

200 23 723 IV
FRC/ZID/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. April 2024

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. September 2023



Sachverhalt:

A.

Die 1974 geborene und zuletzt als selbständige ... eines ... tätig gewesene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich Dezember 2017 unter Hinweis auf die Folgen eines Unfalls vom 25. Juni 2016 (Ausrutschen mit Kniekontusion und spagatartiger Überdehnung der hinteren Oberschenkelmuskulatur links) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage der IV [AB] 5; vgl. auch AB 2.2, 12, 66/1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen; unter anderem holte sie die Akten der Taggeld- bzw. Unfallversicherer (AB 28, 31, 39, 63, 69, 104, 116 f., 136, 139, 156, 164, 171) ein. Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 65 ff.) hin liess sie die Versicherte bidisziplinär (orthopädisch-psychiatrisch) begutachten (Expertise MEDAS C._____ vom 23. September 2019; AB 91). Auf Nachfrage der IVB hin (vgl. AB 92) präzisierten die Gutachter ihre Ausführungen (AB 108); im (parallel zum IV-Verfahren laufenden) unfallversicherungsrechtlichen Verfahren hielten die Gutachter auf Einwände der Versicherten hin (vgl. AB 104.4/175 ff.) an ihrer Einschätzung fest (AB 116.3/6 ff.; vgl. auch AB 116.3/1 ff.). Nach Eingang weiterer fachärztlicher Berichte der behandelnden Ärzte (vgl. AB 124 ff.) stellte der RAD Diskrepanzen zwischen den Gutachtern und den Fachärzten fest, weshalb er die Durchführung eines polydisziplinären Gutachtens (Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie, Innere Medizin, Rheumatologie) empfahl (AB 133 ff.). Nach Eingang dieses Gutachtens der MEDAS D._____ vom 16. Mai 2022 (AB 181) und einer Abklärung für Selbständigerwerbende (Bericht vom 17. August 2022; AB 185) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 22. August 2022 bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 13 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (AB 186). Auf Einwand der Versicherten hin (AB 187, 190, 196) und nach Einholung von Stellungnahmen der Gutachterstelle (Bericht vom 8. August 2023; AB 199) sowie des Bereichs Abklärungen (Bericht vom 6. September 2023; AB 202) verfügte sie am 22. September 2023 wie in Aussicht gestellt (AB 203).

B.

Hiergegen liess die Versicherte, wie schon im Verwaltungsverfahren vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____, mit Eingabe vom 19. Oktober 2023 Beschwerde erheben. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung vom 22. September 2023 sei aufzuheben und zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, eventualiter sei der Beschwerdeführerin mindestens eine Viertelsrente spätestens ab dem 1. Juli 2018 unbefristet zuzusprechen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. November 2023 schliesst die Beschwerdegegnerin auf 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 Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 22. September 2023 (AB 203). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung (vgl. Beschwerde, S. 13 Ziff. 18).

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 In formeller Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin eine schwere Verletzung des rechtlichen Gehörs, indem die Beschwerdegegnerin ihr vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. September 2023 (AB 203) die im Vorbescheidverfahren eingeholten Stellungnahmen der Gutachterstelle vom 8. August 2023 (AB 199) sowie des Bereichs Abklärungen vom 6. September 2023 (AB 202) nicht vorgängig zur Kenntnis gebracht, sondern sie erst zusammen mit der angefochtenen Verfügung zugestellt habe (Beschwerde, S. 3 Ziff. 4).

2.2 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]).

2.2.1 Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisunterlagen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äus-

sern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72; SVR 2021 AHV Nr. 17 S. 53 E. 2.1).

2.2.2 Im Verwaltungsverfahren gilt das Mitwirkungs- und Äusserungsrecht der betroffenen Person namentlich im Zusammenhang mit der Durchführung eines Augenscheins, der Befragung von Zeugen sowie bezüglich eines Expertengutachtens. Auf diese Beweismittel darf im Verwaltungsverfahren nicht abgestellt werden, ohne den Betroffenen Gelegenheit zu geben, an der Beweisabnahme teilzunehmen oder wenigstens nachträglich zum Beweisergebnis Stellung zu nehmen (BGE 125 V 332 E. 3a S. 335). Insbesondere hat der Versicherungsträger, der einer Gutachterin oder einem Gutachter Erläuterungs- oder Ergänzungsfragen zu stellen gedenkt, die versicherte Person vorgängig darüber zu informieren und ihr Gelegenheit zu geben, auch ihrerseits solche Fragen zu stellen. Dies gilt auch in Verfahren, die mittels durch Einsprache anfechtbare Verfügung abgeschlossen werden (BGE 136 V 113 E. 5.4 S. 116; SVR 2019 IV Nr. 93 S. 316 E. 5.3.3.2).

2.2.3 Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 140 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.3.1).

Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2

S. 197; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 140 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.3.1).

2.3 Die Beschwerdegegnerin hat Stellungnahmen u.a. des Gutachterinstituts eingeholt (AB 199; vgl. auch AB 202), nachdem seitens der Beschwerdeführerin weitere Berichte über eine nach der Begutachtung erfolgte Operation vom 13. Januar 2023 eingereicht worden waren (AB 190/2, 196/3 f.). Die Stellungnahme des neurologischen Gutachters der MEDAS D. _____ vom 8. August 2023 (AB 199; vgl. E. 4.2.8 nachfolgend) enthält eine ergänzende Würdigung, weshalb diese entsprechend dem in E. 2.2.1 f. hiavor Ausgeführten vor Verfügungserlass der Beschwerdeführerin zur weiteren Stellungnahme zuzustellen gewesen wäre. Indem die Beschwerdegegnerin dies unterlassen hat, hat sie das rechtliche Gehör verletzt. Daran ändert nichts, dass die gutachterliche Stellungnahme den vorgesehenen Entscheid (zu Recht; vgl. E. 4.4 nachfolgend) weiterhin stützt. Die Gehörsverletzung ist gerade noch nicht als schwer zu qualifizieren, weil der Gutachter in erster Linie zu offensichtlich falschen Darstellungen und Annahmen des Rechtsvertreters als medizinischem Laien Stellung nehmen musste und der Stellungnahme zu den neuen medizinischen Berichten eher beschränkte Bedeutung zukommt. Als gerade noch leichte Gehörsverletzung hat sie im vorliegenden Beschwerdeverfahren als geheilt zu gelten, zumal die Beschwerdeführerin ihren Standpunkt ohne erkennbare Erschwernisse respektive Einschränkungen umfassend darzulegen vermochte und das angerufene Verwaltungsgericht mit uneingeschränkter Kognition entscheidet. Eine Rückweisung würde mit Blick auf das in jeder Hinsicht schlüssige Gutachten der MEDAS D. _____ (vgl. wiederum E. 4 nachfolgend) sowie das Ergebnis der materiellen Beurteilung (vgl. E. 5.3 nachfolgend) im Übrigen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären. Angesichts der untergeordneten Bedeutung der gutachterlichen Stellungnahme ist trotz Verletzung des rechtlichen Gehörs mit Heilung im vorliegenden Verfahren keine andere Kostenverteilung (vgl. E. 6 nachfolgend) geboten. Bei objektiver Betrachtung führte die Stellungnahme nicht dazu, dass die Diskussion hierzu erst vor Gericht geführt werden konnte.

3.

3.1 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 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 22. September 2023 (AB 203), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022 (vgl. AB 185/5 Ziff. 7), weshalb 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. 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).

3.2 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).

3.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbe-

reich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt.

3.4 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).

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

3.5 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 bezüg-

lich 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).

4.

4.1 Die Parteien gehen übereinstimmend und zu Recht von einem frühestmöglichen Rentenbeginn per 1. Juli 2018 aus (AB 185/5 Ziff. 7; Beschwerde, S. 4 f. Ziff. 5), zumal der Beschwerdeführerin (nach einem rund halbjährigen Unterbruch) ab 3. Juli 2017 (wieder) eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (AB 185/3 Ziff. 1.2; vgl. Art. 28 Abs. 1 IVG) und die Anmeldung bei der IV im Dezember 2017 erfolgte (AB 5; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Ob die Beschwerdegegnerin die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahres mit 72.63 % (AB 185/3 Ziff. 1.2) korrekt berechnet hat oder nicht (85 % gemäss Berechnung der Beschwerdeführerin; Beschwerde, S. 5 Ziff. 5), ist deshalb unerheblich, weil sie so oder anders mindestens 40 % arbeitsunfähig war (Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG). Indessen ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin für die Zeit ab Juli 2018 bis zur Begutachtung der MEDAS D. _____ (AB 181) einzig unfallkausale Beschwerden geltend macht und der Unfallversicherer gestützt auf das orthopädische Teilgutachten des MEDAS C. _____ (AB 91.2) die Leistungen per Ende Mai 2019 eingestellt hat, was das Bundesgericht mit Entscheid vom 16. März 2022, 8C_495/2021, insb. E. 4.3 (AB 171/4 ff.; vgl. E. 4.4.1 nachfolgend), im Nachgang an ein Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons ... bestätigte.

4.2 Die rentenabweisende Verfügung vom 22. September 2023 (AB 203) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS D. _____ vom 16. Mai 2022 (AB 181), da nach Ansicht des RAD auf das früher ergangene bidisziplinäre Gutachten der MEDAS C. _____ vom 23. September 2019 (AB 91; vgl. auch AB 108 und 116.3/6 ff.) aufgrund von Diskrepanzen zu den fachärztlichen Feststellungen und Einschätzungen nicht abgestellt werden konnte

(AB 133). Bereits an dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht mit BGer 8C_495/2021 (AB 171/4 ff.) im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren dem Gutachten der MEDAS C. _____ Beweiswert zugemessen und den im Nachhinein verfassten (abweichenden) Berichten der behandelnden Ärzte die Relevanz abgesprochen hat (E. 4.2 ff.). Aus den umfangreichen medizinischen Akten ergibt sich im Wesentlichen das Folgende:

4.2.1 Die Gutachter der MEDAS C. _____ hielten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 31. Mai 2019 (vgl. AB 91.1/13 Ziff. 5) fest, die Beschwerdeführerin habe am 25. Juni 2016 eine Kniekontusion mit Abriss der ischiocruralen Muskulatur linksseitig erlitten. Diese abgerissene Muskulatur sei etwa sechs Wochen später am Tuber ischii refixiert worden (operative Refixation der partiellen Hamstring-Ruptur links). Aufgrund persistierender Beschwerden sei am 1. Oktober 2018 eine Ischiadicus-Neurolyse durchgeführt worden, gefolgt von vielfältigen weiteren konservativen diagnostischen Massnahmen und Behandlungen. Entsprechend den Angaben der Beschwerdeführerin habe hierdurch jedoch kein entscheidender Effekt erzielt werden können (AB 91.1/3 Ziff. 4.1; vgl. auch AB 91.1/2 Ziff. 3).

Orthopädischerseits ergäben die seitengleiche Muskelausprägung bzw. der zu erhebende Muskelstatus bezüglich der Kraftausübung im Becken-/Beinbereich keine Hinweise auf eine schmerzbedingte Störung der Funktion des linken Beines (AB 91.1/6 Ziff. 4.6). Die Bildgebungen der LWS ergäben unspezifische Befunde mit leichten Degenerationen. Das Kernspintomogramm erhebe keine Hinweise auf eine Re-Ruptur der ischiocruralen Muskulatur (AB 91.1/3 Ziff. 4.1). Die Funktionsstörungen auf dem orthopädischen Fachgebiet seien nach objektiven Kriterien gering (AB 91.1/5 Ziff. 4.3). Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden; die Schmerzintensität könne somit nach objektiven Kriterien in der genannten Weise nicht nachvollzogen werden (AB 91.1/6 Ziff. 4.6). Aus somatischer Sicht bestünden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 91.1/5 Ziff. 4.2).

Psychiatrischerseits habe die hereditär unbelastete, aber durch frühen Autonomiedruck in der Kindheit geprägte, psychiatrisch nicht vorerkrankte Beschwerdeführerin anlässlich des komplikationsreichen Behandlungsverlaufs nach der Beinmuskelerletzung und im Rahmen parallel stattfindender familiärer Probleme und einer zugleich ablaufenden Schilddrüsenerkrankung eine depressive Entwicklung mit klinischer Manifestation einer mittelgradigen depressiven Episode im Frühjahr 2018 durchgemacht, welche inzwischen zur Remission habe gebracht werden können. Seither bestehe rein psychiatrisch wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (AB 91.1/4 Ziff. 4.1). Es bestünden zwar Einschränkungen des subjektiven Wohlbefindens, jedoch keine Funktionsbeeinträchtigungen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (AB 91.1/5 f. Ziff. 4.2 f.).

Die Tätigkeit als ... in einem ... könne entsprechend der objektivierbaren Befunde geleistet werden (AB 91.1/7 Ziff. 4.7). Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht gelte ab dem 1. Januar 2019 (AB 108/2 unten). Die ärztlichen Berichte aus den Jahren 2018 und 2019 enthielten überwiegend Diagnosen/Angaben der Versicherten oder ärztliche Befunde mit subjektiver Komponente. Diese wechselnden diagnostischen Einschätzungen sprächen für einen unspezifischen funktionellen Charakter der Störung. Sie liessen sich als residuale (rückläufige) Folge einer Koordinationsstörung im Beckenbereich nach Trauma und Operationen interpretieren. Beim Vergleich der Situation im Juli 2018 mit der aktuellen Befundung sei von einer richtungsweisenden Besserung der pelvinen Symptomatik auszugehen. In Bezug auf die depressive Störung sei aufgrund der Anamnese und Aktenanamnese von einer vollständigen Remission der depressiven Störung im Juli 2018 auszugehen (AB 108/3 f.).

4.2.2 Mit den in der Folge von den behandelnden Ärzten bis Juli 2020 verfassten Berichten befasste sich bereits das Bundesgericht in BGer 8C_495/2021 (AB 171/4 ff.): Die MRI des Beckens vom 28. Februar (AB 116.4/14) und 11. März 2020 (AB 116.4/12) zeigten keine fassbare Ursache für die angegebene Schmerzsymptomatik bzw. (mit Kontrastmittelgabe) keine (fassbare pathologische) Kontrastmittelaufnahme. Der zuweisende Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Chirurgie, ging im Fe-

bruar/März 2020 von einem Abriss der Sehne Musculus gluteus medius aus, wies aber auf deutliche Folgen der Neurolyse des Nervus ischias und eine Atrophie des Gluteus maximus hin (AB 129/27 ff.). Im Rahmen einer konsiliarisch-neurologischen Untersuchung konnte Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie, weder eine Neuropathie noch eine neurogene Atrophie oder Parese objektivieren (Bericht vom 20. März 2020; AB 129/23 f.). Dr. med. G._____, Facharzt für Neurochirurgie, schloss in den Beurteilungen vom 29. April und 8. Juli 2020 auf eine leichtgradige Hypästhesie Dermatome C2 und C3 links sowie eine leichtgradige rezessale Stenose L4/5 linksseitig mit möglicher Irritation der Nervenwurzel L5 (AB 116.4/8 f. und 2 f.), was vom orthopädischen Gutachter der MEDAS C._____ unter Hinweis auf die von ihm durchgeführte Messung der Beinmuskulatur (keinerlei Seitendifferenz der Muskelausprägung) und den klinischen Befund anlässlich der Begutachtung als völlig unverständlich bezeichnet wurde (Stellungnahme vom 24. Juni 2020; AB 116.3/3).

4.2.3 Nach einem Sturz auf die linke Hand am 31. Juli 2020 führte eine MRI-Untersuchung vom 18. August 2020 zur Verdachtsdiagnose einer Teiltraktur der ulnarseitigen Bänder MPG Dig IV und Dig V der linken Hand (AB 129/9 f.). Ein MRI des linken Sprunggelenks vom 22. Dezember 2020 zeigte keine ossären traumatischen Veränderungen (AB 129/7 f.).

4.2.4 Nach einem MRI des linken Kniegelenks vom 23. März 2021 (meniskokapsuläre Separation des Innenmeniskus, kleine Baker-Zyste, intakte Menisci, intakter Bandapparat; AB 126/2) ging Dr. med. E._____ im Bericht vom 19. April 2021 von einer Pincer-Impingementsituation bei Protrusio acetabuli mit klaffendem Labrumriss antero-superior von 1:30 bis 2:30 Uhr aus. Die Ablösung des Innenmeniskus von der Kniegelenkscapsel erkläre die medialen Kniebeschwerden (AB 129/3 f.). Auch Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, konstatierte im Nachgang an die Untersuchung vom 4. Mai 2021 persistierende laterale Hüftschmerzen links mit/bei Status nach Operation des Hamstrings (2016) bzw. der Nervenrevision links, eine Labrumläsion der linken Hüfte (positiver Impingementtest) und eine Meniskopathie; in dieser komplexen Situation sehe er keine Möglichkeiten, mit einer Hüftarthroskopie die Gesamtsituation in irgendwelcher Art zu verbessern

(AB 130/3 f.). In Kenntnis dessen entschied sich die Beschwerdeführerin für die arthroskopische Refixation des Innenmeniskus am 21. September 2021 (AB 145/6 ff.; vgl. auch AB 141/2).

4.2.5 Ein MRI des linken Sprunggelenks vom 22. Dezember 2020 zeigte eine Verdickung des Ligamentum fibulotalare anterius (DD alte posttraumatische narbige Veränderungen), eine Tendinose der Peroneus longus Sehne und eine chronische Fascitis plantaris, aber keine ossären traumatischen Veränderungen (AB 129/7 f.).

4.2.6 Die Gutachter der MEDAS D._____ stellten im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 16. Mai 2022 (vgl. AB 181.1/12 Ziff. 5) keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit; ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Status nach Kontusion des linken Kniegelenks (2016; Bagatellunfall), eine Arthroskopie des linken Kniegelenks am 23. September 2021 bei beginnender Gonarthrose, eine leichte Kniegelenkskontusion links am 1. Februar 2022 (am Tag vor der orthopädischen Begutachtung), einen Status nach zweimaliger Operation des Oberschenkels dorsal links (16. August 2016 und 1. Oktober 2018), eine Präarthrose des linken Hüftgelenks, einen Status nach Distorsion des linken Handgelenks am 31. August 2016, eine Prae-Adipositas, einen Status nach Autoimmunthyreoiditis Hashimoto, einen Status nach Asthma bronchiale und einen Status nach anamnestisch mässigem Nikotinabusus. Explizit äusserten die Gutachter deutliche Hinweise für eine erhebliche Symptomausweitung (AB 181.1/8 f. Ziff. 4.2). Sie führten aus, für eine chronische, langdauernde (sechs Jahre) Schmerzsymptomatik, welche der Beschwerdeführerin aus subjektiver Sicht keine oder allenfalls geringe Arbeitsfähigkeit ermöglichen würde und für welche fast durchgängig eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei, fänden sich in interdisziplinärer Gesamtschau keine hinreichenden pathophysiologische Korrelate. Es fänden sich nur vergleichsweise leichtgradige muskuloskettale Störungsdiagnosen, welche eine Tätigkeit im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils vollumfänglich möglich machten. Auf den subjektiven Schmerzangaben basierend sei es zu fortgesetztem Bezug von Versicherungsleistungen (Unfallversicherung) gekommen. Der medikolegale Aspekt durchziehe den Fallverlauf in sehr auffälliger Weise (AB 181.1/6 f.).

In Bezug darauf, dass die Beschwerdeführerin ausgerechnet am Tag vor dem orthopädischen Gutachten bei einem Sturz das linke Knie kontusio- niert habe, erstaune diese zeitliche enge Koinzidenz zum orthopädischen Gutachten doch sehr, auch dass genau das linke Knie betroffen gewesen sei. Zumindest seien in der vier Wochen später durchgeführten neurologi- schen klinischen Untersuchung keine Auffälligkeiten mehr feststellbar ge- wesen bei entsprechend flüssigem, harmonisch sequenziertem Gangbild ohne erkennbares Schonhinken. Es könne rückblickend somit auch nach der beschriebenen erneuten Kniekontusion links am Vortag der orthopädi- schen Begutachtung keine bleibende Verschlechterung angenommen wer- den. Aus neurologischer Sicht fänden sich weder aktuell noch retrospektiv Hinweise für eine Affektion oder gar Schädigung neuraler Strukturen, ins- besondere sei rückblickend auch zu keinem Zeitpunkt eine Affektion des Nervus ischiadicus plausibel. Die Operationsindikation im Oktober 2018 müsse rückblickend betrachtet aus neurologischer Sicht erheblich infrage gestellt werden. Dies habe letztlich nur auf den subjektiven Beschwerdean- gaben der Beschwerdeführerin basiert, obgleich die objektivierbaren Ab- klärungsbefunde damals keine hinreichende Pathologie hätten belegen können. Es dürfe hier eher von Verlegenheitsdiagnosen ausgegangen wer- den. Auch aus internistisch-rheumatologischer Sicht fänden sich keinerlei Hinweise für eine entzündlich-rheumatologische Erkrankung. Gleichermas- sen seien allgemein-internistisch keine arbeitsrelevanten Diagnosen fest- stellbar. Aber auch psychiatrisch lasse sich keine krankheitswertige Störungsdiagnose feststellen. Es sei auch rückblickend zu bezweifeln, ob hier je eine solche vorgelegen habe. Im Übrigen erkläre auch die Be- schwerdeführerin selber, dass sie sich nicht psychisch relevant beeinträch- tigt fühle (AB 181.1/7 f.).

Im Quer- und Längsschnittverlauf zeigten sich deutliche Inkonsistenzen: Gegen das Bestehen einer subjektiv invalidisierenden Schmerzsymptoma- tik und damit einhergehende Beeinträchtigung spreche nicht zuletzt die geringe Therapieaktivität hinsichtlich der Schmerzbehandlung. Es sei ledig- lich die Einnahme schwachwirksamer Analgetika angegeben worden, doch seien selbst diese bei der Kontrolle der Medikamentenspiegel nicht im Blut nachweisbar gewesen. Die Beschwerdeführerin sehe sich höchstens in einem geringen Pensum für eine adaptierte Tätigkeit in der Lage, wogegen

gemäss Tagesprofil ein durchaus sehr erfüllter Alltag beschrieben werde. Wie bereits erwähnt, sei rückblickend der gesamte Fallverlauf hoch auffällig und es seien durchgängig in hohem Masse medikolegale Aspekte und der Bezug von Versicherungsleistungen feststellbar. Dass hier die behandelnden Ärzte fortwährend eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierten, sei aktuell und auch rückblickend betrachtet nicht nachvollziehbar und erkläre sich nur dadurch, dass versicherungsfremde Faktoren und Inkonsistenzen nicht hinreichend eruiert und insbesondere nicht abgegrenzt worden seien (AB 181.1/8 und /10).

Mindestens möglich seien körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeiten. Lediglich rein stehende und rein gehende Tätigkeiten seien ungeeignet, ebenso Arbeiten in kauender oder hockender Stellung und häufiges Treppensteigen. Die Tätigkeiten als ... oder ... eines eigenen ... könnten als hinreichend leichte wechselbelastende Tätigkeiten bewertet werden und seien als medizinisch möglich zu erachten. Es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit ganztags ohne Leistungsminderung. Diese Bewertung gelte aktuell wie auch durchgängig retrospektiv mit Ausnahme der peri-/postoperativen Zeiten für jeweils maximal ca. drei Monate (AB 181.1/9 ff.).

4.2.7 Bezugnehmend auf eine biomechanische Analyse in der Klinik I. _____ vom 20. Juli 2022 wies Dr. med. E. _____ am 24. August 2022 auf eine extreme Kraftminderung der linken Hüfte und des linken Oberschenkels hin, welche das sporadische Einknicken erkläre. Im MRI des linken Kniegelenks zeige sich eine unveränderte Arthrofibrose ohne Re-Ruptur des Innenmeniskus mit Erguss und eine unveränderte femorotibiale Chondropathie zweiten Grades nach Outerbridge; diese Befunde erklärten die Bewegungseinschränkung und die Schwellung des linken Kniegelenks (AB 187/9 f.).

Nach einem nach dem erneuten Sturz vom 15. August 2022 am 26. September 2022 durchgeführten MRI des linken Kniegelenks diagnostizierte Dr. med. E. _____ eine radiäre Re-Ruptur der Innenmeniskushinterhornwurzel ohne Dislokation der Meniskusfragmente; aus orthopädischer Sicht bestehe eine klare Indikation zur Arthroskopie mit Resektion der funktionsuntüchtigen Meniskusanteile (AB 190/2). In der Folge wurde diese Operation am 13. Januar 2023 vorgenommen (AB 196/3 f.).

4.2.8 Gemäss Stellungnahme des neurologischen Gutachters der MEDAS D. _____ vom 8. August 2023 könne auch rückblickend nur von einer Kniekontusion links gesprochen werden und nicht von einer funktional relevanten Kniepathologie, welche über die erwähnte beginnende Gonarthrose und Status nach Kniekontusion 2016 mit Arthroskopie im September 2021 hinausgegangen sei. Auch die leicht reduzierte Hüftbelastbarkeit links sei berücksichtigt worden. Es habe eine stabil verheilte Läsion des Innenmeniskushinterhorns bestanden, welche erst nach der Kniekontusion nach dem Sturz vom 15. August 2022 als Re-Ruptur des Innenmeniskushinterhorns beschrieben worden sei. Selbst aus diesem erneuten Knie Trauma erklärten sich keine längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten. Eine vorbestehende extreme Kraftminderung der linken Hüfte und des linken Oberschenkels wäre mit Sicherheit auch in den gutachterlichen Untersuchungen aufgefallen. Die Verwendung solch verbaler Superlative deute aber auch darauf hin, dass hier erheblich ausgeweitete Befunddarstellungen vorlägen. Es mögen zwar geringe muskuloskelettale Störungsdiagnosen bestehen, jedoch erklärten diese sicher nicht das angegebene Ausmass an Beschwerden und insbesondere an funktionellen Einschränkungen. Entsprechend seien auch die Therapieaktivitäten gering gewesen. Wohl aber lägen erhebliche Inkonsistenzen vor. Die versicherungsmedizinische Beurteilung sei zwingend unter Abgrenzung dieser Inkonsistenzen vorzunehmen. Dies erkläre auch die Diskrepanz zwischen den seitens der Beschwerdeführerin subjektiv behaupteten schwerwiegenden Beeinträchtigungen und der gutachterlichen Beurteilung (AB 199/3 f.).

In psychiatrischer Hinsicht lehne sich das psychische Befinden der Beschwerdeführerin eng an ihren somatischen Befund an. Die Beschwerdeführerin selbst sehe sich ebenfalls nicht primär psychisch krank, sondern sehe alles als eine Folge ihrer somatischen Erkrankungen. Körperliche Erkrankungen führten fast immer auch zu psychischen Reaktionen und nur in seltenen Fällen lasse sich daraus eine psychische Erkrankung ableiten. So verhalte es sich auch im vorliegenden Fall. Der Internist Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, habe die Beschwerdeführerin vorsorglich wegen einer schwierigen psychosozialen Situation zur psychotherapeutischen Behandlung geschickt. Im Zentrum K. _____ sei dann von einer mittelschweren depressiven Episode als Folge psycho-

sozialer Belastungsfaktoren sowie von einer chronischen Schmerzstörung als Unfallfolge gesprochen worden. Ganz abgesehen davon, dass vor allem die letzte Diagnose äusserst unpräzise sei bei auch (subjektiv) angegebenen organischen Schmerzen, berücksichtigten die Diagnosen weder die Symptomausweitung der Beschwerdeführerin noch ihre erhebliche Resilienz. Auch die Behandler selbst seien von einer starken psychischen Persönlichkeit und einer raschen psychischen Besserung der Symptomatik ausgegangen. Diese ärztlichen Stellungnahmen unterstützten somit die Auffassung des Gutachters, dass eine eigenständige psychische Erkrankung nicht vorliege, und selbst wenn eine solche vorläge, sei eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit nicht zu rechtfertigen (AB 199/4 f.).

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

4.3.1 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).

4.3.2 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). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

4.3.3 Solange keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich sind, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermöchten, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte und Ärztinnen einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (Entscheid des BGer vom 26. Juli 2011, 8C_278/2011, E. 5.3). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch 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 BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

4.3.4 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 Gutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behan-

delnden 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).

4.4 Das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 16. Mai 2022 (AB 181.1) sowie die Teilgutachten (AB 181.3 bis 181.7) erfüllen mitsamt der Stellungnahme vom 8. August 2023 (AB 199) die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen und erbringen vollen Beweis (vgl. E. 4.3.2 hiavor). Die gutachterlichen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf umfassenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten sowie der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar und begründeten die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Sodann fanden die Ergebnisse der einzelnen fachärztlichen Untersuchungen Eingang in die umfassende interdisziplinäre Konsensbeurteilung (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224). Das Gutachten ist im Übrigen in sich widerspruchsfrei, schlüssig sowie überzeugend. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, vermag dessen Beweiswert nicht zu schmälern.

4.4.1 Einleitend ist hervorzuheben, dass die Gutachter der MEDAS C. _____ und der MEDAS D. _____ übereinstimmend und in Kenntnis der divergierenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneinten (AB 91.1/5, 181.1/8) und vielmehr eine deutliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden (MEDAS C. _____; AB 91.1/6 Ziff. 4.6) bzw. gar deutliche Hinweise für eine erhebliche Symptomausweitung (MEDAS D. _____; AB 181.1/8 f. Ziff. 4.2) konstatierten. Das Bundesgericht hat mit BGer 8C_495/2021 (AB 171/4 ff.) dem Gutachten der MEDAS C. _____ im (parallel zum IV-Verfahren laufenden) unfallversicherungsrechtlichen Verfahren Beweiswert zugemessen. Dabei würdigte das Bundesgericht die Berichte der behandelnden Ärzte bis Juli 2020 (vgl.

E. 4.2.2 hiervor) und hielt fest, dass deren Beurteilungen aufgrund der Stellung der beteiligten Fachpersonen als behandelnde Ärzte mit Vorbehalt zu würdigen seien (E. 4.2; vgl. in diesem Zusammenhang auch E. 4.3.2 hier vor) und sich die behandelnden Ärzte nicht an den objektiven Befunden, sondern einzig an den subjektiven Schmerzangaben orientiert hätten (E. 4.3).

4.4.2 Gleich verhält es sich im vorliegenden Verfahren in Bezug auf das nach dem Entscheid des Bundesgerichts ergangene Gutachten der MEDAS D._____, dessen Positionen nach Ansicht der Beschwerdeführerin "in diametralem Widerspruch zu den echtzeitlichen medizinischen Beurteilungen" stünden, ohne dass die Gutachter sich auch nur ansatzweise mit diesen abweichenden Beurteilungen auseinandergesetzt oder diese widerlegt hätten (Beschwerde, S. 5 f. Ziff. 7 f., S. 8 f. Ziff. 10 und S. 10 Ziff. 12 f.). Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin begründeten die Gutachter ihre abweichende Auffassung einlässlich und überzeugend, indem sie ausführten, für eine chronische Schmerzsymptomatik mit subjektiv empfundener und von den behandelnden Ärzten fast durchgängig attestierter voller Arbeitsunfähigkeit fänden sich keine hinreichenden pathophysiologischen Korrelate; vielmehr fänden sich nur vergleichsweise leichtgradige muskuloskelettale Störungsdiagnosen, welche eine Tätigkeit im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils vollumfänglich möglich machten. So stellten sie denn auch (rückwirkend betrachtet) die Operationsindikation im Oktober 2018 infrage, habe diese doch letztlich nur auf den subjektiven Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin basiert, zumal die damals objektivierbaren Abklärungsbefunde keine hinreichende Pathologie hätten belegen können und folglich eher von entsprechenden Verlegenheitsdiagnosen auszugehen sei. Im Hinblick auf das geklagte Knieleiden sei denn auch auffällig, dass sich die Beschwerdeführerin ausgerechnet am Tag vor der orthopädischen Begutachtung eine Kniekontusion zugezogen habe, sodass sie sich mit zwei Unterarmgehilfen vorgestellt habe. In der vier Wochen später durchgeführten neurologischen Begutachtung sei dann ein flüssiges und normal sequenziertes Gangbild mit normalem Abrollverhalten, auch mit normalem Aufstehen aus der tiefen Hocke und normalem monopodalem Stand auch auf dem linken Bein beobachtet worden. Die Beschwerdeführerin habe am Tag der Kontrolle der Medikamentenspiegel keinerlei

Schmerzmedikamente eingenommen resp. benötigt, sei doch ein Substanznachweis im Blut der angegebenen, aber ohnehin schwachwirksamen Analgetika (Ibuprofen 3 x 600 mg und Paracetamol 2 x 500 mg täglich) nicht gelungen. Gemäss Tagesprofil imponiere schliesslich ein sehr erfüllter bzw. aktiver Alltag mit Versorgung des Haushalts, Spaziergängen mit dem Hund, Autofahrten und vielfältigen Interessen (AB 181.1/7 f., 199/3). Dass die subjektiven Schmerzangaben der Beschwerdeführerin bei geltend gemachten belastungsabhängigen Schmerzen von 5-8 und Ruheschmerzen von 3-4 auf der zehnteiligen visuellen Analogieskala (AB 181.6/6) aufgrund der objektiven Befunde nicht nachvollziehbar sind und auch in krasssem Widerspruch zu ihren Tagesaktivitäten und dem Verzicht auf Schmerzmitteleinnahme stehen, haben die Gutachter somit einlässlich dargelegt.

4.4.3 Entgegen den Vorbringen in der Beschwerde, S. 6 Ziff. 7 f., erfolgte die Nachfrage bei den Gutachtern der MEDAS D. _____ mitunter aufgrund neu eingereichter Berichte der behandelnden Ärzte (AB 189). Bei der entsprechenden Stellungnahme des neurologischen Gutachters vom 8. August 2023 (AB 199) handelt es sich im Wesentlichen um eine Wiederholung der schon im Gutachten gemachten Ausführungen mit geringfügigen Präzisierungen sowie einer Beurteilung der neu eingereichten medizinischen Berichte. Seinen nachvollziehbaren Ausführungen zufolge ergeben sich aus diesen keinerlei neue substanziell verwertbare Sachverhalte, zumal die vom erneuten Knie Trauma im August 2022 herrührende Re-Ruptur des Innenmeniskushinterhorns (vgl. dazu auch Beschwerde, S. 7 Ziff. 9) behandelt wurde (vgl. AB 196/3 f.) und sich nach überzeugender Meinung des Gutachters selbst daraus keine längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten erklären lassen. Zusammenfassend bestanden und bestehen einzig geringe muskuloskelettale Störungsdiagnosen, die das angegebene Ausmass an Beschwerden und insbesondere an funktionellen Einschränkungen nicht zu erklären vermögen (AB 199/4 f.). Mangels wichtiger neuer Aspekte bzw. infolge im Wesentlichen unveränderter Befundlage bestand kein Anlass zu weiteren Abklärungen vor Einholung der Stellungnahme vom 8. August 2023 (vgl. E. 4.3.4 hiervor). Auch im Zusammenhang mit der Erstellung des Gutachtens fehlte es (entgegen den Vorbringen in der Beschwerde, S. 12 f. Ziff. 17) an Anhaltspunkten für die Notwendigkeit weiterer Bildgebung, lagen doch insbesondere das Arthro-MRI vom 4. April 2019 (AB 104.4/91)

und weitere MRI (vgl. E. 4.2.2 ff.) vor; zudem liegt es im Ermessen des medizinischen Sachverständigen, ob (und welche) Zusatzuntersuchungen durchzuführen sind (statt vieler: Entscheid des BGer vom 6. Januar 2015, 8C_516/2014, E. 6.2).

4.4.4 Soweit die rückblickende Gesamtschau einer objektiv ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit beanstandet wird (Beschwerde, S. 7 ff. Ziff. 9), ist festzuhalten, dass schon die Gutachter der C._____ im September 2019 obgleich in Kenntnis der gegenteiligen Einschätzungen der behandelnden Ärzte (AB 91.1/15 ff.) gestützt auf die von ihnen durchgeführten Muskeltests und die damals vorliegende Bildgebung (wesentliche) Einschränkungen verneinten (AB 91.1/3 ff. Ziff. 4.1 f.). Auch was den vom Bundesgericht in BGer 8C_495/2021 (AB 171/4 ff.) bereits beurteilten Zeitraum betrifft (gewürdigt wurden Berichte behandelnder Ärzte bis Juli 2020), ergeben sich diesem zufolge selbst gestützt auf die im Nachhinein verfassten Berichte der behandelnden Ärzte keine nennenswerten neuen Erkenntnisse hinsichtlich einer allfälligen Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin (E. 4.2) resp. sind diese in weiten Teilen an den zu den in der Bildgebung (erwähnt werden die MRT-Befunde vom 28. Februar und 11. März 2020) wenig ausgeprägten strukturellen Befunden in Widerspruch stehenden Schmerzangaben der Beschwerdeführerin orientiert (E. 4.3 f.). Auch zum Zeitpunkt der Begutachtung der MEDAS D._____ im Mai 2022 lagen nur eine geringe Knie- und Hüftpathologie links und entsprechend geringe Therapieaktivitäten vor (AB 181.1/7 f.). Unter Berücksichtigung dessen ist die gutachterliche Folgerung einer auch retrospektiv durchgängig vollen Arbeitsfähigkeit ohne weiteres nachvollziehbar, wobei die Gutachter sehr wohl unfall- und operationsbedingte Rekonvaleszenzen ausgeklammert haben (AB 181.1/11 Ziff. 4.7). Was die MRI-Befunde vom 22. Dezember 2021 (Sprunggelenk; AB 129/7; vgl. E. 4.2.5 hiervor) und 23. März 2021 (AB 126/2; vgl. E. 4.2.4 hiervor) anbelangt, ist festzustellen, dass sowohl der orthopädische (AB 181.3/9) als auch der neurologische (AB 181.6/10) Gutachter die unteren Extremitäten persönlich untersucht haben (vgl. dazu auch das orthopädische Teilgutachten der MEDAS C._____: AB 91.2/8) und namentlich der neurologische Gutachter einen Monat nach dem erneuten Sturzereignis ein flüssiges und zügiges Gangbild konstatieren konnte (AB 181.6/10 und AB 181.1/7). Ins-

besondere haben die Gutachter im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung (inkl. auch elektrophysiologische Abklärung) die von Dr. med. E. _____ unter Bezugnahme auf die biomechanische Analyse in der I. _____ attestierte extreme Kraftminderung der linken Hüfte und des linken Oberschenkels (AB 187/9 f.; vgl. E. 4.2.7 hiervor sowie Beschwerde, S. 11 f. Ziff. 16) nicht feststellen können, weshalb sie diesbezüglich auch mit Blick auf die in allgemeiner Weise vorliegenden Inkonsistenzen nachvollziehbar von einer erheblich ausgeweiteten Befunddarstellung ausgehen (AB 199/4). Folgerichtig liegen entsprechend den Gutachtern vergleichsweise geringe muskuloskelettale Störungsdiagnosen vor (AB 181.1/7, 199/4). Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass das MRI vom 18. August 2020 (AB 129/9 f.; vgl. E. 4.2.3 hiervor sowie Beschwerde, S. 8 Ziff. 9) die linke Hand und nicht das linken Knie (als Kernproblem) betrifft; die Gutachter der MEDAS D. _____ erwähnten diesbezüglich zutreffend einen Status nach Distorsion des linken Handgelenks (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; AB 181.1/8 f. Ziff. 4.2).

4.4.5 Weiter beruft sich die Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 9 Ziff. 11; vgl. auch Beschwerde, S. 7 Ziff. 9) auf eine orthopädisch-chirurgische Beurteilung des Dr. med. L. _____, Facharzt für Chirurgie, vom 1. Dezember 2017, welcher zufolge nebst nicht nachvollziehbaren Kniegelenksbeschwerden deutliche degenerative Veränderungen im Bereich der LWS vorlägen, womit die subjektiv beklagten Beschwerden hinreichend durch die Untersuchungsbefunde und das MRI objektiviert seien (AB 39.3/31). Diese Beurteilung (wie auch die in der Beschwerde, S. 7, erwähnte Beurteilung vom 29. Oktober 2018) stammt indessen aus einer Zeit, bevor das Arthro-MRI vom 4. April 2019 (Beurteilung: In Zusammenschau mit der konventionellen Voraufnahme vom 22. März 2019 femoroacetabuläre Impingement-Konfiguration vom gemischten Typ, Labrumdegeneration mit ausgedehntem anterosuperiorem Labrumriss, leichter "peritrochanterer" [richtig: pertrochantärer] Reizzustand, keine Bursitis trochanterica, keine Ruptur der Hamstringssehnen; AB 104.4/91) gemacht wurde, weshalb diese Beurteilung auf ungenügenden Grundlagen basiert, wogegen der orthopädische Gutachter sowohl auf diese Grundlage als auch auf den Bericht des Dr. med. H. _____ vom 5. Mai 2021 (AB 130/3; vgl. auch E. 4.1.6 hiervor: "... sehe ich keine Möglichkeiten einer Hüftarthrosko-

pie die Gesamtsituation dieser Patientin in irgendwelcher Art zu verbessern.") und die selbst erhobenen, aktuellen klinischen Befunde abstellen konnte (vgl. dazu AB 181.3/10). Dass die behandelnden Ärzte bei ihren Beurteilungen nicht auf die objektiven Befunde, sondern ausschliesslich auf die subjektiven und übertriebenen Schmerzbekundungen der Beschwerdeführerin abgestellt haben, hat bereits das Bundesgericht festgestellt (AB 171/8 f.; vgl. bereits E. 4.4.1 hiervor), weshalb es hierzu keiner Weiterungen bedarf (vgl. auch E. 4.4.2 hiervor).

4.4.6 Was die Kritik am aktuellen psychiatrischen Teilgutachten (Beschwerde, S. 10 f. Ziff. 14 f.) betrifft, vermag diese ebenfalls nicht zu überzeugen. Vorab ist festzuhalten, dass sich die Beschwerdeführerin im Begutachtungszeitpunkt mit keinen seelischen Konflikten konfrontiert sah, sich psychisch gesund fühlte und auch keine psychisch auffällige Pathologie zeigte (AB 181.5/4, 181.6/9 und 181.4/5; vgl. auch AB 199/4 f.) sowie über ein hohes soziales Aktivitätsniveau berichtete (AB 181.1/8). Von psychischen Auffälligkeiten abzugrenzen ist die offenkundig ausgewiesene Selbstlimitierung und demonstrierte Behinderungsüberzeugung in der Absicht, weiterhin mit Versicherungsleistungen versorgt zu werden (AB 181.1/6 unten). Soweit der psychiatrische Gutachter die noch von der MEDAS C._____ gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung (ICD-10F45.41; AB 91.3/5 Ziff. 6) nicht bestätigen konnte (AB 181.5/8), mag dies seinen Grund wohl darin haben, dass die Beschwerdeführerin im Gegensatz zum Zeitpunkt der Begutachtung der MEDAS C._____ nicht mehr über psychosoziale Belastungsfaktoren, namentlich über familiäre Probleme (vgl. AB 91.3/2), berichtete. Insoweit erweist sich die unter Bezugnahme auf nicht fachärztliche Berichte des behandelnden Arztes Dr. med. J._____ aus dem Jahre 2018 geübte Kritik als überholt und verfehlt.

4.5 Nach dem Dargelegten gestatten die verfügbaren Unterlagen entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 13 Ziff. 18) eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs. Die Beschwerdegegnerin hat den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt. Weiterer Abklärungen bedarf es nicht (BGE 144 V 361 E. 6.5

S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

4.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführerin aus versicherungsmedizinischer Sicht seit jeher (mit Ausnahme der unfall- und operationsbedingten Rekonvaleszenzen) die angestammte wie auch jede andere adaptierte (leichte bis mittelschwere, wechselbelastende) Tätigkeit zu 100 % möglich ist (AB 181.10 f. Ziff. 4.7 f.). Gestützt darauf ist nachfolgend der Rentenanspruch zu prüfen.

5.

5.1

5.1.1 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. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2).

Die bundesgerichtliche Rechtsprechung schliesst nicht aus, dass auch bei Erwerbstätigen unter Umständen nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen abgestellt wird. Das trifft namentlich bei selbständig Erwerbenden zum einen dann zu, wenn aufgrund der Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die versicherte Person im Gesundheitsfall ihre nicht einträgliche selbständige Tätigkeit aufgegeben und eine besser entlohnte andere Tätigkeit angenommen hätte. Gleiches ist anzunehmen für den Fall, dass die vor der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübte selbständige Tätigkeit wegen ihrer kurzen Dauer keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens darstellt, zumal in den ersten Jahren nach Aufnahme der selbständigen Erwerbstätigkeit üblicherweise aus verschiedenen Gründen (hohe Abschreibungsquote auf

Neuinvestitionen etc.) die Betriebsgewinne gering sind (BGE 135 V 58 E. 3.4.6 S. 64; SVR 2022 IV Nr. 37 S. 122 E. 3.2).

5.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 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. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

5.2

5.2.1 Die Beschwerdegegnerin ging gemäss Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 17. Juni 2022 davon aus, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit zu 100 % als selbständigerwerbende ... tätig wäre (AB 185/4 Ziff. 3). Diese per Ende 2015 aufgenommene Erwerbstätigkeit (AB 5/6 Ziff. 5.4) gab die Beschwerdeführerin bereits im Jahr 2017 wieder auf (AB 185/4 Ziff. 2), nachdem sie ab Juli 2016 Arbeitsunfähigkeiten in unterschiedlicher Höhe zu verzeichnen hatte (vgl. AB 185/3 Ziff. 1.2). Damit hat die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen keinesfalls zu Ungunsten der Beschwerdeführerin gestützt auf die LSE 2018, Tabelle TA1, Ziff. 55-56 (...) festgelegt und an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 42.4 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 55-56) angepasst. Entgegen der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 5 Ziff. 6) kann das von der Beschwerdegegnerin

– bei fehlender Berufsausbildung und bloss knapp zweijähriger nicht erfolgreicher Tätigkeit – auf der Basis des Kompetenzniveaus 3 (komplexe prak-

tische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen) berechnete Valideneinkommen von Fr. 63'078.-- (AB 185/5 Ziff. 6) nicht als 'unterste Limite' angenommen werden. Die Beschwerdeführerin hat als Selbständigerwerbende bei der M._____ zwar ein Jahreseinkommen von Fr. 70'000.-- versichert (AB 156.1/14 Ziff. 12), indessen hat der M._____ -Kundenberater mit nachvollziehbarer Begründung festgehalten, dass die versicherte Lohnsumme kaum der wirtschaftlichen Gegenleistung des Betriebes entspreche (AB 2.4/3) und sie gegenüber der Ausgleichskasse jährliche Einkommen von bloss Fr. 9'333.-- abrechnete (AB 180/3).

5.2.2 Da die Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit im zumutbaren (vollschichtigen) Umfang nachgeht, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen ebenfalls anhand der Tabellenlöhne berechnete und dabei auf den Totalwert Frauen im Kompetenzniveau 1 abstellte (AB 185/5 Ziff. 6; vgl. E. 5.1.2 hiervor). So resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 54'681.--. Die beschwerdeweise Kritik an diesem Invalideneinkommen erweist sich im Lichte der Ausführungen (vgl. E. 4.4) hiervor als unbegründet. Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 14 Ziff. 21) ist kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 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) vorzunehmen. Insbesondere trägt die gutachterliche Beurteilung den medizinischen Einschränkungen mit dem Zumutbarkeitsprofil hinreichend Rechnung, sodass diese nicht nochmals mittels eines Abzuges zu berücksichtigen sind.

5.2.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 63'078.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 54'681.-- resultiert ein Invaliditätsgrad von 13 %. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 3.3 hiervor).

5.3 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 22. September 2023 (AB 203) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

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

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

6.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. zudem E. 2.3 in fine).

Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern keinen Entschädigungsanspruch (Art. 104 Abs. 3 VRPG; 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 in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.