

200 22 28 IV  
SCI/SVE/WSI

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 6. Juli 2022**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichterin Mauerhofer  
Gerichtsschreiberin Schwitter

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. November 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1983 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Januar 2013 unter Hinweis auf einen am 22. Dezember 2012 erlittenen Unfall bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Die IVB tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen. Mit Verfügung vom 24. November 2014 (act. II 49) verneinte sie einen Anspruch auf berufliche Massnahmen aufgrund fehlender Mitwirkung der Versicherten und leitete die Klärung des Anspruchs auf eine Rente ein. In diesem Zusammenhang ordnete die IVB eine interdisziplinäre Begutachtung (psychiatrisch-rheumatologische Expertise vom 28. September 2016 [act. II 90 ff.]) und eine Abklärung an Ort und Stelle (Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 27. Februar 2017 [act. II 97]) an. Mit Vorbescheid vom 30. März 2017 (act. II 98) stellte die IVB der Versicherten eine vom 1. Dezember 2013 bis zum 31. Juli 2014 befristete halbe Rente in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 102) veranlasste die IVB eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie und Neuropsychologie sowie Psychiatrie bei der C. \_\_\_\_\_ AG (MEDAS; Gutachten vom 28. März 2018 [act. II 126]), und eine Abklärung an Ort und Stelle (Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 8. Januar 2019 [act. II 133]). Mit Vorbescheid vom 17. Januar 2019 (act. II 134) stellte die Beschwerdegegnerin erneut eine vom 1. Dezember 2013 bis zum 31. Juli 2014 befristete halbe Rente in Aussicht. Nachdem die Beschwerdeführerin Einwand (act. II 135, 140) erhoben hatte, liess die IVB ein psychiatrisch-neuropsychologisches Verlaufsgutachten erstellen (Gutachten vom 28. September 2020 [act. II 179]; Stellungnahme vom 15. Juni 2021 [act. II 196]) und veranlasste neuerlich eine Abklärung an Ort und Stelle (Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 20. November 2020 [act. II 182]; Stellungnahme vom 16. Juli 2021 [act. II 198]). Nach erneutem Vorbescheidverfahren (act. II 183) sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 19. November 2021 (act. II 205) eine vom 1. Dezember 2013 bis zum 31. Juli 2014 befristete halbe Rente zu.

**B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 10. Januar 2022 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. November 2021 sei insoweit aufzuheben, als damit der Beschwerdeführerin ab 1. Dezember 2013 bis 31. Juli 2014 keine, eine halbe Invalidenrente übersteigende und ab dem 1. März 2018 gar keine Invalidenrente zugesprochen wird und es sei die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, der Beschwerdeführerin rückwirkend, d.h. ab 1. Dezember 2013 bis 31. Juli 2014, sowie ab dem 1. März 2018 bis auf Weiteres eine ganze Invalidenrente auszurichten.
2. Eventualiter: Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. November 2021 sei insoweit aufzuheben, als damit der Beschwerdeführerin ab 1. Dezember 2013 bis 31. Juli 2014 keine, eine halbe Invalidenrente übersteigende und ab dem 1. März 2018 gar keine Invalidenrente zugesprochen wird und es sei die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, der Beschwerdeführerin rückwirkend, d.h. ab 1. Dezember 2013 bis 31. Juli 2014, eine ganze Invalidenrente sowie ab dem 1. März 2018 bis auf Weiteres eine Dreiviertelsrente auszurichten.
3. Subeventualiter: Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. November 2021 sei insoweit aufzuheben, als damit der Beschwerdeführerin ab 1. Dezember 2013 bis 31. Juli 2014 keine, eine halbe Invalidenrente übersteigende und ab dem 1. März 2018 gar keine Invalidenrente zugesprochen wird und es sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen – so namentlich zur Anordnung eines polydisziplinären Obergutachtens in den Fachbereichen Psychiatrie, Neurologie und Neuropsychologie insbesondere bezüglich der Frage der Arbeitsunfähigkeit sowie zum Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin – an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen verbunden mit der Anordnung, eine neue Verfügung im Sinne der Beschwerderügen zu erlassen.
4. Der Beschwerdeführerin sei für das vorliegende Verfahren vor dem Verwaltungsgericht des Kantons Bern das Recht zur unentgeltlichen Rechtspflege zu erteilen und es sei ihr die unterzeichnende Rechtsanwältin als amtliche Anwältin beizuordnen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 10. Februar 2022 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 17. Februar 2022 ordnete der Instruktionsrichter weitere Beweismassnahmen an und forderte die behandelnden Ärzte auf, jeweils die vollständigen Krankenakten (inkl. der Krankengeschichte) der Beschwerdeführerin zuzustellen. Am 1. sowie am 16. März 2022 gingen die entsprechenden Unterlagen beim Verwaltungsgericht ein.

Mit Eingabe vom 9. März 2022 zog die Beschwerdeführerin das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück. Das diesbezügliche Verfahren wurde mit prozessleitender Verfügung vom 10. März 2022 zufolge Gegenstandslosigkeit vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben und die Beschwerdeführerin zur Bezahlung eines Kostenvorschusses von Fr. 800.-- aufgefordert. Dieser wurde fristgerecht geleistet.

Mit Eingabe vom 31. März 2022 teilte die Beschwerdegegnerin mit, auf Schlussbemerkungen zu verzichten. Die Beschwerdeführerin reichte am 9. Mai 2022 Schlussbemerkungen ein und bestätigte die gestellten Rechtsbegehren.

## **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]). Die Bestimmungen über die 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]) sind eingehalten. Was die Frist (Art. 60 ATSG) betrifft, wurde die angefochtene Verfügung der Beschwerdeführerin mit B-Post zugestellt (vgl.

Beschwerdeantwort S. 2 lit. C Ziff. 2), weshalb kein Zustellnachweis vorhanden ist. Demnach kann die Rechtzeitigkeit der Beschwerdeerhebung nicht näher geprüft werden. Die Einhaltung der Frist wird als gegeben betrachtet (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 lit. C Ziff. 2), womit auf die Beschwerde einzutreten ist.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 19. November 2021 (act. II 205), mit welcher der Beschwerdeführerin eine vom 1. Dezember 2013 bis zum 31. Juli 2014 befristete halbe Rente zugesprochen wurde.

In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; SVR 2019 IV Nr. 32 S. 100 E. 3.2; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Streitig und zu prüfen ist demnach der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin unter Einschluss der vom 1. Dezember 2013 bis 31. Juli 2014 zugesprochenen halben IV-Rente.

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

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

## **2.**

**2.1** Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehaltlich 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 Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

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

**2.3** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**2.4** Nach aArt. 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 Dreiviertelsrente, 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.

**2.5** 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 Invaliditätsgrad 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<sup>bis</sup> 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 Vollzeitätigkeit 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<sup>bis</sup> 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 (Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 4 IVV).

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

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdeführerin meldete sich unter Hinweis auf einen am 22. Dezember 2012 erlittenen Unfall im Januar 2013 bei der IV an (act. II 1 S. 5 Ziff. 6.1 und 6.3, sowie S. 7): Sie sei beim Ausziehen der Schuhe aus dem offenen Fenster gefallen (act. II 13). Gemäss der echtzeitlichen Erhebung anlässlich der Aufnahme im Spital D. \_\_\_\_\_ sei die Beschwerdeführerin sitzend am offenen Badezimmerfenster aus einer Höhe von zwölf

bis dreizehn Metern in die Tiefe gestürzt und mit den Füßen auf dem Betonboden gelandet. Die Unfalldetails seien nicht klar (act. II 29 S. 11, 16 und 21). Eine suizidale Absicht konnte nicht ausgeschlossen werden (S. 11 und 16). In weiteren Schilderungen gab die Beschwerdeführerin divergierende Darstellungen ab: So führte sie anlässlich eines Telefongesprächs mit der Beschwerdegegnerin am 9. Dezember 2015 aus, vom Balkon ihrer Wohnung gestürzt zu sein (act. II 65). Anlässlich der ersten Begutachtung gab sie dann gegenüber dem rheumatologischen Experten an, sie sei am 22. Dezember 2012 nicht aus dem Fenster gesprungen, sondern im Badezimmer gestolpert und dann rücklings aus dem Fenster gefallen (act. II 90.1 S. 2 Ziff. I lit. A), wohingegen sie zeitgleich gegenüber dem psychiatrischen Gutachter ausführte, beim Sturz vom 22. Dezember 2012 habe es sich um einen Unfall gehandelt, damals sei es ihr beim Sitzen auf einem Sims schwindlig geworden, weshalb sie etwa vierzehn Meter in die Tiefe gestürzt sei (act. II 92.1 S. 4). Den MEDAS-Gutachtern teilte sie schliesslich mit, sie sei am 22. Dezember 2012 rückwärts aus dem Fenster im vierten Stock gestürzt, als sie sich ihre Schuhe habe ausziehen wollen (act. II 126.1 S. 28 Ziff. 2.1.1). Erstellt ist, dass die Beschwerdeführerin aus dem vierten Stock gestürzt ist und sich dabei erhebliche Verletzungen zugezogen hat. Hinweise dafür, dass das fragliche Fenster nicht den gängigen Sicherheitsvorschriften entsprochen hätte, wie auch Hinweise auf eine Dritteinwirkung fehlen. Welche Bedeutung der eklatant divergierenden Darstellung des Sturzes durch die Beschwerdeführerin und der lebensbiographischen Einordnung des Sturzes zukommt, wird im Rahmen der Diskussion der medizinischen Einschätzungen, insbesondere der psychiatrischen Beurteilungen, zu klären sein.

**3.2** Zum Gesundheitszustand, dessen Verlauf und der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.2.1** Die Beschwerdeführerin war nach der Ersthospitalisation vom 22. Dezember 2012 bis zum 9. Januar 2013 im D. \_\_\_\_\_ (vgl. Austrittsbericht vom 10. Januar 2013 [act. II 29 S. 15]) vom 9. Januar bis zum 3. Mai 2013 in der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht

vom 2. Mai 2013 (act. II 29 S. 6 ff.) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt:

1. Sensomotorisch inkomplette Paraplegie sub Th11 (AIS D, initial AIS A) nach Sturz aus zwölf Metern Höhe am 22. Dezember 2012 mit/bei:
  - instabiler Burstsplittfraktur LWK 1 mit dorsalem Stempelfragment;
  - Splittfraktur BWK 12;
  - (...);
2. autonome Dysregulation mit Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörung;  
(...);
3. Begleitverletzungen im Rahmen des Traumas am 22. Dezember 2012:
  - Calcaneustrümmerfraktur beidseits mit subtalarer Luxation;
  - links 1 Grad offen;
  - (...);
  - Beckenringfraktur Typ B mit oberer und unterer Schambeinastfraktur rechts sowie Ileumfraktur rechts;
  - (...);
4. bilaterale intraparenchymatöse Kleinhirnblutung mit perifokalem Ödem und Verlagerung 4. Ventrikel (ED 27. Dezember 2012) mit Diplopie und Dysarthrie;  
(...);
5. Glandula pinealis Zyste;  
(...);
6. Iod-Allergie (Exanthem nach lokaler Anwendung);
7. Mundsoor;  
(...).

Die Beschwerdeführerin habe in stabilem und weitestgehend selbständigem Zustand in die weitere ambulante Behandlung entlassen werden können. Sie sei Fussgängerin mit zwei Toe-off Unterschenkelschienen und Unterarmgehstützen mit anatomischen Handgriffen. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 9. Januar bis zum 1. August 2013.

Im Zwischenbericht vom 16. Mai 2013 (act. II 28 S. 3) wurde seitens der Rehaklinik E.\_\_\_\_\_ festgehalten, dass die Beschwerdeführerin eine eingeschränkte Steh- und Gehfähigkeit habe. Geistige oder psychische Einschränkungen bestünden keine. Bezüglich zumutbarer Tätigkeit wurde festgehalten, es müsse ein Beruf sein, der im Sitzen ausgeübt werde. Das Arbeitspensum lasse sich momentan noch nicht abschätzen. Die bisherige Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar. Die Beschwerdeführerin sollte in der Lage sein, mindestens teilzeitlich einer sitzenden Erwerbstätigkeit nachzugehen. Ein Verbesserungspotential der Mobilität sei vorhanden.

Sodann wurde im Zwischenbericht (Erwerbstätige) vom 22. Oktober 2013 (act. II 38 S. 5) durch die Rehaklinik E.\_\_\_\_\_ festgehalten, die Arbeits-

tätigkeit als ... sei, unter der Voraussetzung, dass die Beschwerdeführerin intermittierend sitzen könne, mit einem zeitlichen Pensum von 20 % entsprechend eineinhalb Stunden pro Tag zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit sei aus körperlicher Sicht eine leichte, vorwiegend sitzende Bürotätigkeit. In einer solchen bestehe eine Erwerbsfähigkeit mit einem 70%igen zeitlichen Pensum, entsprechend fünfeinhalb Stunden pro Tag, wobei hinsichtlich der neuropsychologischen Defizite keine Stellung bezogen werden könne. Mit beruflichen Massnahmen zur Erlangung eines anerkannten Berufes sei die Erwerbsfähigkeit zu verbessern. Dabei müssten Positionswechsel sitzend-stehend möglich und der Arbeitsplatz ergonomisch eingerichtet sein, sowie die Stressbelastung im Rahmen gehalten werden.

**3.2.2** Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 5. Februar 2016 (act. II 69 S. 2 ff.) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine residuelle distale Paraparese bei Status nach instabiler BWK12/LWK1-Fraktur nach Sturz aus zwölf Metern Höhe am 22. Dezember 2012. Im Vordergrund stünden die motorischen Einschränkungen an den unteren Extremitäten. Ob zusätzlich noch neuropsychologische Defizite vorlägen, müsste gegebenenfalls entsprechend untersucht werden. Schwere körperliche Arbeiten seien nicht möglich (S. 4 Ziff. 1.7). Die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit sollte in einem geeigneten Rahmen möglich sein (Ziff. 1.9).

**3.2.3** Im psychiatrisch-rheumatologischen Gutachten vom 28. September 2016 der Dres. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, und H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 90 ff.), wurde in der interdisziplinären Beurteilung (act. II 90.2) festgehalten, dass für die bisher ausgeübten Tätigkeiten und für eine angepasste Tätigkeit vollumfänglich auf die Einschätzung aus somatisch-rheumatologischer Sicht abgestellt werden könne (S. 2).

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 28. September 2016 (act. II 90.1) wurde mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose „Folgen des Ereignisses vom 22. Dezember 2012 mit Sturz aus dreizehn Meter Höhe“ gestellt. Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine lange Phase von Arbeitsuntätigkeit (gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung), ein chronisches Schmerzsyndrom des

Rückens und der Beine (nicht ausreichend somatisch abstützbar, krankheitsfremde Faktoren), ein hypermobiler Gelenkscharakter sowie Übergewicht mit Body-Mass-Index von 27.2 kg/m<sup>2</sup> diagnostiziert (S. 9 Ziff. III). Die Arbeitsfähigkeit sei nach dem Ereignis vom 22. Dezember 2012 zunächst vollständig eingeschränkt gewesen. Seit Frühjahr 2014 könne für berufliche Tätigkeiten, die einer angepassten Verweistätigkeit entsprächen oder die die Beschwerdeführerin früher als ... ausgeübt habe, eine Einschränkung von maximal 20 % begründet werden. Dieses zumutbare Arbeitspensum könne sowohl am Stück als auch mit vermindertem Tempo über den Tag verteilt abgeleistet werden. Mehr als leichtgradig körperlich belastende Arbeiten seien auch zukünftig nicht mehr zumutbar. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden, zumal diese Tätigkeiten in idealer Weise mit reduziertem Tempo über den Tag verteilt abgeleistet werden könnten. Eine angepasste Verweistätigkeit liege in einem temperierten Raum und beschränke sich auf leichtgradig körperlich belastende Arbeiten. Die Arbeiten sollten schwerpunktmässig sitzend auszuüben sein, wobei die Möglichkeit zum Positionswechsel zwischen dem Sitzen, Stehen und Gehen wünschenswert sei. Die repetitiv zurückzulegende Gehdistanz solle nicht mehr als hundert Meter und die Stehdauer am Stück nicht mehr als fünfzehn Minuten betragen. Nicht mehr zumutbar seien das Gehen auf unebenem Untergrund, Arbeiten, die verbunden seien mit dem repetitiven Einnehmen einer knienden Körperhaltung und das repetitive Treppensteigen (S. 15 f. Ziff. IV).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 21. September 2016 (act. II 92.1) wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine lange Phase von Arbeitsuntätigkeit (ICD-10 Z56) festgehalten (S. 7 lit. g). Der kurze Besuch im Psychiatriezentrum I. \_\_\_\_\_ beruhe vermutlich auf einem Missverständnis. Die Beschwerdeführerin habe von der Mutter falsche Tabletten erhalten, was die Familie beängstigt und dazu geführt habe, dass ihr der Magen ausgepumpt worden sei. Im Spital sei ein Suizidversuch vermutet worden. Die etwas sprachunkundigen Eltern hätten damals Angaben gemacht, welche von der Beschwerdeführerin heute energisch bestritten würden. Als

sicher könne angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin vor dem im Dezember 2012 erlittenen Unfall psychisch unauffällig gewesen sei. Es sei aus psychiatrischer Sicht nichts Auffälliges zu vermelden (S. 8 f. lit. h). Es bestünden keine objektivierbaren Befunde. Da weder eine psychiatrische noch eine psychosomatische Störung nachweisbar sei, gebe es keine konkreten Erscheinungsformen einer allfälligen Gesundheitsschädigung (S. 10 Ziff. I). Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit weder in den bisherigen noch in angepassten Tätigkeiten je eingeschränkt gewesen (S. 14 Ziff. VI).

**3.2.4** In Bezug auf das psychiatrisch-rheumatologischen Gutachten vom 28. September 2016 (act. II 90 ff.) führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 19. Mai 2017 (act. II 105 S. 2) aus, bei residuellen neurologischen Defiziten und chronischen neuropathischen Schmerzen sollte auch eine neurologische Begutachtung durchgeführt werden. Die chronischen Schmerzen, die im Verlauf der beiden letzten Jahre gemäss Angaben der Beschwerdeführerin zugenommen hätten, hätten im rheumatologischen Gutachten relativ wenig Beachtung erhalten. So komme nicht zum Ausdruck, dass die Beschwerdeführerin wegen den chronischen Schmerzen einerseits auf die Einnahme von Medikamenten, welche die allgemeine Leistungsfähigkeit negativ beeinflussen könnten, angewiesen sei, andererseits an einer Schlafstörung leide. Aus seiner Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für eine sitzende Tätigkeit stärker eingeschränkt, als im Gutachten festgelegt.

**3.2.5** In der interdisziplinären Beurteilung des polydisziplinären (Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie sowie Neuropsychologie) MEDAS-Gutachtens vom 28. März 2018 (act. II 126.1 S. 41 ff. Ziff. 4 f.) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen gestellt (S. 49 Ziff. 5.3.1):

- Trauma nach Sturz aus zwölf Metern Höhe am 22. Dezember 2012 mit/bei:
  - sensomotorisch inkompletter Paraplegie sub Th11 (AIS D, initial AIS A) bei Status nach instabiler Burstsplitfraktur LWK1 mit dorsalem Stempelfragment;  
funktionell:
    - Blasen-/Mastdarm-Entleerungsstörungen;
    - Hüftbeuge- und Kniestreckerschwäche links;
    - Unmöglichkeit des Zehenstandes beidseits;

- Kloni linker Oberschenkel bei Beinstreckung links;
- elektrisierender Schmerz linker Unterschenkel;
- Splitfraktur BWK12;
- Status post dorsaler Stabilisation BWK11-LWK2 (...);
- postoperatives, neurokompressives Hämatom mit Dekompression/Hämatomevakuierung LWK1/2 am 28. Dezember 2012;
- Calcaneustrümmerfraktur beidseits mit subtalarer Luxation, links erstgradig offen, perkutane Spickung Calcaneus rechts, manuelle Reposition Calcaneus links;
- halboffene Osteosynthese Calcaneus beidseits mit Spongiosaplastik des Tibiakopfs links am 4. Januar 2013;
- Entfernung von zwei Knochenvorsprüngen am 17. September 2013 bei störender Exostose plantar am Tuber calcanei nach Calcaneustrümmerfraktur rechts;
- Beckenringfraktur Typ B mit oberer und unterer Schambeinastfraktur rechts sowie Ileumfraktur rechts, konservative Therapie;
- Status post Kleinhirnkontusion beidseits;  
funktionell: Standunsicherheit mit Fallneigung nach links;
- leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung (ICD-10 F06.7) bei Status nach Sturz aus zwölf Metern Höhe am 22. Dezember 2012.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen aufgeführt (S. 50 Ziff. 5.3.2):

- Migräne ohne Aura;
- Krallenzehenbildung beidseits;
- akzentuierte Persönlichkeit (dysthym, histrionisch; ICD-10 Z73.1).

Die internistische Vorgeschichte sei unauffällig (act. II 126.1 S. 35 Ziff. 2.5). In der angestammten Tätigkeit habe keine Arbeitsunfähigkeit bestanden und bestehe auch keine. Sowohl die Ausübung der angestammten als auch einer Verweistätigkeit seien möglich (S. 36 Ziff. 2.5.7).

Aus neurologischer Sicht wurde festgehalten, es finde sich eine inkomplette Paraplegie, im Wesentlichen unterhalb S1 beidseits mit geringen zentralen Komponenten bei ursprünglicher Läsionshöhe bei Th11. Des Weiteren bestehe eine leichte Fallneigung nach links, möglicherweise durch die stattgehabte bilaterale Kleinhirnblutung bedingt (act. II 126.2 S. 11 Ziff. 2.5.3). Nachdem das Unfalldatum knapp fünf Jahre zurückliege, sei mit keiner wesentlichen Besserung mehr zu rechnen. Eine gewisse funktionelle Besserung könne eventuell durch eine geänderte medikamentöse Einstellung erreicht werden. Des Weiteren sei eine Zysten-Punktion im Spinalkanal vorgesehen, der Effekt bleibe abzuwarten. Eine durchgreifende Befundänderung sei hiervon allerdings nicht zu erwarten, möglich sei aber eine Besserung in funktionellen Teilaspekten (S. 11 Ziff. 2.5). Die Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten, die überwiegend Laufen und Stehen erforderten, sei mit 0 %

einzuschätzen. Angepasst seien überwiegend sitzende Tätigkeiten, die nur ein gelegentliches Aufstehen mit der Möglichkeit der Zuhilfenahme einer Gehhilfe (Unterarmgehstütze) erforderten. Hier werde die Arbeitsfähigkeit mit 60 % eingeschätzt. Die Beschwerdeführerin sei jung und habe insofern eine relativ gute Prognose. Der Leistungswille werde allerdings als eher mässig ausgeprägt eingeschätzt. Die Beschwerdeführerin begeben sich eher freundlich-passiv in ihre aktuelle Situation. Gegebenenfalls sei nochmals ein stationäre Reha-Massnahme zu empfehlen (S. 12 Ziff. 2.5.8).

Aus orthopädischer Sicht wurde festgehalten, es bestehe ein Trauma nach Sturz aus zwölf Metern Höhe am 22. Dezember 2012 (...) sowie eine Krallenzehebildung beidseits (act. II 126.3 S. 13 f. Ziff. 2.4.1 f.). Es sei erneut eine neurologische Beurteilung und kernspintomografische Untersuchung der Lendenwirbelsäule/Brustwirbelsäule erforderlich, danach sei neuerlich zu diskutieren, ob eine operative Massnahme sinnvoll erscheine (S. 15 Ziff. 2.5.7). In der angestammten Tätigkeit als ... bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % und in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 40 % (Ziff. 2.5.8).

Im neuropsychologischen Teilgutachten (act. II 126.4) wurde ausgeführt, die Belastbarkeit über die mehrstündige Untersuchung sei deutlich reduziert und die Beschwerdeführerin sei schmerzgeplagt gewesen, auch sei eine leichte Ermüdbarkeit erkennbar gewesen. Die Ablenkbarkeit sei internal stark erhöht. Die Arbeitsweise sei vermindert strukturiert und ungenau. Die Beschwerdeführerin gebe eingangs Schmerzen der Stärke 8, später 10 an. Bei nahezu allen Aufgaben, insbesondere jedoch bei den computergestützten Aufgaben, sei ein Schmerzverhalten erkennbar. Affektiv wirke die Beschwerdeführerin minim abgeflacht (S. 14 Ziff. 2.3). Aufgrund der Verhaltensbeobachtung (Belastbarkeit und Ermüdung) und der Testergebnisse entsprächen die Befunde einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung, wahrscheinlich erklärbar im Rahmen eines chronischen Schmerzsyndroms bei Status nach Sturz aus zwölf Metern Höhe. Es bestehe keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf das kognitive Leistungsvermögen (S. 15 Ziff. 2.3). In der angestammten Tätigkeit als ... sei die Arbeitsfähigkeit nicht mehr gegeben. In einer Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Bei einer Arbeitspräsenz von 80 %

(6  $\frac{3}{4}$  Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche) könne sie eine Arbeitsleistung von 60 % (bezogen auf ein Vollpensum von 100 %) erbringen. Die Reduktion der Arbeitspräsenz sei mit dem vermehrten Erholungsbedarf begründet. Die zusätzliche Reduktion der Arbeitsleistung sei bedingt durch die testpsychologisch objektivierbaren Defizite, jedoch auch aus dem Umstand, dass sie wiederholt auf Pausen angewiesen sei. Nicht berücksichtigt sei der Einfluss der Migräne, welche die Beschwerdeführerin gemäss eigenanamnestischen Angaben drei Tage pro Woche von der Gesamtfunktionalität ausschalte. Eine angepasste Arbeitssituation bedinge kognitiv einfache und gut strukturierte, weitgehend seriell zu erledigende Tätigkeiten ohne planenden Charakter. Darüber hinaus seien eine Selbstbestimmung des Arbeitstaktes und insbesondere die Möglichkeit zur flexiblen Pausengestaltung und ein Positionswechsel erforderlich (S. 17 f. Ziff. 2.8).

Aus psychiatrischer Sicht wurde festgehalten, es hätten sich anlässlich der Untersuchung ein unauffälliger psychischer Befund und testpsychiatrisch keine Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven Störung oder psychisch bedingter Teilhabeprobleme ergeben. Die Beschwerdeführerin beklage noch bestehende körperliche Beschwerden, Einschränkungen und für sie im Vordergrund stehende Schmerzen. Insbesondere habe sie geäußert, dass es sich beim Sturz um ein Unfallgeschehen gehandelt und nie eine suizidale oder parasuizidale Absicht bestanden habe. Auch die Tabletten-Intoxikation im Jahr 2001 sei akzidentiell gewesen. Die von der Beschwerdeführerin beklagten körperlichen Beschwerden dürften durchaus nach der stattgehabten Polytraumatisierung einer somatischen Genese entspringen. Sie würden die Kriterien zur Stellung der Diagnose einer Störung aus dem somatoformen Diagnose-Spektrum nicht erfüllen. Auch hätte keine organische symptomatische psychische Erkrankung vor dem Hintergrund der bilateralen intraparenchymatösen Kleinhirnblutungen mit perifokalem Ödem festgestellt werden können. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung werde ausgeschlossen, jedoch (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine akzentuierte Persönlichkeit (dysthym, histrionisch) festgehalten (act. II 126.5 S. 17 Ziff. 2.4 f). Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der Lage, sämtliche ihrem körperlichen Belastungsprofil angepasste Tätigkeiten integral ohne Reduktion mit einem 100%-Pensum vollschichtig zu verrichten (S. 19 Ziff. 2.9).

Interdisziplinär wurde ausgeführt, es zeigten sich dahingehend Wechselwirkungen, als die depressive Störung in der Vergangenheit wohl zum Fenstersturz und dieser wiederum zu all den Frakturen etc. geführt habe. Diese Wechselwirkungen widerspiegeln sich in der vorgenommenen Arbeitsunfähigkeitsbemessung (act. II 126.1 S. 50 Ziff. 5.3.3). Bei bisher erfolgten Therapien habe die Beschwerdeführerin keine gute Kooperation gezeigt (Ziff. 5.5). Die Schmerztherapie solle wahrgenommen werden (S. 51 Ziff. 5.5.1). Aus medizinischer Sicht seien Wiedereingliederungsversuche zumutbar (S. 51 Ziff. 5.5.4). Hinsichtlich Aggravation oder Simulation könne festgestellt werden, dass zum einen sicher objektivierbare pathologische Befunde vorlägen, zum anderen jedoch von der Beschwerdeführerin falsche Angaben gemacht worden seien. Somit sei es zwangsläufig unklar, wieviele von den Angaben nicht zuträfen (S. 47 Ziff. 5.1.5). Zwischen der Aktenlage und der erhobenen Anamnese und den Befunden zeigten sich Diskrepanzen diesbezüglich, als dass entgegen der Angabe der Beschwerdeführerin, regelmässig und zuletzt am Morgen der Untersuchung, Schmerzmittel einzunehmen, bei der Medikamentenspiegelbestimmung die in Frage kommenden Substanzen nicht hätten nachgewiesen werden können (S. 51 Ziff. 5.6.1). Die Beschwerden und Befunde wirkten sich in den Bereichen Beruf, Haushalt, Freizeit, bei sozialen Aktivitäten etc. aus (S. 52 Ziff. 5.6.2). Aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und in einer Verweistätigkeit von 50 bis 60 %. Betreffend den Verlauf führten die Gutachter aus, eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ohne die Beschwerdeführerin auch früher selber untersucht zu haben, sei problematisch, da sie sich auf von anderen Personen erhobene Anamnesen, Befunde und daraus abgeleitete Diagnosen verlassen müssten. Retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der echtzeitlich erhobenen Befunde und gestützt darauf vorgenommene Diagnosen- und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nicht möglich. Auf Grundlage der im heutigen Zeitpunkt erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen erschienen die echtzeitlich vorgenommenen, von ihnen als wesentlich erachteten Beurteilungen als nachvollziehbar. Dabei müsse jedoch berücksichtigt werden, dass die früher attestierte volle Arbeitsunfähigkeit auf die Tätigkeit als ... bezogen worden sei (S. 52 f. Ziff. 5.7.1).

**3.2.6** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 5. November 2019 (act. II 144) aus, die Beschwerdeführerin komme seit dem 31. Juli 2019 in der Regel ein Mal pro Woche zu ihr in Behandlung. Sie habe ausgeprägte Schlafstörungen aufgewiesen, die bis heute persistierten. Diese seien teilweise durch Schmerzen bedingt. Die Beschwerdeführerin berichte über Albträume. Sie zeige Symptome, die auf eine Traumafolgestörung nach schwerem Sturz im Dezember 2012 hinwiesen. Am ehesten handle es sich um eine posttraumatische Belastungsstörung, deren Ausmass mit einer Latenz von einigen Jahren, möglicherweise auch dank dem psychotherapeutischen Rahmen, sichtbar werde. Gemäss der Beschwerdeführerin habe die äussere belastende Situation zu einer Verschlechterung der psychischen Situation geführt. Aus psychiatrischer Sicht sei sie in einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig.

**3.2.7** Im psychiatrischen Gutachten vom 21. September 2020 (act. II 179.1) der Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10 F43.21) sowie eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.2) sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine psychische und Verhaltensstörungen durch Opiate, anhaltender Konsum sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (histrionisch; ICD10 Z73) diagnostiziert (S. 88 Ziff. 6.1 f.). Die Beschwerdeführerin sei als Person trotz der guten Aussagebereitschaft nur wenig spürbar gewesen, auch der von ihr angegebene Leidensdruck sei nicht ohne Weiteres wahrnehmbar gewesen. Sie habe ihre Beschwerdesymptomatik sehr expressiv vorgetragen (S. 83 Ziff. 4.1.2). Sie weise ein komplexes Zustandsbild auf, das sowohl somatisch als auch psychisch bedingt sei. Aus psychiatrischer Sicht imponiere sie derzeit bedrückt mit Verschiebung der affektiven Lage zum depressiven Pol, zudem habe sie auch Ängste angegeben. Die Kriterien einer voll ausgebildeten Angststörung oder einer genuin ausgeprägten depressiven Episode seien jedoch nicht erfüllt, so dass von einer Angst- und depressiven Störung ausgegangen werden könne. Damit handle es sich um eine chronifizierte Anpassungsstörung. Die Beschwerdeführerin berichte über eine Energielosigkeit und eine Antriebsstörung und vor allem auch über Schlafstörungen.

Diesbezüglich seien jedoch auch diskrepante Angaben wahrzunehmen, wobei die offenbar beschriebenen therapeutischen Massnahmen nicht gänzlich umgesetzt würden. Im Weiteren habe die Beschwerdeführerin über ein ausgeprägt vorhandenes Schmerzsyndrom berichtet, wobei sie angegeben habe, dass die Schmerzen durchgängig vorhanden seien. Sie habe angegeben, infolge der Schmerzen im Alltag sehr beeinträchtigt zu sein. Insgesamt sei von einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren auszugehen, welche sich inzwischen chronifiziert habe. Die Beschwerdeführerin imponiere zusätzlich durch akzentuierte Persönlichkeitszüge, die vorallem auf histrionische Züge hinwiesen. Eine Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne könne jedoch nicht diagnostiziert werden (S. 89 f. Ziff. 6.3). Hinweise auf eine Traumafolgestörung bestünden nicht (S. 95 Ziff. 8.4). Erschwerend bezüglich des gesamten Zustandsbildes zeige sich eine regelmässige Opiat-Einnahme. Ob die Notwendigkeit diesbezüglich bestehe, müsse in Frage gestellt werden. Aktuell bestehe nur zum Teil eine leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Die Beschwerdeführerin werde durch diverse Medikamente behandelt, die in den gemessenen Blutspiegelwerten jedoch nicht alle hätten nachgewiesen werden können, so dass auch der Eindruck entstehe, dass die Medikation nicht regelmässig eingenommen werde und somit deren Wirkung nicht angemessen bewertet werden könne (S. 89 f. Ziff. 6.3). Bezüglich Konsistenz und Plausibilität wurde weiter ausgeführt, dass sich Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergäben. Es bestünden Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden sowie in Bezug auf die neuropsychologische Abklärung, wo die Beschwerdeführerin ein aggravierendes Verhalten gezeigt habe, so dass allfällige neuropsychologische Defizite nicht adäquat hätten beurteilt werden können (S. 91 f. Ziff. 7.3.2). In der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit sei sie aus psychiatrischer Sicht seit 2017 zu 70 % als arbeitsfähig zu beurteilen (S. 93 Ziff. 8.1). In einer angepassten Tätigkeit mit kognitiv nicht zu anspruchsvollen Aufgaben und mit der Möglichkeit zur Pauseneinlegung, klarer Aufgabenstrukturierung und in einer konfliktarmen Umgebung, ohne allzu hohe Ansprüche an ein polytasking bestehe medizinisch-theoretisch durchgehend eine 70%ige Arbeitsfähigkeit seit 2017 (S. 94 Ziff. 8.2), was eine Tätigkeit von mindestens 30 Stunden pro Woche

beinhalte (S. 95 Ziff. 8.4). Gegenüber der Situation gemäss Gutachten vom 28. März 2018 resp. der Untersuchung vom 6. Dezember 2017 habe sich der Gesundheitszustand nicht erheblich verändert. Sie beurteile dieselbe Sachlage anders (S. 95 Ziff. 8.4).

Im parallel erstellten neuropsychologischen Gutachten vom 21. September 2020 (act. II 179.2) führte Dr. sc. Hum. L. \_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, aus, da die Beschwerdeführerin in der aktuellen Untersuchung ein Aggravationsverhalten gezeigt habe, könnten die Ergebnisse der Leistungstests nicht inhaltlich interpretiert und daher auch nicht mit der Untersuchung von 2018 verglichen werden (S. 18 Ziff. 7.2). Sowohl das zumutbare Arbeitspensum in der Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt als auch das in einer angepassten Tätigkeit könne wegen aggravierendem Verhalten nicht beurteilt werden (S. 19 Ziff. 8.1 f.).

**3.2.8** Dr. med. J. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 4. Januar 2021 z.H. der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin (act. II 190) aus, aufgrund der Untersuchung und den Angaben der Beschwerdeführerin seien die Kriterien für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (nach ICD-10 F43.1) gegeben (S. 3). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... in einer ... bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei sowohl körperlich als auch psychisch nachhaltig eingeschränkt. Ebenfalls sei sie in einer angepassten Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe seit dem Unfallereignis. Die Einschränkung sei körperlich und psychisch bedingt. Das Zustandsbild sei nicht stabil. Unter Belastung träten vermehrt Schmerzen und Migräne auf. Es bestünden langdauernde Schlafstörungen mit konsekutiver Tagesmüdigkeit und Konzentrationsstörungen. Wünschenswert und Ziel der aktuellen psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung sei es, dass diese allenfalls zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führe. Das Zusprechen einer IV-Rente im heutigen Zeitpunkt könnte für die Patientin eine grosse Entlastung bedeuten und zur psychischen Stabilisierung beitragen (S. 5).

**3.2.9** Zum Bericht der behandelnden Ärztin nahm die Gutachterin Dr. med. K. \_\_\_\_\_ am 15. Juni 2021 Stellung (act. II 196) und begründete unter Darlegung von Befundlage und diagnostischen Leitlinien, weshalb

sie eine posttraumatische Belastungsstörung (weiterhin) ausschliesse. Des Weiteren verwies die Gutachterin auf die neuropsychologische Untersuchung, bei welcher die Ergebnisse aller Teile der Symptomvalidierungstests bei der Versicherten weit unter dem cut-off-Wert gelegen hätten. Zusammenfassend hielt sie fest, sie verbleibe bei ihrer gutachterlichen Einschätzung.

**3.2.10** Mit Bericht an die Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin vom 9. August 2021 replizierte die behandelnde Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ und bestätigte ihrerseits ihre Einschätzung (act. II 203 S. 3).

**3.2.11** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt in dem im vorliegenden Verfahren aufgelegten Bericht vom 5. Januar 2022 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4) fest, die Beschwerdeführerin habe sich nach längerer Zeit (letzte Konsultation 8. Februar 2019) wieder für eine neurologische Verlaufskontrolle gemeldet. Die chronische Schmerzproblematik sei gemäss Beschwerdeführerin seit Sommer 2021 progredient und auch mit der im Vergleich zu früher höher dosierten Analgesie nicht zufriedenstellend kontrolliert. Im Vordergrund stünden die chronischen, neuropathischen Schmerzen am Unterschenkel und Fuss links lateral. Daneben läge wahrscheinlich noch eine muskulo-skeletale Schmerzkomponente vor, bei lumbosakralen Schmerzen und einer gewissen Fehlhaltung. Die geschilderten Schmerzen am linken Fuss, welche gleichentags nach der zweiten Sars-Cov-2-Impfung aufgetreten seien, könnten nicht eindeutig einem Innervationsgebiet eines peripheren Nervs oder einer Nervenwurzel zugeordnet werden. Klinisch zeige sich unverändert eine linksbetonte Paraparese und Sensibilitätsstörung im S1-Dermatom links mit fehlendem ASR links. Da längerfristig eine Fortsetzung der hochdosierten Opiattherapie ungünstig sei, sei der Beschwerdeführerin eine nochmalige Vorstellung in einem Schmerzzentrum empfohlen worden. Die Arbeitsfähigkeit betrage aktuell in einer den Einschränkungen angepassten Tätigkeit maximal ca. 50 %.

**3.3** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander

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

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

**3.4** Die Beschwerdegegnerin liess die Beschwerdeführerin dreimalig begutachten. Nach einer zunächst bidisziplinären rheumatologisch-psychiatrischen Abklärung ordnete sie eine polydisziplinäre Begutachtung in einer MEDAS an. In beiden Gutachten wurden von somatischer Seite her arbeitsfähigkeitsrelevante Folgen des Fenstersturzes attestiert, aus rein psychiatrischer Sicht hingegen kein Gesundheitsschaden festgestellt. Unbesehen dessen ordnete die Beschwerdegegnerin in der Folge ein rein psychiatrisches Verlaufsgutachten unter (nochmaligem) Einbezug der Neuropsychologie an. Den Gutachten kommt weder je allein noch in einer Zusammenschau hinreichender Beweiswert für eine abschliessende Beurteilung der sich vorliegend stellenden Fragen zu:

**3.4.1** Was zunächst das psychiatrisch-rheumatologische Gutachten der Dres. med. H.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ vom 28. September 2016 (act. II 90 ff.) betrifft, wurde zwar (wie später auch durch Dr. med. K.\_\_\_\_\_) nachvollziehbar und überzeugend festgestellt, dass keine Hinweise für eine posttraumatische Belastungsstörung bestehen, fanden sich doch weder im Zusammenhang mit dem Leben als Kind in ... noch in den Jahren nach dem Sturz aus dem Fenster Anzeichen für eine solche Störung (act. II 92.1 S. 8). Gegenüber dem Psychiater gab die Beschwer-

deführerin denn auch an, keine Erinnerungen an den Sturz und die folgenden sechs bis sieben Tage gehabt zu haben (act. II 92.1 S. 4). Überzeugend wurde ferner auch eine psychosomatische Überlagerung der Schmerzen ausgeschlossen: So war die Beschwerdeführerin nicht auf diese fixiert, äusserte sie keine hypochondrischen Befürchtungen und zeigte auch keine Schmerzausdehnung oberhalb des unteren Rückenbereichs. Die Schmerzen waren nicht ständig quälend, zudem waren sie nicht von Lebensproblemen, sondern von Belastungen abhängig (act. II 92.1 S. 8 f.). Nicht nachvollziehbar ist hingegen, dass der psychiatrische Gutachter unkritisch der Darstellung der Beschwerdeführerin über den Vorfall im Jahr 2001 folgte, wonach es sich nicht um einen Suizidversuch, sondern um ein Missverständnis gehandelt haben soll (act. II 92.1 S. 4 und 8). Diese Sachverhaltsschilderung widerspricht den echtzeitlichen Angaben, wonach die Beschwerdeführerin zehn bis zwanzig Tabletten eingenommen habe, weil, wie sie gesagt habe, eine Freundin ständig Suizidversuche unternahme und sie es auch einmal habe ausprobieren wollen. Sie habe sich nicht umbringen wollen, habe aber auch Selbstmordgedanken gehabt (act. II 67 S. 3 f.). Auch wenn danach für mehr als zehn Jahre keine Unterlagen vorhanden sind, die für diese Zeit psychische Auffälligkeiten nahe legen würden, so fehlt damit doch eine plausible Einordnung dieses früheren wie auch des späteren Vorfalls des Fenstersturzes, sowie das Verhalten der Beschwerdeführerin mit immer wieder divergenten Schilderungen, in die psychiatrische Einschätzung. Dabei ist auch beachtlich, dass die divergenten bzw. falschen Darstellungen sich nicht nur hinsichtlich dieser beiden Ereignisse, sondern auch etwa hinsichtlich der Ausbildung und beruflichen Tätigkeit finden (vgl. E. 4 hiernach). So ist es gestützt auf die derzeit vorliegenden Unterlagen mit fehlenden Hinweisen für sicherheitstechnische Mängel am Fenster wie auch für Dritteinwirkung sehr wahrscheinlich, dass es sich nicht nur beim Ereignis im Jahr 2001, sondern auch beim Fenstersturz im Jahr 2012 um einen Suizidversuch gehandelt haben könnte, wie dies durch die erstbehandelnden Ärzte als Arbeitshypothese formuliert worden war (act. II 29 S. 11, 16 und 26). Der Hergang des Fenstersturzes vom 22. Dezember 2012 bzw. die nachfolgende divergente Darstellung durch die Beschwerdeführerin (vgl. E. 3.1 hiervor) ist im vorliegenden Verfahren der finalen Invalidenversicherung für die Beurteilung einer allfälligen psychischen Störung bedeutsam und ärztlich zu diskutieren. Eine entspre-

chende Diskussion fehlt im psychiatrischen Gutachten. Schliesslich hat Dr. med. F. \_\_\_\_\_ zu Recht von der somatischen Seite her auf die, bereits in diagnostischer Hinsicht bestehenden Mängel im Gutachten G. \_\_\_\_\_ hingewiesen.

**3.4.2** Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung bei der MEDAS (Expertise vom 28. März 2018 [act. II 126]) stellten die Experten dahingehend Diskrepanzen fest, als zwar objektivierbare pathologische Befunde zu erheben waren, allerdings durch die Beschwerdeführerin falsche Angaben gemacht wurden (act. II 126.1 S. 47 Ziff. 5.1.5). Entgegen den Angaben der Beschwerdeführerin zur Medikamenteneinnahme konnten die fraglichen Substanzen nicht nachgewiesen werden (act. II 126.1 S. 47 Ziff. 5.1.5 und S. 51 Ziff. 5.6.1). Es wurden deshalb nachvollziehbar erhebliche Anzeichen für ein aggravierendes, wenn nicht gar simulierendes Verhalten festgestellt.

Die Beschwerdeführerin wurde anlässlich der MEDAS-Begutachtung orthopädisch wie neurologisch beurteilt. Diese Fachgebiete weisen – wie die Rheumatologie des Dr. med. G. \_\_\_\_\_ in der Erstbegutachtung – erhebliche Überschneidungen auf. Eine nachvollziehbare Abgrenzung der Überschneidungen der Fachbereiche von Orthopädie und Neurologie fehlt und die Fachärzte haben die geklagten Beschwerden je für sich berücksichtigt, was nicht überzeugt. Die von den Gutachtern des MEDAS additiv gemittelte verbleibende Arbeitsfähigkeit von 45 % widerspricht schliesslich der Einschätzung der die Beschwerdeführerin interdisziplinär während längerer Zeit auch stationär behandelnden Ärzte der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_, die von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen waren (act. II 38 S. 5). Weshalb die von den behandelnden Ärzten aus rein somatischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit nicht (mehr) erreicht werden kann, wurde seitens der MEDAS-Gutachter nicht erläutert. Die Gutachter haben sich weder mit der abweichenden Beurteilung der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ auseinander gesetzt, noch eine rückwirkende Einschätzung vorgenommen. Vielmehr haben sie letzteres explizit abgelehnt und festgehalten, dass die echtzeitlich vorgenommenen, von ihnen als wesentlich erachteten Beurteilungen nachvollziehbar erschienen (act. II 126.1 S. 53 Ziff. 5.7.1).

Mangelhaft ist das MEDAS-Gutachten des Weiteren auch insofern, als die Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung direkt ins Gutachten aufgenommen wurden, ohne dass deren Ergebnisse im psychiatrischen bzw. neuropsychologischen Teilgutachten gewürdigt worden wären, ist es doch grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen bzw. neurologischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen. Denn eine neuropsychologische Abklärung stellt lediglich – aber immerhin – eine Zusatzuntersuchung dar, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 16. April 2021, 8C\_11/2021, E. 4.2). Mithin fehlt es insgesamt an einer überzeugenden Würdigung, weshalb auch das MEDAS-Gutachten vom 28. März 2018 (act. II 126) nicht beweiskräftig ist und folglich nicht darauf abgestellt werden kann.

**3.4.3** Die Gutachterin Dr. med. K.\_\_\_\_\_ diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10 Z.73) sowie eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.2; act. II 179.1 S. 88 Ziff. 6.1), führte aber gleichzeitig aus, der Gesundheitszustand habe sich gegenüber der Situation anlässlich der Untersuchung vom 6. Dezember 2017 nicht erheblich verändert. Sie beurteilte damit dieselbe Sachlage anders als die Vorgutachter (S. 95 Ziff. 8.4).

Anlässlich der neuropsychologischen Abklärung (act. II 179.2) erschien die Beschwerdeführerin nicht motiviert (S. 9 Ziff. 4.1) und die Testergebnisse konnten nicht als valid angesehen und interpretiert werden, weil die Beschwerdeführerin ein aggravierendes Verhalten aufwies, was schlüssig dargelegt wurde: So wurde etwa ausgeführt, dass die eklatanten mnestischen Funktionsverluste nicht dem im Gespräch gewonnenen Eindruck entsprächen. Ferner hätten auch die verlangsamten Reaktionszeiten eine Variabilität gehabt, die neurophysiologisch nicht erklärbar gewesen sei. Die psychiatrisch gestellte Diagnose könne die Auffälligkeiten nicht erklären (S. 13 ff. Ziff. 7.1). Überzeugend wurde auf die Zweifel hinsichtlich der Validität der ersten neuropsychologischen Abklärung (act. II 126.4) hingewiesen (act. II 179.2 S. 18 Ziff. 7.2).

Weder wurden seitens von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ diese Diskrepanzen nachvollziehbar gewürdigt, noch hätte sie, da nur ein monodisziplinäres Gutachten angeordnet worden war, ihre Erkenntnisse mit somatisch orientierten Gutachtern absprechen können. Nachdem weder das Gutachten der Dres. med. H.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ noch das MEDAS-Gutachten die gebotene Qualität aufwiesen und auch die Unterlagen der behandelnden Ärzte eine abschliessende Beurteilung nicht erlaubten, war eine weitere Begutachtung zwar durchaus zwingend. Allerdings war nicht eine monodisziplinäre Begutachtung in der Fachrichtung Psychiatrie (act. II 179.1) unter Einbezug der Neuropsychologie (act. II 179.2) notwendig, sondern eine neuerliche polydisziplinäre MEDAS-Begutachtung im Lichte der offenkundig bestehenden somatischen Beeinträchtigungen, garantiert nur eine solche, dass sämtliche Aspekte den gesamten Zeitraum betreffend interdisziplinär erhoben sowie diskutiert werden. Es mangelt deshalb auch nach der dritten Begutachtung an einer validen Grundlage für die Beurteilung des massgeblichen Sachverhalts. Daran ändern auch die späteren Berichte der behandelnden Ärzte nichts:

Die Stellungnahme der psychiatrischen Gutachterin vom 15. Juni 2021 (act. II 196), welche auf die Stellungnahme von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 4. November 2021 (act. II 190 S. 2) Bezug nimmt, überzeugt insofern als sie eine posttraumatische Belastungsstörung – bereits als dritte Gutachtenperson – verneint (vgl. act. II 92.1, 126.5 S. 17 Ziff. 2.4). Soweit die Beschwerdeführerin das psychiatrische Teilgutachten vom 6. Dezember 2017 (act. II 126.5) unter Verweis auf eine nach der MEDAS-Begutachtung aufgenommene psychiatrische Behandlung in Frage stellt und die Diagnostik ihrer behandelnden Ärztin verteidigt (Beschwerde S. 11 Ziff. 3), kann ihr nicht gefolgt werden. Die von ihr gegenüber der Psychiaterin Dr. med. J.\_\_\_\_\_ gemachten Angaben, welche von dieser unkritisch übernommen wurden (vgl. act. II 144), weichen von den tatsächlichen Verhältnissen ab. So gab die Beschwerdeführerin etwa an, vor dem Ereignis gerne und viel gearbeitet zu haben. Tatsächlich war die damals knapp 30jährige Beschwerdeführerin bis wenige Monate vor dem Sturzereignis vom 22. Dezember 2012 bei den Eltern wohnhaft, ohne gemäss den derzeit vorliegenden Akten je eine Ausbildung absolviert oder dauerhafte

höherprozentige Anstellungen angenommen zu haben (act. II 97 S. 4 Ziff. 2, vgl. act. II 59 S. 2).

Was schliesslich den Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2022 (act. III 4) angeht, hielt dieser fest, die Beschwerdeführerin habe sich seit längerer Zeit (letzte Konsultation am 8. Februar 2019) für eine neurologische Verlaufskontrolle bei progredienten Schmerzen gemeldet. Dabei fällt auf, dass sie angab, seit Sommer 2021 mehr Schmerzen zu haben, allerdings trotz Leidensdruck eine Kontrolle erst am 5. Januar 2022 stattfand. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ attestierte sodann eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, ohne dies jedoch näher und medizinisch nachvollziehbar zu begründen. Auch dieser Bericht erlaubt weder für sich noch im Verbund mit den anderen medizinischen Akten eine abschliessende Beurteilung.

**3.4.4** Zusammenfassend liegt ein ungenügend abgeklärter Sachverhalt vor. Mit Blick darauf, dass die Rückweisung durch die Beschwerdeführerin explizit beantragt wurde und die Rechtsprechung gemäss BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 einer Rückweisung nicht entgegensteht, ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachdisziplinen (mindestens) der Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie unter Einbezug der Hilfsdisziplin der Neuropsychologie anordne. Gegebenenfalls wird sie vorgängig die Akten insbesondere hinsichtlich der Verhältnisse nach dem Ereignis von 2001 soweit möglich zu ergänzen bzw. zu vervollständigen haben (vgl. dazu E. 3.4.1 hiervor). Anschliessend wird sie über den Anspruch neu zu befinden haben.

#### **4.**

Die medizinischen Gutachter werden bei der weiteren Beurteilung schliesslich auch den Umstand, dass die Beschwerdeführerin in verschiedenen Bereichen divergierende und teilweise auch mit den Akten nicht in Übereinstimmung zu bringende Angaben gemacht hat, zu würdigen haben. Bei der Beurteilung des Leistungsanspruchs wird danach die Beschwerdegegnerin das Folgende zu beachten haben: Im Zeitpunkt des Sturzes vom 22. Dezember 2012 arbeitete die Beschwerdeführerin zwar in ... ihres .... Ebenso ging sie während einigen Monaten einem Teilzeitpensum bei M. \_\_\_\_\_

nach (act. II 182 S. 5 Ziff. 4.2). Gemäss IK-Auszug betrug das höchste je erzielte Einkommen Fr. 13'059.-- (für die Monate Oktober bis Dezember 2010; act. II 8, 26, 59, 97 S. 5). Ursprünglich hatte sich die Beschwerdeführerin als ... bezeichnet und ausgeführt, Gelegenheitsjobs im ... und ... nachgegangen zu sein. Sie habe gelegentlich kurze Arbeitseinsätze in diversen Bereichen gemacht. Zuletzt habe sie vor dem Unfall jeweils ca. 16 Stunden pro Woche als ... in ... ihres ... gearbeitet, ein Lohn sei jedoch für sie nicht abgerechnet worden (act. II 21 S. 2). Darauf wird bei der weiteren Beurteilung abzustellen sein, gilt doch im Sozialversicherungsrecht die Beweismaxime, wonach die sogenannten spontanen „Aussagen der ersten Stunde“ in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 143 V 168 E. 5.2.2 S. 174, 121 V 45 E. 2a S. 47). Überdies vermag auch der Umstand, dass ein schriftlicher Arbeitsvertrag vorlag (act. II 140 S. 5), keine andere Annahme zu begründen, wurden doch keine Sozialversicherungsbeiträge abgerechnet. Soweit die Beschwerdeführerin in der Anmeldung weiter angegeben hatte, ... zu sein (act. II 1 S. 4 Ziff. 5.3, vgl. auch act. II 9 S. 3 Ziff. 1.6), trifft dies offensichtlich nicht zu. Es bestehen keinerlei Anzeichen dafür, dass die Beschwerdeführerin eine entsprechende Ausbildung absolviert hatte bzw. über einen entsprechenden Fähigkeitsausweis verfügen würde. Ebenso wenig ist eine Ausbildung zur ... an der ... belegt (vgl. act. II 1 S. 4 Ziff. 5.3). Die Beschwerdeführerin ist deshalb sowohl hinsichtlich der Tätigkeit vor dem Fenstersturz wie auch nun mit dem Gesundheitsschaden als Ungelernte zu betrachten, wobei sie vor dem Gesundheitsschaden teilzeitlich im ... tätig war und dies (hinsichtlich der Zeit bis zur hier angefochtenen Verfügung) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch nicht geändert hätte.

## 5.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die Sache antragsgemäss an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese nach den Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Anspruch neu befinde.

## **6.**

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**6.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

Mit Kostennote vom 9. Mai 2022 macht Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ ein Honorar von Fr. 5'895.--, Auslagen von Fr. 180.90 und Mehrwertsteuer (MWST) von Fr. 467.85 geltend. Dies ist angesichts der Komplexität des vorliegenden Falles nicht zu beanstanden und die der Beschwerdeführerin durch die Beschwerdegegnerin zu ersetzende Parteikosten sind somit auf Fr. 6'543.75 (inkl. Auslagen und MWST) festzusetzen.

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 19. November 2021 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 6'543.75 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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