

200 23 744 IV
JAP/BRO/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. März 2024

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. Oktober 2023



Sachverhalt:

A.

Die 1976 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Dezember 2020 – unter Hinweis auf sehr starke Schmerzen an den oberen rechten Extremitäten, dem Kopf sowie der rechten Nackenpartie, Sensibilitätsstörungen sowie Taubheitsgefühle, Kraftlosigkeit am rechten Arm, Kribbeln an beiden Händen und starke Schmerzen unterhalb der Knie bis zu den Füßen beim Laufen respektive Kribbeln an den Füßen beim Stillstehen sowie Sitzen – bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II und act. IIA] act. II 1). Die IVB tätigte diverse medizinische und erwerbliche Abklärungen und verneinte mit Mitteilung vom 11. August 2021 (act. II 64) einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Sodann zog sie mit Blick auf die Rentenprüfung weitere Unterlagen bei und holte auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 122 S. 5 f.) ein polydisziplinäres Gutachten bei der C._____ (...; MEDAS C._____ bzw. MEDAS) ein (act. II 140.1 ff.). Gestützt darauf stellte die IVB mit Vorbescheid vom 9. August 2023 (act. IIA 143) der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 0 % die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. IIA 145) verfügte die IVB am 4. Oktober 2023 wie angekündigt (act. IIA 148).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 25. Oktober 2023 Beschwerde mit den folgenden Anträgen:

1. Der Beschwerdeführerin seien die gesetzlichen Ansprüche zuzusprechen.
2. Es sei ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten gerichtlich in Auftrag zu geben.

- unter Kosten und Entschädigungsfolgen -

Gleichzeitig stellte sie ein Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. Dezember 2023 schloss die Beschwerdeführerin – unter Beilage einer RAD-Stellungnahme vom 11. Dezember 2023 (act. IIA 154) – 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 Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 4. Oktober 2023 (act. IIA 148). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. Soweit sich das Rechtsbegehren auf weitere gesetzliche Ansprüche

bezieht, stehen diese ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2021 AHV Nr. 21 S. 69 E. 5.2), womit inso- weit auf die Beschwerde nicht einzutreten ist.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die angefochtene Verfügung datiert vom 4. Oktober 2023 (act. IIA 148), 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 Anmeldung vom Dezember 2020 (act. II 1) – unter der Prämisse der erfüllten Wartezeit i.S.v. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. hierzu E. 5 hiernach) – vor dem 1. Januar 2022 (Art. 29 Abs. 1 IVG), wes- halb grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verord- nung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung massgebend sind (Rz. 9100 f. des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversiche- rungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 148 V 385 E. 5.2 S. 391, 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228), wobei sich an der vorliegend entscheidwesentlichen Anspruchsvoraussetzung einer mindestens 40%igen Invalidität nach Ablauf des Wartejahres (vgl. E. 2.4 hiernach) nichts geändert hat.

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

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

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

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

2.3.2 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2021 IV Nr. 76 S. 257 E. 4.2.1).

2.3.3 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

2.4 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 %

arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollen-
dung des 18. Altersjahres folgt.

2.5 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 bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Aufgrund von Beschwerden nuchal rechts sowie über der rechten Schulter wurde bei der Beschwerdeführerin vom 11. bis 17. März 2020 eine multimodale muskuloskelettale Komplextherapie durchgeführt. Im Austrittsbericht der Klinik D. _____ des Spitals E. _____ vom 19. März 2020 (act. II 140.7 S. 19 ff.) wird darüber informiert, dass sich bei der Durchsicht der bisherigen Bildgebung eine schwere, aktivierte Arthrose des Facettengelenks C3/4 rechtsseitig, am ehesten sekundär bedingt bei Diskushernie auf dem gleichen Niveau (ohne Neurokompression), gezeigt habe. Gegebenenfalls komme es auch durch die berufliche Tätigkeit zu einer chronischen Belastung des entsprechenden Gelenks. Prädisponierend wirke eine axiale Hypermobilität. Die Beschwerden mit Kribbelparästhesien könnten gut mit einer sekundären myofaszialen Problematik erklärt werden. Eine

Infiltration des Gelenks mit Glukokortikoiden habe innert zwei Tagen zu einer vollständigen Regredienz der Beschwerden mit konsekutiv normaler Funktion der HWS geführt. Die Facettengelenksarthrose als Schmerzursache sei hiermit hinreichend belegt (S. 19 f.).

Zur Abklärung eines zervikospondylogenen Schmerzsyndroms rechts erfolgte vom 16. bis 18. Dezember 2020 eine weitere Hospitalisation im Spital E._____. Im Austrittsbericht vom 5. Januar 2021 (act. II 140.7 S. 40 ff.) wurde aufgezeigt, dass laboranalytisch keine Hinweise auf eine humorale Entzündungsreaktion gefunden worden sei. Mit Ausnahme eines Vitamin D3-Mangels hätten sich kein Vitaminmangel und kein Hinweis für eine endokrinologische/metabolische Ursache oder Hinweise auf eine neoplastische Genese gezeigt. Bildmorphologisch sei in der Verlaufsbildgebung mittels MRI die bekannte aktivierte Facettengelenksarthrose im Bereich der C3/4 rechts nachgewiesen worden. Im Verlauf habe sich jedoch eher ein regredienter Befund bezüglich der Aktivierung und eine unveränderte foraminale Stenose C3/4 rechts mit möglicher Kompression C4 gezeigt. Die zur weiteren Abklärung einer Radikulopathie erfolgte Elektromyographie habe keine Hinweise für einen axonalen Schaden oder einen neurogenen Umbauprozess in den untersuchten Muskeln gezeigt (S. 41).

3.1.2 Zur Abklärung einer vaskulären Genese der Schmerzen bzw. zur Objektivierung der Durchblutungssituation der rechten oberen Extremität wurde die Beschwerdeführerin an die Klinik F._____ des Spitals E._____ überwiesen. Im Bericht vom 11. Februar 2021 (act. II 140.7 S. 44 ff.) legten die Ärzte der Klinik dar, für eine vaskuläre Genese gebe es anamnestisch, klinisch, messtechnisch bei unauffälliger arterieller Ausmessung der oberen Extremitäten beidseits und auch duplexsonographisch keinen Hinweis (S. 46).

3.1.3 Die Beschwerdeführerin stellte sich am 9. März 2021 zur ambulanten Schmerzsprechstunde im Spital in der Klinik G._____ des Spitals E._____ vor. Im Bericht vom 16. März 2021 (act. II 140.7 S. 59 ff.) erklärte Dr. med. H._____, Facharzt für Anästhesiologie, grundsätzlich wäre rein aufgrund der klinischen Befunde ein CRPS (Komplexes regionales Schmerzsyndrom) denkbar, müsste jedoch allenfalls als leicht bezeichnet werden bei sehr tiefem CRPS Severity Score. Jedoch fehle das Trauma

in der Anamnese. Spontane Fälle würden in der Literatur zwar beschrieben, seien aber wenn überhaupt als selten zu betrachten. Die allermeisten Fälle träten nach einem Unfall oder einer Verletzung der Extremitäten auf und fänden sich distal von Ellbogen und Knie. Bei der Beschwerdeführerin sei hingegen der ganze Arm inklusive Schulter und Nacken betroffen. Zudem seien die Beschwerden initial vom Nacken und Kopf ausgehend gewesen. Diese seien nun beide nicht mehr beschwerdeführend. Das intermittierende komplette Verschwinden der Schmerzen nach multimodaler Komplextherapie sowie Steroidinjektion und das Wiederauftreten der Symptome nach Arbeitsbeginn sprächen ebenfalls gegen ein CRPS. Aus diesen Gründen sei die Diagnose sorgfältig zu prüfen. Erfahrungsgemäss bestehe eine grosse Überlappung mit funktionellen neurologischen Störungen, die infolge von vermindertem Gebrauch von Extremitäten ein ähnliches Bild zeigten und ein CRPS imitieren könnten. Wahrscheinlich liege hier ein solcher Fall vor. Differentialdiagnostisch sei an eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen zu denken. Insgesamt seien schon viele Differentialdiagnosen ausgeschlossen worden. Insbesondere hätten sich keine Hinweise auf eine Spinalkanalstenose, eine höhergradige Wurzelkompression oder einen Plexusschaden gezeigt. Auch das Schultergelenk, die Befunde der Elektroneuromyographie und die Durchblutungsmessung zeigten sich unauffällig. Das Beschwerdeausmass übersteige die bisherigen somatischen Befunde klar. In der klinischen Untersuchung habe die aktivierte Facettengelenksarthrose im Hintergrund gestanden, weswegen keine Thermoablation der Medial Branches besprochen worden sei. Das ausgesprochen gute Ansprechen auf die multimodale Komplextherapie und die Steroidapplikation sei vermutlich auf die physikalische Behandlung sowie einen unspezifischen Steroideffekt und eventuell auch auf die Pause von der Arbeit zurückzuführen. Auffallend sei der klare Zusammenhang zwischen Arbeit und Schmerzentstehung. In der arbeitsfreien Zeit nach der Rehabilitation sei die Patientin beschwerdefrei gewesen. Ausserdem hätten in der Untersuchung die beschriebenen Beschwerden exakt durch eine Triggerpunktmanipulation über dem Trapezmuskel ausgelöst werden können. Es zeige sich zudem eine ausgeprägte vegetative Aktivierung mit intermittierenden Panikattacken, Palpitationen, Kribbelparästhesien, Erschöpfung, Kurzatmigkeit und Schlafstörungen. Dies passe in das Bild der bereits differentialdiagnostisch vermuteten funk-

tionellen Sensibilitätsstörung der rechten Gesichtshälfte und der ausgeprägten Stressassoziation der Beschwerden. Letztlich bestehe der Verdacht auf eine funktionelle neurologische Störung mit zusätzlichen myofaszialen Triggerpunkten (S. 60).

3.1.4 Im Bericht vom 12. April 2021 (act. II 140.7 S. 62 ff.) zur kardiologischen Sprechstunde im Spital I. _____ erklärte Dr. med. J. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Kardiologie, die Patientin weise wohl keine kardiale Ätiologie der Beschwerden auf. So sei die Anamnese hierfür nicht typisch, das Risikoprofil äusserst gering und die Patientin sei mit 44 Jahren eigentlich noch zu jung für eine allfällige kardiale Pathologie im Sinne einer koronaren Herzkrankheit. Zudem bestünden keine Hinweise auf eine pulmonale Hypertonie, wobei ohnehin keine Angabe einer Pathologie aus dem rheumatischen Formenkreis habe gefunden werden können (S. 63).

3.1.5 Im Bericht vom 29. April 2021 (act. II 140.7 S. 82 ff.) führten die Ärzte der Klinik K. _____ des Spitals E. _____ aus, im Vordergrund stehe ein chronisches zervikoscapuläres Schmerzsyndrom rechts bei schwerer, aktivierter Facettengelenksarthrose C3/4 rechts mit Foraminalstenose C3/4 rechts und möglicher Kompression C4 foraminal. Anamnestisch bestehe eine Schmerzlinderung nach lokaler C3/4-Infiltration, so dass eine zumindest partielle radikuläre Schmerzkomponente durchaus möglich sei und gegebenenfalls auch eine neurochirurgische Mitbeurteilung sinnvoll sein könnte. Zudem fänden sich Zeichen einer neurofunktionellen Symptomausweitung in Form einer über das Schmerzausmass hinausreichenden sakkadierten Kraftentfaltung, vor allem distal, sowie eine fleckförmige Hyposensibilität, keinem klaren Dermatome oder peripheren Nervengebiet entsprechend (S. 84).

3.1.6 Vom 4. bis 25. Mai 2021 war die Beschwerdeführerin in der Klinik K. _____, des Spitals E. _____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 11. Juni 2021 (act. II 140.7 S. 90 ff.) informierten die Ärzte des Spitals E. _____, dass aus psychosomatischer Sicht die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen zu stellen sei. Als somatische Komponente seien die degenerativen Veränderungen der HWS zu nennen. Darüber hinausgehend fänden sich Hinweise auf

eine zentrale Schmerzverarbeitungsstörung. Für eine relevante zentral nervös vermittelte Komponente sprächen die Hyperalgesie, die Phonophobie sowie die emotionale Reizbarkeit mit sozialer Rückzugstendenz bzw. dem Meiden von Menschenmassen (S. 91).

Vom 15. Juni bis 6. Juli 2021 erfolgte ein weiterer stationärer (act. II 140.7 S. 103 ff.) und vom 13. Oktober bis 17. Dezember 2021 ein teilstationärer Aufenthalt im selben Spital (act. II 140.7 S. 116 ff.).

3.1.7 Sodann erfolgte vom 27. März bis 28. Mai 2022 ein stationärer Aufenthalt in der Rehaklinik L._____. Im Austrittsbericht vom 30. Mai 2022 (act. II 140.7 S. 120 ff.) erläuterten die Ärzte der Klinik, dass formell die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen zu stellen sei, wobei klinisch-phänomenologisch eine an Intensität stark fluktuierende Schmerzdysregulationsstörung der rechten oberen Extremität mit zervikoscapulärer Betonung sowie Schmerzen des rechten Knies im Vordergrund stünden. Auf somatisch-struktureller Ebene sei eine aktivierte Facettengelenksarthrose C3/4 rechts mit Foraminalstenose und möglicher Kompression C4 beschrieben. Darüber hinausgehend fänden sich jedoch klare Hinweise auf das Vorliegen einer Störung der zentralen Schmerzverarbeitung. Klinisch fänden sich zahlreiche an ein komplexes regionales Schmerzsyndrom erinnernde Symptome (S. 123). Auffällig sei weiter die Stressmodulation der Beschwerden, die geringe Wirksamkeit herkömmlicher (auch adjuvanter) Analgetika sowie die Tatsache, dass der Hauptschmerzpunkt zervikoscapulär von der Patientin als anders, „wie fremd“ wahrgenommen werde, was klassische Symptome zentraler Schmerzdysregulationsstörungen seien. Zusätzlich fänden sich Hinweise auf generalisierte Reizamplifikationsprozesse, wobei klammeralgometrisch eine unilateral (hier rechtsseitig) verstärkte Schmerzwahrnehmung imponiere. Zudem zeige sich eine Phonophobie, eine erhöhte emotionale Reizbarkeit sowie das Bild einer vegetativen Dysregulation. In diesem Kontext wäre auch bei den rezidivierend auftretenden, die Patientin deutlich einschränkenden rechtsseitigen Knieschmerzen eine relevante perzeptive Schmerzkomponente – unabhängig von degenerativen Veränderungen – denkbar (S. 124).

3.1.8 Im MEDAS-Gutachten vom 20. Juli 2023 (act. II 140.1 ff.) stellten die Experten in interdisziplinärer Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen (act. II 140.1 S. 11 Ziff. 4.3):

- Prädispositas
- Lokale Varikosis am Oberschenkel rechts
- DD Spannungskopfschmerz, Migräne
- Bildmorphologische multisegmentale degenerative Veränderung zervikal und lumbal, ohne aktuell assoziierten orthopädisch-neurologischen Störungsbefund
- Bildmorphologische Degeneration in den Akromioklavikulargelenken (AC-Gelenken) beidseits
- Mittelgradige depressive Episode, bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.1)

In Bezug auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit führten sie sodann aus, die psychiatrischen und orthopädischen Einschränkungen wirkten jeweils eigenständig und seien somit entsprechend eigenständig zu berücksichtigen (S. 12 Ziff. 4.5). Die bisherige Tätigkeit könne während 4.5 Stunden am Tag ausgeübt werden. Orthopädisch bedingt sei das Rendement auf 75 % reduziert. Insgesamt bestehe folglich eine Arbeitsfähigkeit von 37.5 %. Die psychiatrische Bewertung (50 % reduzierte Arbeitsfähigkeit) gelte seit Mai 2022 und die orthopädische Bewertung (Arbeitsfähigkeit von 37.5 %) ab dem Begutachtungszeitpunkt (S. 12 f. Ziff. 4.6). Optimal angepasst seien körperlich überwiegend leichte, wechselbelastende oder überwiegend sitzend ausgeübte Tätigkeiten. Seit Mai 2022 bestehe aus psychiatrischer Sicht auch in einer solchen Tätigkeit eine auf 50 % reduzierte Arbeitsfähigkeit. Mittels einer intensivierten psychiatrischen Behandlung sei per Ende des ersten Quartals 2024 eine Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit zu erwarten (S. 13 f. Ziff. 4.7).

Aus allgemeininternistischer Sicht konnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (act. II 140.2 S. 36 Ziff. 7.1 und S. 37 f. Ziff. 8.1 f.).

Der neurologische Gutachter führte sodann aus, die angegebenen Nackenschmerzen und Schmerzen am rechten Arm sowie die angegebenen Sensibilitätsstörungen fänden keine hinreichend wahrscheinliche organoneurologische Erklärung (act. II 140.3 S. 34 Ziff. 6.2). Die angegebenen Kopfschmerzen könnten hingegen als Spannungskopfschmerzen oder Migräne

klassifiziert werden. Der Laborbefund (teils fehlender wirksamer Spiegel der geprüften Medikamente) spreche jedoch gegen eine erhebliche Beeinträchtigung. Zudem seien sowohl Spannungskopfschmerzen als auch Migräne gut behandelbar und führten folglich nicht zu einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 33 Ziff. 6.1).

Im orthopädischen Teilgutachten (act. II 140.4) wurde unter anderem dargelegt, aufgrund der bildmorphologisch nachgewiesenen multisegmentalen degenerativen Veränderungen, aktuell ohne assoziierten namhaften orthopädisch-neurologischen Störungsbefund, sollten aus orthopädischer Sicht dauerhaft körperlich mittelschwere und schwere Arbeiten sowie Arbeiten mit häufigen Überkopftätigkeitsanteilen vermieden werden (S. 38 Ziff. 7.2). Da die bisherige Tätigkeit als ... im ... auch Teile körperlich schwerer Arbeiten und repetitiven Überkopfarbeiten beinhalten könne, bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 75 %. Diese Einschätzung sollte mit der im Rahmen der Begutachtung diagnostizierten multilokulären degenerativen Veränderung am Stütz- und Bewegungsapparat gelten (S. 39 f. Ziff. 8.1). Zumindest in überwiegend leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Arbeiten lasse sich eine dauerhafte Limitation der Belastbarkeit aus orthopädischer Sicht nicht begründen (S. 38 Ziff. 7.2). In einer solchen Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin ohne Leistungseinschränkungen neun Stunden am Tag arbeiten. Auch retrospektiv ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine dauerhafte Limitation der Belastbarkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit (S. 40 Ziff. 8.2).

Der psychiatrische Gutachter stellte die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.1; act. II 140.5 S. 25 Ziff. 6.3). In Zusammenhang mit den beklagten Schmerzen erläuterte er sodann, eine somatoforme Störung oder Somatisierungsstörung liege nicht vor. So sei ein den berichteten Schmerzen zugrundeliegender erheblicher und unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt anamnestisch nicht herauszuarbeiten, sodass das definierende Diagnosekriterium der ICD-10 fehle. Zudem sei eine Diagnosestellung neben einer affektiven Störung nach der Codierungsrichtlinien der ICD-10 nicht zulässig (S. 24 Ziff. 6.1). Vor dem Hintergrund der affektiven und vegetativen Beeinträchtigungen sowie der Antriebsstörung im Rahmen der affekti-

ven Störung sei derzeit eine erhebliche funktionelle Beeinträchtigung schlüssig belegt und nachzuvollziehen. Es sei eine etwa hälftig geminderte Arbeitsfähigkeit zu attestieren (S. 26 Ziff. 7.1). Demnach bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit seit spätestens Mai 2022 (S. 28 Ziff. 8.1). Eine Anpassung der Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht notwendig und nicht geeignet, den Heilungsverlauf zu beschleunigen, da sich die Beeinträchtigungen in jeder Arbeitstätigkeit zumindest gleichrangig negativ auswirken müssten (S. 29 Ziff. 8.2).

3.1.9 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, legte im Bericht vom 22. August 2023 (act. IIA 145 S. 11 f.) dar, die Patientin habe Schmerzen im Nacken/Kopf mit Ausstrahlung in den rechten Arm, welchen sie aufgrund der Schmerzen kaum noch einsetzen könne. Zudem habe sie immer wieder Knieschmerzen. Die Beurteilung der IV-Gutachter mit der Schlussfolgerung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit für Büroarbeiten entspreche nicht seinen Beobachtungen über die letzten Jahre. An eine Arbeit im Büro sei aufgrund der Schmerzsituation nicht zu denken. Von einer Heilung in sechs Monaten sei nicht auszugehen. Bei der Patientin habe nie ein Verdacht auf simulierendes Verhalten bestanden. Viele der in den Konsilien gezogenen Schlüsse fussten auf nicht haltbaren Indizien. So sei zum Beispiel übersehen worden, dass die Rasur der Achselhöhle durch ... erfolge. Die Patientin werde im Haushalt und der Körperpflege massgeblich unterstützt. Es bestehe keine Selbstständigkeit bei alltäglichen Aktivitäten. Bereits ein kurzer Blick nach unten führe zu einer Schmerzprovokation. Bei genauerem Aktenstudium hätte den Gutachtern ausserdem auffallen müssen, dass bereits mehrere Therapieversuche erfolgt seien, insbesondere auch mit trizyklischen Antidepressiva. Die erwartete Beschwerdefreiheit nach sechs Monaten sei völlig aus der Luft gegriffen. Die depressive Symptomatik sei nur ein kleiner Teil der gesundheitlichen Beeinträchtigung und somit seien die vorgelegten Studien zum weiteren Verlauf nicht aussagekräftig. In Bezug auf den genannten zu geringen Medikamentenspiegel von Duloxetin sei darauf hinzuweisen, dass das Medikament als Therapieversuch bei einer Schmerzverarbeitungsstörung eingesetzt werde. Eine langsame Steigerung der Dosis schein sinnvoll, da die Nebenwirkungen zusätzliche Einschränkungen im Alltag der Patientin brächten. Zudem seien die therapeutischen

Grenzwerte in der Blutanalyse auf eine klassische Depression bezogen. Bei der Patientin erfolge die Therapie aber zur Schmerzreduktion. Es werde nicht nur eine mittelschwere Depression behandelt, sondern auch eine Schmerzstörung, weshalb die Prognose aus dem psychiatrischen Konsil nicht stimme. Zudem werde im Gutachten auf den Austrittsbericht der Rehaklinik L._____ verwiesen, wonach eine Verbesserung der Beschwerden erreicht worden sei. Dabei würden jedoch Tatsachen ausser Acht gelassen. So habe die Patientin den rechten Arm weiterhin kaum bewegen können und mit Pregabalin, NSAR, Schmerzpflaster und Temesta eine ausgebaute Schmerztherapie mit deutlichen Nebenwirkungen gehabt. Soweit eine Schmerzstörung mit einem fehlenden psychischen Trauma begründet werde, sei zudem übersehen worden, dass die Patientin bereits im Kindesalter ... habe arbeiten müssen, kaum Freiraum gehabt habe und mit zehn Jahren die Schule habe verlassen müssen, um zusätzlich ... zu arbeiten, wobei sie das erzielte Einkommen bis zur Heirat den Eltern habe abgeben müssen. Danach sei sie mit einem alkoholabhängigen Mann liiert gewesen, welcher sie regelmässig bedroht und immer wieder psychisch misshandelt habe. Zudem seien auch die Untersuchungen passend zu einer Schmerzstörung.

3.1.10 Im Bericht vom 13. September 2023 (act. IIA 145 S. 7 ff.) stellten Dr. med. N._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und O._____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1), einen Verdacht auf körperlichen Missbrauch in der Kindheit und Jugend durch massive Arbeit (ICD-10 Z62.8) sowie einen Verdacht auf ein chronisches Schmerzsyndrom bei inoperablen läSIONalen Ursachen (ICD-10 F45.1). Ausserdem führten sie aus, das IV-Gutachten erscheine in der Anamnese und der Auswertung der Aktenlage sowie den phänomenologisch objektivierbaren Befunden in sich schlüssig. Allerdings müssten die Diagnose und die Prognose um nicht wesentliche Teilaspekte ergänzt werden (S. 7 Ziff. 1 f.). Die Arbeitsunfähigkeit sollte aktuell auf 100 % angesetzt werden, damit die Patientin unter der laufenden Somato- und Psychotherapie lerne, mit ihren Kräften zu haushalten, sich abzugrenzen, innere Prozesse und selbstzerstörerisches Verhalten zu erkennen, einzuordnen sowie

beginne, diese teils zu verändern und abzulegen. Im späteren Verlauf (nach zwei Jahren spezifischer verhaltenstherapeutischer Psychotherapie) könne mit einem Schritt in die Arbeitswelt begonnen werden. In erster Linie sollten jedoch Arbeiten, welche im Vordergrund keine Verantwortung beinhalteten, die keine Selbstständigkeit verlangten, die klar strukturiert mit wenig emotionalem Stress verbunden und überschaubar seien, berücksichtigt werden (S. 9 Ziff. 6). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sei jedoch mittel- bis langfristig von einer ungünstigen Prognose auszugehen. Es handle sich um eine Patientin mit einer komplexen, komorbiden Störung. Aufgrund der vielschichtigen Symptomatik sei die Patientin in ihrer Leistungsfähigkeit dauerhaft reduziert und benötige genügend Erholungs- und Rückzugsmöglichkeiten. Die Patientin sei für die kommenden zwei Jahre nur beschränkt belastbar und insofern zu 100 % arbeitsunfähig. In einem späteren Therapieverlauf und bei genügend engmaschiger Psychotherapie und mit dem damit verbundenen Behandlungsfortschritt hinsichtlich der starken somatischen Schmerzen könnte maximal eine 40%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erreicht werden (S. 10 Ziff. 7).

3.1.11 Im Ergebnis zur Qualitätskontrolle durch den RAD vom 11. Dezember 2023 (act. IIA 154 S. 2) informierte Dr. med. P. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, darüber, dass die interdisziplinäre versicherungsmedizinische Prüfung des MEDAS-Gutachtens anhand des Prüfrasters der Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (EKQMB) zum Thema Gutachten der MEDAS C. _____ sowie der in Rz. 3134 des vom BSV herausgegebenen Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) ausgeführten inhaltlichen Kriterien keine gravierenden Mängel gezeigt habe. Auf die versicherungsmedizinischen Schlussfolgerungen im Gutachten zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit könne insofern abgestellt werden.

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

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

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).

3.2.2 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 Beweismwürdigung – grundsätzlich (vgl. jedoch E. 3.2.3 hiernach) – 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 Beweismwürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.2.3 Im Rahmen einer Qualitätsüberprüfung der Sachverständigenbeurteilungen der MEDAS C. _____ durch die EKQMB (vgl. Art. 7p der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11]) wurden 32 zufällig ausgewählte

poly- und bidisziplinäre Gutachten aus den Jahren 2022 und 2023 analysiert. Angesichts der zahlreichen festgestellten Mängel und Defizite in den analysierten Gutachten sowie der Nichteinhaltung der Vorgaben des BSV und anderer relevanter Standards (Überprüfungsbericht der EKQMB vom 7. November 2023 [fortan Überprüfungsbericht; abrufbar unter <www.ekqmb.admin.ch>, Rubrik: ...]) empfahl die Kommission dem BSV, die Auftragsvergabe an die Gutachterstelle MEDAS C._____ zu beenden (Empfehlung der EKQMB vom 4. Oktober 2023 [fortan Empfehlung; abrufbar unter <www.ekqmb.admin.ch>, Rubrik: ...]). Mit Medienmitteilung vom 4. Oktober 2023 (fortan Medienmitteilung; abrufbar unter <www.bsv.admin.ch>, Rubrik: ...) informierte das BSV darüber, dass die IV keine medizinischen Gutachten mehr an die MEDAS C._____ vergebe. In Bezug auf bereits vorliegende Gutachten wurden die IV-Stellen seitens des BSV angewiesen, diese einer (erneuten) Qualitätskontrolle zu unterziehen, wenn im konkreten Fall noch kein rechtskräftiger Leistungsentscheid vorliegt (Medienmitteilung). Ausserdem ist bei den MEDAS C._____ -Gutachten an die Beweiswürdigung strengere Anforderungen zu stellen und die beweisrechtliche Situation der versicherten Person mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen zu vergleichen. In solchen Fällen genügen bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, um eine neue Begutachtung anzuordnen bzw. ein Gerichtsgutachten einzuholen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Februar 2024, 8C_122/2023, E. 2.3).

3.3 Entsprechend der Anweisung des BSV (vgl. E. 3.2.3 hiervor) hat der RAD die Expertise vom 20. Juli 2023 (act. II 140.1 ff.) während des hängigen Beschwerdeverfahrens anhand der Kriterien von Rz. 3134 KSVI sowie des von der EKQMB empfohlenen Prüfungsrasters (Anhang 3 des Überprüfungsberichts) interdisziplinär evaluiert. Dr. med. P._____ hielt am 11. Dezember 2023 das Ergebnis der Qualitätskontrolle fest und erklärte, es hätten sich keine gravierenden Mängel gezeigt. Auf die versicherungsmedizinischen Schlussfolgerungen des Gutachtens zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit könne insofern abgestellt werden (act. IIA 154 S. 2). Dieses Prüfungsergebnis befreit das Gericht indes nicht von einer sorgfältigen und umfassenden medizinischen Beweiswürdigung, zumal sich die

negative Feststellung lediglich auf „gravierende“ Mängel bezieht und die kurze Stellungnahme – entsprechend der Vorgabe von Rz. 3136 KSVI – keine näheren Erläuterungen enthält.

3.3.1 Das MEDAS-Gutachten vom 20. Juli 2023 (act. II 140.1 ff.) erfüllt nicht nur die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen an eine versicherungsexterne medizinische Expertise, sondern wie vom BGer gefordert (vgl. E. 3.2.3 in fine hiavor) auch jene an eine versicherungsinterne medizinische Entscheidungsgrundlage, und erbringt – auch unter Berücksichtigung des von der EKQMB empfohlenen Prüfungsrasters im Anhang 3 des Überprüfungsberichts – vollen Beweis (vgl. E. 3.2.1 f. hiavor). Insbesondere erfolgte die Anamneseerhebung nicht nur mittels schriftlicher Selbstauskunft, sondern – unter Zuhilfenahme eines Dolmetschers – auch im Rahmen der Untersuchungen, was schriftlich dokumentiert wurde (zur Kritik der EKQMB in Zusammenhang mit der Anamneseerhebung vgl. Überprüfungsbericht S. 12 ff. Ziff. 3.3). Die gutachterlichen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf umfassenden fachärztlichen Abklärungen inklusive zahlreicher laborchemischer (Urin, Drogenscreening, Medikamentenspiegel [act. II 140.2 S. 32 Ziff. 4.3.2, 140.6 S. 1 f. und S. 4]), apparativer (EKG, Spirometrie [act. II 140.2 S. 32 Ziff. 4.3.2, 140.6 S. 3 und S. 5 ff.]) und bildgebender (MRI Schulter/Knie beidseits, HWS/BWS/LWS und Gehirn [act. II 140.4 S. 33 f. Ziff. 4.3.2, 140.7 S. 1 ff.]) Zusatzuntersuchungen und sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten (zur Kritik der EKQMB in Zusammenhang mit den Vorakten vgl. Überprüfungsbericht S. 11 f. Ziff. 3.2) sowie der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einlässlich begründet. Sodann flossen die Ergebnisse der Teilgutachten – soweit erforderlich – angemessen in die Gesamtbewertung ein.

Dass Dr. med. Q._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin – soweit ersichtlich (<www.swiss-insurance-medicine.ch>, Rubrik: zertifizierte Fachpersonen > Suche zertifizierte Fachpersonen; <www....ch>, Rubrik: Team) – weder über ein Zertifikat des Vereins Versicherungsmedizin Schweiz (Swiss Insurance Medicine, SIM) verfügt noch

Chefarzt oder leitender Arzt einer Uniklinik ist (vgl. zur diesbezüglichen Voraussetzung Art. 7m Abs. 2 ATSV), ändert nichts am Beweiswert des internistischen Teilgutachtens (act. II 140.2), da das SIM-Zertifikat gemäss den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 3. November 2021 (AS 2021 706) innerhalb von fünf Jahren nach dem Inkrafttreten der Änderung erworben werden muss. Seine Darlegungen, wonach die Beschwerdeführerin aus allgemein-internistischer Sicht voll arbeitsfähig sei, überzeugen sowohl angesichts der erhobenen Befunde (act. II 140.2 S. 31 ff. Ziff. 4.3.1 f.) als auch der Tatsache, dass sich in den Akten keine internistische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit findet.

In Bezug auf die vom neurologischen Gutachter als Spannungskopfschmerzen oder Migräne klassifizierten Kopfschmerzen ist angesichts des Laborbefundes (teils fehlender wirksamer Spiegel der geprüften Medikamente; vgl. act. II 140.6 S. 1) und der guten Behandelbarkeit der Kopfschmerzen überzeugend und schlüssig, dass diesen kein massgebender dauerhafter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde (act. II 140.3 S. 33 Ziff. 6.1). Überdies liegt keine dem neurologischen Teilgutachten widersprechende neurologische Beurteilung in den Akten.

Namentlich mit Blick auf die in den bildgebenden Zusatzuntersuchungen festgestellte multisegmentale Degeneration mit Diskusbulging C3/4 sowie L4/5, L5/S1 mit konsekutiv neuroforaminalen sowie rezessalen Engen und Verdacht auf Affektion der Nervenwurzel C4 rechts sowie S2 beidseits (act. II 140.7 S. 3 f.) sowie der mässig bis deutlichen Degeneration in den AC-Gelenken (act. II 140.7 S. 1) und den im Übrigen weitgehend unauffälligen Befunden (act. II 140.4 S. 28 ff. Ziff. 4.3) überzeugen auch die im orthopädischen Teilgutachten gestellten Diagnosen. Insbesondere wurde die in den Akten genannte (act. II 140.7 S. 19, S. 40 und S. 82) schwere hypertrophe aktivierte Facettengelenksarthrose C3/4 rechts mit hochgradiger discoligamentärer präforaminaler Stenose im aktuellen MRI-Befund nicht beschrieben (act. II 140.4 S. 36 Ziff. 6.1, 140.7 S. 3 f.) und an der diskutierten Diagnose eines CRPS wurden bereits im Bericht des Spitals E. _____ vom 16. März 2021 (act. II 140.7 S. 59 ff.) Zweifel geäussert (kein für das CRPS typisches Trauma, eher atypische Schmerzlokalisierung, die initialen Schmerzen seien nicht mehr beschwerdeführend, atypisches

Verschwinden der Schmerzen nach multimodaler Komplextherapie sowie Steroidinjektion und Wiederauftreten der Symptome nach Arbeitsbeginn [S. 60]). Bei den erhobenen Befunden überzeugt zudem, dass die Beschwerdeführerin in körperlich schweren und repetitiven Überkopfarbeiten – und demnach auch in ihrer bisherigen Tätigkeit als ... – eingeschränkt ist, und ihr aus orthopädischer Sicht körperlich überwiegend leichte, wechselbelastend bzw. überwiegend sitzend auszuübende Tätigkeiten uneingeschränkt zumutbar sind (act. II 140.4 S. 39 f. Ziff. 8.1 f.). Eine dieser Leistungsfähigkeit widersprechende orthopädische Beurteilung ist in den Akten nicht dokumentiert.

Angesichts des erhobenen psychopathologischen Untersuchungsbefundes (generelle Ängstlichkeit mit assoziiertem Vermeidungsverhalten im Sinne eines sozialen Rückzuges, eine zum depressiven Pol verschobene Stimmung, eine eingeschränkte affektive Schwingungs- und Modulationsfähigkeit, ein Insuffizienzerleben, ein vermindert und gehemmt wirkender Antrieb sowie eine zurückgenommene Psychomotorik [act. II 140.5 S. 20 ff. Ziff. 4.3.1]), welcher von der behandelnden Psychiaterin als schlüssig bezeichnet worden ist (act. IIA 145 S. 7 Ziff. 2), überzeugt zudem die vom psychiatrischen Gutachter gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-F33.1; act. II 140.5 S. 25 Ziff. 6.3). Ebenfalls ist nachvollziehbar, dass der Gutachter keine somatoforme Störung diagnostizierte. So ist ein den geklagten Schmerzen zugrundeliegender erheblicher und unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt nicht aktenkundig (S. 24 Ziff. 6.1; vgl. hierzu auch Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 1682; DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 224).

3.3.2 Was die Beschwerdeführerin gegen das Gutachten vorbringt, vermag an dessen Beweiswert nichts zu ändern:

Zwar ist richtig (zur diesbezüglichen Rüge vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. III/3 Lemma 4), dass die Gutachter die Frage zu den Schadenminderungsmaßnahmen wohl tatsächlich nicht korrekt erfassten (act. II 140.1 S. 15 Ziff. 4.9, 140.3 S. 37 f. Ziff. 8.4, 140.4 S. 41 f. Ziff. 8.4, 140.5 S. 32 Ziff. 8.4),

ging es doch allein darum, aus ärztlicher Perspektive aufzuzeigen, welche medizinischen Massnahmen indiziert und zumutbar wären, um die Arbeitsfähigkeit zu verbessern, wobei die Kompetenz zur Anordnung solcher Massnahmen selbstredend bei der Beschwerdegegnerin gelegen hätte (vgl. Art. 7 Abs. 2 IVG; Rz. 5034 ff. KSVI). Eine Rückfrage an die Sachverständigen erübrigt sich indes, da als Ergebnis des strukturierten Beweisverfahrens aus rein rechtlicher Optik keine Arbeitsunfähigkeit resultiert, welche einen rentenbegründenden IV-Grad zu begründen vermöchte (vgl. E. 5 hiernach), und damit eine Aufforderung zur Schadenminderung obsolet ist.

Soweit die Beschwerdeführerin zudem die fehlende Fremdanamnese (Nachfrage bei den Behandlern) bemängelt (Beschwerde S. 4 Ziff. III/4), verkennt sie, dass im Rahmen einer (psychiatrischen) Begutachtung grundsätzlich nicht eine Fremdanamnese entscheidend ist, sondern die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese. Die Notwendigkeit der Einholung einer Fremdanamnese ist in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens. Auch aus den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ergibt sich in dieser Hinsicht nichts Anderes (SVR 2019 IV Nr. 41 S. 134 E. 5.2.2.1). Vorliegend ist auch mit Blick darauf, dass den Gutachtern zahlreiche Berichte der Behandler vorlagen (act. II 140.7 S. 10 ff.) und sich die Gutachter mit diesen auseinandersetzen (act. II 140.2 S. 36 Ziff. 7.2, 140.3 S. 32 Ziff. 6.1, 140.4 S. 35 f. Ziff. 6.1, 140.5 S. 25 Ziff. 6.1 und S. 26 Ziff. 7.1), nicht zu beanstanden, dass sie keine zusätzlichen fremdanamnestischen Auskünfte einholten.

Sodann schadet der Austausch der ursprünglich vorgesehenen rheumatologischen durch die orthopädische Fachdisziplin (act. II 130) seitens der (hierfür zuständigen [Art. 44 Abs. 5 i.V.m. Abs. 1 lit. c ATSG]) Gutachterstelle nicht – dies entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (zur entsprechenden Rüge vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. III/3 Lemma 8) –. Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern, was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft, ein weiter Ermessensspielraum zu. Das beinhaltet auch die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen (Entscheid des BGer vom 30. Januar 2015, 8C_277/2014, E. 5.2). Gegenstand der Rheumatologie – als Teildisziplin der Inneren Medizin – sind chronische

Schmerzen des Bewegungsapparates, was unter anderem auch auf die Orthopädie zutrifft (Entscheid des BGer vom 10. April 2019, 9C_93/2019, E. 4.1.2 mit Hinweis). Die Feststellung myofaszialer Schmerzen im Rahmen der (klinischen) Befunderhebung bzw. die Beurteilung der Auswirkungen auf das funktionelle Leistungsvermögen ist vor diesem Hintergrund nicht der Rheumatologie vorbehalten, zumal diesen Schmerzen definitionsgemäss gerade keine rheumatische bzw. entzündliche Ursache zugrunde liegt (PETER REILICH, in: REILICH/GRÖBLI/DOMMERHOLT [Hrsg.], Myofasziale Schmerzen und Triggerpunkte, 2. Aufl. 2018, S. 16; <https://flexikon.doccheck.com/de/Myofasziales_Schmerzsyndrom>).

Ferner verkennt die Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 4 Ziff. III/3 Lemma 7; act. IIA 145 S. 4), dass sich der orthopädische Gutachter sehr wohl mit der in den Vorakten erwähnten schweren hypertrophen Facettengelenksarthrose C3/4 rechts mit hochgradiger diskoligamentärer präforaminaler Stenose auseinandersetzte (act. II 140.4 S. 36 Ziff. 6.1). Diese wurde im Verlaufs-MRI vom 23. März 2023 (act. II 140.7 S. 3 f.) jedoch nicht mehr beschrieben (vgl. auch E. 3.3.1 hiervor) und die im aktuellen Befundbericht genannte Degeneration der Facettengelenke auf Stufe C3/4 ist von der vom orthopädischen Sachverständigen gestellten Diagnose mitumfasst.

Bezüglich der Kritik, der orthopädische Gutachter habe übersehen, dass sie bei der Körperpflege auf Hilfe ihrer ... angewiesen sei (Beschwerde S. 4 Ziff. III/3 Lemma 6; act. IIA 145 S. 3 f.), ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin die entsprechende Frage mit „Rücken- und Haarwaschen“ beantwortete (act. II 140.4 S. 18; vgl. auch act. II 140.4 S. 7). Es erscheint deshalb nachvollziehbar, dass der orthopädische Gutachter angab, die komplett rasierte Achselhöhle spreche gegen eine dauerhaft namhaft eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Arms. Selbst wenn die Achselhöhle jedoch tatsächlich durch ... rasiert würde, ändert dies nichts am Beweiswert des Gutachtens. Denn der Gutachter begründete die festgestellte Diskrepanz nicht allein mit der rasierten Achselhöhle, sondern auch mit dem fehlenden Muskelschwund am rechten Arm, was gegen eine dauerhafte Schonung desselben spreche (act. II 140.4 S. 36 f. Ziff. 6.1 f.). Ausserdem wurden weitere Inkonsistenzen festgestellt, welche ein ähnliches Bild zeichnen. So hielt der orthopädische Experte eine demonstrativ anmu-

tende Schmerzdarbietung mit inkonstanter Schonhaltung des rechten Arms fest (insbesondere wurde dieser beim An- und Ausziehen der Strümpfe, beim Öffnen des Ärmelknopfes und beim Binden des Hosenbundes weitgehend normal eingesetzt [act. II 140.4 S. 28 Ziff. 4.3.1] und auch anlässlich der neurologischen Untersuchung gelang das An- und Auskleiden selbstständig und geschickt [act. II 140.3 S. 27 Ziff. 4.3.1]) und in der klinischen Exploration war die passive Untersuchung im Schulterbereich aufgrund von Schmerzangabe und aktivem Gegenspann nicht adäquat möglich (act. II 140.4 S. 30 Ziff. 4.3.1 sowie S. 35 Ziff. 6.1). Im Übrigen zeigten sich Hinweise auf eine Malcompliance bezüglich der Einnahme von Medikamenten (act. II 140.1 S. 11 Ziff. 4.2, 140.5 S. 25 Ziff. 6.2, S. 26 Ziff. 7.1 und S. 32 Ziff. 8.4, 140.6 S. 1).

Soweit die Beschwerdeführerin überdies die vom psychiatrischen Experten prognostizierte Besserung der affektiven Störung mit Wiedererlangen der vollständigen Arbeitsfähigkeit bis Ende des ersten Quartals 2024 kritisiert (Beschwerde S. 3 f. Ziff. III/3 Lemma 2 f.; act. IIA 145 S. 2 Ziff. 4), ist hervorzuheben, dass sich der Gutachter dabei auf empirische medizinwissenschaftliche Erkenntnisse stützte, was er auch mittels Hinweis auf entsprechende Quellen offenlegte (act. II 140.5 S. 34 ff. Anhang). Ob diese naturgemäss mit einer gewissen Unsicherheit behaftete Prognose tatsächlich zutrifft, ist nicht entscheidungswesentlich, werden daraus doch keine Rechtsfolgen abgeleitet. So ging die Beschwerdegegnerin nicht gestützt auf die gutachterliche Prognose von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit aus, sondern basierend auf einer Indikatorenprüfung (vgl. hierzu E. 4 hiernach).

Sofern eine isolierte Betrachtung der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (act. II 140.1 S. 12 ff. Ziff. 4.6 f.) die Zusammensetzung der attestierten Gesamtarbeitsunfähigkeit tatsächlich nicht restlos klären sollte (zur diesbezüglichen Rüge vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. III/3 Lemma 5; act. IIA 145 S. 3), ergibt sich dies jedenfalls ohne Weiteres aus den integrierenden Bestandteil bildenden Teilgutachten (act. II 140.2 ff.). Da weder auf dem internistischen noch dem neurologischen Fachgebiet eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde (act. II 140.2 S. 37 f. Ziff. 8.1 f., 140.3 S. 35 f. Ziff. 8.1 f.), sind die orthopädischen und psychiatrischen Teilgutachten (act. II 140.4 f.)

massgebend, wobei zur Begründung der Gesamtarbeitsunfähigkeit erklärt wurde, die psychischen und orthopädischen Einschränkungen wirkten jeweils eigenständig und seien somit eigenständig zu berücksichtigen (act. II 140.1 S. 12 Ziff. 4.5). Die Restarbeitsfähigkeit von 37.5 % in der angestammten Tätigkeit (act. II 140.1 S. 12 Ziff. 4.6) setzt sich aus der orthopädisch begründeten 25%igen Einschränkung des Rendements (act. II 140.4 S. 39 Ziff. 8.1) sowie der psychiatrisch begründeten 50%igen Arbeitsunfähigkeit ohne zusätzliche Leistungseinschränkung (act. II 140.5 S. 28 Ziff. 8.1) zusammen. Die Restarbeitsfähigkeit von 50 % in einer leistungsadaptierten Tätigkeit (act. II 140.1 S. 13 Ziff. 4.7) basiert dagegen allein auf der psychiatrisch begründeten 50%igen Arbeitsunfähigkeit (act. II 140.5 S. 28 Ziff. 8.1), da sich orthopädisch unter Einhaltung des Zumutbarkeitsprofils keine Leistungseinschränkung ergibt (act. II 140.4 S. 40 Ziff. 8.2).

3.3.3 Sodann vermögen auch die mit Einwand vom 14. September 2023 (act. IIA 145) gegen den Vorbescheid vom 9. August 2023 (act. IIA 143) ins Recht gelegten Berichte der behandelnden Psychiaterin vom 13. September 2023 (act. IIA 145 S. 7 ff.) sowie von Dr. med. M. _____ vom 22. August 2023 (act. IIA 145 S. 11 f.) keine auch nur geringen Zweifel am Gutachten zu wecken. Soweit die behandelnde Psychiaterin eine Zustandsverschlechterung „während der IV-Abklärung“ postuliert (act. IIA 145 S. 8 Ziff. 3), ist festzustellen, dass diese nicht durch objektive Befunde untermauert wird. Sodann findet sich in ihrem Bericht keine Begründung für die angebliche generalisierte Angststörung (act. IIA 145 S. 7 Ziff. 1) respektive spricht der von ihr erhobene psychiatrische Befund (act. IIA 145 S. 9 Ziff. 4) gegen eine Angststörung. Im Übrigen ist eine Angststörung neben einer depressiven Störung nicht zu diagnostizieren (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 198 f.). Weiter nahm der psychiatrische Gutachter zu einer möglichen somatoformen Störung in nachvollziehbarer Weise Stellung und begründete – wie dargelegt (vgl. E. 3.3.1 in fine hier vor) – schlüssig, weshalb eine solche Diagnose nicht bestätigt werden könne. Dabei würdigte er unter anderem auch die frühe Arbeitstätigkeit der Beschwerdeführerin in ihrem Herkunftsland sowie die Konflikte mit dem alkoholabhängigen Ex-Ehemann (act. II 140.5 S. 18 f. Ziff. 3.2). Abgesehen davon fällt die Verdachtsdiagnose eines körperlichen Missbrauchs in der

Kindheit und Jugend durch massive Arbeit (ICD-10 Z62.8; act. IIA 145 S. 7 Ziff. 1) als sogenannte Z-Diagnose ohnehin nicht unter den Begriff der invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung (vgl. Entscheid des BGer vom 1. Juni 2022, 8C_804/2021, E. 4.1.3 mit Hinweis). Zu beachten ist zudem, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte – wie vorliegend – lege artis vorgegangen ist (SVR 2020 IV Nr. 69 S. 241 E. 4.1, 2018 IV Nr. 77 S. 255 E. 6.3). Die behandelnde Psychiaterin benennt denn auch keine Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3), sondern befindet das Gutachten bezüglich Anamnese, Auswertung der Aktenlage und der phänomenologisch objektivierbaren Befunde als schlüssig. Soweit die behandelnde Psychiaterin sodann einräumt, die körperlichen Schmerzen stünden im Vordergrund (act. IIA 145 S. 8 Ziff. 3), ist festzuhalten, dass die Beurteilung der somatischen Beschwerden und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht in ihren Fachbereich fallen (zur fachärztlichen Qualifikation vgl. Entscheid des BGer vom 15. November 2021, 9C_458/2021, E. 3.3 mit Hinweisen). Demnach stellt die behandelnde Psychiaterin bei der postulierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit (act. IIA 145 S. 9 Ziff. 6) unbesehen auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ab, ohne dies mit objektiven Befunden nachvollziehbar zu untermauern.

Der Bericht des Hausarztes Dr. med. M. _____ vom 22. August 2023 (act. IIA 145 S. 11 f.) vermag den Beweiswert des Gutachtens zudem schon deshalb nicht zu erschüttern, weil er die Leistungseinschränkungen fachfremd mit einer Schmerzstörung begründet. Eine internistische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wird nicht genannt. Anzumerken bleibt, dass seine Erklärung in Bezug auf den zu geringen Medikamentenspiegel von Duloxetin (act. IIA 145 S. 11 f.) schon deshalb fehlt, weil im Gutachten ein zu geringer Medikamentenspiegel von Mirtazapin und nicht von Duloxetin bemängelt wird (act. II 140.5 S. 25 Ziff. 6.2). Zudem ändern auch seine Rügen in Bezug auf die Kindheit und Ehe der

Beschwerdeführerin, die Prognose, die Hilfe bei der Körperpflege und die fehlende Rückfrage bei den Behandlern – wie bereits dargelegt – nichts am Beweiswert des Gutachtens. Im Übrigen ist bezüglich dessen Bericht auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu 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). Hinzu kommt vorliegend, dass er mit dem als „Wiedererwägung IV Entscheid vom 23. August 2023“ betitelten Schreiben und der Forderung, der „Einsprache gegen den IV Entscheid [...] sollte unbedingt statt gegeben werden“, für die Beschwerdeführerin Partei ergriff und damit einen eigentlichen Rollenwechsel weg von der ärztlichen Tätigkeit zum Parteivertreter vollzog. Damit kommt seinen Ausführungen von vornherein allein begrenzter Beweiswert zu (vgl. Entscheid des BGer vom 6. Juni 2018, 8C_79/2018, E. 4.2).

3.4 Nach dem Dargelegten erfüllt das MEDAS-Gutachten vom 20. Juli 2023 (act. II 140.1 ff.) selbst die Anforderungen an eine versicherungsinterne medizinische Entscheidungsgrundlage und damit die hier rechtsprechungsgemäss anwendbaren strengeren Vorgaben (vgl. E. 3.2.3 hiervor), so dass darauf abzustellen ist. Der medizinische Sachverhalt ist vor diesem Hintergrund hinreichend abgeklärt, weshalb auf weitere Beweisvorkehrungen – wie in der Beschwerde beantragt – in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann (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). Gestützt auf die erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen leiteten die Gutachter ab, dass die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit aus orthopädischer Sicht um 25 % und aus psychiatrischer Sicht seit Mai 2022 um 50 % eingeschränkt sei. Demnach bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 37.5 %. In einer angepassten körperlich überwiegend leichten, wechselbelastenden oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit bestehe seit Mai 2022 eine psychiatrisch bedingte Einschränkung von 50 % (act. II 140.1 S. 12 ff. Ziff. 4.6 f.).

Es ist nachfolgend (vgl. E. 4 hiernach) unter besonderer Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu depressiven Erkrankungen (vgl. BGE 148 V 49) zu prüfen, ob anhand des strukturierten Beweisverfahrens

nach BGE 141 V 281 der psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % (act. II 140.5 S. 28 Ziff. 8.1) aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann, wobei die Beschwerdeführerin die materielle Beweislast trägt (vgl. E. 2.3.1 ff. hiervor).

4.

4.1 Obwohl für das verordnete Medikament Mirtazapin kein wirksamer Serumspiegel vorlag, führte der psychiatrische Gutachter aus, es lägen keine erheblichen Inkonsistenzen vor (act. II 140.5 S. 25 Ziff. 6.2). Demgegenüber wurden im orthopädischen Gutachten diverse Diskrepanzen bzw. Inkonsistenzen erwähnt (act. II 140.4 S. 36 f. Ziff. 6.1 f.; vgl. auch E. 3.3.2 hiervor). Diese stellen jedoch keine Ausschlussgründe im Sinne von BGE 131 V 49 (vgl. E. 2.3.2 hiervor) dar. Es ist daher nachfolgend auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens vorzunehmen (vgl. E. 2.3.3 hiervor).

4.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

4.2.1 Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Im Rahmen der Untersuchung konstatierte der psychiatrische Sachverständige – nebst unauffälligen Befunden – eine generelle Ängstlichkeit mit assoziiertem Vermeidungsverhalten im Sinne eines sozialen Rückzuges, wobei phobisches Verhalten und Panikattacken verneint wurden, zudem eine zum depressiven Pol verschobene Stimmung, eine eingeschränkte affektive Schwingungs- und Modulationsfähigkeit, ein Insuffizienzerleben, ein vermindert und gehemmt wirkender Antrieb sowie eine zurückgenommene Psychomotorik (act. II 140.5 S. 20 ff. Ziff. 4.3.1). Es ergeben sich daher

keine Anhaltspunkte, die eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde nahelegen, als der gestellten Diagnose bereits inhärent ist (vgl. Entscheid des BGer vom 9. Mai 2019, 9C_755/2018, E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 5.2.2 S. 425) und es kann nicht auf erhebliche Einschränkungen geschlossen werden.

Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenzen als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Die Beschwerdeführerin war vom 4. bis 25. Mai 2021 und vom 15. Juni bis 6. Juli 2021 in stationärer und vom 13. Oktober bis 17. Dezember 2021 in teilstationärer Behandlung im Spital E._____, Klinik K._____ (act. II 140.7 S. 90 ff., S. 103 ff. und S. 116 ff.), sowie vom 27. März bis 28. Mai 2022 in stationärer Behandlung in der Rehaklinik L._____ (act. II 140.7 S. 120 ff.). Dabei standen jedoch die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen im Vordergrund. Seit Oktober 2022 steht sie in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (act. IIA 145 S. 7). Der psychiatrische Gutachter führte sodann aus, laut Medikamentenplan nehme sie ein Psychopharmakon ein, was von ihr jedoch nicht angegeben werde. Für das verordnete Präparat liege denn auch kein wirksamer Serumspiegel vor. Es sei eine Therapieintensivierung zu empfehlen. Dabei sollte zunächst eine wirksame medikamentöse antidepressive Behandlung unter einem „Therapeutic drug monitoring“ angestrebt werden. Weiter sollte eine Intensivierung der psychotherapeutischen Behandlung mit Fokus auf wirksame antidepressive psychotherapeutische Interventionen, inklusive eines gestuften Belastungsaufbaues, erfolgen. Das Wiedererlangen einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit sei etwa per Ende des ersten Quartals 2024 zu erwarten (act. II 140.5 S. 26 f. Ziff. 7.1). Mithin wurden die therapeutischen Optionen bisher nicht ausgeschöpft und es liegt keine ausgewiesene Behandlungsresistenz vor.

Was den Indikator Komorbiditäten (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) anbelangt, ist festzuhalten, dass die behandelnde Psychiaterin eine „Komplexität des Falles mit hoher Komorbidität“ umschreibt (act. IIA 145 S. 8 Ziff. 3). Die von ihr neben der rezidivierenden depressiven Störung genannten psychiatrischen Diagnosen (act. IIA 145 S. 7 Ziff. 1) konnten im Rahmen der Begutachtung jedoch nicht bestätigt werden (vgl. auch E. 3.3.3

hiervor). Die Beschwerdeführerin leidet jedoch zusätzlich an verschiedenen somatischen Diagnosen (act. II 140.1 S. 11 Ziff. 4.3), die zum Teil Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben (act. II 140.4 S. 39 f. Ziff. 8.1 f.). Eine Wechselwirkung zwischen den psychischen und somatischen Diagnosen wird allerdings nicht postuliert. Da in einer leidensadaptierten Tätigkeit aus somatischer Sicht keine Leistungseinschränkungen bestehen, kann – wenn überhaupt – ohnehin höchstens von einer leichten Komorbidität ausgegangen werden. Hinweise für eine wesentliche ressourcenhemmende Komorbidität bestehen demgegenüber nicht.

4.2.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist festzustellen, dass der psychiatrische Gutachter eine Persönlichkeitsstörung verneinte (act. II 140.5 S. 23 f. Ziff. 6.1).

4.2.3 In Bezug auf den Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist festzuhalten, dass in den medizinischen Akten Rückzugstendenzen beschrieben werden (act. II 140.5 S. 21 Ziff. 4.3.1, 140.7 S. 91). Ein genereller bzw. alle Lebensbereiche betreffender sozialer Rückzug liegt jedoch nicht vor. So lebt die Beschwerdeführerin mit ihren beiden ... sowie ... zusammen und hat (aufgrund der räumlichen Distanz über Videocall) Kontakt zu ihren Eltern. Ausserdem hat sie zwei etwas weiter weg wohnende Freundinnen und unterhält sich ab und an mit einer Nachbarin. Überdies vermag sie neue Kontakte zu knüpfen. So lebte sie im Zeitpunkt der Begutachtung zwar in keiner Beziehung, hatte jedoch kurz davor jemanden kennengelernt, bei dem sie noch nicht sicher war, wie es weiter geht (act. II 140.5 S. 18 f. Ziff. 3.2). Entsprechend weist denn auch der psychiatrische Gutachter auf eine zumindest teilweise erhaltene Ressource in Form von familiärer und sozialer Einbindung hin (act. II 140.5 S. 26 Ziff. 7.1). Insgesamt hält die soziale Einbettung durchaus mobilisierende Ressourcen bereit.

4.3 Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) ist mit Blick auf den Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303) Folgendes festzuhalten: Die Beschwerdeführerin schilderte gegenüber den Gutachtern ein bescheidenes Aktivitätenniveau im Alltag. Sie helfe beim Putzen der Wohnung sowie beim Waschen der Wäsche,

gehe manchmal nach Draussen auf die Terrasse und gehe in die Physio- und Psychotherapie (act. II 140.5 S. 11 Ziff. 3.2). Ausserdem ... sie mit ... (act. II 140.5 S. 15 Ziff. 3.2), ... gerne, ..., wobei sie beides jeweils nicht lange aushalte, und pflege ihre ..., wobei sie selbst hierbei schmerzbedingt eingeschränkt sei. Interessen und Hobbys gehe sie kaum nach und sie habe „zu nichts Lust“ (act. II 140.5 S. 19 Ziff. 3.2). Der psychiatrische Gutachter weist neben der zumindest teilweisen sozialen Einbindung auch auf eine Alltags selbstständigkeit und die Fähigkeit zur Selbstversorgung inklusive des Nutzens der öffentlichen Verkehrsmittel hin (act. II 140.5 S. 26 Ziff. 7.1). Insgesamt scheint das Aktivitätenniveau im Alltag nicht im Widerspruch zur gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % zu stehen, ist doch gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung auch bei einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ein bestimmtes Mass an (Freizeit-) Aktivität zulässig (Entscheid des BGer vom 11. Mai 2020, 9C_765/2019, E. 4.4.3 mit Hinweis). Allerdings ist in diesem Zusammenhang zu betonen, dass insbesondere im orthopädischen Teilgutachten zahlreiche Inkonsistenzen festgestellt wurden (fehlender Muskelschwund am rechten Arm, demonstrativ anmutende Schmerzdarbietung mit inkonstanter Schonhaltung des rechten Arms, passive Untersuchung im Schulterbereich war aufgrund von Schmerzangabe und aktivem Gegenspann nicht adäquat möglich [act. II 140.4 S. 27 f. Ziff. 4.1 und Ziff. 4.3.1 sowie S. 35 ff. Ziff. 6.1 f.]).

In Bezug auf den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck und in diesem Zusammenhang die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) ist sodann zu wiederholen (vgl. E. 4.2.1 hiervor), dass die (teil-)stationären Behandlungen in Zusammenhang mit den beklagten Schmerzen erfolgten. Eine Behandlung der depressiven Symptomatik erfolgt erst seit Oktober 2022 (2x pro Monat psychotherapeutische Gespräche und begleitende psychiatrische Konsultationen [act. IIA 145 S. 7 Ziff. 1]), wobei für das verordnete Psychopharmakon kein wirksamer Serumspiegel nachgewiesen werden konnte (act. II 140.5 S. 22 Ziff. 4.3.2 und S. 26 Ziff. 7.1, 140.6 S. 1), was gegen einen hohen Leidensdruck spricht.

4.4 In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung-

gen anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Dies korreliert denn auch mit den höchstrichterlichen Grundsätzen zu depressiven Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (vgl. BGE 148 V 49), die nennenswerte Interferenzen durch psychische Komorbiditäten verlangen, die wie gezeigt jedoch gerade nicht vorliegen. Vor diesem Hintergrund ist in der ärztlicherseits diagnostizierten depressiven Störung aus rechtlicher Optik kein invalidisierender Gesundheitsschaden zu erblicken. Mithin ist nicht entscheidend, ob die depressive Störung – wie vom psychiatrischen Gutachter angenommen (act. II 140.5 S. 26 Ziff. 7.1) – seit Mai 2022 oder – wie von der behandelnden Psychiaterin postuliert (act. IIA 145 S. 8 Ziff. 3) – seit vielen Jahren besteht.

4.5 Aufgrund des Dargelegten sind somit einzig die somatischen Beschwerden bzw. Leistungseinschränkungen massgebend. Demnach ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin seit der Begutachtung im März 2023 (act. II 140.4 S. 2) in ihrer bisherigen Tätigkeit als ... 75 % und in einer angepassten körperlich überwiegend leichten, wechselbelastenden oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit 100 % arbeitsfähig ist, wobei sich jedenfalls hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit auch retrospektiv keine höheren Leistungseinschränkungen ergeben (act. II 140.4 S. 39 f. Ziff. 8.1 f.).

5.

Weiter zu prüfen sind die erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitsschadens.

Retrospektiv äusserte sich der orthopädische Gutachter explizit einzig dazu, dass in einer angepassten Tätigkeit nie eine höhere Arbeitsunfähigkeit bestand (act. II 140.4 S. 40 Ziff. 8.2). Ob in der angestammten Tätigkeit je eine höhere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit bestand, kann jedoch offen bleiben, denn selbst wenn das Wartjahr (vgl. hierzu E. 2.4 hiervor) erfüllt wäre, bestünde – wie darzulegen sein wird – zu keinem Zeitpunkt ein rentenbegründender Invaliditätsgrad. So dann ist nicht ausschlaggebend, ob die Beschwerdeführerin ihre frühere Stelle pandemie- oder krankheitsbedingt verlor (vgl. zur diesbezüglichen

Rüge act. IIA 145 S. 2), denn mit Blick auf den dort erzielten Lohn von monatlich Fr. 4'008.-- (inkl. 13. Monatslohn; act. II 15 S. 4 Ziff. 2.11) respektive jährlich Fr. 48'096.-- (12 x Fr. 4'008.--) wirkt sich der von der Beschwerdeführerin als Valideneinkommen herangezogene höhere Tabellenlohn (Fr. 54'240.-- [act. IIA 148 S. 2]; vgl. zum Tabellenlohn beim Valideneinkommen BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2022 IV Nr. 22 S. 71 E. 4.2) zugunsten der Beschwerdeführerin aus. Sie nahm im Übrigen keine ihr zumutbare Tätigkeit auf, sodass auch das Invalideneinkommen anhand des gleichen Tabellenlohnes zu berechnen ist (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297), sodass der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 0 % entspricht (vgl. in BGE 148 V 321 nicht publizierte E. 6.2 des Entscheides vom 27. Juni 2022, 8C_104/2021). Demnach würde selbst ein – hier klar nicht gerechtfertigter – maximaler Abzug von 25 % (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) zu keinem rentenbegründenden Invaliditätsgrad von mindestens 40 % führen (vgl. E. 2.4 hiervor), weshalb sich Ausführungen zur intertemporalrechtlichen Anwendung des Pauschalabzuges von 10 % gemäss dem am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (AS 2023 635; IV-Rundschreiben Nr. 432; vgl. hierzu Beschwerde S. 5 Ziff. III/5) erübrigen.

6.

Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 4. Oktober 2023 (act. IIA 148) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

7.

7.1 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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin – vorbehaltlich der Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 7.3 hiernach) – zur Bezahlung auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

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

7.3 Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

7.3.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist aufgrund der Akten ausgewiesen (vgl. Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege vom 25. Oktober 2023 [in den Gerichtsakten] und Akten der Beschwerdeführerin zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege [act. IA]). Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Notwendigkeit einer Rechtsverteidigung ist zu bejahen. Mithin sind die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege erfüllt. Das entsprechende Gesuch der Beschwerdeführerin ist gutzuheissen und es ist ihr Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt beizuordnen.

7.3.2 Festzusetzen bleibt das amtliche Honorar von Rechtsanwalt B._____.

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

Mit Kostennote vom 8. Januar 2024 macht Rechtsanwalt B._____ ein Honorar von Fr. 2'110.-- (was unter Annahme eines Honoraransatzes von Fr. 250.-- einem Zeitaufwand von 8.44 Stunden entspricht) sowie Auslagen von Fr. 38.-- und die Mehrwertsteuer von Fr. 166.60 (Fr. 142.30 [7.7 % auf Fr. 1'848.--] zuzüglich Fr. 24.30 [8.1 % auf Fr. 300.--]), insgesamt ausmachend Fr. 2'314.60, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Das Honorar des amtlichen Anwalts ist auf Fr. 1'688.-- (8.44 h x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 38.-- und Mehrwertsteuer von Fr. 133.85 (Fr. 114.30 [7.7 % auf Fr. 1'484.35] + Fr. 19.55 [8.1 % auf Fr. 241.65]), insgesamt ausmachend Fr. 1'859.85, festzusetzen und nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse zu vergüten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'314.60 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'859.85 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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