

200 22 707 IV
JAP/GET/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. Januar 2023

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. Oktober 2022



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), zuletzt als ... sowie in den Bereichen ... und ... erwerbstätig, meldete sich im August 2019 unter Hinweis auf Beschwerden im Bereich der Schultern, Arme und Hände, eine Veränderung der Motorik und der lokalen Empfindung, Kraffteinbussen, Schlafstörungen, eine erhöhte Ermüdbarkeit sowie eine reduzierte Konzentrationsfähigkeit bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 1; 72.1 S. 2). Die IVB holte die Akten des zuständigen Krankentaggeldversicherers (C. _____) ein (beinhaltend u.a. ein zu dessen Händen verfasstes interdisziplinäres Gutachten der Begutachtungsstelle D. _____ vom 24. Februar 2020 [act. II 40 S. 2 ff.]), zog Berichte behandelnder Ärzte bei und liess die Versicherte nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) durch die Dres. med. E. _____, Facharzt für Neurologie, und F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bidisziplinär begutachten (Expertise vom 20. November 2020 [act. II 68.1]). Nachdem die IVB Dr. med. F. _____ um präzisierende Angaben zu möglichen Verweistätigkeiten ersucht hatte (act. II 82 f.), gewährte sie ein Belastbarkeitstraining (act. II 99), welches die Versicherte in der ersten Woche unter Angabe von Beschwerden abbrach (act. II 104). Nach erneuter Rückfrage bei den Dres. med. F. _____ und E. _____ (act. II 112; 117) sowie beim RAD (act. II 120) veranlasste die IVB nach Beizug weiterer Berichte behandelnder Ärzte bei den Dres. med. G. _____, Facharzt für Neurologie, und H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein weiteres bidisziplinäres Gutachten (Akten der IVB [act. IIA] 190.1 ff.; Fertigstellung der Expertise am 28. Juni 2022 [vgl. act. IIA 190.1 S. 3]). Mit Vorbescheid vom 30. Juni 2022 (act. IIA 193) stellte die IVB der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens mit der Begründung in Aussicht, es liege keine gesundheitliche Beeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben und einen Bericht ihres Hausarztes Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 12. August 2022 (act. IIA 199 S. 2 ff.) sowie von

Dr. med. J._____, Fachärztin für Neurologie, Klinik K._____, vom 25. August 2022 (act. IIA 204 S. 5-11), einreichen, woraufhin die IVB von den Dres. med. G._____ und H._____ eine Stellungnahme einholte (act. IIA 211 S. 1-6). Mit Verfügung vom 21. Oktober 2022 (act. IIA 212) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 22. November 2022 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Bern vom 21. Oktober 2022 sei aufzuheben.
2. Es sei die Angelegenheit an die kantonale IV-Stelle mit der Anweisung zurückzuweisen, über die Rentenansprüche der Beschwerdeführerin ab Februar 2020 nach Einholung eines verwaltungsexternen medizinischen Gutachtens unter Einbezug der medizinischen Fachrichtungen Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie zu entscheiden.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 14. Dezember 2022 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

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 21. Oktober 2022 (act. IIA 212). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente der IV.

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 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. 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). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 21. Oktober 2022 (act. IIA 212), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs mit Blick auf die im August 2019 erfolgte Anmeldung zum Leistungsbezug (act. II 1) vor dem 1. Januar 2022 (Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG), weshalb (mangels eines Revisions-

grundes mit Neufestsetzung des Rentenanspruchs nach dem 1. Januar 2022) 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. jedoch E. 3.2.2 hinten; Ziff. 9101 des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen, vgl. BGE 144 V 195 E. 4.2 S. 198).

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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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).

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).

3.

3.1 Bis zum Erlass der die zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) angefochtenen Verfügung vom 21. Oktober 2022 (act. IIA 212) präsentierte sich die (medizinische) Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Dr. med. L._____, Fachärztin für Neurologie, hielt im Bericht vom 22. Februar 2019 (act. II 21 S. 17 f.) fest, die starken, neuropathisch anmutenden Schulterschmerzen links, welche seit gestern am Morgen beständen und klinisch und radiologisch keiner klaren muskuloskelettalen Schmerzursache zugeordnet werden könnten, seien verdächtig für eine beginnende Armplexusneuritis (Synonym: Neuralgische Schulteramyotrophie, Parsonage-Turner-Syndrom; vgl. z.B. <www.flexikon.doccheck.com>).

Mit weiterem Bericht vom 27. März 2019 (act. II 21 S. 11 f.) hielt Dr. med. L._____ fest, es beständen weiterhin starke Schmerzen im Schulterbereich mit weiterhin fehlenden klaren neurologischen Ausfällen. Auch elektrophysiologisch liessen sich keine Pathologien erfassen. Dieser Verlauf könnte weiterhin zu einer Armplexusneuritis passen, die Schmerzen seien hierfür mittlerweile aber eher zu prolongiert (S. 12).

Am 12. April 2019 berichtete Dr. med. L._____, bei anamnestisch weitgehend unveränderten Beschwerden zeige sich in der klinischen Untersuchung neu eine Parese für Extension des Zeigefingers links, während die Muskeleigenreflexe links an den oberen Extremitäten schwächer seien als rechts. Dieser Befund würde grundsätzlich zu einer Plexusneuritis passen, weiterhin sei jedoch die Dauer der Schmerzen hierfür etwas lange. Im MRI des Plexus brachialis links (vgl. act. II 21 S. 4) zeige sich kein Hinweis auf eine entzündliche Veränderung und auch keine Raumforderung mit kompressiver Wirkung auf den Plexus (S. 2 f.).

3.1.2 Im Bericht des Spitals M._____, Klinik N._____, vom 7. November 2019 (act. II 43.3 S. 31-33) wurde in der Beurteilung festgehalten, die Anamnese und klinische Untersuchung seien nicht konklusiv. Die fluktuierende Befundausrprägung sowie die anatomisch nur schwer erklärbare Beschwerdelokalisation seien suggestiv für das Vorliegen einer anhaltenden Schmerzstörung, möglicherweise auf dem Boden eines somatischen Kerns. Für eine abgelaufene Schulteramyotrophie oder eine hereditäre Plexopathie fänden sich bei fehlender Atrophie, führend sensibler Symptomatik, unauffälliger Elektrophysiologie sowie aktenanamnestisch regelrechter Darstellung des Plexus brachialis links keine Hinweise (S. 32).

3.1.3 Vom 1. bis 16. November 2019 war die Beschwerdeführerin in der Klinik K._____ hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 26. November 2019 (act. II 29 S. 7 ff.) wurde festgehalten, zunächst habe der Verdacht einer neuralgischen Schulteramyotrophie bestanden. Die serologische Diagnostik habe sich negativ gezeigt. Ein MRI der HWS und Schulter habe keine relevante Diskusherniation oder andere wegweisenden Veränderungen gezeigt. Ebenso habe sich der Plexus cervicalis/brachialis unauffällig dargestellt. Jedoch sei bei Darstellung mehrerer Verkalkungen im Bereich des Recessus subscapularis und der Ansatzsehne der Verdacht auf eine aktivierte Peritendinitis subscapularis entstanden. Die beschriebene akute Symptomatik sei daher zum Teil im Rahmen einer Tendinitis humeroscapularis interpretiert worden (S. 9). Betreffend die Diagnose einer hereditären neuralgischen Amyotrophie (S. 7) hätten sowohl eine craniale Computertomographie (CCT) wie auch eine Liquorpunktion unauffällige Befunde gezeigt. Elektroneurographische Untersuchungen der Arme beidseits seien jedoch mit einer kompletten Armplexusläsion beidseits ulnar betont zu vereinbaren gewesen (S. 10).

3.1.4 Im zu Händen des Krankentaggeldversicherers verfassten polydisziplinären, auf einer internistisch-rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchung beruhenden Gutachten der Begutachtungsstelle D._____ vom 24. Februar 2020 (act. II 40 S. 2 ff.) wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen eine sensomotorische, distal betonte, überwiegend axonale Polyneuropathie festgehalten (S. 21). In der Beurteilung hielten die Gutachter fest, aus der

aktuellen rheumatologischen Untersuchung ergäben sich keine Hinweise auf ein in dieses Fachgebiet einzuordnendes polytopes Syndrom (S. 17).

In neurologischer Hinsicht hielten die Gutachter fest, bei der neuralgischen Schulteramyotrophie sei zwischen einer idiopathischen (INA) und einer hereditären neuralgischen Schulteramyotrophie (HNA) zu unterscheiden. Der Beginn der Symptomatik passe zur Annahme einer neuralgischen Schulteramyotrophie. Ungewöhnlich sei allerdings die deutliche sensible Beteiligung. Es beständen eine Reihe sensibler Defizite, welche über das Ausmass der Sensibilitätsstörungen bei einer Schulteramyotrophie hinausgingen. Charakteristische Körpermerkmale, wie sie bei einer HNA vorliegen könnten, beständen bei der Beschwerdeführerin ebenfalls nicht. Auch die Beteiligung von Hirnnerven, einhergehend mit Schluckstörungen, sensiblen Defiziten im Gesichtsbereich sowie auch die unauffällige kernspintomografische Darstellung der Plexusregion sprächen eher gegen das Vorliegen einer neuralgischen Schulteramyotrophie. Auffallend sei auch, dass die Schmerzen und die Muskelatrophie deutlicher den pectoralen und periglomerulären Bereich, jedoch weniger den periskapulären Bereich betreffen. Auch die Messung der Nervenleitgeschwindigkeit ergebe bei einem typischen Parsonage-Turner-Syndrom in der Regel pathologisch verzögerte Werte wegen Demyelinisierung. Dies liege ebenfalls nicht vor, das elektoneurographische Bild spreche eher für ein axonales Geschehen. Differenzialdiagnostisch müsse daher an eine andere dysimmune Neuropathie bzw. eine chronisch inflammatorische Polyneuropathie gedacht werden. Schlussendlich sei am ehesten an eine axonale, überwiegend symmetrische, distal betonte Neuropathie mit Beteiligung von Hirnnerven zu denken (S. 19). Aus neurologischer Sicht sei ungeachtet der nicht abschliessend geklärten Pathogenese der Neuropathie gegenwärtig eine Arbeitsunfähigkeit von 100% sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in denkbaren Verweistätigkeiten durch neuropathische Schmerzen, Sensibilitätsstörungen und motorische Defizite begründet (S. 20).

In psychiatrischer Hinsicht lasse sich unter Berücksichtigung des psychischen Befundes und der anamnestischen Angaben aktuell eine krankheitswertige affektive Störung, eine Angststörung, eine somatoforme Störung sowie eine Persönlichkeitsstörung mit hoher Wahrscheinlichkeit

ausschliessen. Insgesamt könne auf psychiatrischem Gebiet aktuell keine krankheitswertige psychiatrische Störung erhoben werden (S. 21).

Es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (S. 23).

3.1.5 Dr. med. O._____, Fachärztin für Urologie sowie Chirurgie, RAD, hielt im Bericht vom 27. Februar 2020 (act. II 33) gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte als Diagnose ein unklares, sich im Verlauf ausdehnendes Schmerzsyndrom fest (S. 6). Es bestehe ein noch immer unklares Krankheitsbild. Hierbei seien die bei den Untersuchungen erhobenen Befunde stark wechselnd und die subjektiven Beschwerden nicht wirklich einem Krankheitsbild zuzuordnen. Die Diagnose einer neuralgischen Amyotrophie der Schulter, die zu Beginn der Symptomatik im Raume gestanden habe, habe sich neurologisch bei unauffälliger Elektrophysiologie und unauffälliger MRI-Darstellung des Plexus nicht bestätigen lassen (S. 5). Noch viel weniger wiesen die diffusen und undulierenden Beschwerden mit Schluckstörungen und Sensibilitätsstörungen im Gesicht und an beiden Unterschenkeln ohne neurologische Zuordnung auf das Vorliegen einer hereditären Amyotrophie hin. Auch verwundere es, dass trotz maximaler Schmerzüberlastung, damit verbundener Schlafstörungen und immer grösserer Beeinträchtigung im Alltag keine wirksamen schulmedizinisch erprobten Medikamente zum Einsatz gekommen seien, was den tatsächlichen Leidensdruck in Frage stelle. Objektivierbar seien lediglich leichte degenerative Schultergelenksalterationen beidseits, welche durch physikalische Massnahmen / Infiltrationen ins Gelenk behandelbar seien (S. 6).

3.1.6 Im Bericht vom 29. Oktober 2020 (act. II 64 S. 6-13) hielt Dr. med. J._____ fest, die Elektroneurographie (ENG) der Arme und Beine vom Oktober 2020 habe kaum axonale Läsionen mehr an den Beinen und an den Armen gezeigt, es habe sich jedoch eine merkliche symmetrische Verlangsamung der Nervenleitgeschwindigkeit an allen Armnerven als ein Hinweis auf eine demyelinisierende Polyneuropathie / Polyradikuloneuropathie (CIDP) an den Armen finden lassen. Die anfänglich vermutete Diagnose eines idiopathischen, erweiterten, neuralgischen, amyotrophen gegebenenfalls hereditären Syndroms wäre weiterhin nicht sicher auszuschliessen. Der aktuelle ENG-Befund ziehe eine atypische Form der CIDP

in Betracht. Andere supportive Kriterien wie unauffällige Befunde des Liquors und ein MRT des Plexus brachialis vom April 2019 und November 2019 unterstützten die Diagnose einer CIDP nicht (S. 12).

3.1.7 Im zu Händen der Beschwerdegegnerin erstellten neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 20. November 2020 (act. II 68.1) stellte Dr. med. E. _____ aus neurologischer Sicht die folgenden Diagnosen (S. 19):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Polyneuropathie unklarer Ätiologie mit distalbetonter Beeinträchtigung der Sensibilität in den Extremitäten und dadurch leicht gestörter Feinmotorik sowie neuropathischen Schmerzen im Bereich der unteren Extremitäten linksbetont
- DD: Zustand nach neuralgischer Schulteramyotrophie möglich

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Ausgeprägte Symptorausweitung bei ungewöhnlich ausgedehntem, einem neurologischen Zustandsbild nicht zuordenbarem Beschwerdekatalog mit Schmerzen in den Armen, Beinen, im vorderen Halsbereich sowie Schluck- und Sprachstörungen, Kontaktschmerzen der Knochen, Oberbauschmerzen sowie über dem Sternum, Krämpfen beim Schlucken, Artikulationsstörungen, erhöhtem Speichelfluss, gestörter Mundmotorik, wechselnden Sensibilitätsstörungen, Schlafstörungen, Beeinträchtigung der Kognition, imperativem Schlafzwang, Miktionsstörung etc.
- Ausgeprägte Verdeutlichungstendenz/Aggravation im Rahmen der klinisch-neurologischen Untersuchung
- Diskushernie HWK6/7 median ohne Neurokompression

Dr. med. F. _____ stellte aus psychiatrischer Sicht die folgenden Diagnosen (S. 33):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- Neurasthenie (ICD-10 F48.0)
- Akzentuierte Persönlichkeitszüge vom zwanghaften, zur psychosomatischen Symptomatik neigenden Typ (ICD-10 F73.1)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Keine

In der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, aus neurologischer Sicht bestehe eine Polyneuropathie unklarer Ätiologie. Differentialdiagnostisch sei ein Zustand nach Armplexusläsion am Rande denkbar, wobei aufgrund des Beschwerdespektrums sowie des Untersuchungsverhaltens mit klarer Verdeutlichungstendenz davon auszugehen sei, dass seelische Interferenzen wesentlich im Vordergrund ständen und die organische Grundlage der Beschwerden und Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin im Rahmen des Beschwerdegesehens deutlich im Hintergrund stehen dürfte. Aus rein neurologischer Sicht bestehe in den angestammten Tätigkeiten als ... und ... eine maximal 20%ige Beeinträchtigung. Die Untersucher bemerkten, dass sich für eine ablaufende Schulteramyotrophie, eine hereditäre Plexopathie bei fehlender Atrophie, unauffälliger Elektrophysiologie sowie regelrechter Darstellung des Plexus brachialis links keine Hinweise ergäben. Wenn im weiteren Verlauf von Untersuchern die Organizität der Beschwerden in den Vordergrund gestellt werde, ignorierten diese offensichtlich den auffälligen Symptomwechsel mit auch Seitenwechsel der Symptome und auch die auffällige Symptomausweitung.

Aus psychiatrischer Sicht lägen eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung und eine Neurasthenie vor. Diese Symptomatik bestehe seit Anfang 2019. Die Arbeitsfähigkeit sei im angestammten Beruf unter Berücksichtigung aller Indikatoren aus psychiatrischer Sicht nicht mehr gegeben. Eine Verweistätigkeit mit einer allenfalls verminderten Arbeits- und Leistungsfähigkeit könne aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht ohne Unterlagen nicht definiert werden.

In der Gesamtbeurteilung kamen die Referenten zum Schluss, dass die psychiatrische Beurteilung hinsichtlich der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgebend sei (S. 42).

Mit Stellungnahme vom 5. März 2021 (act. II 83) hielt Dr. med. F. _____ auf das Ersuchen der Beschwerdegegnerin, zur Frage möglicher Verweistätigkeiten ausführlicher Stellung zu nehmen (act. II 82), fest, es müsse mit der Beschwerdeführerin eine Berufsabklärung durchgeführt werden. Allenfalls komme eine einfache Bürotätigkeit, mit wenig Verantwortung, wenig zeitlichem Druck und wenig körperlicher Belastbarkeit, mit einer Teilarbeitsfähigkeit in Frage. Die genaue Bemessung der Teilarbeits- und Leis-

tungsfähigkeit sei erst dann möglich, wenn die Berichte betreffend eine vergleichbare Tätigkeit vorlägen. Ohne diese Unterlagen wäre die Bemessung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit arbiträr. Grundsätzlich könne von einer Teilarbeits- und Leistungsfähigkeit über 50% ausgegangen werden. Differenzierter könne er sich – Dr. med. F._____ – nicht äussern.

3.1.8 Im Bericht der Psychiatrischen Dienste P._____ vom 11. Mai 2021 (act. IIA 181 S. 2-4) wurde festgehalten, die neuropsychologische Untersuchung zeige einen einzelnen Aufmerksamkeitstest mit minimal auffälligen Reaktionszeiten bei ansonsten unauffälligem kognitivem Leistungsprofil. Dieser singuläre Befund dürfte kaum hirnorganisch bedingt sein, sondern sei im Rahmen einer üblichen Leistungsvariabilität bei einer umfangreichen neuropsychologischen Untersuchung zu werten (S. 4).

3.1.9 Auf die Frage der Beschwerdegegnerin, inwiefern die von der Beschwerdeführerin abgebrochene berufliche Massnahme (act. II 104) sowie das im Bericht von Dr. med. J._____ vom 10. Mai 2021 (act. II 107 S. 2 ff.) Dargelegte Einfluss auf das Zumutbarkeitsprofil habe (act. II 109), hielt Dr. med. F._____ mit Stellungnahme vom 3. August 2021 (act. II 112) fest, es fänden sich keine psychiatrisch oder medizinisch relevanten neuen Befunde und Angaben. Fest stehe, dass die Beschwerdeführerin die Massnahme abgebrochen und ein Arztzeugnis vorgelegt habe. Der Abbruch sei ohne zusätzliche psychische Symptomatik erfolgt. Es fänden sich keine neuen psychiatrischen Befunde, welche die im Gutachten dargelegte Beurteilung in Frage stellten. Auch im Bericht von Dr. med. J._____ fänden sich keine neuen Daten, deren Bedeutung aus psychiatrischer Sicht neu zu beurteilen seien. Somit könne er keine neuen Aussagen machen.

Dr. med. E._____ hielt im Bericht vom 20. September 2021 (act. II 117) fest, der Bericht von Dr. med. J._____ vom 10. Mai 2021 ändere nichts an der ausgeprägten Symptomausweitung, welche organisch nicht erklärt werden könne. Er ändere ebenfalls nichts an der ausgeprägten Verdeutlichungstendenz / Aggravation im Rahmen der klinisch-neurologischen Untersuchung.

3.1.10 Dr. med. J._____ hielt im Bericht vom 25. Januar 2022 (act. IIA 142 S. 7 ff.) fest, klinisch-neurologisch sowie anamnestisch habe sich ein

eher stabiler Verlauf mit einer Tendenz zur Besserung gezeigt. Die neuen Augenbeschwerden träten am ehesten im Rahmen einer eigenen ophthalmologischen Pathologie auf. Das zur Abklärung der Augensymptome durchgeführte cMRT sei unauffällig gewesen. Klinisch habe sich weiterhin ein eher polyneuropathisches Schädigungsmuster mit distalen leichten Hand-Finger-Paresen beidseits, und einer möglichen latenten, eher belastungsabhängigen proximalen Beinparese beidseits, ohne Verschlechterung, gezeigt. Elektroneurographisch habe sich aktuell ebenso eine Besserung des Befundes präsentiert (S. 12 f.).

3.1.11 Im Bericht des Spitals M._____, Klinik Q._____, vom 3. Februar 2022 (act. IIA 140 S. 2 ff.) wurde festgehalten, es sei eine notfallmässige Selbstvorstellung bei visuellen Phänomenen am linken Auge und Fremdkörpergefühl erfolgt. Es habe sich eine Erosio corneae am linken Auge gezeigt, welche unter Behandlung komplikationslos abgeheilt sei. Zusätzlich habe sich eine symptomatische hintere Glaskörperabhebung ohne durchgreifende Netzhautdefekte gezeigt. Diesbezüglich seien klinische Verlaufskontrollen erfolgt, in deren Rahmen sich stabile Verhältnisse bei gutem Visus präsentiert hätten.

3.1.12 Prof. Dr. med. R._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 5. April 2022 (act. IIA 160 S. 4 f.) fest, aus schulterorthopädischer Sicht bestehe keine fassbare Pathologie (S. 5).

3.1.13 Im Bericht des Spitals S._____ vom 31. Mai 2022 (act. IIA 191.2) wurde nach einer elektiven Vorstellung der Beschwerdeführerin in der Beurteilung festgehalten, elektroneuro- / myografisch habe sich kein Hinweis auf eine Myopathie gezeigt. Auch die somatosensibel evozierten Potenziale (SEP) seien unauffällig gewesen. Ein Whole-Body-MRT mit der Frage nach myopathischem Verteilungsmuster habe einen unauffälligen Muskelbefund gezeigt. Bei aktenanamnestisch im Vorfeld bereits ausgedehnter unauffälliger neurologischer und internistischer Diagnostik sei auf eine weiterführende Abklärung verzichtet worden. In der Zusammenschau der aktuell erhobenen klinischen und apparativen Befunde sei von einer funktionellen neurologischen Störung auszugehen (S. 2).

3.1.14 Im zu Händen der Beschwerdegegnerin erstellten bidisziplinären Gutachten der Dres. med. G._____ und H._____ vom 28. Juni 2022 (act. IIA 190.1 ff.) wurde interdisziplinär weder auf neurologischem noch auf psychiatrischem Fachgebiet eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit gestellt (act. IIA 190.2 S. 4). In der Beurteilung hielten die Dres. med. G._____ und H._____ fest, in neurologischer Hinsicht seien in der Klinik K._____ verschiedene Verdachtsdiagnosen jeweils ohne weitere Begründungen postuliert und genauso begründungslos wieder revidiert worden. Als krankheitsbegründend seien verschiedenste Neurografien, insbesondere einiger sensibler Nerven angenommen und Abweichungen von einer postulierten Norm als erklärend für die angegebenen Schmerzen interpretiert worden. Niemals sei die schwere Ausweitung der Symptome diskutiert worden (S. 2). Abgesehen davon, dass im Spital M._____ und im Spital S._____ elektrophysiologisch keinerlei Pathologie der peripheren Nerven habe gefunden und auch keine Hinweise für eine Erkrankung des Plexus oder des Myelons habe diagnostiziert werden können, müsse festgestellt werden, dass die Neurologen der Klinik K._____ selbst einfachste qualitätssichernde Massnahmen bei Durchführung der Messungen nicht beachtet respektive nicht publiziert hätten (S. 2 f.). Aus neurologischer Sicht lägen gravierende Inkonsistenzen einerseits und deutliche bewusstseinsnahe Aggravationstendenzen sowohl in der Vorbegutachtung bei Dr. med. E._____ als auch in der Zusammenschau der Ergebnisse bei Dr. med. G._____ vor. Vor diesem Hintergrund habe aus neurologischer Sicht keine Diagnose gestellt werden können (S. 3).

In psychiatrischer Hinsicht hielten die Experten fest, die bisher durchgeführten Begutachtungen hätten im Prinzip aus psychiatrischer Sicht immer dieselben Sachverhalte ergeben, die Interpretation der Ergebnisse der Untersuchungen seien jedoch jeweils unterschiedlich. So habe Dr. med. T._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, im Gutachten der Begutachtungsstelle D._____ vom 24. Februar 2020 (vgl. act. II 40 S. 2 ff.) in Übereinstimmung mit den Feststellungen im Rahmen der aktuellen Untersuchung durch Dr. med. H._____ keine krankheitswertigen psychiatrischen Affektionen feststellen können, dies im Gegensatz zu Dr. med. F._____, der die Diagnose einer "anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung, Neurasthenie und Akzentuierung von Persönlichkeitszügen vom zwanghaften Typ mit Neigung zu psychosomatischen Symptomen" postuliert habe (act. IIA 190.2 S. 2). Dr. med. H. _____ hielt im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens hierzu fest, bei den deutlichen Hinweisen auf Aggravation könne die Diagnose Neurasthenie nicht gestellt werden. Hinsichtlich der Schmerzstörung würden im Gutachten von Dr. med. F. _____ keine emotionalen Konflikte oder psychosozialen Probleme erwähnt, die schwerwiegend genug wären, um als entscheidende ursächliche Einflüsse bei der Entstehung der Schmerzen zu gelten (act. IIA 190.1 S. 91). Es könne deshalb nicht nachvollzogen werden, weshalb aus Sicht von Dr. med. F. _____ die ICD-10-Kriterien für die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erfüllt seien (S. 92). Weiter fänden sich eindeutige Hinweise auf Aggravation in der aktuellen neurologischen Teilbegutachtung und im neurologischen Vorgutachten. Dieses aggravorische Verhalten könne nicht mit einer psychischen Störung erklärt werden (S. 88).

Da weder auf neurologischem noch auf psychiatrischem Fachgebiet eine Diagnose gestellt werden könne, sei die Gesamtarbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Es fänden sich keine zuverlässigen Hinweise dafür, dass das früher anders gewesen wäre (act. IIA 190.2 S. 5).

3.1.15 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. I. _____, hielt im Bericht vom 12. August 2022 (act. IIA 199 S. 2 ff.) fest, es werde seit längerem mit der Diagnose "V. a. idiopathisches, erweitertes, neuralgisches, amyotrophes Syndrom (beidseitige Armplexusläsionen, N. trigeminus-Neuropathie bds., Läsion des N. peroneus superficialis links), DD hereditäre neuralgische Amyotrophie, Erstdiagnose 11/2019" gearbeitet (S. 2). Die Schlussfolgerungen im Gutachten der Dres. med. G. _____ und H. _____ seien "lebensweltlich nicht nachvollziehbar". Nachvollziehbar sei, dass bei einer nicht vollständig geklärten Diagnose eine Unsicherheit bestehe. Die trotz allem nicht geklärten objektiv pathologischen Befunde und die real vorhandenen Beschwerden und Einschränkungen könnten und sollten deshalb aber nicht übergangen werden (S. 3).

3.1.16 Dr. med. J. _____ hielt im zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin verfassten Bericht vom 25. August 2022 (act. IIA 204

S. 5-11) unter Bezugnahme auf die Gutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ sowie G. _____ und H. _____ fest, insgesamt lasse sich die anfänglich vermutete Diagnose eines idiopathischen, erweiterten, neuralgischen, amyotrophen gegebenenfalls hereditären Syndroms aufgrund des typischen, sowohl klinischen als auch neurographischen Verlaufs, bei Ausschluss anderer Differentialdiagnosen und der laborchemisch nachgewiesenen positiven Hepatitis-E-Serologie aktuell als wahrscheinlich ansehen (S. 10).

3.1.17 In ihren Stellungnahmen vom 18. Oktober 2022 (act. IIA 211) hielten die Dres. med. G. _____ und H. _____ an ihren Einschätzungen im Gutachten vom 28. Juni 2022 fest.

3.2

3.2.1 Die Beschwerdeführerin beantragt die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zwecks Einholung eines verwaltungsexternen Gutachtens (Rechtsbegehren, Ziff. 2). Daraus folgt, dass die Beschwerdeführerin keiner der im Recht liegenden Expertisen Beweiskraft zuerkennt, woraus weiter zu schliessen ist, dass sie die Expertise der Dres. med. G. _____ und H. _____ vom 28. Juni 2022 auch nicht als unnötige "second opinion" (vgl. BGE 140 V 507 E. 3.1 S. 510) betrachtet. Eine entsprechende Rüge hätte denn auch praxisgemäss unmittelbar nach der Mitteilung der Beschwerdegegnerin, es sei eine weitere Begutachtung erforderlich, erfolgen müssen – hier nach der Mitteilung vom 25. November 2021 (act. II 122; BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 275, 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258). Eine solche Rüge erfolgte unbestrittenermassen nicht, und die Beschwerdeführerin macht denn auch dergleichen im vorliegenden Verfahren nicht geltend. Dies zu Recht: Denn entscheidend für die Frage, ob weitere Abklärungen angeordnet werden können und müssen, ist, inwieweit die bereits vorliegenden Gutachten die von der Rechtsprechung gestellten inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen erfüllen (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. August 2022, 9C_561/2021, E. 4.1). Insoweit hielt die RAD-Ärztin Dr. med. U. _____, Fachärztin für Neurologie, im Bericht vom 23. Juli 2020 überzeugend fest, dass auf das Gutachten der Begutachtungsstelle D. _____ vom 24. Februar 2020 (sowie die übrigen medizinischen Berichte) mangels klarer Einordnung der geltend gemachten

Beschwerden nicht abgestellt werden könne (act. II 50 S. 9; vgl. auch E. 3.5.2 hinten). Demnach sowie mit Blick darauf, dass es sich beim zu Handen des Krankentaggeldversicherers erstellten Gutachten der Begutachtungsstelle D._____ rechtsprechungsgemäss um eine versicherungssinterne Expertise handelt, bei der an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind, war die Beschwerdegegnerin gehalten, weitere Abklärungen in Auftrag zu geben (vgl. Entscheid des BGer vom 27. Juni 2022, 8C_131/2022, E. 3.2.2).

Hinsichtlich des bidisziplinären Gutachtens der Dres. med. E._____ und F._____ vom 20. November 2020 (act. II 68.1) ist sodann festzuhalten, dass sich Dr. med. F._____ trotz wiederholter Nachfrage seitens der Beschwerdegegnerin ausserstande sah, hinsichtlich der im interdisziplinären Kontext für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als massgebend erachteten psychischen Beschwerden (S. 42) ein Zumutbarkeitsprofil zu formulieren (act. II 112; 117), womit auch insoweit die Durchführung einer weiteren Begutachtung indiziert war. Und dies umso mehr, als die Dres. med. E._____ und F._____ in medizinischer Hinsicht zu diametral gegensätzlichen Ergebnissen als zuvor die Experten der Begutachtungsstelle D._____ gelangten (vgl. E. 3.1.4 und 3.1.7 vorne).

3.2.2 Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, bei den drei im Recht liegenden Gutachten handle es sich um verwaltungsexterne Expertisen, welchen gleicher Beweiswert zukomme, weshalb unausweichlich ein Obergutachten zum Gesundheitsschaden und dessen Auswirkungen einzuholen sei (Beschwerde, S. 7 f., Ziff. 2). Dem kann nicht gefolgt werden, ist doch nicht der nominelle Beweiswert, welcher einem ärztlichen Bericht aufgrund der von der Rechtsprechung entwickelten Richtlinien (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469) zukommt, massgebend, sondern es hat stets eine materielle Beweiswürdigung der im Recht liegenden medizinischen Dokumente Platz zu greifen, weshalb das formale Kriterium des nominellen Beweiswerts eines Dokuments allein nicht massgebend für die Frage nach der Erforderlichkeit weiterer Abklärungen ist. Davon abgesehen ist der Beweiswert der drei vorliegenden Gutachten entgegen der Beschwerdeführerin nicht gleichwertig, wurde das Gutachten der Begutachtungsstelle D._____ vom 24. Februar 2020 doch nicht im gesetzlich vorgesehenen

Verfahren nach aArt. 44 ATSG veranlasst (act. II 40 S. 2), womit ihm – wie in E. 3.2.1 vorne bereits dargelegt – lediglich der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zukommt. Sodann bleibt der Vollständigkeit halber anzumerken, dass die Gutachtensvergabe an die Dres. med. G._____ und H._____ anders als jene an die Dres. med. E._____ und F._____ nach dem Zufallsprinzip erfolgte (act. IIA 148; Art. 72^{bis} Abs. 1^{bis} und Abs. 2 IVV in der seit 1. Januar 2022 geltenden Fassung), womit – vorliegend indes nicht zur Debatte stehende – generelle, aus den Rahmenbedingungen des Gutachterwesens fliessende Abhängigkeits- und Befangenheitsbefürchtungen neutralisiert werden (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.1 S. 355).

3.2.3 Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich kritisiert, das Gutachten vom 28. Juni 2022 sei dem RAD nicht zur Prüfung und Beurteilung unterbreitet worden (Beschwerde, S. 8, Ziff. 2), kann sie auch daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten, besteht doch rechtsprechungsgemäss kein unbedingter Anspruch darauf, dass fachärztliche Berichte oder Gutachten dem RAD zur Stellungnahme vorgelegt werden (Entscheid des BGer vom 23. Juli 2020, 9C_257/2020, E. 3.1).

3.2.4 Zu prüfen bleibt damit auf dem Wege der Beweiswürdigung, ob der Expertise der Dres. med. G._____ und H._____ vom 28. Juni 2022 (act. IIA 190.1 ff.) im Lichte der übrigen medizinischen Berichte, namentlich der bereits vorliegenden Gutachten, materieller Beweiswert dergestalt zukommt, dass sie zur Entscheidungsgrundlage der angefochtenen Verfügung vom 21. Oktober 2022 (act. IIA 212) erhoben werden durfte.

3.3

3.3.1 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 anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3.2

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

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

3.3.2.2 Die im Rahmen der Weiterentwicklung der IV erfolgte und per 1. Januar 2022 in Kraft getretene Neuordnung der Gutachtensvergabe (vgl. Art. 44 ATSG und Art. 7j ff. der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11] in den jeweils ab 1. Januar 2022 gültigen Fassungen) haben an der Rechtsprechung zum Beweiswert von Gutachten (vgl. E. 3.3.2.1 vorne) nichts geändert.

3.3.3

3.3.3.1 Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeein-

trächtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Ferner muss in Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Dabei müssen die Schmerzangaben zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfung zugänglich sein (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität vermögen die subjektiven Angaben der versicherten Person eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht ohne Weiteres rechtsgenüglich nachzuweisen, sondern es hat stets eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296).

3.3.3.2 Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51; SVR 2014 IV Nr. 7 S. 30 E. 4.2.2). Eine Aggravation kann auch von einem somatischen Gutachter festgestellt werden (Entscheid des BGer vom 3. März 2022, 8C_600/2021, E. 5.1.2). Deren Vorliegen führt rechtsprechungsgemäss nicht automatisch zur Verneinung jeglicher versicherten Gesundheitsschädigung, sondern nur insoweit, als die Leistungseinschränkung auf der Aggravation beruht oder als deren Folge nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann (Entscheid des BGer vom 4. Juli 2022, 8C_2/2022, E. 6.1).

3.4 Die gestützt auf die vollständige medizinische Aktenlage sowie in Auseinandersetzung mit den Vorgutachten erstellte bidisziplinäre Expertise der Dres. med. G._____ und H._____ vom 28. Juni 2022 (act. IIA 190.1 ff.) erfüllt – einschliesslich der Stellungnahmen der Gutachter vom 18. Oktober 2022 (act. IIA 211) – die Anforderungen der Rechtsprechung an Gutachten und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 3.2.2 vorne). Die Expertise ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung in allen Teilen nachvollziehbar und es lassen sich gestützt darauf sämtliche vorliegend relevanten Tat- und Rechtsfragen zuverlässig beantworten. Danach liegt weder in neurologischer noch in psychiatrischer Hinsicht eine gesundheitliche Beeinträchtigung vor, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinträchtigt, was für den gesamten Beurteilungszeitraum gilt (act. IIA 190.2 S. 4 f.).

3.5 Die Beschwerdeführerin macht unter Berufung auf den Bericht der behandelnden Neurologin Dr. med. J._____ vom 25. August 2022 (act. IIA 204 S. 5-11) geltend, das neurologische Teilgutachten von Dr. med. G._____ leide an erheblichen Mängeln und könne nicht als verlässliche Entscheidungsgrundlage herangezogen werden (Beschwerde, S. 6, Ziff. 1.5).

3.5.1 Entgegen der beschwerdeweisen Darstellung trifft es nicht zu, dass Dr. med. J._____ im nämlichen (zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin verfassten) Bericht die Diagnose eines "idiopathischen, erweiterten, neuralgischen, amyotrophen gegebenenfalls hereditären Syndroms" schlüssig nachgewiesen hat (Beschwerde, S. 6, Ziff. 1.5). Dies namentlich deshalb nicht, weil im selben Bericht – insofern übereinstimmend mit den meisten übrigen Berichten von Dr. med. J._____ (vgl. act. IIA 174 S. 8, 13, 22, 30, 34, 38, 42) – hinsichtlich des postulierten idiopathischen amyotrophen Syndroms lediglich eine Verdachtsdiagnose gestellt und die hereditäre neuralgische Amyotrophie einzig differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen wurde (act. IIA 204 S. 5). Einzig im Bericht vom 11. Mai 2022 – welcher indes nicht von Dr. med. J._____ unterzeichnet wurde – wurde die hereditäre neuralgische Amyotrophie zur Diagnose erhoben (act. IIA 174 S. 3), um sie – wie eben gezeigt – im später erfolgten Bericht vom 25. August 2022 wieder allein differentialdia-

agnostisch in Erwägung zu ziehen (act. IIA 204 S. 5). Damit ist eine gewisse Beliebigkeit in der Diagnosestellung in den Berichten der Klinik K. _____ nicht gänzlich von der Hand zu weisen, worauf auch die Dres. med. G. _____ und H. _____ in ihrem interdisziplinären Gutachten hinweisen (vgl. act. IIA 190.2 S. 2). Im Übrigen hat sich Dr. med. G. _____ in seiner Stellungnahme vom 18. Oktober 2022 (act. IIA 211 S. 5 f.) ausführlich mit dem Bericht von Dr. med. J. _____ vom 25. August 2022 (act. IIA 204 S. 5-11) auseinandergesetzt und deren Kritik an seinem Gutachten schlüssig entkräftet. Darauf kann verwiesen werden.

Sodann trifft es nach Lage der Akten nicht zu, dass Dr. med. L. _____ im Jahr 2019 eine Schulteramyotrophie diagnostiziert hätte. Vielmehr weisen die im Recht liegenden Berichte der erstbehandelnden Neurologin allein entsprechende Verdachtsdiagnosen aus (vgl. act. II 21 S. 3, 5, 12, 16, 18). In beweismässiger Hinsicht gilt eine Diagnose nicht als mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429) ausgewiesen, wenn sie bloss als Verdachtsdiagnose gestellt werden kann (vgl. Entscheid des BGer vom 17. Februar 2021, 8C_739/2020, E. 5.2). Inwieweit schliesslich Dr. med. V. _____, Facharzt für Neurologie – gemäss Medizinalberuferegister handelt es sich hierbei ebenfalls um einen Arzt der Klinik K. _____ (vgl. <www.medregom.admin.ch>) –, eine abschliessende neurologische Diagnose gestellt hat (Beschwerde, S. 6, Ziff. 1.5, erster Aufzählungspunkt), lässt sich den von der Klinik K. _____ mit dem Vermerk "wir hoffen auf Vollständigkeit" (act. IIA 174 S. 2) eingereichten Berichten nicht entnehmen. Wohl wird dieser Arzt im Bericht von Dr. med. J. _____ vom 11. März 2020 erwähnt, es fehlen darin jedoch jegliche Hinweise auf eine diagnostische Einschätzung seinerseits (vgl. act. IIA 174 S. 43 f.). Wie es sich damit verhält, kann letztlich jedoch offen bleiben, da die Aktenlage hinsichtlich der Frage nach der Ausgewiesenheit der geltend gemachten neurologischen Störung insgesamt ein klares Bild zeigt.

3.5.2 So ergibt sich – wie in E. 3.1 vorne dargelegt – aus den zahlreichen Berichten der behandelnden und konsiliarisch hinzugezogenen Ärzte keine überwiegend wahrscheinlich organische Genese der geklagten Beschwerden (vgl. namentlich E. 3.1.1 f., E. 3.1.8 und E. 3.1.12 f. vorne).

Doch auch die im Recht liegenden Berichte der RAD-Ärzte und die von der Beschwerdeführerin angerufenen Expertisen führen zu keinem anderen Ergebnis und vermögen die von Dr. med. J. _____ im Bericht vom 25. August 2022 postulierte Auffassung nicht zu untermauern:

So hielt bereits die RAD-Ärztin Dr. med. O. _____ nach Konsultation der vorliegenden medizinischen Berichte am 27. Februar 2020 fest, die Diagnose einer neuralgischen Amyotrophie der Schulter habe sich neurologisch bei unauffälliger Elektrophysiologie und unauffälliger MRI-Darstellung des Plexus nicht bestätigen lassen und die diffusen und undulierenden Beschwerden ohne neurologische Zuordnung wiesen noch viel weniger auf das Vorliegen einer hereditären neuralgischen Amyotrophie hin (vgl. E. 3.1.5 vorne). Diese Einschätzung deckt sich vorbehaltlos mit jener im Gutachten der Dres. med. G. _____ und H. _____.

Ferner listete Dr. med. E. _____ im gemeinsam mit Dr. med. F. _____ verfassten bidisziplinären Gutachten vom 20. November 2020 (act. II 68.1) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zwar eine Polyneuropathie unklarer Ätiologie auf (S. 19), was er mit Hinweisen in anamnestischer und klinisch-neurologischer Hinsicht begründete (S. 21), eine Einschätzung, welche Dr. med. G. _____ jedoch mit Blick auf die nicht nachvollziehbaren Funktionseinschränkungen als fachlich nicht erklärbar bezeichnete (act. IIA 211 S. 5 f.). Im Übrigen wies Dr. med. E. _____ – eigenständig aufgelistet unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – auf eine ausgeprägte Verdeutlichungstendenz bzw. Aggravation im Rahmen der neurologischen Untersuchung hin (act. II 68.1 S. 19; vgl. auch E. 3.6.2 hinten) und hielt weiter fest, eine Beurteilung des Schweregrades der Beeinträchtigungen werde in hohem Mass durch den Umstand erschwert, dass die Beschwerdeführerin eine Vielzahl von Beschwerden und Beeinträchtigungen schildere, welche anscheinend in raschem Wechsel vorhanden sein könnten, einem neurologischen Krankheitsbild jedoch nicht zuordenbar seien (S. 19 f.). In der Konsensbeurteilung gelangten die Experten zum Schluss, dass eine allfällige organische Grundlage der Beschwerden "deutlich im Hintergrund" stehen dürfte (S. 42; vgl. E. 3.1.7 vorne). Wenn beschwerdeweise geltend gemacht wird, im Gutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ werde ein objekti-

vierbarer neurologischer Gesundheitsschaden bejaht (S. 6, Ziff. 1.4), so ist dies deshalb zumindest erheblich zu relativieren. Soweit Dr. med. E. _____ aus neurologischer Sicht bei weitestgehend fehlender Zuordenbarkeit geklagter Beschwerden zu einer fassbaren Pathologie sowie gleichzeitig ausgeprägter Verdeutlichungstendenz dennoch eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (in der bisherigen Tätigkeit) attestierte (act. II 68.1 S. 25), überzeugt dies – wie auch Dr. med. G. _____ unter Hinweis auf die organisch nicht plausible Beschwerdepräsentation schlüssig darlegte (act. IIA 190.3 S. 25) – somit nicht und vermag namentlich keine Zweifel am Beweiswert dessen Gutachtens zu wecken.

Sodann hielten die Experten der Begutachtungsstelle D. _____ im Gutachten vom 24. Februar 2020 zwar fest, die subjektiv geklagten Beschwerden könnten auf neurologischem Gebiet "im Wesentlichen objektiviert werden". Die dabei postulierten Hinweise auf Nervenläsionen vom axonalen Typ (act. II 40 S. 22) stellen jedoch bei Lichte besehen einzig eine (differentialdiagnostisch in Erwägung gezogene) Vermutung dar, was denn in der Epikrise auch deutlich zum Ausdruck gelangt (vgl. S. 19; E. 3.1.4 vorne). Die RAD-Ärztin Dr. med. U. _____ hielt im Bericht vom 23. Juli 2020 insoweit überzeugend fest, dass aus dem Gutachten der Begutachtungsstelle D. _____ (wie auch den übrigen Unterlagen) weder die Genese der bestehenden Beschwerden noch das Ausmass und die daraus resultierenden Leitungseinbussen ableitbar seien. Es seien verschiedene neurologische Verdachtsdiagnosen gestellt worden, die jedoch alle nur die Symptomatik in unterschiedlicher Art und Weise beschrieben, ohne diese klar einordnen zu können (act. II 50 S. 9). In der Tat wurde im Gutachten der Begutachtungsstelle D. _____ in Bezug auf die als objektivierbarer Befund deklarierten Nervenläsionen vom axonalen Typ (act. II 40 S. 22) lediglich festgehalten, das elektroneurographische Bild spreche "eher" für ein axonales Geschehen bzw. es sei "schlussendlich [...] am ehesten an eine axonale, überwiegend symmetrische, distal betonte Neuropathie mit Beteiligung von Hirnnerven zu denken" (S. 19). In der Folge wurde eine weitergehende neurologische Diagnostik als "dringend" erachtet (S. 22). Trotz der – ausdrücklich als solche bezeichneten – nicht abschliessend geklärten Pathogenese der geklagten Beschwerden wurde basierend auf den Angaben der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% für

sämtliche Tätigkeiten attestiert (S. 20), was unter beweisrechtlichem Blickwinkel nicht genügt (vgl. E. 3.3.3.1 vorne) und denn auch nicht überzeugt. Auffallend ist zudem, dass Dr. med. J. _____ bereits im Bericht vom 29. Oktober 2020 elektroneurographisch kaum mehr axonale Läsionen an Armen und Beinen feststellen konnte; hinsichtlich des im selben Bericht in Betracht gezogenen CIDP wies sie zudem darauf hin, dass die übrigen Befunde diese Diagnose nicht stützten (act. II 64 S. 12). Insgesamt kann auch auf die Folgeabschätzung im Gutachten der Begutachtungsstelle D. _____, es liege (aus neurologischer Sicht) eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten vor (act. II 40 S. 23), nicht abgestellt werden und auch dieses Gutachten vermag die Schlussfolgerungen in der neurologischen Teilexpertise von Dr. med. G. _____ bzw. in der interdisziplinären Beurteilung der Dres. med. G. _____ und H. _____, wonach in neurologischer Hinsicht keine Diagnose vorliege, nicht in Frage zu stellen.

3.5.3 Schliesslich kann die Beschwerdeführerin auch aus dem Bericht von Dr. med. I. _____ vom 12. August 2022 (act. IIA 199 S. 2 ff.) nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Zwar bezeichnete ihr Hausarzt deren Beschwerden als "real", vermochte aber kein entsprechendes organisches Korrelat zu benennen. Im Gegenteil räumte auch er ein, die Befundlage und die Diagnose seien nicht geklärt.

3.6 Im Weiteren wurde im interdisziplinären Gutachten der Dres. med. G. _____ und H. _____ vom 28. Juni 2022 auch in psychischer Hinsicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (act. IIA 190.2 S. 4), was beschwerdeweise (zu Recht) unbeanstandet blieb. Dennoch ist auf die folgenden Punkte hinzuweisen (Art. 61 lit. c ATSG):

3.6.1 Die Einschätzung von Dr. med. H. _____, wonach keine Diagnose aus dem psychiatrischen Formenkreis gestellt werden kann, deckt sich mit der Beurteilung im Gutachten der Begutachtungsstelle D. _____ vom 24. Februar 2020 (vgl. act. II 40 S. 21), nicht jedoch mit jener in der Expertise der Dres. med. E. _____ und F. _____ vom 20. November 2020, worin aus psychiatrischer und in der Folge interdisziplinärer Sicht eine für die Beurteilung der Arbeits- und

Leistungsfähigkeit massgebende anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Neurasthenie diagnostiziert wurden (act. II 68.1 S. 42). Hierzu ist zunächst zu bemerken, dass Dr. med. F. _____ selber einräumte, die Ursache für den Ausbruch der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bleibe "im Dunkeln"; es müsse sich um eine Dekompensation im Rahmen des Psychischen handeln, die zu psychosomatischen Symptomen führe (S. 35 f.). Damit erweist sich seine Diagnosestellung im Ergebnis als spekulativ. Wie Dr. med. H. _____ im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung überzeugend ins Feld führte, müssten die bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vorherrschenden andauernden, schweren, durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Erkrankung nicht vollständig erklärbaren Schmerzen in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auftreten, welche schwerwiegend genug seien, um als entscheidender ursächlicher Einfluss zu gelten (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 233). Indessen liegen solche Gegebenheiten hier nicht vor und haben nach der Aktenlage zu keinem Zeitpunkt vorgelegen (act. IIA 190.2 S. 2; vgl. E. 3.1.14 vorne). Auch wies er darauf hin, dass in Anbetracht der deutlichen Hinweise auf Aggravation (vgl. E. 3.6.2 sogleich) die Diagnose einer Neurasthenie nicht gestellt werden könne (act. IIA 190.1 S. 91). Im Übrigen erachtete sich die Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt als psychisch krank und nahm auch nie entsprechende Behandlungen in Anspruch (act. II 40 S. 9, 20; 68.1 S. 37; 190.1 S. 94). Vielmehr legte sie selber ausführlich und durchaus plausibel dar, weshalb die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer Neurasthenie nicht gestellt werden können (act. II 75 S. 15 f.). In diesem Zusammenhang ist denn auch zu betonen, dass das Fehlen somatischer Befunde (vgl. E. 3.5 vorne) in medizinischer und in der Folge rechtlicher Hinsicht nicht automatisch zur Annahme einer psychischen Genese der geklagten Beschwerden führt (vgl. act. IIA 190.1 S. 90; Entscheid des BGer vom 24. September 2020, 9C_398/2020, E. 2.3), sondern es müssen die spezifischen diagnostischen Kriterien für die Annahme einer psychischen Krankheit erfüllt sein. Im Weiteren bestehen auch keine Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, wobei Dr. med. H. _____ auch keine

akzentuierten Persönlichkeitszüge bestätigen konnte (act. IIA 190.1 S. 87), welche von Dr. med. F. _____ – fälschlicherweise als ICD-10 F73.1 (statt Z73.1) codiert (act. II 68.1 S. 33) – unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet wurden. Selbst jedoch, wenn solche vorliegen würden, führte dies nicht zur Annahme eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Leidens (vgl. act. IIA 190.1 S. 87; Entscheid des BGer vom 1. Juni 2022, 8C_804/2021, E. 4.1.3).

Wenn Dr. med. H. _____ deshalb mit Blick auf die anlässlich der Begutachtung blande Befundlage (act. IIA 190.1 S. 81 f.), die aktenanamnestisch fehlenden Hinweise auf eine psychische Erkrankung bei gleichzeitigem Fehlen jeglicher Anhaltspunkte für eine (krankheitswertige) Dissimulation sowie in überzeugender Widerlegung der anderweitigen Auffassung von Dr. med. F. _____ das Vorliegen einer psychischen Störung von Krankheitswert verneinte, ist dies nachvollziehbar und überzeugend.

3.6.2 Schliesslich ist nochmals auf den bereits in E. 3.5.2 vorne ins Feld geführten Aspekt der Verdeutlichungstendenzen bzw. der Aggravation, auf welchen weder die Beschwerdeführerin noch die Dres. med. I. _____ und J. _____ in ihren Berichten vom 12. bzw. 25. August 2022 (act. IIA 199 S. 2 ff.; 204 S. 5-11) eingehen, zurückzukommen: Insoweit wurde bereits im Gutachten der Begutachtungsstelle D. _____ festgestellt, dass die geschilderte Schmerz- und weitere Empfindungssymptomatik in ihrem Detailreichtum und vor dem Hintergrund des bei der Beschwerdeführerin vorhandenen medizinischen Wissens bezüglich ihrer real dahinterstehenden Pathologie den Untersucher vorerst etwas irritiere; dennoch wurde in der Folge vom Vorliegen eines somatischen Kerns hinsichtlich der geltend gemachten Beschwerden ausgegangen (act. II 40 S. 17). Zu einem eindeutigeren Schluss gelangte Dr. med. E. _____, welcher auf eine Vielzahl von Hinweisen bezüglich einer Verdeutlichung / Aggravation hinwies (act. II 68.1 S. 21), wobei er unter anderem feststellte, dass die angegebenen Paresen vor dem Hintergrund der Einzelkraftprüfung zu einer Greif-, Steh- und Gehunfähigkeit der Beschwerdeführerin führen müssten, diese jedoch zügig und dynamisch auf einem Bein habe hüpfen können (S. 20). Während Dr. med. E. _____ – wohl unter dem Eindruck der von

Dr. med. F._____ gestellten psychiatrischen Diagnosen – die Aggravation als bewusstseinsfern qualifizierte (S. 23), erachteten die Dres. med. G._____ und H._____ im Rahmen ihrer Expertise die als deutlich beurteilten Aggravationstendenzen als bewusstseinsnah (act. IIA 190.2 S. 3). Deren Einschätzung überzeugt insofern, als diese Gutachter mit schlüssiger Begründung keine psychiatrische Diagnose stellen (vgl. E. 3.6.1 vorne) konnten und Dr. med. H._____ im Übrigen auch ausdrücklich festhielt, das aggravatorische Verhalten könne nicht mit einer psychischen Störung erklärt werden (vgl. act. IIA 190.1 S. 88). Wird zudem berücksichtigt, dass – wie schon die RAD-Ärztin Dr. med. O._____ ins Feld führte – trotz geltend gemachter maximaler Schmerzüberlastung, damit verbundener Schlafstörungen und immer grösserer Beeinträchtigung im Alltag kaum wirksame schulmedizinisch erprobte Medikamente zum Einsatz gelangten (vgl. act. II 33 S. 6; 40 S. 9; 68.1 S. 22; 190.1 S. 79), die in einem psychosozial intakten Umfeld lebende Beschwerdeführerin (act. II 40 S. 21; IIA 190.1 S. 89) ihr Verhalten in verschiedenen Untersuchungen gemäss Beobachtung und Einschätzung der Dres. med. G._____ und H._____ modulierte (act. IIA 190.2 S. 4) und im Rahmen der Begutachtung bei Dr. med. H._____ auch eine Blutentnahme sowie eine Urinuntersuchung verweigerte (act. IIA 190.1 S. 93), so sind die Voraussetzungen für die Annahme einer Aggravation mit Blick auf die dargelegte Rechtsprechung auch in rechtlicher Hinsicht ohne weiteres erfüllt (vgl. E. 3.3.3.2 vorne).

3.7 Aus dem Dargelegten folgt in (beweis-)rechtlicher Hinsicht, dass gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. G._____ und H._____ vom 28. Juni 2022 die geltend gemachten Einschränkungen weder fachärztlich einwandfrei diagnostiziert noch die geklagten Beschwerden durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärt bzw. die geltend gemachten Funktionseinschränkungen plausibilisiert werden konnten (vgl. E. 3.3.3.1 vorne). Darüber hinaus besteht eine erhebliche Verdeutlichungstendenz bzw. eine Aggravation (vgl. E. 3.6.2 vorne). Ob deren Ausprägung bereits für sich genommen zur Verneinung jeglicher versicherten Gesundheitsschädigung führte, kann offen bleiben. Jedenfalls trägt die Aggravation massgeblich dazu bei, dass in deren Folge eine invalidenversicherungsrechtlich relevan-

te Beeinträchtigung medizinisch nicht erstellt werden konnte, womit auch insoweit bzw. im Verbund mit dem weitgehenden Fehlen fassbarer objektivierbarer Befunde das Vorliegen eines rechtlich relevanten Gesundheitsschadens zu verneinen ist (vgl. E. 3.3.3.2 vorne). Folglich besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.2 f. vorne).

3.8 Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung vom 21. Oktober 2022 als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. dazu auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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