftreten, die jedoch nicht somatisch in diesem Ausmass begründet werden könnten. Aus diesem Grund mache eine derartige zusätzliche Untersuchung aus rheumatologischer Sicht keinen Sinn. Es sei zu betonen, dass es sich bei der geschilderten Problematik nicht um eine mangelnde Kooperationsbereitschaft oder sogar eine Verdeutlichung oder Aggravation durch die Versicherte handle, sondern um den Ausdruck nicht-somatisch bedingter Symptome. Die Diskrepanz der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zwischen den behandelnden Ärzten,

insbesondere Dr. med. J._____, und dem interdisziplinären MEDAS G._____-Gutachten erkläre sich bezüglich des rheumatologischen Fachbereiches dadurch, dass im Rahmen dieser Beurteilung nur die somatisch begründbaren Beschwerden und Einschränkungen berücksichtigt würden. Im Gegensatz dazu würden die behandelnden Ärzte in der Regel die Gesamtproblematik werten. Im vorliegenden Fall entstünden dadurch insbesondere Diskrepanzen in der Beurteilung der Beschwerden, die nicht den somatischen, rheumatologischen Fachbereich betreffen würden (S. 4 f.).

3.3.4 RAD-Ärztin Dr. med. I._____ führte in der Aktenbeurteilung vom 16. Oktober 2020 (AB 140) aus, wiederholte somatisch-medizinische Abklärungen hätten keine objektiven Befunde gezeigt, aus denen sich die von der Versicherten geltend gemachte dauerhafte hohe Teilarbeitsunfähigkeit begründen liesse. Die bislang involvierten Gutachter würden durchgehend auf psychosomatische Beschwerden verweisen. Deren Vorliegen könnte die ungenügende Wirksamkeit der somatischen Therapiemassnahmen erklären.

3.3.5 Dr. med. H._____ führte in der Aktenbeurteilung vom 16. Oktober 2020 (AB 141) aus, den medizinischen Angaben der Gutachter und von Dr. med. I._____ könne entnommen werden, dass die Schmerzen der Versicherten nicht ausreichend mit somatischen Korrelaten zu erklären seien und daher in einem erheblichen Anteil psychosomatischen Charakter hätten. Nach Studium der Akten komme sie zum gleichen Schluss, was letztlich der Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41) entspreche, die schon im MEDAS F._____-Gutachten als Diagnose gestellt worden sei (S. 2). Weiter vertritt Dr. med. H._____ die Auffassung, es sei nicht plausibel, dass im MEDAS G._____-Gutachten keine psychiatrische Diagnose gestellt werde. Es „schreie alles“ nach einer ängstlich vermeidenden und abhängigen Persönlichkeitsproblematik und nach einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41). Möglich seien auch psychogene Stürze, sofern eine orthostatische Ursache ausgeschlossen worden sei. Ohne die früher laufende psychosomatische Behandlung (das Ende müsse um 2013

gewesen sein) gehe es nun bzw. sei es mit den vorher noch bestehenden Ressourcen im Umgang mit Ängsten und Schmerzen immer mehr bergab gegangen. Es komme zu einem zunehmenden Fähigkeits- und Ressourcenverlust. Die Arbeitsfähigkeit sinke. Früher verordnetes Morphium und später Ketamin würden die Probleme des psychiatrisch-psychosomatischen Gesundheitsschadens (mit somatischen Anteilen) nicht lösen. Die Versicherte sei aufzufordern, dass sie wieder in eine psychosomatische und auch psychiatrische Behandlung gehe. Zusätzlich müsse aber auch ein Psychiater involviert werden, nicht nur rein psychosomatisch. Die Aufnahme einer psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlung sei angezeigt (S. 6 f.).

3.3.6 Dr. med. I. _____ führte in der Aktenbeurteilung vom 19. Oktober 2020 (AB 142) aus, bei der Versicherten habe sich eine langwierige komplexe psychosomatische Symptomatik entwickelt, welche für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit massgeblich sei. Deshalb leuchte der Verzicht auf eine neuropsychologische Testung und eine EFL ein. Die bei Dr. med. H. _____ eingeholten Auskünfte würden sowohl den bisherigen Verlauf als auch die Divergenzen bei der bisherigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit am überzeugendsten zu erklären vermögen. Somatische Untersuchungen wie erweiterte Labordiagnostik, apparative Schlafanalyse im Schlaflabor, Funktionsdiagnostik zur Überprüfung der Kreislaufregulation, allenfalls EEG, würden zwar eine zweckmässige Ergänzung zu den bisherigen Abklärungen bilden. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hänge aber ausschliesslich vom Verlauf der nun definitiv und in erster Linie indizierten psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlung ab. Die Versicherte habe in ihrem bisherigen Leben Willen gezeigt, psychisch belastende Erlebnisse zu bewältigen, bis heute aber nicht gewagt, die Ursache ihrer Beeinträchtigung zu ergründen. Ohne ursächliche Therapie würden die Beschwerden in den kommenden Monaten und Jahren jedoch persistieren, wenn nicht sogar zunehmen. Um die indizierte Therapie durchzustehen, benötige die Versicherte eine engmaschige ambulante, vorübergehend wahrscheinlich stationäre, Behandlung. In Anbetracht des bisher gezeigten Willens könne von der empfohlenen Massnahme eine

Verbesserung und nachhaltige Stabilisierung des Gesundheitszustandes erwartet werden, welche der Versicherten eine stabile Verwertung ihrer Berufskennntnisse erlaube, an welchem Arbeitsplatz auch immer. Allerdings werde diese Massnahme lange Zeit in Anspruch nehmen und mit hoher Wahrscheinlichkeit eine vorübergehende volle Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen (S. 3).

3.3.7 Am 19. Oktober 2020 (AB 143) gab Dr. med. H._____ an, die Versicherte habe weit weniger Ressourcen, als man prima vista annehme. Sie sei immer nur dann fähig gewesen zu arbeiten, solange sie durch einen Psychosomatiker gestützt worden sei. Das zeige den hohen Grad ihrer Ichschwäche, also der Defizite in der Persönlichkeit. Im Moment arbeite sie auf einem tiefen Niveau von 40%. Die Versicherte werde das nicht mehr lange halten können, vor allem wenn sie mit der Therapie sich bewusster werde, was hinter der Störung liege. Es sei ein therapeutischer Fortschritt, wenn psychosomatische Patienten dann depressiv würden. Dies würden sie nämlich, sobald ihnen bewusst werde, dass sie ein psychisches Problem hätten. Das sei aber der relevante Schritt, dass sie längerfristig eine therapeutische Chance auf mehr Stabilität hätten. Der Prozess dauere lange und während dieser Zeit seien die Betroffenen mit der Schwere und Länge der Störung für alle Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig.

3.3.8 Dr. med. J._____ stellte im Bericht vom 15. April 2021 (AB 152/2) folgende Diagnosen:

1. Chronisches Schmerzsyndrom mit/bei:
2. Fibromyalgische Beschwerden mit Chronic Fatigue Syndrom, genereller Hypermobilität der Gelenke und Einbusse der Funktionalität mit muskulärer Dysbalance
3. Verdacht auf Ehlers-Danlos-Syndrom
4. Sekundärer Hyperparathyreoidismus bei Zustand nach Hemithyreoidektomie vor vielen Jahren
5. Mehretagendiskusprotrusion C4/5/6 sowie ausgeprägte Osteochondrosen C3-7
6. Chronische lumbospondylogene Schmerzen
7. Intermittierend blockiertes ISG
8. Migräne mit Aura
9. Chronische Anämie bei ausgeprägtem Eisen- und Ferritinmangel

10. Zustand nach Schleudertrauma vor Jahrzehnten

Die seit Februar 2013 in seiner Behandlung stehende Versicherte habe bei der Erstuntersuchung die klassischen Anzeichen eines fibromyalgischen Schmerzsyndroms bei generalisierter Hypermobilität, Chronique-Fatigue-Syndrome, konkomitierender Migränesymptomatik und ausgeprägter vegetativer Symptomatik bei psychischer und körperlicher Überlastungssituation gezeigt. Durch Einsatz der möglichst wirksamen Medikamente habe im Lauf der Jahre die Schmerzsituation zum grössten Teil im Rahmen des Erträglichen gehalten werden können mit immer wieder mehrmals pro Jahr auftretenden Schmerzexacerbationen und entsprechend längerfristiger Krankschreibungen. Die Arbeitsbelastung sei mit 50% als ...- und ... an der Grenze des Machbaren gewesen. Die bisher hilfreiche Ketamininfusionstherapie habe zeitweilig auf wöchentliche einmalige Infusionen gesteigert werden müssen, wodurch die Schmerzsymptomatik bei einem wöchentlichen Pensum von zwölf Stunden einigermaßen habe kompensiert werden können. Seit dem Stellenwechsel im Sommer 2020 an eine ... habe die Versicherte ein etwas erhöhtes Pensum zu bewältigen und werde deshalb zwei bis drei Mal wöchentlich mittels Ketamininfusion behandelt. Sie habe während dieser Zeit deutlich weniger vegetative Reaktionen gezeigt und habe seither nicht mehr krank geschrieben werden müssen. Dafür seien die sozialen Kontakte auf ein Minimum reduziert worden, was für die psychische Stabilität nicht gerade förderlich wirke. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit bestehe keinerlei Veränderung im Vergleich zur Beurteilung von 2019. Es sollte ein maximales Arbeitspensum von 50% beibehalten werden, d.h. nicht mehr als zwölf Stunden wöchentlich.

3.3.9 Die MEDAS G. _____-Gutachter äusserten sich am 8. Juni 2021 (AB 155.1) zu den Stellungnahmen des RAD sowie von Dr. med. J. _____. Nach Durchsicht der neu zur Verfügung gestellten Akten komme es aus neurologischer Sicht zu keiner Änderung der Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ebenfalls komme es zu keiner Änderung in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und angepassten Tätigkeit (S. 1). Aus psychiatrischer Sicht sei festzuhalten, dass sich durch die neuen Berichte und Stellungnahmen keine neuen Anhaltspunkte für psychiatrische Diagnosen oder die psychiatrische Einschätzung ergeben

würden. Dabei sei explizit darauf hinzuweisen, dass die aktuellen Berichte des Spitals M._____ vom Zentrum K._____ gestellt würden und keine psychiatrischen Diagnosen enthielten. Aus rheumatologischer Sicht weise der Bericht von Dr. med. J._____ vom 15. April 2021 keine neuen Aspekte auf gegenüber den früheren Beurteilungen. Entsprechend der Diagnoseliste werde die Gesamtbeschwerdesymptomatik für diese Beurteilung berücksichtigt und nicht nur die somatisch begründbaren Beschwerden. Insbesondere könne entsprechend der begründeten Beurteilung im rheumatologischen MEDAS G._____ -Teilgutachten die fibromyalgische Beschwerdesymptomatik nicht im Sinne eines somatischen Krankheitsbildes beurteilt werden. Der neue Bericht von Dr. med. J._____ bewirke deshalb keine Änderung an den Aussagen im rheumatologischen Teilgutachten (S. 4).

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).

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).

3.5 Die Beschwerdegegnerin stützt sich im Wesentlichen auf das polydisziplinäre MEDAS G. _____-Gutachten vom 27. September 2019 (inkl. Teilgutachten; AB 1271.1-127.6) sowie die ergänzenden Stellungnahmen vom 14. Juli 2020 (AB 138) und 8. Juni 2021 (AB 155.1). Das Gutachten sowie die ergänzenden Stellungnahmen erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4 hiervor) und überzeugen. Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit werden für den Rechtsanwender nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Danach ist die Beschwerdeführerin in der aktuellen Tätigkeit als ..., welche als ideal adaptiert anzusehen ist, bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen zu 80% arbeits- und leistungsfähig (AB 127.1/16 Ziff. 4.7). Dem polydisziplinären Gutachten inkl. Teilgutachten und ergänzenden Stellungnahmen kommt damit voller Beweiswert zu und es ist in der Folge darauf abzustellen. Die Einwände der Beschwerdeführerin und die übrigen medizinischen Berichte schmälern – wie nachfolgend dargelegt – die Beweiskraft des Gutachtens nicht.

Zu Recht unbestritten ist, dass auf das MEDAS F. _____-Gutachten vom 24. Mai 2018 (AB 85.1) inkl. ergänzender Stellungnahme vom 5. November 2018 (AB 98) nicht abgestellt werden kann (vgl. diesbezüglich u.a. Einwand der Beschwerdeführerin vom 16. Januar 2019 [AB 104] sowie RAD-Stellungnahmen vom 29. März 2019 [AB 108] und 1. April 2019 [AB

112]). Daher erübrigt es sich, auf den Einwand der Beschwerdeführerin bezüglich des Alters dieses Gutachtens bzw. der diesbezüglichen Untersuchungen (vgl. Beschwerde S. 13 Ziff. 6) einzugehen.

Weiter vermag die Einschätzung der RAD-Psychiaterin Dr. med. H._____ vom 16. Oktober 2020 (AB 141), wonach das Fehlen einer psychiatrischen Diagnose nicht plausibel sei (S. 6), nicht zu überzeugen. Diesbezüglich ist namentlich zu berücksichtigen, dass früher bereits Dr. med. E._____ (vgl. psychiatrisches Gutachten vom 5. Dezember 2014 [AB 34.2/12]) und der psychiatrische MEDAS F._____ -Gutachter (vgl. psychiatrisches MEDAS F._____ -Teilgutachten vom 4. Oktober 2017 [AB 85.1/83]) überzeugend einen psychischen Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneint haben (woran nichts ändert, dass das MEDAS F._____ -Gutachten als solches nicht zu überzeugen vermag, denn der psychiatrische Teil wurde vom RAD allein im Hinblick auf unklare Therapieoptionen in Frage gestellt; AB 112/4 f.). Zwar erfolgten in der Teenagerzeit zwei Abklärungen wegen einer Bulimie, doch war die Beschwerdeführerin nie in fachärztlicher psychiatrischer Behandlung (AB 127.4/10 Ziff. 3.2). Hinreichende Anhaltspunkte für die Annahme einer psychischen Erkrankung im hier interessierenden Zeitraum bestehen auch nicht unter Berücksichtigung der früheren temporären psychosomatischen Behandlungen, zumal die Beschwerdeführerin eine solche zuletzt im Jahr 2011 wegen der Schmerzsituation aufgenommene Behandlung ca. 2012 oder 2013 einstellte (AB 127.4/10 Ziff. 3.2).

Der Einwand der Beschwerdeführerin, beim MEDAS F._____ -Gutachten wie dem MEDAS G._____ -Gutachten handle es sich um „komplett veraltetes Datenmaterial“, worauf nicht abgestellt werden könne (vgl. Beschwerde S. 13 Ziff. 6), vermag nicht zu überzeugen. Wie bereits dargelegt, kann auf das MEDAS F._____ -Gutachten inkl. ergänzende Stellungnahme nicht abgestellt werden, was die Beschwerdegegnerin in der hier angefochtenen Verfügung denn auch nicht getan hat. Was das polydisziplinäre MEDAS G._____ -Gutachten betrifft, fanden die diesbezüglichen Untersuchungen zwischen dem 8. August und dem 12. September 2019 statt, das Gutachten datiert vom 27. September 2019. Die dortigen Schlüsse wurden sodann von den Gutachtern in den zusätzlichen

Stellungnahmen von Juli 2020 (AB 138) und Juni 2021 (AB 155.1) unter Berücksichtigung der inzwischen eingegangenen Berichte bestätigt. Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin hat die Beschwerdegegnerin sehr wohl einen aktualisierten Bericht, nämlich einen Verlaufsbericht des behandelnden Dr. med. J. _____ vom 15. April 2021 eingeholt, welcher selbst festhielt, bezüglich Arbeitsfähigkeit bestehe keinerlei Veränderung im Vergleich zur Beurteilung aus dem Jahr 2019 (AB 152/3). Damit ist eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der MEDAS G. _____-Begutachtung nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, was die Beschwerdeführerin denn auch nicht substantiiert geltend macht oder hierfür Arztberichte einreicht, welche eine solche Annahme stützen würden. Damit erweist sich der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und auf weitere Beweismassnahmen ist in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. 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) zu verzichten.

Soweit die Beschwerdeführerin die gutachterliche Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bemängelt (Beschwerde S. 13 ff. Ziff. 7 f.), ist ihr nicht zu folgen. Sie bezieht sich in ihren Ausführungen denn auch auf das polydisziplinäre MEDAS F. _____-Gutachten vom 24. Mai 2018 und der darin aus gesamt-medizinischer Sicht attestierten Arbeitsfähigkeit von 70% (AB 85.1/22). Wie bereits hiervor dargelegt, kann jedoch auf dieses Gutachten nicht abgestellt werden. Vielmehr ist vorliegend auf die von den MEDAS G. _____-Gutachtern anlässlich ihrer Konsensbesprechung attestierten Arbeits- und Leistungsunfähigkeit von 20% (AB 127.1/16 Ziff. 4.7) abzustellen. Was die Festsetzung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit betrifft, so handelt es sich dabei rechtsprechungsgemäss in der Regel um eine Schätzung, die naturgemäss einen Ermessensspielraum umfasst. Sie basiert massgebend auf der Würdigung der erfragten und entdeckten Symptome (vgl. statt vieler Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 29. April 2021, 8C_761/2020, E. 5.3). Vorliegend ist die im Rahmen der Konsensbesprechung erfolgte Bemessung der Einschränkung von insgesamt 20% mit Blick auf die von den Teilgutachtern festgestellten Einschränkungen ohne weiteres nachvollziehbar und plausibel. Soweit die Beschwerdeführerin die hiervon abweichenden Einschätzungen des

behandelnden Dr. med. J. _____ mit Arbeitsunfähigkeiten von 50% und mehr vorbringt (Beschwerde S. 14 Ziff. 7; vgl. Berichte von Dr. med. J. _____ vom 26. Februar 2019 [AB 107/2] und 15. April 2021 [AB 152/2]), kann ihr nicht gefolgt werden, zumal in Bezug auf Atteste von Hausärzten das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für – wie im vorliegenden Fall für Dr. med. J. _____ zutreffend – den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Weiter lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativgutachten – wie vorliegend jenes des G. _____ – stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Entscheid des BGer vom 15. November 2021, 9C_458/2021, E. 3.4). Zudem verfügt Dr. med. J. _____ über einen Facharzttitel in Anästhesiologie (vgl. <https://www.medreg.admin.ch>). Für die Eignung eines Arztes oder einer Ärztin, in einer bestimmten medizinischen Disziplin stichhaltige Aussagen machen zu können, ist gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung jedoch ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender, spezialärztlicher Titel vorausgesetzt (vgl. Entscheid des BGer vom 22. März 2010, 8C_83/2010, E. 3.2.3). Damit vermag Dr. med. J. _____ nicht, die von Fachärzten für Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie (AB 127.1/18) aufgrund eigener Untersuchungen erhobenen und anhand einer gemeinsamen Konsensbeurteilung diskutierten Beurteilungen in Zweifel zu ziehen. Zudem sagen die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit per se noch nichts aus über das Ausmass

der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dieses ist vom Arzt im Einzelfall festzusetzen.

3.6 Aufgrund des Dargelegten ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer angestammten Tätigkeit als ... als auch jeder anderen leistungsangepassten Tätigkeit bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitspensum zu 80% arbeits- und leistungsfähig ist; dies gilt seit Mai 2011 (AB 127.1/16 Ziff. 4.7). Die Beschwerdeführerin war somit nicht im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig, weshalb das Wartejahr nicht erfüllt ist und somit kein Rentenanspruch entstehen konnte. Damit ist gemäss den nachfolgenden Ausführungen auch eine abschliessende Beurteilung der von der Beschwerdegegnerin ermittelten Einschränkungen im Haushalt von ungewichtet 7.6% bzw. gewichtet 1.67% (AB 129/11 Ziff. 8) entbehrlich; eine Einschränkung von 40% in diesem Bereich ist nicht ersichtlich, was jedoch letztlich offen bleiben kann, wie sogleich zu zeigen ist.

Die Beschwerdegegnerin geht von einem Status von 78% Erwerb sowie 22% Haushalt aus, was von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht beanstandet wird und sich im Übrigen mit ihren Aussagen anlässlich der Haushaltsabklärung vor Ort am 19. Juni 2018 deckt, wo sie angab, bei guter Gesundheit zwischen 75-80% arbeitstätig zu sein (AB 129/5 Ziff. 3.4). Der Invaliditätsgrad wäre folglich aufgrund der gemischten Methode sowie bei einem Status von 78% im Erwerb bzw. 22% im Haushalt zu bemessen, wobei ab 1. Januar 2018 das Valideneinkommen basierend auf einem Vollpensum zu ermitteln ist (aArt. 27^{bis} IVV; vgl. E. 2.3 hiervor). Die Invaliditätsgradberechnung der Beschwerdegegnerin mit daraus resultierenden Invaliditätsgraden im Erwerb von gewichtet 0% ab 1. Juli 2017 und 15.60% ab 1. Januar 2018 (vgl. u.a. AB 129/5 f. Ziff. 5 und 129/11 Ziff. 8) erweisen sich als korrekt und werden von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht beanstandet. Weiter würde die Einschränkung im Haushalt bei einem Anteil von 22% gewichtet maximal 22% betragen, weshalb so oder anders kein Gesamtinvaliditätsgrad von 40% und somit kein Rentenanspruch resultiert. Daher erübrigen sich Ausführungen zu den Einwänden der Beschwerdeführerin gegen die Haushaltsabklärungen (Beschwerde S. 12 ff. Ziff. 6 f. und 9).

Soweit schliesslich die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer materiellen Ausführungen eine Rechtsverzögerung geltend macht (Beschwerde S. 16 Ziff. 10), ist, soweit nach Erlass der angefochtenen Verfügung darauf überhaupt einzutreten ist, festzuhalten, dass die Dauer der Sachverhaltsabklärung u.a. mit zwei polydisziplinären Gutachten, diversen ergänzenden Stellungnahmen der Gutachter und des RAD sowie Haushaltsabklärungen nicht als unangemessen lang anzusehen ist und der Beschwerdeführerin durch die Verfahrensdauer keine nachteiligen Folgen hinsichtlich der materiell-rechtlichen Beurteilung erwachsen. Die umfassenden Abklärungen erlauben vielmehr eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Anspruchs.

3.7 Aufgrund des Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 1. September 2021 (AB 159) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

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). Unter Berücksichtigung des gutgeheissenen Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 5. November 2021) wird sie – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG sowie Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

4.3 Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Verbeiständung bleibt indes das amtliche Honorar für Rechtsanwalt B._____ festzusetzen.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Die Kostennote vom 15. November 2021, in welcher Rechtsanwalt B._____ einen Aufwand von 9 Stunden à Fr. 270.-- und Auslagen von Fr. 189.50 geltend macht, ist nicht zu beanstanden. Somit ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf Fr. 2'821.20 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzulegen. Entsprechend ist das amtliche Honorar auf Fr. 2'142.70 (Fr. 1'800.-- [9 Stunden à Fr. 200.--] zuzüglich Auslagen von Fr. 189.50 und MWSt. von Fr. 153.20 [7.7% von Fr. 1'989.50]) festzusetzen und Rechtsanwalt B._____ aus der Gerichtskasse zu vergüten. Die Beschwerdeführerin hat dem Kanton Bern diese Kosten nach den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO – d.h. sobald sie innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist – nachzubezahlen (Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'821.20 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'142.70 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,
3001 Bern

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.