

200 22 504 IV
SCI/ZID/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. Februar 2023

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. Juni 2022



Sachverhalt:

A.

Die 1966 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), ausgebildete ... und zuletzt langjährig im ... einer ... tätig, meldete sich im Oktober 2019 unter Hinweis auf eine Erschöpfung und starke Hinterkopf- und Nackenschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; AB] 1). Die IVB klärte die medizinischen und erwerblichen Verhältnisse ab; unter anderem edierte sie die Akten der zuständigen Krankentaggeldversicherung (AB 21.1 ff. bzw. aktualisiert 58.1 ff.), sprach Frühinterventionsmassnahmen zu (AB 28, 33 f., 39, 42; vgl. auch AB 54) und liess die Versicherte auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 78 ff.) bidisziplinär (psychiatrisch-orthopädisch) begutachten (Expertisen der C. _____ [MEDAS] vom 29. Januar 2022 [Psychiatrie; AB 93.1], 8. April 2022 [Orthopädie; AB 100.2] und 11. April 2022 [Konsens; AB 100.1]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 101) sowie diesbezüglichen Stellungnahmen des RAD vom 27. und 28. Juni 2022 (AB 112 f.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 29. Juni 2022 bei einem Invaliditätsgrad von 21 % einen Rentenanspruch (AB 116).

B.

Hiergegen liess die Versicherte, wie schon im Vorbescheidverfahren vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____, mit Eingabe vom 31. August 2022 Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr sei rückwirkend eine IV-Rente zuzusprechen, unter Kostenfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. September 2022 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit der Kostennote reichte die Beschwerdeführerin am 27. Oktober 2022 medizinische Berichte der behandelnden Ärzte (Beschwerdebeilage [BB]

11 f.) ein. Ein weiterer Bericht (BB 15) ging am 11. November 2022 beim Gericht ein. Hierzu nahm die Beschwerdegegnerin am 18. November 2022 Stellung. Unaufgefordert reichte die Beschwerdeführerin am 24. November 2022 zusätzlich eine Stellungnahme und am 1. Dezember 2022 Belege zur Illustration der fehlenden Arbeitsfähigkeit ein (BB 16 f.).

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 29. Juni 2022 (AB 116). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der IV.

Soweit in der Beschwerdeschrift (am Schluss) zu den beruflichen Massnahmen Stellung genommen wird, ohne dass soweit ersichtlich jedoch ein Antrag gestellt wird, ist darauf hinzuweisen, dass solche nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung waren und damit auch nicht Gegenstand dieses Verfahrens bilden können. Auf einen entsprechenden Antrag könnte dementsprechend auch nicht eingetreten werden (vgl. BGE 125 V 413 E. 1a S. 414).

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). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213).

Die angefochtene Verfügung datiert vom 29. Juni 2022 (AB 116), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung eines Rentenanspruchs mit Blick auf die Anmeldung vom Oktober 2019 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) und dem Arbeitsunfähigkeitsattest ab Juni 2019 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) im Mai 2020 (vgl. E. 2.3 und 3.1.1 nachfolgend; vgl. auch BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222) und damit vor dem 1. Januar 2022, weshalb (zumindest für die Zeit bis zum 31. Dezember 2021) die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind

(vgl. auch Rz. 9100 f. des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228). Insoweit hier die grundsätzlichen Fragen nach einem Anspruch auf eine Rente bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung und damit über den 31. Dezember 2021 hinaus zu klären sind, sind die Regelungen mit der WE IV jedoch nicht verändert worden (vgl. E. 2.3 nachfolgend).

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).

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). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliess-

lich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

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).

3.

3.1 Bezüglich des Gesundheitszustandes sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin finden sich in den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben:

3.1.1 Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte im Oktober 2019 (AB 1/11) unter Angabe einer ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit seit dem 3. Juni 2019 (AB 1/4 Ziff. 4.3, /6 Ziff. 6.1, 4).

3.1.2 Im Bericht (an die Krankentaggeldversicherung) vom 28. Oktober 2019 attestierte der Hausarzt Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ein (auf berufliche Überforderung und Erschöpfung zurückzuführendes) chronisches Erschöpfungssyndrom/Burnout mit Erschöpfungsdepression und infolgedessen eine volle Arbeitsunfähigkeit. Es sei die erste solche Episode und der Vorzustand sei diesbezüglich unauffällig. Eine somatische Erkrankung könne als Hauptursache der Beschwerden ausgeschlossen werden (AB 19/3).

3.1.3 Gemäss Berichten des Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 4. (zu Handen der Krankentaggeldversicherung; AB 19/1 f.) und 10. November 2019 (zu Handen der Beschwerdegegnerin; AB 17) befand sich die Beschwerdeführerin seit dem 11. September 2019 bei ihm in regelmässiger ambulanter Behandlung. Bis dahin hätten in psychiatrischer Hinsicht weder ambulante noch stationäre Behandlungen stattgefunden. Die 1984 als ... in die Schweiz eingereiste Beschwerdeführerin arbeite seit ca. 20 Jahren als ... in einer Die Arbeitsbelastung habe im letzten Jahr stark zugenommen und die Beschwerdeführerin habe sich gestresst und vermehrt überfordert gefühlt. Seit Anfang Juni 2019 zeige sie eine stark beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit für alle Erwerbstätigkeiten; gegenwärtig sei sie vollständig arbeitsunfähig. Es liege eine reaktive schwere ängstlich-depressive Anpassungsstörung bei anamnestisch bekannten posttraumatischen Belastungsstörungen und anhaltend stressvollen Umständen am Arbeitsplatz (ICD-10 F43.2) vor.

In den Berichten vom 7. (zu Handen der Beschwerdegegnerin; AB 30) und 8. März 2020 (zu Handen der Krankentaggeldversicherung; AB 58.3/30 f.) diagnostizierte Dr. med. E._____ eine reaktive ängstlich-depressive Anpassungsstörung in anhaltenden emotionell enorm stressvollen Umständen am Arbeitsplatz (ICD-10 F43.2) sowie einen Status nach anamnestisch bekannten posttraumatischen Belastungsstörungen. Der Gesundheitszustand zeige sich verbessert und die Prognose eher günstig, sei doch mit einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf von immerhin 50 % bzw. maximal von 70 - 80 % zu rechnen.

Gegenüber der Krankentaggeldversicherung diagnostizierte der Psychiater im Bericht vom 15. Juni 2020 nebst anhaltenden ängstlich-depressiven

Störungen bei Status nach anamnestisch bekannten posttraumatischen Belastungsstörungen in anhaltenden emotionell stark belastenden stressvollen Umständen am Arbeitsplatz einen Status nach zwei LWS-Operationen bei Diskushernien (lebenslange LWS-Fixation mit vier Schrauben). Weitere medizinische Abklärungen seien gegenwärtig nicht angezeigt (AB 58.3/42 f.).

3.1.4 Im Rahmen von Frühinterventionsmassnahmen beklagte sich die Beschwerdeführerin über Rückenbeschwerden (starke Schmerzen im Hinterkopf und Nackenbereich [AB 35, 37, 44] sowie in der Wirbelsäule [AB 41, 47, 53]), was zu weiteren Abklärungen führte.

3.1.5 Im Verlaufsbericht vom 31. August 2020 (AB 46; vgl. auch AB 84/2 ff. und /12 ff.) ergänzte der behandelnde Psychiater die Diagnosen (vgl. E. 3.1.3 hiervor) um jene der zunehmenden LWS-Beschwerden bei anamnestisch bekannter LWS-Operation 2005. Der Gesundheitszustand habe sich nach der plötzlichen Erkrankung des Ehemannes (plötzlicher ...; vgl. AB 37, 41, 44/2) verschlechtert (schwere reaktive Dekompensation und gleichzeitig Zunahme der LWS-Beschwerden). Mit einer erneuten 80 - 100%-igen Arbeitsfähigkeit als ... könne langfristig nicht mehr gerechnet werden.

Ähnlich diagnostizierte Dr. med. E. _____ im Bericht vom 29. März 2021 "rezidivierende ängstlich-depressive Störungen bei Status nach anamnestisch bekannten posttraumatischen Belastungsstörungen" sowie rezidivierende, phasenweise stark immobilisierende belastungsabhängige LWS-Beschwerden bei Status nach anamnestisch bekannter LWS-Operation. Der Arbeitsplatz in der ... sei zwischenzeitlich auf Ende Mai 2021 gekündigt worden, worauf sich die Beschwerdeführerin zu 50 % beim RAV angemeldet habe (AB 64).

3.1.6 Die RAD-Ärztin Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte am 28. Juli 2021 aus, dass aus den vorliegenden Unterlagen keine klare Diagnosestellung erkennbar sei, weshalb sich ein bidisziplinäres Gutachten als notwendig erweise (AB 78/5).

3.1.7 Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im psychiatrischen Gutachten vom 29. Januar 2022 keine Diagnose

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er einen Status nach Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2/F43.8; AB 93.1/33 Ziff. 6.1 f.). Bei der Untersuchung liessen sich keine gravierenden Hinweise für eine tiefgreifende Funktions- und Leistungsbeeinträchtigung im psychiatrischen Bereich (mehr) erkennen; die in der Vergangenheit beschriebenen Symptome seien eher als Reaktion auf die erfolgte Kündigung zu interpretieren (AB 93.1/33 Ziff. 6.3 und /35 f. je unten). Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin nicht durch eine namhafte psychische Beeinträchtigung/Störung in ihren Alltagsfähigkeiten und in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Dafür spreche, dass sie einen strukturierten Tagesablauf mit sozialen Kontakten innerhalb der Familie und einem guten Hilffsystem angebe (AB 93.1/39). Die Beschwerdeführerin sei in jeglicher dem Alter und Habitus entsprechenden Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig. Die früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten seien insoweit nachvollziehbar, als die Beschwerdeführerin Zeit gebraucht habe, ihren Gesundheitszustand zu stabilisieren; die aktuelle Arbeitsunfähigkeit von 70 % sei dagegen nicht mehr nachvollziehbar (AB 93.1/40 f.).

Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im orthopädisch-traumatologischen Gutachten vom 8. April 2022 (vgl. AB 100.2/6 und /70 oben) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein belastungsabhängig vermehrtes cervicocephales Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie sowie eine Belastungs- und Bewegungseinschränkung bei chronisch lumbospondylogem Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er einen Status einer im Jahr 1976 erlittenen Weichteilverletzung des rechten Schienbeins mit länger währender Wundheilungsstörung, gegenwärtig ohne Beschwerdevortrag sowie ohne Funktionseinschränkung, fest (AB 100.2/53 f. Ziff. 6). Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht bestehe eine muskuloskeletal bedingte Schmerzsymptomatik im Bereich der HWS mit allenfalls leichten degenerativen Veränderungen atlantoaxial sowie ein mediales Bulging des Diskus C6/7 ohne neurale Beeinträchtigung. Im Hinblick auf die LWS zeige sich die bereits im Jahr 2005 erfolgte transpedikuläre Spondylodese L4/5 mit dorso-lateraler Anlage von autologem Knochenmaterial knöchern ausgeheilt mit regelrechter Lage des Osteosynthesematerials. Als funktionslimitierend zeige sich eine erstmals im März

2021 bildtechnisch objektivierete Spondylarthrose betont bei L2/3 sowie L3/4 beidseits mit begleitendem diskretem Diskusbulging ohne Neurokompression sowie eine Einengung des Neuroforamens L4/5 rechts mit Tangierung der Nervenwurzel L4 rechts (AB 100.2/60). Die bisherige, körperlich leichte und wechselbelastende und damit durchaus (rücken-)adaptierte Tätigkeit sei mit einer Leistungseinbusse von 20 % (aufgrund der Notwendigkeit häufiger kurzer Arbeitsunterbrechungen und Positionswechsel) weiterhin zumutbar (dies spätestens seit der im August 2020 dokumentierten aktivierten Spondylarthrose in den Segmenten L2/3 sowie L3/4 beidseits sowie der Einengung des Neuroforamens L4/5 rechts mit Tangierung der Nervenwurzel L4 rechts [AB 100.2/66 f.]).

Bidisziplinär wurden die Diagnosen eines belastungsabhängigen vermehrten cervicocephalen Schmerzsyndroms ohne Neurokompression sowie einer Belastungs- und Bewegungseinschränkung bei chronisch lumbospondylogem Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie gestellt. Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Status nach einer 1976 erlittenen Weichteilverletzung nach Velosturz sowie ein Status nach Anpassungsstörung genannt (AB 100.1/9 Ziff. 4.2). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei rein somatisch begründet (AB 100.1/15 Ziff. 4.9).

3.1.8 Nachdem die Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren das bidisziplinäre Gutachten als nicht schlüssig bezeichnet und zusätzlich Arthrosen in den Händen sowie fehlende schlafmedizinische und neuropsychologische Untersuchungen geltend gemacht hatte (AB 108, 114/3), erachteten die RAD-Ärzte Dres. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowohl die Einzelgutachten als auch den Konsens als schlüssig (AB 112 f.). Die vom orthopädischen Gutachter auch unter optimalen leidensadaptierten Bedingungen gesehene 20%-ige Leistungsminderung sei als wohlwollend zu werten und neue orthopädische Leiden/Beeinträchtigungen seien seit der Begutachtung nicht bekannt (AB 112/2). Aus psychiatrischer Sicht sei eine neuropsychologische Untersuchung nicht angezeigt, bestünden doch keine Anhaltspunkte für ein vermindertes kognitives Leistungsvermögen. Der Schlaf sei exploriert und berücksichtigt worden. Auch die Schmerzsymptomatik sei explo-

riert und berücksichtigt, aufgrund dessen aber keine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden (AB 113/3).

3.1.9 Der behandelnde Psychiater bezeichnete im Schreiben an die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vom 6. Juli 2022 den ablehnenden IV-Entscheid als "absolut inakzeptabel und für die Beschwerdeführerin gesundheitlich enorm schädigend und erneut stark traumatisierend". Bei der Beschwerdeführerin handle es sich eindeutig um eine polymorbide chronisch erkrankte Patientin mit posttraumatischen Belastungsstörungen, rezidivierenden depressiven Störungen, komplexen chronisch degenerativen mehretageren Rückenbeschwerden und Fingerpolyarthrosen. Anlässlich der Arbeitsversuche habe die Beschwerdeführerin trotz Motivation, Compliance und Coaching eine stark verminderte Leistungsfähigkeit gezeigt. Die zweimalig gescheiterten halbtägigen beruflichen Eingliederungsversuche müssten obligatorisch mindestens zu einer 50 % IV-Teilberentung führen. Die Beschwerdeführerin müsse unbedingt ergänzend polydisziplinär begutachtet werden (BB 3).

In einer vom Hausarzt initiierten (vgl. BB 5) neuropsychologischen Untersuchung durch lic. phil. J. _____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP und Psychotherapie FSP, wurde das Leistungsverhalten während der Testuntersuchung vom 3. Oktober 2022 als durch die schmerzbedingt erheblich eingeschränkte kognitive Dauerbelastbarkeit und durch das aus Angst, etwas Falsches zu machen, durchgängig unsicher-verlangsamte Arbeitsverhalten beeinträchtigt bezeichnet. Dies habe in den durchgeführten Leistungstests zu teilweise sehr akzentuierten Resultaten geführt, welche nicht als spezifische und valide neuropsychologische Befunde interpretiert werden könnten. Deshalb habe auch kein Schweregrad allfällig vorhandener kognitiver Defizite beurteilt werden können. Klinisch-neuropsychologisch seien das erhöhte Angstniveau sowie die Schmerzexazerbation und die damit einhergehende Erschöpfung bei gerichteter mentaler Beanspruchung sehr deutlich im Vordergrund gewesen. So habe die mobilisierte Konzentrationsfähigkeit weiter abgenommen und im Untersuchungsverlauf nach etwa vier Stunden zu einem Zustand der Erschöpfung mit vollständiger Leistungsunfähigkeit und dringendem Schlafbedarf geführt. Darüber hinaus gehende Aussagen zur Leistungsfähigkeit im Beruf könnten auf-

grund nicht spezifischer neuropsychologischer Befunde nicht aus den aktuellen Befunden abgeleitet werden. Inwieweit die beobachtete herabgesetzte kognitive Dauerbelastung sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, müsse aus gesamtmedizinischer Sicht beurteilt werden (BB 12).

Die Beschwerdeführerin wurde zudem im Spital K._____ schlafmedizinisch abgeklärt. Im Bericht vom 24. Oktober 2022 diagnostizierte Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eine exzessive Tagesschläfrigkeit am ehesten im Rahmen einer depressiven Entwicklung bei (leicht bis knapp mittelgradiger) schlafgebundener Atemstörung. Der Beschwerdeführerin sei empfohlen worden, zumindest einen Versuch mit einer automatischen CPAP-Therapie zur Beseitigung der nächtlichen Atemstörung durchzuführen (BB 15).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

3.2.1 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).

Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern, was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft, ein weiter Ermessensspielraum zu. Das beinhaltet auch die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen. Es liegt demnach im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist oder nicht (SVR 2021 UV Nr. 19 S. 96 E. 6.4; Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 30. Januar 2015, 8C_277/2014, E. 5.2).

3.2.2 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3).

In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, 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 den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz

zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.3 Auf der Basis der bis dahin vorliegenden Unterlagen gelangte der RAD (in nicht zu beanstandender Weise) zum Schluss, es sei eine bidisziplinäre Begutachtung (Psychiatrie/Orthopädie) notwendig (AB 78/5). Die Begutachtung wurde den damals geltenden Regeln entsprechend der Beschwerdeführerin angekündigt (AB 82; vgl. auch AB 86). Die Untersuchungen erfolgten am 17. September 2021, womit insoweit die damals noch geltenden Regeln Anwendung fanden. Dies wird auch nicht beanstandet. Das (bidisziplinäre) Gutachten (AB 100.1 f., 93.1) erfüllt die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Die Beurteilungen der Gutachter sind umfassend, beruhen auf einlässlichen Explorationen und wurden in Kenntnis der Vorakten sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden vorgenommen. Sie überzeugen inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Auf das bidisziplinäre Gutachten ist folglich grundsätzlich abzustellen.

3.3.1 Nachdem der psychiatrische Gutachter nachvollziehbar keine "tiefgreifenden Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen im psychiatrischen Bereich" erkennen konnte (AB 93.1/36), ist nicht zu beanstanden, dass er daraus folgend keine psychische Störung abgeleitet hat. Zusammenfassend lagen aus psychiatrischer Sicht im Zeitpunkt der Begutachtung keine psychischen Störungen mit Krankheitswert vor, die zu einer anhaltenden Beeinträchtigung der mittel- und langfristigen Arbeitsfähigkeit führen, weshalb praxismässig auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden kann. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, vermag daran nichts zu ändern:

Soweit der behandelnde Psychiater auch nach Kenntnis des Gutachtens weiterhin von posttraumatischen Belastungsstörungen und rezidivierenden depressiven Störungen ausgeht (BB 3), ist einleitend festzuhalten, dass es in seinen Berichten (abgesehen von anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin) an einer leitliniengerechten Befunderhebung mit Psy-

chostatus und entsprechender Diskussion mangelt. Gleichwohl ist er von Anfang an von einem reaktiven (mit der Arbeitsplatzsituation in Zusammenhang stehenden) Geschehen (Anpassungsstörung) ausgegangen (vgl. AB 19/1, 17/2, 30/1, 58.3/2). Dass er dabei jeweils posttraumatische Belastungsstörungen mitdiagnostizierte, überzeugt nicht. So gab die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrisch-gutachterlichen Exploration als einschneidende Erlebnisse einzig die Kündigung und den Verlust ihres ersten Kindes an (AB 93.1/30 Ziff. 7). Auch wenn die Beschwerdeführerin in ihrer Jugend zufolge Flucht schwere Jahre verlebt hatte (vgl. neben dem Gutachten [AB 93.1/29 Ziff. 3] insbesondere auch AB 21.4/18), so sind dennoch für die Zeit nach der Ankunft in der Schweiz, die Jahrzehnte zurückliegt, bis ins Jahr 2019 zu keinem Zeitpunkt auch nur ansatzweise Hinweise für eine psychische Störung vorhanden (vgl. AB 17/1 Ziff. 1). Selbst wenn entgegen dieser Aktenlage die Beschwerdeführerin vor inzwischen rund 40 Jahren eine posttraumatische Störung durchlebt gehabt hätte, wäre gestützt auf die in den Akten dokumentierte Lebensgeschichte erstellt, dass sie diese (wie in den entsprechenden Leitlinien dargelegt) folgenlos verarbeitet hatte und sich daraus insbesondere auch keine Persönlichkeitsstörung entwickelt hat. Eingeschränkte Ressourcen sind zu keinem Zeitpunkt erhoben worden. Vielmehr hat die Beschwerdeführerin in der Schweiz eine Ausbildung absolviert, rasch die Sprache gelernt und danach während Jahrzehnten zur vollsten Zufriedenheit der Arbeitgeber (am Schluss während fast zwanzig Jahren am gleichen Ort) vollschichtig gearbeitet (vgl. AB 93.1/29 f. Ziff. 5).

Wenn der behandelnde Psychiater weiter davon ausgeht, ein Arbeitsversuch sei nur zweimal zu 50 % an je einem halben Tag erfolgt und daraus sei zu schliessen, dass die Beschwerdeführerin zu 50 % zu berenten sei (BB 3), lässt er unberücksichtigt, dass die Abklärungen insbesondere auch im Rahmen der Abklärungsstelle M. _____ sehr wohl in höherem Rahmen, unterbrochen wegen der Erkrankung des Ehemanns, erfolgen konnten (vgl. AB 31, 35, 37, 44). Schliesslich kommt seinem an die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin gerichteten Bericht vom 6. Juli 2022 (BB 3) von vornherein nur sehr begrenzter Beweiswert zu, da er ohne fundierte medizinische Darlegungen advokatorisch die Interessen der Beschwerdeführerin wahrnimmt, womit ein eigentlicher Rollenwechsel vom behandeln-

den Arzt zum Parteivertreter stattgefunden hat (Entscheid des BGer vom 6. Juni 2018, 8C_79/2018, E. 4.2).

Eine somatoforme Schmerzstörung ist einzig von der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vorgebracht worden (AB 108/2; Beschwerde, S. 3), nie aber – weder vom behandelnden Psychiater noch vom Gutachter – fachärztlich diagnostiziert worden. Zutreffend hat die RAD-Ärztin deshalb festgehalten, dass die Gutachter die Schmerzsymptomatik exploriert und berücksichtigt hätten und keine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden könne (AB 113/3).

3.3.2 Die geklagten HWS- und LWS-Beschwerden wurden im orthopädisch-traumatologischen Gutachten vom 8. April 2022 (AB 100.2) eingehend sowie nachvollziehbar diskutiert und im Umfang von 20 % als leistungsmindernd qualifiziert. Entgegen den Vorbringen in der Beschwerde (S. 3) zeigt sich die bereits im Jahr 2005 erfolgte transpedikuläre Spondylodese L4/5 mit dorso-lateraler Anlage von autologem Knochenmaterial knöchern ausgeheilt mit regelrechter Lage des Osteosynthesematerials (AB 100.2/60). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit anderslautende fachärztliche Einschätzungen legte die Beschwerdeführerin nicht vor und sie konsultiert gemäss eigenen Angaben sowie der Aktenlage schon seit vielen Jahren keinen Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, für Rheumatologie oder für Neurochirurgie (mehr) (AB 100.2/27 Ziff. 3.2.3.4). Die diesbezüglich fachfremden Einschätzungen des behandelnden Psychiaters (AB 64/2 oben) vermögen die gutachterlichen Feststellungen nicht in Zweifel zu ziehen. Was schliesslich die ebenfalls allein vom behandelnden Psychiater geltend gemachten Fingerpolyarthrosen (BB 3; vgl. auch AB 114/3) anbelangt, gilt es darauf hinzuweisen, dass im Rahmen des orthopädischen Gutachtens auch die Hand- und Fingergelenke sowie die Fingermobilität eingehend untersucht wurden (AB 100.2/40 ff.). Dabei war der Faustschluss beider Hände komplett möglich und die Mobilität des rechten und linken Daumens in allen Freiheitsgraden uneingeschränkt (ohne Anhalt auf eine Instabilität der Daumengelenke; AB 100.2/41). Insbesondere konnten die Greifqualitäten (Grobgriff, Präzisionsgriff, Schlüsselgriff) beidseits regelrecht demonstriert werden (AB 100.2/42).

3.3.3 In dem erst nach Verfügungserlass und damit nach der zeitlich massgebenden Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) ergangenen neuropsychologischen Konsilium vom 17. Oktober 2022 (BB 12) wurden generell unauffällige kognitive Funktionen festgestellt. Soweit sich teilweise auffällige Resultate zeigten, wurden diese nicht als spezifische und valide neuropsychologische Befunde interpretiert (BB 12/6 f. und /9). Die gezeigte Problematik wurde deshalb schliesslich nicht auf der neuropsychologischen Ebene verortet ("inwieweit die beobachtete herabgesetzte kognitive Dauerbelastbarkeit sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, muss aus gesamtmedizinischer Sicht beurteilt werden" [BB 12/10]). Die neuropsychologische Abklärung sei zudem an einer bereits vorermüdeten Patientin erfolgt, welche offenbar vor der Untersuchung schlecht geschlafen habe (BB 12/3).

Die (ebenfalls erst nach Verfügungserlass) im Bericht des Spitals K._____ vom 24. Oktober 2022 festgehaltene Tagesschläfrigkeit konnte bei insgesamt bloss leicht- bis knapp mittelgradigen schlafgebundenen Atemstörungen – insbesondere auch in Bezug auf deren (zusätzliche) Auswirkungen auf die beklagten Beschwerden – nicht restlos geklärt werden. Die Beschwerdeführerin nahm demnach umgehend eine CPAP-Therapie zur Beseitigung der nächtlichen Atemstörung auf. Es sei von einer multifaktoriellen Ursache mit überwiegend einer nicht-organischen Hypersomnie im Rahmen einer Depression auszugehen (BB 15). Dabei wird ausser Acht gelassen, dass der psychiatrische Gutachter, welchem besagte Tagesschläfrigkeit durchaus bekannt war (vgl. AB 93.1/20 unten, /23 f., /28, /35), eine depressive Störung zwar in Betracht gezogen, mangels Anhaltspunkten für ein vermindertes kognitives Leistungsvermögen dann aber verneint hat (AB 93.1/33 Ziff. 6.3). Seinen Untersuchungsbefunden zufolge präsentierte sich die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung als wach und klar, dies ohne qualitative oder quantitative Bewusstseinsveränderung. Die Aufmerksamkeit war in Umfang und Intensität der Aufnahme von Wahrnehmung bzw. Gedanken nicht beeinträchtigt (die Beschwerdeführerin konnte dem Gespräch gut folgen) und die Konzentration war nicht herabgesetzt. Insbesondere konnte im Gesprächsverlauf kein Nachlassen der Konzentration festgestellt werden (AB 93.1/32).

Insoweit liefern die Ergebnisse der schlafmedizinischen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse.

Schliesslich vermag die Beschwerdeführerin auch aus dem nachgereichten Schlussbericht der vom RAV initiierten arbeitsmarktlichen Massnahmen (AMM) vom 30. November 2022 (BB 17) nichts zu ihren Gunsten abzuleiten, handelt es sich doch dabei nicht um eine fachärztlich bekräftigte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und wird darin im Wesentlichen bloss das subjektiv empfundene und von der Beschwerdeführerin an den Tag gelegte Leistungsvermögen wiedergegeben.

3.4 Nach dem Dargelegten ist der medizinische Sachverhalt mit dem überzeugenden bidisziplinären Gutachten (AB 93.1, 100.1 f.) rechtsgenüßlich abgeklärt. Weiterer Abklärungen bedarf es entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht, zumal selbst die Gutachter keine anderweitigen Abklärungen als notwendig erachteten (vgl. E. 3.2.1 hiavor). Gestützt auf dieses Gutachten liegt für eine rückenadaptierte Tätigkeit mit intermittierender stehender, gehender und sitzender Körperposition eine Arbeitsfähigkeit von 80 % vor (AB 100.1/11). Darauf ist abzustellen.

Nicht gefolgt werden kann den Gutachtern hingegen, insoweit sie rückwirkend pauschal die Arbeitsunfähigkeitsatteste des behandelnden Psychiaters für massgeblich erklären, denn auf dessen Berichte kann nicht abgestellt werden. Die in der Vergangenheit beschriebenen depressiven Symptome wurden vom psychiatrischen Gutachter (wie auch vom behandelnden Psychiater; vgl. bereits E. 3.3.1 hiavor) als Reaktion auf externe Belastungen (die Probleme am Arbeitsplatz mit Kündigung und später die Erkrankung des Ehemannes) interpretiert (AB 93.1/33 und /35 je unten). Entsprechend diagnostizierte er einen Status nach Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2/F43.8; AB 93.1/33). Der Gutachter bezeichnete die von den behandelnden Ärzten attestierte durchgehend hohe Arbeitsunfähigkeit (100 % ab 3. Juni 2019 [AB 21.3/4], 50 % ab 5. August 2019 [AB 21.3/4], 100 % ab 7. Oktober 2019 [AB 21.3/13; vgl. auch 4, 17/2, 19/3], 80 % ab 17. Januar 2020 [AB 58.3/27], 70 % ab 14. Februar 2020 [AB 58.3/29 und /32 ff., 30/2, 58.3/30], 60 % ab 27. April 2020 [AB 58.3/37 und /41], 50 % ab 15. Juni 2020 [AB 58.3/44 ff., /58, /43, /58] und 100 % ab 21. August 2020 [AB 48/3 und /2, 46/2, 58.3/78 und /75 ff., 64/2]) bis zum Zeitpunkt der Be-

gutachtung unkritisch als nachvollziehbar (AB 93.1/40 f.). Eine weitergehende Auseinandersetzung mit dem Verlauf und den Auswirkungen der Anpassungsstörung findet sich indessen im Gutachten nicht. Auch der behandelnde Psychiater hat (abgesehen von subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin) kaum Angaben zu den Befunden bzw. zum Psychostatus festgehalten (vgl. bereits E. 3.1.1 hiervor). Eine solche von den behandelnden Ärzten echtzeitlich unterlassene Dokumentation der objektiven Befunde kann nicht nachgeholt werden und es liegt insoweit Beweislosigkeit zum Nachteil der Beschwerdeführerin vor. Eine retrospektive Würdigung durch den Gutachter war gestützt auf die äusserst rudimentären und vagen Angaben des behandelnden Psychiaters nicht möglich. Er hat denn auch nur relativierend auf dessen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse abgestellt, als er diese "insoweit" als nachvollziehbar erachtet, dass die Beschwerdeführerin "Zeit brauchte ihren Gesundheitszustand zu stabilisieren" (AB 93.1/41). Spätestens im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns im Mai 2020 (vgl. E. 2.1 hiervor) ist aus rein psychischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit kein invalidisierender Gesundheitsschaden mehr erstellt (vgl. E. 2.3 hiervor). Unter Berücksichtigung des Umstands, dass ein reaktives Geschehen auf eine problematische Arbeitsplatzsituation vorliegt (vgl. E. 3.1.1 hiervor), stellt die Kündigung des Arbeitsverhältnisses (am 23. September 2020; vgl. AB 58.5/8 ff.) schliesslich nicht ein eigentlich belastendes Ereignis dar, sondern vielmehr die Befreiung von dem seitens der Beschwerdeführerin als unzumutbar empfundenen Arbeitsverhältnis. Wobei seitens des Gerichts nicht geklärt werden muss, wie es sich hiermit konkret verhielt, steht eine Wiederaufnahme der Tätigkeit bei der früheren Arbeitgeberin doch ausser Frage. Auch hinsichtlich der Reaktion auf die Erkrankung des Ehemannes (ab 17. Juli 2020; vgl. AB 46/2, 93.1/27) liegen keine ärztlichen Belege vor, welche eine hinreichend lange Verschlechterung mit massgeblicher Einschränkung belegen lassen. Letztlich hat der behandelnde Psychiater die von ihm attestierte fortgesetzte volle Arbeitsunfähigkeit – bei an sich bestehender psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung (AB 64/1 unten) – denn auch vornehmlich somatisch mit phasenweise stark immobilisierenden belastungsabhängigen LWS-Schmerzbeschwerden und den *daraus* resultierenden ängstlich-depressiven Störungen begründet (so im Bericht vom 29. März 2021

[AB 64.2 oben]). Eine Begründung die sich aus somatischer Sicht wie dargelegt nicht untermauern lässt (E. 3.3.2).

Zusammenfassend ist damit seit spätestens Mai 2020 von einer durchgehend 80%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

4.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person 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).

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2021 Nr. 51 S. 168 E. 3.2). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unter-

durchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

4.2

4.2.1 Die Beschwerdegegnerin stellte bei der Berechnung des Valideneinkommens auf den von der letzten Arbeitgeberin für das Jahr 2018 deklarierten Bruttolohn von Fr. 82'535.-- (AB 16.2/1) ab (AB 116/1 unten). Das ist nicht zu beanstanden, ist doch aufgrund des langjährigen Arbeitsverhältnisses davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden weiterhin dort beschäftigt wäre. Indessen hat gemäss Auszug aus dem Individuellen Konto (IK) das effektive Valideneinkommen im Jahr 2018 Fr. 76'310.-- betragen (AB 14; vgl. auch AB 21.6). Das von der Beschwerdegegnerin herangezogene höhere Valideneinkommen mitumfasste (in unzulässiger Weise) auch die Ausbildungszulagen. Das auf den frühest möglichen Rentenbeginn im Jahr 2020 (vgl. E. 2.1 hiervor) indexierte Valideneinkommen (BFS, Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen 2010 - 2021, Ziff. 64 - 66 [2018: 109.8 Punkte; 2020: 110.1 Punkte]) beläuft sich auf Fr. 76'518.50 (Fr. 76'310.-- / 109.8 x 110.1).

4.2.2 Da die Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit im zumutbaren Umfang nachgeht, ist an sich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen anhand der Tabellenlöhne berechnete, wobei sie auf die Ziff. 41 (allgemeine Büro- und Sekretariatskräfte 50 Jahre

und älter) der Tabelle TA17 abstellte. Die Berechnung in der angefochtenen Verfügung (AB 116/1 unten) ist jedoch nicht nachvollziehbar, da die genauen Parameter nur beschränkt offen gelegt wurden und davon auszugehen ist, dass teilweise auch falsche Werte zugezogen wurden (vgl. insbesondere die herangezogene Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden, die im ... tatsächlich 41.5 Stunden betragen hat [BFS, betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen]).

Wie es sich mit dem Bezug der Tabelle TA17 tatsächlich verhält, braucht jedoch nicht abschliessend geklärt zu werden, da, selbst wenn auf die ordentlicherweise zu berücksichtigende Tabelle TA1 abgestellt wird, sich am Ergebnis nichts ändert. Weil die Beschwerdeführerin als ausgebildete ... langjährig im ... einer ... tätig war, ist die LSE TA1, Ziff. 64 - 66 (Finanz- und Versicherungsdienstleistungen) im Kompetenzniveau 3 massgeblich. Entgegen dem Wortlaut der Verfügung stellt der Abzug von 20 % keinen leidensbedingten Abzug (vgl. E. 4.1.2 hiervor) dar, sondern setzt die gutachterlich beschriebene Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit um (vgl. E. 3.4 hiervor). Da diese, wie vom RAD nachvollziehbar dargelegt (vgl. AB 112/2), eher grosszügig bemessen ist und weil anderweitige Kriterien für einen leidensbedingten Abzug nicht erfüllt sind, ist vorliegend ein eigentlicher Abzug vom Tabellenlohn nicht angezeigt. Das Invalideneinkommen nach den Werten der Tabelle TA1 der LSE 2020 berechnet beträgt für die Bestimmung des Invalideneinkommens Fr. 66'403.30 (Fr. 6'667.-- x 12 / 40 x 41.5 x 0.8).

Selbst wenn der noch tiefere Wert der LSE TA17 Ziff. 43 (Bürokräfte Finanz- und Rechnungswesen, Statistik und Materialwirtschaft) beigezogen würde, der dem Valideneinkommen der Beschwerdeführerin am nächsten käme, würde sich am Ergebnis nicht ändern. Bei dieser für die Beschwerdeführerin günstigsten Betrachtung ergäbe sich ein Invalideneinkommen von Fr. 64'311.70 (Fr. 6'457.-- x 12 / 40 x 41.5 x 0.8).

4.2.3 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ergibt sich im für die Beschwerdeführerin günstigsten Fall eine Erwerbseinbusse von Fr. 12'206.80 (Fr. 76'518.50 - Fr. 64'311.70) und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet (zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123) höchstens

16 % (Fr. 12'206.80 / Fr. 76'518.50 x 100). Damit besteht kein Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. E. 2.3 hiervor).

4.3 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 29. Juni 2022 (AB 116) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 1. Dezember 2022)
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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