

200 23 782 IV  
ISD/SHE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 17. Juli 2024**

Verwaltungsrichter Isliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Schnyder

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. Oktober 2023



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1973 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Januar 2016 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Nach durchgeführten medizinischen und beruflichen Abklärungen verneinte die IVB mit Verfügung vom 5. September 2017 (AB 60) insbesondere gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_\_ vom 16. Januar 2017 (AB 44.1) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 67/3) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 8. Januar 2018, IV/2017/868 (AB 73), ab, soweit es darauf eintrat. Auf die dagegen erhobene Beschwerde (AB 80/3) trat das Bundesgericht (BGer) mit Entscheid vom 27. Februar 2018, 8C\_180/2018, nicht ein (AB 81).

### **B.**

Im Januar 2022 (AB 85 f.) wies sich Rechtsanwältin Dr. iur. B.\_\_\_\_\_ als Rechtsvertreterin der Versicherten aus und meldete der IVB eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Rückenleiden mit bevorstehender Operation; vgl. dazu AB 106/7 f.). Die IVB tätigte abermals erwerbliche und medizinische Abklärungen. Mit Schreiben vom 3. Mai 2022 (AB 120) teilte sie der Versicherten mit, derzeit seien aufgrund des Gesundheitszustandes keine Eingliederungsmassnahmen möglich, stellte jedoch die Prüfung eines Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht. Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; vgl. Beurteilung vom 24. Oktober 2022 [AB 147]) liess die IVB die Versicherte nach erfolgtem mehrfachem Schriftenwechsel (AB 150 ff.) bei der MEDAS D.\_\_\_\_\_ untersuchen. Das polydisziplinäre Gutachten datiert vom 1. Juni 2023 (AB 180.1 ff.). Mit Vorbescheid vom 8. Juni 2023 (AB 182) stellte die IVB in Aussicht, bei einem Invaliditätsgrad von 30% einen

Rentenanspruch zu verneinen. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 186 f.) holte sie bei der MEDAS eine ergänzende Stellungnahme vom 20. September 2023 (AB 193) ein und verfügte am 2. Oktober 2023 (AB 194) dem Vorbescheid entsprechend.

### C.

Mit teilweise handschriftlich verfasster Eingabe vom 2. November 2023 erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_, dagegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

- „ 1. Die angefochtene Verfügung vom 2.10.2023 sei aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin eine Rente der IV zuzusprechen, eventualiter sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten anzuordnen und der Beschwerdeführerin eine Rente zuzusprechen.
2. Zudem sei die IVB anzuweisen, die geltend gemachte Hilflosigkeit mittleren Grades abzuklären.

– unter Kostenfolge –“

Mit Eingabe vom 6. November 2023 reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin dem Verwaltungsgericht eine vollständig ausgedruckte Version der Beschwerde inkl. Beilagen (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 1-15) ein.

Am 24. November 2023 reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin dem Verwaltungsgericht unaufgefordert eine weitere Eingabe inkl. Beilagen ein (BB 16 f.).

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Dezember 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Dieser beigelegt waren zwei Aktenbeurteilungen des RAD vom 13. November 2023 (in den Gerichtsakten).

Mit prozessleitender Verfügung vom 5. Dezember 2023 setzte der Instruktionsrichter der Beschwerdeführerin Frist zur Einreichung einer Replik bis zum 8. Januar 2024 an. Die Beschwerdeführerin liess sich innert Frist nicht vernehmen.

Nach Aufforderung zur Einreichung einer Kostennote bis zum 25. Januar 2024 (vgl. prozessleitende Verfügung vom 11. Januar 2024) reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin am 15. Januar 2024 Schlussbemerkungen sowie die verlangte Kostennote ein.

Mit Duplik vom 31. Januar 2024 nahm die Beschwerdegegnerin Stellung zu den Schlussbemerkungen der Beschwerdeführerin und hielt am Antrag auf Beschwerdeabweisung fest.

Am 10. und 18. Februar 2024 reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin dem Verwaltungsgericht unaufgefordert Stellungnahmen inkl. Beilagen (BB 18 ff.) und aktualisierten Kostennoten ein.

Die Beschwerdegegnerin hielt in Bezug darauf mit Eingabe vom 11. März 2024 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde abermals fest.

Am 27. März sowie 7. und 12. April 2024 reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin dem Verwaltungsgericht unaufgefordert weitere Stellungnahmen, Beilagen (BB 24 ff.) sowie eine aktualisierte Kostennote ein. Die Eingaben wurden der Beschwerdegegnerin jeweils zur Kenntnis gebracht.

## **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; vgl. auch Sendungsverfolgungen der Schweizerischen Post [in den Gerichtsakten]) 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 grundsätzlich (vgl. aber E. 1.2 hiernach) einzutreten.

**1.2** Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 2. Oktober 2023 (AB 194). Streitig und zu prüfen ist vorliegend einzig der Anspruch auf eine Invalidenrente. Nicht verfügt hat die Beschwerdegegnerin über andere Leistungen der Invalidenversicherung. Diese bilden damit nicht Teil des Anfechtungsobjekts und sind folglich nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Soweit die Beschwerde weitergeht und darin beantragt wird, die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, die geltend gemachte „Hilflosigkeit mittleren Grades“ abzuklären (Beschwerde S. 1 Rechtsbegehren 2 sowie II. Ziff. 3), ist auf die Beschwerde nicht einzutreten (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2021 AHV Nr. 21 S. 69 E. 5.2).

**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** 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).

## **2.2**

**2.2.1** 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).

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

**2.2.3** Die sachverständige Person schätzt das Leistungsvermögen anhand der einschlägigen Indikatoren ein. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben,

welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307). Eine davon losgelöste Parallelüberprüfung „nach besserem juristischen Wissen und Gewissen“ darf jedoch nicht stattfinden. Vielmehr ist im Rahmen der Beweiswürdigung zu fragen, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch im Lichte der normativen Vorgaben widerspruchsfrei und schlüssig mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364, 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

**2.3** 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). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1<sup>bis</sup> und 1<sup>ter</sup> nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69% entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70% besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49% gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG. Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vervollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Der Rentenanspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Art. 29 Abs. 2 IVG).

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

### **3.**

**3.1** Da die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung vom Januar 2022 (AB 85 f.) eingetreten ist und über den Anspruch auf Invalidenversicherungsleistungen materiell entschieden hat, ist die Eintretensfrage nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

In revisionsrechtlicher Hinsicht ist weiter aufgrund der Akten erstellt und zwischen den Parteien zu Recht unbestritten, dass seit der ersten leistungsverweigernden Verfügung vom 5. September 2017 (AB 60; vgl. BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b) mit der klinischen Diagnose einer Claudicatio spinalis bei Spinalkanalstenose L3/4 und L4/5, die am 28. Januar 2022 dekomprimiert wurde (AB 106/7 f.), eine wesentliche Änderung im Gesundheitszustand eingetreten ist. Weiter wurde zwischenzeitlich eine produktivpsychotische Symptomatik im Zusammenhang mit einer rezidivierenden Depression (ICD-10 F33.3) beschrieben. Die MEDAS-Gutachter konnten sich zwar nicht von einem psychotischen Charakter des depressiven Syndroms überzeugen, massen ihm aus psychiatrischer Sicht jedoch gleichwohl Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit bei (AB 180.1/11 Ziff. 4.9). Folglich ist ein medizinischer Revisionsgrund erstellt und der Rentenanspruch ist in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsa-

chenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

**3.2** Aus medizinischer Sicht ergibt sich im Wesentlichen das Folgende:

**3.2.1** Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Praktische Ärztin, diagnostizierte im Verlaufsbericht vom 27. April 2022 (AB 118) chronifizierte Rückenschmerzen und eine bilaterale Lumboglutealgie bei Zustand nach mikrochirurgischer Dekompression L3-5 am 28. Januar 2022 sowie eine chronifizierende depressive Erkrankung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.2) mit Angstzuständen (ICD-10 F43.22) und akuter Belastungssituation (ICD-10 F43.0), einen Verdacht auf Lupus Erythematodes, ein Asthma Bronchiale und eine lysphozitäre Vaskulitis (S. 2 Ziff. 3). Die Versicherte sei nicht fähig, in der freien Wirtschaft zu arbeiten. Somit sei sie zu 100% arbeitsunfähig, dies seit Frühling 2021 (S. 3 Ziff. 11).

**3.2.2** Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste F.\_\_\_\_\_ vom 29. August 2022 (AB 136) betreffend die teilstationäre Behandlung vom 3. Mai bis 10. Juni 2022 wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert.

Im Bericht der Psychiatrischen Dienste F.\_\_\_\_\_ vom 6. September 2022 (AB 139) wurde für die Zeit des teilstationären Aufenthalts eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 2 Ziff. 1.3). Aufgrund der chronifizierten Schmerzproblematik bestehe eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Um eine berufliche Arbeitsfähigkeit zu erlangen, schein eine Behandlung in einer spezialisierten Klinik für chronifizierte Schmerzstörungen mit psychischen und somatischen Faktoren notwendig (S. 4 Ziff. 2.7).

**3.2.3** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Praktische Ärztin sowie Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Verlaufsbericht vom 5. Oktober 2022 (AB 142) persistierende Schmerzen im LWS-Bereich bei Status nach mikrochirurgischer Dekompression L3/4 und L4/5 von links

sowie crossover rechts am 28. Januar 2022 sowie ein diffuses weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom und eine Faszitis plantaris (S. 2 Ziff. 3). Momentan sei der Versicherten keine Arbeit zumutbar (S. 3 Ziff. 14).

**3.2.4** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Verlaufsbericht vom 12. Oktober 2022 (AB 145) eine chronifizierte depressive Erkrankung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; S. 2 Ziff. 3). Die Versicherte sei seit Behandlungsbeginn zu 100% arbeitsunfähig aufgrund der psychischen Erkrankung (Depressionen mit psychotischen Symptomen) und nicht in der Lage, in der freien Wirtschaft zu arbeiten (S. 3 Ziff. 11).

**3.2.5** In der interdisziplinären MEDAS-Gesamtbeurteilung vom 1. Juni 2023 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (AB 180.1/6 Ziff. 4.3):

1. Chronifiziertes und ausgeprägtes generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom (wide spread pain-Syndrom vom fibromyalgiformen Charakter, nicht inflammatorischer Genese; ICD-10 G89.4)
2. Chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei Status nach mikrochirurgischer Dekompression L3/L4 und L4/L5 von links, sowie Crossover nach rechts am 28. Januar 2022 (Indikation: Claudicatio neuralis bei engem Spinalkanal in Folge von Facettengelenksarthrosen L3 bis S1; ICD-10 M54.5)
3. Rezidivierende depressive Störung, mittelschwere depressive Episode mit pseudopsychotischen Symptomen (ICD-10 F33.1)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden der Verdacht auf eine Tendinopathie der langen Bizepssehne (ICD-10 M75.5V), eine Enthesiopathie der Plantaraponeurose linke Ferse (ICD-10 M77.5), ein Lupus tumidus (Differentialdiagnose: polymorphe Lichtdermatose mit pseudolymphomatöser Dermatitis mit dem Bild einer lymphozytären Vaskulitis; ICD-10 L93.2), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine Prä-Adipositas (ICD-10 E66.00), ein Verdacht auf eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.00) sowie ein Asthma bronchiale (ICD-10 J45.00; AB 180.1/7 Ziff. 4.3).

Rheumatologisch liege ein chronifiziertes generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom mit in Symmetrie angeordneten Weichteildruckschmerzen am gesamten Schultergürtel und beiden Ellbogengelenken, entlang der ganzen Wirbelsäule, am gesamten Beckengürtel und entlang des Tractus iliotibialis beider Oberschenkel vor. Das Weichteilschmerzsyndrom sei Ausdruck eines wide spread pain-Syndroms vom fibromyalgiformen Charakter. Die Arbeitsfähigkeit werde durch diese Diagnose bereits seit Beendigung der Tätigkeit als ... 2010 als aufgehoben eingeschätzt. Orthopädisch bestehe eine chronische Lumbalgie bei multisegmentaler Facettenarthrose nach Dekompression in den Segmenten L3/4 und L4/5 im Januar 2022. Aus den aufgeführten rheumatologischen und orthopädischen Diagnosen würden sich Funktionseinschränkungen und Einschränkungen für die Belastbarkeit des Achsenorgans und der peripheren Gelenke ergeben. Psychiatrisch befinde sich die Versicherte seit Jahren in psychiatrisch-psychotherapeutischer Mitbehandlung einschliesslich medikamentöser Therapie. Trotz einer teilstationären tagesklinischen Intervention sei es nicht gelungen, eine Vollremission der Depression herbeizuführen. Aus psychiatrischer Sicht sei sie nur in der Lage, Tätigkeiten einfacher geistiger Art mit geringer Verantwortung und ohne grosse Anforderung an die Team- und Konfliktfähigkeit auszuüben. Internistisch sei zu berücksichtigen, dass bei Vorliegen eines Asthmas bronchiale eine Exposition mit irritativen Gasen vermieden werden sollte (AB 180.1/7 Ziff. 4.3).

Die Versicherte sei in der Lage, körperlich nur sehr leichte, wechselbelastende Tätigkeiten unter Vermeidung von Zwangshaltungen durchzuführen. Darüber hinaus sollten Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte, Nässe sowie Zug vermieden werden. Nicht geeignet seien weiter das repetitive Bücken und Aufrichten, repetitives Anheben und Tragen von Gewichten über 7 kg. Sie sei in der Lage, Tätigkeiten einfacher geistiger Art mit geringer Verantwortung und ohne grosse Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit auszuüben. Eine Exposition an für das Atmungssystem irritativen Gasen sollte vermieden werden (AB 180.1/8 Ziff. 4.4). Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... sei seit der Beendigung der Tätigkeit im Jahr 2010 aufgehoben. Die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit betrage 50%, hier vor allem aufgrund der psychischen Gesundheitsstörungen. In

dieser Einschätzung gehe auch die rheumatologische Bewertung auf. Eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit über diese 50% hinaus sei auch rheumatologisch nicht zu begründen. Die einzelnen Teil-Arbeitsunfähigkeiten addierten oder potenzierten sich nicht (AB 180.1/9 Ziff. 4.5). Diese Beurteilung habe seit „Frühling 2021“ Gültigkeit. Nach der Operation im Januar 2022 habe sich der Verlauf verzögert dargestellt, sodass etwa vier bis fünf Monate nach der Operation aus orthopädischer Sicht wieder von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen sei (AB 180.1/10 Ziff. 4.7). Die Arbeitsfähigkeit könne durch die Fortsetzung und gegebenenfalls Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachbehandlung, gegebenenfalls mit einer weiteren Anpassung der psychopharmakologischen Behandlung und der Sicherstellung der Compliance, relevant verbessert werden (AB 180.1/10 Ziff. 4.8).

**3.2.6** Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Handchirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 3. Juli 2023 (BB 9) eine stenosierende Tendovaginitis Digitus IV rechts sowie Dys- und Parästhesien beider Arme unklarer Genese (Differentialdiagnose: Halswirbelsäule [HWS], Diskushernie) bei Status nach Karpaltunnelrelease rechts und volare Handgelenksexzision rechts vom 22. August 2018. Bereits seit der Operation von 2018 bemerke die Versicherte ein progredientes und aktuell schmerzhaftes Trigger-Phänomen des rechten Ringfingers. Hierdurch sei sie zunehmend gestört. Des Weiteren berichte sie über Schmerzen im Bereich beider Ober- und Unterarme mit jeweils Dys- und Parästhesien im gesamten Bereich beider Arme. Die Beschwerden der Versicherten resultierten vornehmlich aus einer stenosierenden Tendovaginitis des Ringfingers. Im Moment möchte sie weder eine Infiltration noch eine Operation durchführen lassen. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ empfahl eine Abklärung der HWS mittels MRI.

**3.2.7** Der dipl. Arzt I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, beschrieb im Bericht betreffend die MRI-Untersuchung der HWS vom 4. September 2023 (BB 7) intakte HWK und obere BWK mit regelrechtem Hinterkantenalignement ohne Spinalkanalstenose oder Zeichen einer

Myelopathie. Es lägen mässige, nicht aktivierte bilaterale Spondylarthrosen im Bereich HWK5/6, rechts deutlicher als links, sowie multisegmentale Chondrosen der HWS ohne Osteochondrosen vor. Zervikale Diskushernien beständen nicht, jedoch leichtgradige Diskusprotrusionen auf der Höhe HWK3/4 und HWK4/5. Die HWK4/5 zeige eine leichtgradige foraminale Stenose links durch Unkovertebralarthrose ohne eindeutige Nervenwurzelkompression. Des weiteren bestehe ein offenes Neuroforamen rechts. Hinweise auf weitere signifikante Unkovertebralarthrosen oder neuroforaminale Stenosen lägen nicht vor. Allerdings hätten sich bilaterale foraminale Nervenwurzeltaschenzysten im Bereich HWK5/6 bis HWK7/BWK1 gezeigt.

**3.2.8** In der im Vorbescheidverfahren bei der MEDAS eingeholten ergänzenden Stellungnahme vom 20. September 2023 (AB 193) wurde ausgeführt, orthopädisch-rheumatologisch bestehe gesamthaft eine Arbeitsunfähigkeit von 30%. Die attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% resultiere aus der orthopädisch festgestellten persistierenden Schmerzhaftigkeit bei chronischer Lumbalgie, welche rheumatologisch dem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom entspreche, und dem rheumatologisch chronisch generalisierten Weichteil-Schmerzsyndrom, welches gesamthaft im rheumatologischen Gutachten eine Arbeitsunfähigkeit von 30% begründe. Somit inkludiere die Einschränkung im rheumatologischen Gutachten die Einschränkungen auch auf orthopädischem Gebiet. Aus den Einwänden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin anlässlich des Vorbescheidverfahrens würden sich keine neuen, bisher nicht bekannten oder gewürdigten medizinischen Gesichtspunkte ergeben, welche zu einer Abänderung der bisherigen somatischen Einschätzung führten. Soweit das psychiatrische Teilgutachten betreffend, hätte anlässlich der psychiatrischen Exploration insgesamt das Bild einer produktiv psychotischen Störung nicht bestätigt werden können. Bezüglich Schweregrad der Depression sei bekannt, dass depressive Störungen mit sehr unterschiedlichem Ausprägungsgrad verliefen. Das Bild einer schweren depressiven Episode habe gutachterlich nicht mehr bestätigt werden können und die Diagnose einer schweren Depression mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) werde gemäss den ICD-10-

Kriterien nicht erfüllt. Die von rheumatologischer Seite erwähnte dissoziativ begründete Schmerzsymptomatik gehe in der aus psychiatrischer Sicht diagnostizierten chronischen Schmerzstörung auf, bei der neben somatischen auch psychische Faktoren (ICD-10 F45.41) bestünden und die psychischen Faktoren durchaus massgeblich an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik beteiligt seien. Im Hinblick auf die Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen habe auf den Mini-ICF-APP abgestellt werden können. Dieser hätte keine bzw. nur leichtgradige Einschränkungen ergeben. Die Versicherte sei durchaus in der Lage, einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen, wenngleich mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit. Schlussendlich sei festzuhalten, dass die psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten sich aus psychiatrischer Sicht nicht addierten oder gar potenzierten, sondern integrativ zu bewerten seien. Weiter könne bei einer mittelgradigen Depression unter Behandlung auch bei Einnahme von Haldol durchaus eine Arbeitsfähigkeit von 50% und mehr erreicht werden.

**3.2.9** Die RAD-Ärzte Dres. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Praktischer Arzt, und K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, kamen in den Aktenbeurteilungen vom 13. November 2023 (in den Gerichtsakten) zum Schluss, aufgrund der beiden neu eingereichten Berichte von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ und Dipl. Arzt I.\_\_\_\_\_ würden sich keine neuen Erkenntnisse ergeben.

### **3.3**

**3.3.1** 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).

**3.3.2** 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).

**3.4** Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 1. Juni 2023 (AB 180.1 ff.) und die ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 20. September 2023 (AB 193) erbringen – jedenfalls was die erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen sowie die Folgenabschätzung in somatischer Hinsicht betrifft – vollen Beweis und überzeugen. Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und persönlichen Untersuchungen und sind in Kenntnis der Vorakten (AB 180.2) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Gutachter haben ihre Befunde und Diagnosen im Rahmen einer interdisziplinären Beurteilung diskutiert und darauf basierend das Leistungsprofil erstellt. Auf das Gutachten ist somit in der Folge grundsätzlich abzustellen. Den übrigen Berichten der behandelnden Ärzte sind keine wesentlichen neuen Aspekte zu entnehmen, welche begründete Zweifel am Gutachten zu wecken vermöchten. Das gleiche gilt in Bezug auf die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwendungen:

Die erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte von Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie vom 6. November 2023 (BB 16) und vom 6. Februar 2024 (BB 24) sowie der Klinik M.\_\_\_\_\_ vom 29. März 2024 (BB 29) liegen ausserhalb des in zeitlicher Hinsicht massgebenden Sachverhalts bis zum Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 2. Oktober 2023 (AB 194) und erlauben auch keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25

E. 3.4). Die in den besagten Unterlagen berichteten Schulterbeschwerden wurden zudem gutachterlich vertieft abgeklärt, ohne dass ein massgeblicher Gesundheitsschaden hätte objektiviert werden können (AB 180.3/8 ff.), welcher eine über die orthopädisch und rheumatologisch bereits attestierte aufgehobene Arbeitsfähigkeit in der angepassten Tätigkeit bzw. die um 20% resp. 30% reduzierte Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit hinausgehende Einschränkung zu begründen vermöchte.

Entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Ansicht (Beschwerde S. 3 Ziff. 1) lässt sich alleine aufgrund der im Januar 2022 erfolgten Rückenoperation und der Rekonvaleszenz kein Rentenanspruch ableiten, da im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns ab Juli 2022 (Anmeldung im Januar 2022; AB 86; Art. 29 Abs. 1 IVG) die Rekonvaleszenz abgeschlossen war und gemäss orthopädisch-traumatologischem Teilgutachten in angepasster Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bestand (AB 180.3/11 f. Ziff. 8).

Der Kritik der Beschwerdeführerin am (somatischen) Zumutbarkeitsprofil im MEDAS-Gutachten (AB 180.1/8 Ziff. 4.4; vgl. dazu Beschwerde S. 3 Ziff. 2 f. sowie Eingabe vom 15. Januar 2024 S. 2) ist nicht zu folgen, sind darin doch mit dem Ausschluss von Zwangshaltungen und der Beschränkung der Zumutbarkeit auf sehr leichte, wechselbelastende Tätigkeiten die in den somatischen Teilgutachten formulierten Belastungsprofile bereits vollumfänglich berücksichtigt (AB 180.3/10 Ziff. 7.2, 180.4/13 Ziff. 7.2, 180.5/13 Ziff. 7.2). Eine Addition oder Potenzierung der aus orthopädischer und rheumatologischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeiten wurde von den Gutachtern wiederholt, ausdrücklich und überzeugend begründet ausgeschlossen (AB 180.1/9 Ziff. 4.5, 193/1 f.). Ein Grund, hiervon abzuweichen, besteht nicht (vgl. SVR 2020 IV Nr. 22 S. 76 E. 4.1).

Die Rüge der Beschwerdeführerin, das Gutachten sei unvollständig, weil eine Bildgebung der HWS und der Knie fehle und keine handchirurgische „Mitbegutachtung“ durchgeführt worden sei (Beschwerde S. 3 Ziff. 4), vermag nicht zu überzeugen. Wie in der ergänzenden MEDAS-Beurteilung vom 20. September 2023 nachvollziehbar dargelegt wurde, werden vom

Gutachter nur Bildgebungen initiiert, wenn bei der klinischen Untersuchung auffällige Abweichungen von der Norm vorliegen (AB 193/2), was im vorliegenden Fall bei uneingeschränkter HWS-Beweglichkeit (AB 180.3/6 Ziff. 4.3) nicht der Fall war. Zudem ergab die im Beschwerdeverfahren eingereichte Bildgebung (vgl. MRI-Bericht der HWS vom 4. September 2023 [BB 7]) weitgehend einen Normalbefund mit geringen degenerativen Veränderungen ohne Erklärung für eine nachhaltige Nervenwurzelreiz- oder Kompressionssymptomatik (vgl. hierzu Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 13. November 2023 [in den Gerichtsakten]) und lieferte keine neuen Erkenntnisse. Auch bezüglich der geltend gemachten Knieproblematik waren keine bildgebenden Abklärungen notwendig, zumal anlässlich der rheumatologischen Exploration trotz Beklagen von Schmerzen in den Kniegelenken (AB 108.4/6 Ziff. 3.2) reizlose, bandstabile und ergussfreie Kniegelenke mit nur leichtgradigem retropatellaren Bewegungsknarren linksbetont bei der Flexion und Extension der Kniegelenke vorgefunden wurden (AB 108.4/9 Ziff. 4.3). Auch waren gemäss orthopädisch-traumatologischem Teilgutachten trotz Beklagen von Schmerzen in beiden Knien mit Ausstrahlung in beide Unterschenkel und Füsse die Konturen der Kniegelenke beidseits seitengleich erhalten; eine Überwärmung, Rötung oder Schwellung konnte nicht festgestellt werden. Die Bandführung war in allen Qualitäten fest. Es liessen sich keine Meniskuszeichen provozieren und die Beweglichkeit der Kniegelenke war nicht eingeschränkt (AB 180.3/7 Ziff. 4.3). Dass die Gutachter daher und auch vor dem Hintergrund der umfassenden klinisch-rheumatologischen bzw. -orthopädischen Untersuchung inkl. Bildgebung (AB 180.7/3 f.) und der dabei erhobenen Befunde (AB 180.3/6 ff., 180.4/9 ff.) auf weitergehende bildgebende Abklärungen verzichteten (AB 193/2), lag schliesslich in ihrem Ermessen und ist nicht zu beanstanden (vgl. etwa Entscheid des BGer vom 14. Oktober 2019, 9C\_547/2019, E. 5.1.3). Eine zusätzliche handchirurgische Begutachtung war angesichts der klinisch-orthopädischen Exploration (AB 180.3/3 ff.; vgl. auch AB 193/2) auch mit Blick auf den Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2023 (BB 9) nicht erforderlich, zumal gemäss der überzeugenden Darlegung von RAD-Arzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 13. November 2023 (in den Gerichtsakten) die von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen im gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil bereits vollumfänglich

Berücksichtigung fanden. Auch legte Dr. med. K. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar dar, dass die Tendovaginitis einer Behandlung gut zugänglich sei, wobei letztendlich auch eine Operation zumutbar wäre, da es sich um einen kleinen Eingriff handle. Die Festlegung der erforderlichen Fachdisziplinen bei polydisziplinären Gutachten werden überdies von der Gutachterstelle abschliessend festgelegt (Art. 44 Abs. 5 i.V.m. Abs. 1 lit. c ATSG), ohne dass hier der (implizite) Verzicht der Gutachterstelle auf weitere Disziplinen zu Beanstandungen Anlass gäbe.

Die vom psychiatrischen Gutachter gestützt auf eine umfassende klinische Untersuchung der Beschwerdeführerin gestellten Diagnosen stehen (abgesehen vom jeweiligen Schweregrad) im Einklang mit den übrigen medizinischen bzw. psychiatrischen Akten und sind unter Berücksichtigung der einschlägigen klassifikatorischen Vorgaben nachvollziehbar (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285; vgl. auch E. 2.2. hiavor). Ein massgebender Widerspruch zu den Angaben im Mini-ICF-APP, welchem rechtsprechungsgemäss ohnehin lediglich ergänzende Funktion zukommt (vgl. Entscheid des BGer vom 18. Januar 2024, 8C\_560/2023, E. 7.3), ist nicht ersichtlich, liess der Gutachter doch die im Rahmen des besagten Testverfahrens erhobenen Befunde in die fachärztliche Gesamtbeurteilung einfliessen und legte dar, dass der Mini-ICF-APP keine bzw. nur leichtgradige Einschränkungen ergab (AB 193/4 f.). Die zudem geltend gemachte nachträgliche Abänderung und Verharmlosung der Testergebnisse (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. 5 sowie Eingaben vom 15. Januar 2024 und 10. Februar 2024) entbehrt jeglicher Grundlage. Ebenso erweist sich der diesbezügliche Vorwurf der Befangenheit und mangelnden Unabhängigkeit des psychiatrischen Gutachters (vgl. Eingabe vom 10. Februar 2024) als unbegründet. Bezüglich Schweregrad der Depression legte der Experte überzeugend dar, dass depressive Störungen mit sehr unterschiedlichem Ausprägungsgrad verlaufen würden und anlässlich der gutachterlichen Exploration das Bild einer schweren depressiven Episode nicht mehr bestätigt werden konnte und die Diagnose einer schweren Depression mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) gemäss den ICD-10-Kriterien nicht erfüllt würde (AB 139/3). In dieser Hinsicht ist zudem zu berücksichtigen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröff-

net dem begutachtenden Psychiater bzw. der begutachtenden Psychiaterin daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte – wie hier der Fall – lege artis vorgegangen ist (Entscheid des BGer vom 7. Juni 2021, 8C\_138/2021, E. 4.2 mit Hinweisen).

In Bezug auf die Kritik zur gutachterlich beschriebenen fehlenden Compliance im Zusammenhang mit der Haloperidol-/Haldol-Einnahme (vgl. AB 180.1/6 Ziff. 4.2 bzw. 180.5/10 Ziff. 4.3) ist festzustellen, dass die entsprechenden Ausführungen im Gutachten auf den (unzutreffenden) Angaben der Beschwerdeführerin zur täglichen Dosierung des Medikaments basieren (2 mg/Tag [AB 180.5/7 Ziff. 3.2, 180.8/1]), diese aber im Widerspruch zur Dosis gemäss Verschreibung stehen (AB 145/2 Ziff. 8 [0-0-5 Trpf.], 139/3 Ziff. 2.3 [2 mg/ml Tropen 0-0-3-0]; vgl. auch AB 136/3 [Dosierung täglich, ab 19. Mai 2022]). Das Labor wiederum ging von einer Dosierung von „1-2 x 10 mg/d, letzte Einnahme 23.03.2023, 6 Uhr“ aus (AB 180.7/2), was weder der ärztlich verschriebenen Dosierung noch den Angaben der Beschwerdeführerin entsprach. Die gestützt darauf beschriebene unzureichende Einnahme von Haloperidol ist daher hinsichtlich der verordneten Dosierung – wie die Beschwerdeführerin zu Recht vorbringt (vgl. auch Eingaben vom 15. Januar 2024 sowie 10. und 18. Februar 2024 inkl. Beilagen BB 18 ff.) und entgegen dem Vorbringen der Beschwerdegegnerin (vgl. Duplik S. 2) – nicht haltbar. Dies ergibt sich bereits aufgrund der im Begutachtungszeitpunkt vorliegenden Akten, ohne dass hierfür weitergehende Abklärungen geschweige denn ein toxikologisches Gutachten erforderlich gewesen wären resp. sind (vgl. Eingaben vom 10. und 18. Februar 2024; vgl. auch BB 12-14, 18, 20-22, 27 f.; siehe zudem E. 6.2 hiernach). Diese Unstimmigkeit ist im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unter den Gesichtspunkten des therapeutischen Erfolgs und der Konsistenz nicht zu Ungunsten der Beschwerdeführerin zu berücksichtigen, mithin ist gegenwärtig keine fehlende Compliance in Bezug auf die Medikamenteneinnahme erstellt.

#### 4.

**4.1** Zu prüfen bleibt damit, ob anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 der psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50% im angestammten wie in einer leidensangepassten Tätigkeit auch aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast hierfür trägt (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416). Die Beschwerdegegnerin ist in der angefochtenen Verfügung vom 2. Oktober 2023 (AB 134) nach Prüfung der psychischen Beeinträchtigungen anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 zum Schluss gelangt, diese seien nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt; sie hat daher das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens verneint und in der Folge die Invaliditätsbemessung lediglich gestützt auf die somatisch bedingten Einschränkungen vorgenommen. Hiergegen erhebt die Beschwerdeführerin den Vorwurf, die Beschwerdegegnerin habe den Grundsatz des Verbots einer Parallelprüfung (vgl. E. 2.2.3 hiervor) verletzt (Beschwerde S. 3 Ziff. 6 sowie Eingabe vom 15. Januar 2024).

Rechtsprechungsgemäss liegt es nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Die Frage, ob und in welchem Umfang die Feststellungen in einem medizinischen Gutachten anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf die Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, ist rechtlicher Natur und damit frei überprüfbar. Darum kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer Expertise abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert gänzlich einbüsste. Darin liegt weder eine Geringschätzung der ärztlichen Beurteilung noch eine gerichtliche Kompetenzanmassung, sondern es ist notwendige Folge des rein juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit und Invalidität (Entscheidung des BGer vom 21. April 2020, 8C\_147/2020, E. 5.2 mit Hinweisen). Vorliegend lässt sich die gutachterlich angenommene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der dazu gemachten Ausführungen zu den Standardindikatoren nicht ohne weiteres nachvollziehen. Ebenso besteht auch ansonsten keine einhellige

Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, weshalb eine Überprüfung der Beweisthemen aus juristischer Sicht vorliegend statthaft und angezeigt war bzw. ist. Zu klären ist damit die Relevanz der gutachterlich erhobenen psychischen Störungen aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht und dabei insbesondere die Massgeblichkeit der gutachterlich attestierten psychischen Einschränkung in rechtlicher Hinsicht.

**4.2** Ausschlussgründe (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2021 IV Nr. 76 S. 257 E. 4.2.1) wurden im psychiatrischen Gutachten nicht beschrieben, einzig diverse Inkonsistenzen wurden festgehalten (vgl. AB 180.1/5 Ziff. 4.2; vgl. auch AB 180.5/11 Ziff. 6.2). Dieses Verhalten stellt keine Aggravation oder ähnliches Verhalten dar, d.h. die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens bzw. einer Symptomausweitung sind nicht überschritten. Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus, womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu prüfen ist.

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

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

**4.3.1.1** 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 S. 298 f.). Aufgrund der Untersuchungsbefunde (AB 180.5/8 ff. Ziff. 4.3) ergeben sich keine konkreten Anhaltspunkte für eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, als diese den gestellten Diagnosen 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). Von den depressiven Kernkriterien waren denn auch nur eine depressive Grundstimmung und eine Antriebsminderung zu bestätigen (AB 193/4). Zudem ist die psychische Gesundheit massgebend von grundsätzlich invaliditätsfremden psychosozialen Belastungsfaktoren

mitbestimmt, ohne dass diese ausserhalb von der prognostischen Beurteilung (vgl. dazu E. 4.3.1.3 hiernach) eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunden zu begründen vermöchten.

**4.3.1.2** Sodann ist auf den Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder die -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f). Eine krankheitsbedingte Behandlungs- und/oder Eingliederungsresistenz ist nicht ausgewiesen. Im Gegenteil besteht – anders als im psychiatrischen Teilgutachten angenommen (AB 180.5/13 Ziff. 7.1) – seit Jahren keine fachärztliche psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlung. Die Beschwerdeführerin befindet sich lediglich in nicht-fachärztlicher Behandlung bei med. pract. E.\_\_\_\_\_ und einer niederschweligen psychopharmakologischen Therapie (AB 180.5/7 Ziff. 3.2), was – ausgenommen eine rund einmonatige teilstationäre Behandlung in den Psychiatrischen Diensten F.\_\_\_\_\_ zwischen Mai und Juni 2022 (AB 136) – für eine konsequente Depressions-therapie nicht ausreichend ist (vgl. auch in BGE 143 V 66 nicht publizierte E. 5.3.2 des Entscheides des BGer vom 3. April 2017, 8C\_814/2016). Gemäss gutachterlicher Beurteilung besteht die Möglichkeit einer Intensivierung der Therapie, gegebenenfalls durch Anpassung der psychopharmakologischen Behandlung (vgl. AB 180.5/15), womit die therapeutischen Optionen nicht ausgeschöpft sind. Damit im Einklang steht auch die Feststellung im Austrittsbericht der Psychiatrischen Diensten F.\_\_\_\_\_ vom 29. August 2022, wonach von der Beschwerdeführerin der Vorschlag der Behandler, eine andere antidepressive Medikation einzusetzen, abgelehnt wurde. Desgleichen wurden von ihr weitere Unterstützungsangebote (Psychiatriespitex, Anmeldung im "...") abgelehnt (AB 142/11). Dies spricht insgesamt gegen eine ausgewiesene Behandlungsresistenz.

Berufliche Eingliederungsmassnahmen wurden bisher keine durchgeführt (AB 120), wären indes angesichts der ausdrücklichen Krankheits- und Behinderungsüberzeugung der Beschwerdeführerin (AB 180.5/7 Ziff. 3.2) wohl auch wenig aussichtsreich.

**4.3.1.3** Was den Indikator Komorbiditäten anbelangt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3, S. 300 ff.), wurden im Gutachten keine massgebenden Wechselwirkungen zwischen der diagnostizierten psychischen Erkrankung

und anderweitigen psychischen Störungen postuliert. Es wurde einzig mit Blick auf die Prognose festgehalten, dass erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren bestünden, die die Ausprägung und Ausgestaltung der psychischen Störung negativ beeinflussen würden (AB 180.5/13 Ziff. 7.1). Hierbei handelt es sich um soziale Kontextfaktoren und nicht um Komorbiditäten im Sinne der Rechtsprechung, welche lediglich krankheitswertige Störungen umfasst (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301). Die psychosozialen Belastungen sind daher im Rahmen der Komplexen Persönlichkeit und sozialer Kontext zu berücksichtigen. Die körperlichen Begleiterkrankungen addieren oder potenzieren sich gemäss gutachterlicher Einschätzung nicht mit den psychischen Einschränkungen (AB 193/5). Damit liegen insgesamt keine massgebenden Komorbiditäten vor.

**4.3.2** Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) konnte gutachterlich weder eine Persönlichkeitsstörung noch eine Persönlichkeitsakzentuierung erhoben werden. Vielmehr war die Persönlichkeit insgesamt unauffällig (AB 180.5/9 Ziff. 4.3 in fine). Zwar ergeben sich aus der psychiatrischen Würdigung der Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen verschiedene (Teil-)Einschränkungen, jedoch ist kein vollständiger sozialer Rückzug auszumachen. Die Beschwerdeführerin verfügt u.a. weiterhin über vorhandene Ressourcen im Bereich Konversation und Interaktion mit Dritten sowie der Gruppenfähigkeit und auch in den Bereichen Selbstpflege, Selbstversorgung, Mobilität und Verkehrsfähigkeit bestehen keine massgebenden Einschränkungen (AB 180.5/13 Ziff. 7.2).

**4.3.3** Bezüglich dem Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) besteht ein im Wesentlichen auf die Familie und Verwandtschaft reduziertes soziales Umfeld, wobei täglicher Kontakt zu den Kindern sowie wiederkehrender Kontakt zu Geschwistern und anderen Verwandten besteht (AB 180.5/6 f. Ziff. 3.2). Die Beschwerdeführerin verfügt damit weiterhin über verschiedene, wenn auch reduzierte, persönliche, familiäre und beruflich-therapeutische Ressourcen, welche im Rahmen der Indikatorenprüfung zu berücksichtigen sind (Entscheid des BGer vom 4. Juni 2018, 9C\_194/2018, E. 5.2). Das ansonsten bescheidene soziale

Umfeld ist jedoch mindestens auch teilweise auf die langjährige Sozialhilfeabhängigkeit, die deutliche Sprachbarriere bei Migrationshintergrund und die wenig ausgeprägte Integration der Beschwerdeführerin (AB 180.5/11 Ziff. 6.1 oben) zurückzuführen, was jedoch invaliditätsfremd ist.

**4.4** Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4. S. 303).

**4.4.1** Bezüglich des Indikators "gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) weist die Beschwerdeführerin zwar einen insgesamt reduzierten, aber selbstständig strukturierten Alltag auf, wobei die Passivität (namentlich im Haushalt [AB 180.5/7 Ziff. 3.2]) u.a. auf einen invalidenversicherungsfremden sekundären Krankheitsgewinn zurückzuführen ist, verbunden mit passiven Entpflichtungs- und Versorgungswünschen (AB 193/4 f.) Die subjektiv empfundene bzw. angegebene dauerhafte vollständige Erwerbsunfähigkeit kontrastiert zudem erheblich zu den wiederholt unternommenen Ferienreisen ins europäische Ausland mit verschiedenen Verkehrsmitteln (AB 180.5/7 Ziff. 3.2 und 180.5/11 Ziff. 6.2).

**4.4.2** Zum behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) ergibt sich das Folgende: Inwieweit vorliegend eine eingeschränkte Compliance hinsichtlich der Einnahme der verschriebenen Medikamente besteht (AB 180.5/10 Ziff. 4.3), kann nicht abschliessend beurteilt werden (vgl. E. 3.4 hiavor). Unabhängig davon ist aber darauf hinzuweisen, dass eine fortgesetzte Krankheitsbehandlung einschliesslich der dauernden Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente im Rahmen der Schadenminderungspflicht vorliegend ohne weiteres zumutbar ist (BGer 9C\_194/2018, E. 5.1.1). Insoweit erhellt auch nicht, dass die Beschwerdeführerin trotz der subjektiv angegebenen erheblichen psychischen Einschränkungen keine ersichtlichen Bemühungen zur Aufnahme einer fachpsychiatrischen und Intensivierung bzw. Anpassung (AB 180.5/15) der psychopharmakologischen Therapie unternahm.

**4.5** In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren des strukturierten Beweisverfahrens nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Daher kann auf die psychiatrisch attestierte Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht abgestellt werden, sondern es ist von einer vollständigen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht auszugehen. Für die Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitsschadens (vgl. E. 5 hiernach) sind lediglich die somatischen Einschränkungen zu berücksichtigen, d.h. es ist von einer orthopädisch (AB 180.3/11 f. Ziff. 8) bzw. rheumatologisch (AB 180.4/4 Ziff. 8) begründeten, sich weder addierenden noch potenzierenden (AB 180.1/9 Ziff. 4.5) Arbeitsfähigkeit von 70% auszugehen.

## **5.**

Ausgehend von der Anmeldung zum Leistungsbezug im Januar 2022 fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf Juli 2022 (AB 86; vgl. E. 2.3 hier vor). Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich (AB 194/2) ist grundsätzlich nicht zu beanstanden: Seit der Einreise in die Schweiz 2008 war die Beschwerdeführerin nur kurzzeitig arbeitstätig und hat dabei diverse Male den Arbeitgeber gewechselt. Seit 2010 arbeitet sie nicht mehr, obwohl ihr dies nach wie vor zumutbar gewesen wäre und immer noch wäre. Das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen im Gesundheitsfall ist somit nicht oder zumindest nicht hinreichend genau bestimmbar, weshalb die Beschwerdegegnerin gemäss Art. 26 Abs. 4 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) das Valideneinkommen zu Recht gestützt auf Tabellenlöhne der vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) bestimmt hat. Die Beschwerdegegnerin hat sich dabei mit Blick auf die fehlende berufliche Ausbildung (vgl. AB 9/1) bzw. die Erwerbsbiographie der Beschwerdeführerin auf den Totalwert, Frauen, Kompetenzniveau 1 der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level gestützt, was nicht zu beanstanden ist. Da die Beschwerdeführerin ihre verbliebene Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen ebenfalls anhand von statistischen Werten zu be-

stimmen (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV). Hierfür ist – wie bereits beim Valideneinkommen – auf den Totalwert, Frauen, Kompetenzniveau 1 der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, abzustellen. Da somit Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen sind, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (BGE 148 V 321 nicht publizierte E. 6.2 des Entscheides des BGer vom 27. Juni 2022, 8C\_104/2021). Ein Abzug vom Tabellenlohn beim Invalideneinkommen rechtfertigt sich nicht, zumal die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Invalidität nicht nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50% oder weniger tätig sein kann (Art. 49 Abs. 1<sup>bis</sup> IVV in der bis am 31. Dezember 2023 gültigen und hier anwendbaren Fassung; vgl. dazu auch BVR 2023 S. 557 E. 5.3.4.2). Der Pauschalabzug im Sinne von Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV in der seit dem 1. Januar 2024 gültigen Fassung (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. 3 sowie Schlussbemerkungen S. 2) kommt intertemporalrechtlich nicht zur Anwendung (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 432 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] vom 9. November 2023) und hätte ohnehin keinen Einfluss auf das Ergebnis. Bei einem Invaliditätsgrad von 30% (vgl. auch AB 194/3) besteht damit kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.3 hiervor).

## 6.

Nach dem Dargelegten ist die Verfügung vom 2. Oktober 2023 (AB 194) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

## 7.

**7.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unab-

hängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 1'600.-- zu entnehmen. Die Restanz von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**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).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 1'600.-- entnommen. Die Restanz von Fr. 800.-- wird der Beschwerdeführerin nach Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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