

200 23 822 IV
ISD/BRO/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. Mai 2024

Verwaltungsrichter Isliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. Oktober 2023



Sachverhalt:

A.

Die 1973 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich Ende Oktober 2019 – unter Hinweis auf massiv entzündete Sehnen, Zwischenräume und Gelenkkapseln, angerissene respektive verletzte Sehnen, Gelenkarthrose in einem Gelenk sowie eine rechtsseitige Schultersteife mit starker Bewegungseinschränkung und bei Belastung mit Schmerzen am Oberarm und der Schulter – bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB tätigte diverse medizinische und erwerbliche Abklärungen, gewährte Frühinterventionsmassnahmen in Form von Ausbildungskursen (AB 22 - 24, 36, 39, 45) sowie Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (AB 58). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 66) holte die IVB sodann ein polydisziplinäres Gutachten bei der C. _____ (MEDAS 1), ein (Expertise vom 16. April 2021; AB 91.1 ff.). In der Folge gewährte die IVB ein Aufbautraining in der Abklärungsstelle D. _____ (AB 112, 130) und verneinte mit Mitteilung vom 3. Mai 2022 (AB 126) einen Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen. Daraufhin zog sie mit Blick auf die Rentenprüfung weitere Unterlagen bei und holte auf Empfehlung des RAD (AB 152) ein weiteres polydisziplinäres Gutachten bei der E. _____ (MEDAS 2) ein (Expertise vom 26. Juli 2023; AB 172.1 ff.). Gestützt darauf stellte die IVB mit Vorbescheid vom 9. August 2023 (AB 175) der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 30 % die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 180, 182, 191) holte die IVB Stellungnahmen beim RAD ein (AB 192 f.) und verfügte am 18. Oktober 2023 dem Vorbescheid entsprechend (AB 194).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 20. November 2023 Beschwerde mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung vom 18. Oktober 2023 sei aufzuheben.
2. Es seien die notwendigen medizinischen Abklärungen zu treffen.
3. Es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Januar 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 18. Oktober 2023 (AB 194). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente.

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 – vorbehaltlich 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 18. Oktober 2023 (AB 194), 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 Oktober 2019 (AB 1) sowie die sechsmonatige Karenzfrist nach Art. 29 Abs. 1 IVG vor dem 1. Januar 2022 und bestehen danach keine Revisionsgründe, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (Rz. 9100 f. des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen [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).

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Er-

erwerbsunfähig 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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

2.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

3.

3.1 Den Akten ist in medizinischer Hinsicht – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Gutachten der MEDAS 1 vom 16. April 2021 (AB 91.1 ff.) stellten die Experten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen (AB 91.1 S. 4 f. Ziff. 4.2):

mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronische Schulterschmerzen rechts (ICD-10 M75.0)
 - MRI Schulter rechts 07/2019 kalzifizierende Ansatzentendinopathie der Infraspinatussehne, geringe AC-Gelenkarthrose
- Chronisches Cervikovertebralsyndrom (ICD-10 M53.0)
 - MRI HWS 02/2020 mehrsegmentale Osteochondrose mit Diskusprotrusion C4 bis C7 mit Kompression C5 rechts foraminal und Kontakt C6 rechts foraminal
- Chronische Knieschmerzen rechts (ICD-10 M23.03)
 - St. n. Kniearthroskopie und Teilmeniskektomie 09/2020
 - MRI Knie rechts 08/2020 Unterflächenläsion im medialen Meniskushinterhorn, Outerbridge I-II Chondropathie retropatellär, nicht-rupturierte Mikro-Bakerzyste

ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)
 - MRI LWS 12/2020 keine Hinweise für degenerative Veränderungen, Diskushernie oder Neurokompression
- Chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 M79.61)

Weiter hielten sie fest, auf den Fachgebieten der Allgemeinen Inneren Medizin, Neurologie sowie Psychiatrie hätten sich keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergeben. Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten einzig die von der rheumatologischen Gutachterin gestellten Diagnosen (AB 91.1 S. 6 Ziff. 4.7 und S. 8 Ziff. 4.8). Diese legte in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit dar, die Diagnose einer Frozen Shoulder schränke die Arbeitsfähigkeit, insbesondere bei körperlichen Tätigkeiten, deutlich ein. Somit könne die Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis September 2019 plausibel nachvollzogen werden. Eine Verbesserung sei dann durch die therapeutischen Massnahmen mit Physiotherapie und Analgesie sowie Infiltration eingetreten. Die vollständige Arbeitsfähigkeit habe aber in der angestammten Tätigkeit noch nicht erreicht werden können und die Explorandin habe nur in einer angepassten Tätigkeit ein Pensum von 20 % erfüllen können. Somit habe in der angestammten Tätigkeit medizinisch-theoretisch

eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden, welche bei der Diagnose einer Frozen Shoulder bis zu einem Jahr anhaltend sein könne. Es sei überwiegend davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit als ... bis Ende August 2020 anhaltend gewesen sei. Ab September 2020 wäre von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Es sei jedoch bereits im Juni 2020 zu neu aufgetretenen Knie-schmerzen rechts gekommen. In den Abklärungen habe sich eine Menis-kusläsion gezeigt und im September 2020 sei eine Operation durchgeführt worden. Daher habe auch postoperativ eine Einschränkung der Arbeits-fähigkeit bestanden. Demnach sei die Fortsetzung der Arbeitsunfähigkeit von 100 % weiterhin begründet gewesen. Bei postoperativ gutem Verlauf und nur noch minimaler Einschränkung der Beweglichkeit sei überwiegend wahrscheinlich von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % seit spätestens Januar 2021 auszugehen. Angepasst seien Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über fünf bis zehn Kilogramm, ohne längeres Sitzen und Ste-hen sowie repetitive Überkopfarbeiten, häufiges Treppensteigen und das Besteigen von Leitern und Gerüsten. Zudem seien Arbeiten in Nässe und Kälte als ungünstig anzusehen. Wegen regelmässig einzuhaltender Pau-sen bestehe auch in einer solchen Tätigkeit eine Leistungseinbusse von 10 %. Demnach bestehe in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 90 %. Dies gelte seit Januar 2021. Zuvor habe auch in einer Verweistätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden (AB 91.1 S. 7 f. Ziff. 4.7 f.)

3.1.2 Im Gutachten der MEDAS 2 vom 26. Juli 2023 (AB 172.1 ff.) stellten die Experten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen (AB 172.1 S. 8 f. Ziff. 4.3):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit:

- Generalisiertes und ausgeprägtes Weichteilschmerzsyndrom (Wide-spread Pain Syndrom; ICD-10 M79.70)
- Panvertebralsyndrom mit/bei schmerzhaften Myogelosen und Myo-tendinosen, mehretagendegenerative Diskopathie (C3-C7), ISG Ar-throse rechtsbetont (ICD-10 M54.80)
- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit:

- Häufig auftretender episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp (ICD-10 G44.2)
- Überdauernde, subjektiv empfundene Sensibilitätsstörungen im Sinne von Kribbelmissempfindungen beider Arme und beider Beine ohne

- Dermatombezug (rechts > links) ohne pathologisch-neurologisches Korrelat (ICD-10 R20.1)
- Status nach Frozen Shoulder Syndrom rechts mit Restfunktionsstörung (ICD-10 M75.0)
 - Verdacht auf seronegative Spondylarthritis (enthesitische Variante; ICD-10 M46.00)
 - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
 - Adipositas, BMI 31.2 kg/m² (ICD-10 E66.0)
 - Hypercholesterinämie (ICD-10 E78.0)
 - Prädiabetes (ICD-10 R73.0)
 - Nichtalkoholische Fettlebererkrankung (ICD-10 K76.0)
 - Obstruktives Schlafapnoesyndrom (ICD-10 G47.31)
 - Hypophosphatämie (als pathologischer Laborwert)

In Bezug auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit führten sie sodann aus, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... könne die Explorandin viereinhalb Stunden am Tag anwesend sein. Zusätzliche Einschränkungen bestünden nicht. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Dies gelte seit April 2020 (S. 11 Ziff. 4.6). Optimal angepasst seien Tätigkeiten einfacher geistiger Art mit geringer Verantwortung, ohne besondere Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit sowie ohne besonderen Zeitdruck. Vermieden werden sollten zudem repetitives Bücken und Aufrichten, repetitives Anheben und Tragen von Gewichten über 7 kg, rein statische Belastungen des Achsengerätes im Stehen und Sitzen und ohne die Möglichkeit zu Wechselpositionen, Exposition gegenüber Witterungsänderungen (Kälte und Zugluft) sowie Tätigkeiten auf oder über Schulterhöhe. In einer solchen Tätigkeit könne die Explorandin – ohne zusätzliche Einschränkungen der Leistungsfähigkeit – maximal sechs Stunden am Tag anwesend sein. Ab April 2020 habe die Erwerbsfähigkeit 80 % und seit der Behandlung in der Rehaklinik F._____ (Juli 2021) 70 % betragen (S. 11 f. Ziff. 4.7).

Weder aus neurologischer noch aus allgemeininternistischer Sicht wurde eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (AB 172.3 S. 11 ff. Ziff. 6.3 und S. 14 f. Ziff. 8; 172.4 S. 10 Ziff. 6.3 und S. 11 f. Ziff. 8). In Bezug auf die geklagte vermehrte Müdigkeit und Abgeschlagenheit legte Prof. Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, dar, aus internistischer Sicht sei das Vorliegen eines Post-Covid-Syndroms eher als unwahrscheinlich anzusehen. So habe eine vermehrte Müdigkeit bereits vor der Covid-Erkrankung im Februar 2022 bestanden und eine Organmanifestation (z.B. pulmonale oder kardiale Symptome) habe nicht vorgele-

gen. Zudem würden die kognitiven-mnestischen Einbussen sowie die Erschöpfbarkeit aus psychiatrischer Sicht als Teilsymptom der depressiven Episode interpretiert. Ausserdem sei darauf hinzuweisen, dass ein Grossteil der Patienten mit chronischen Schmerzen zusätzliche Symptome, insbesondere Müdigkeit und Erschöpfung, aufweise. Polygraphisch habe sich bei der Explorandin zudem eine mittelschwere obstruktive Schlafapnoe nachweisen lassen. Zwar könnten Schlafstörungen auch als direkte oder indirekte Folge einer Covid-Erkrankung auftreten, allerdings sei vorliegend darauf hinzuweisen, dass bereits im internistischen Vorgutachten vom 16. April 2021 über Schlafstörungen berichtet worden sei. Kontrastierend zu den Angaben der Explorandin über Erschöpfung und Ermüdung habe sich anlässlich der internistischen Exploration im Gespräch kein Hinweis auf Tagesmüdigkeit, vorzeitige Erschöpfung oder Ermüdung gezeigt. Letztlich sei eine neuropsychologische Untersuchung (mit Beschwerdevalidierungsverfahren) bisher nicht durchgeführt worden (AB 172.3 S. 12 f. Ziff. 6.3).

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 26. Mai 2023 (AB 172.5) wurde zur Diagnostik dargelegt, die von der Explorandin angegebenen Beschwerden entsprächen einem generalisierten und ausgeprägten Weichteilschmerzsyndrom (Widespread Pain Syndrom), mit in Symmetrie angeordneten Weichteildruckdolenz am gesamten Schultergürtel, um beide Ellenbogengelenke, entlang der ganzen Wirbelsäule und am Beckengürtel. Weichteildruckdolenz bestünden aber auch an den Weichteilen zwischen den Gelenken, beispielsweise an den Oberarm- und Vorderarmmuskelgruppen. Aspektmässig dürfte es sich um ein primäres Weichteilschmerzsyndrom handeln. Im Moment bestünden keine Hinweise auf eine aktive inflammatorische Grundlage dieser Beschwerden. Differentialdiagnostisch stehe noch das Vorliegen einer seronegativen Spondarthritis (enthesitische Variante) im Raum. Gemäss dem letzten Bericht der betreuenden Rheumatologin verlaufe die Grundaffektion derzeit ohne Zeichen einer humoralen Entzündungsaktivität und ohne positive Rheumaserologie. Daneben bestünden ein Panvertebralsyndrom, infolge von schmerzhaften Myogelosen und Myotendinosen und mehretagendegenerativer Diskopathie (C3-C7) sowie ISG-Arthrose rechtsbetont. Die früher aktive rechtsseitige Frozen Shoulder Symptomatik habe sich bis auf eine Restfunktions-

störung und wenige belastungsinduzierte Schmerzen fast vollständig zurückgebildet (S. 12 Ziff. 6.3). Im Gesamtkontext ergebe die rheumatologische Beurteilung eine leichtgradige Reduktion der zumutbaren Belastbarkeit des Achsenskelettes und eine mittelgradige Einschränkung der allgemeinen Leistungsfähigkeit in Folge des doch ausgeprägten Schmerzsyndroms (S. 10 Ziff. 6.1). In der bisherigen Tätigkeit als ... bestehe aus rheumatologischer Sicht ab April 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und in einer angepassten Tätigkeit eine solche von 80 % (S. 13 ff. Ziff. 8).

Der psychiatrische Gutachter seinerseits legte insbesondere dar, auffällig sei die Diskrepanz zwischen der angegebenen Schmerzintensität und dem Verhalten der Explorandin, die zu keinem Zeitpunkt eine Schmerzgeplagtheit in Körpersprache und Psychomotorik habe erkennen lassen. Ferner spiegelten sich die anamnestisch angegebenen mnestischen und kognitiven Einbussen im Rahmen der psychiatrischen Gesprächsführung keineswegs im erwähnten Umfang wider. Die aktenkundige Diagnose einer anhaltenden Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren werde geteilt. Es gebe keine ausreichenden Erklärungen für die von der Explorandin angegebene Ganzkörperschmerzsymptomatik mit teilweise fibromyalgiformem Charakter. Ferner zeige sich psychodynamisch eine Diskrepanz zwischen der Erwartung an die eigene Leistungsfähigkeit einerseits und dem verbliebenen Leistungsvermögen andererseits, welche die Explorandin kaum aufzulösen vermöge. Auch im Hintergrund angedeutete Konflikte und Belastungen am letzten Arbeitsplatz könnten bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung der geschilderten Schmerzsymptomatik eine massgebliche Rolle spielen. Des Weiteren zeige sich das Bild einer mittelgradigen depressiven Episode. Von den Kernkriterien einer Depression fänden sich eine depressive Stimmungslage sowie eine gesteigerte Ermüdbarkeit mit gemindertem Antrieb, wobei ein vollständiger Interessenverlust nicht ausgewiesen sei. Damit seien zwei Kernkriterien einer depressiven Episode erfüllt. Ferner finde sich ein reduziertes Selbstwertgefühl mit Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen. Die Explorandin beklage subjektive Einschränkungen von Konzentrationsvermögen und es zeige sich eine Appetitstörung mit Essattacken und Gewichtszunahme, so dass insgesamt sechs Symptome einer depressiven Episode erfüllt seien (AB 172.6 S. 12 Ziff. 6.2). Die geschilderten kognitiv-mnestischen Einbussen sowie die star-

ke Erschöpfbarkeit würden aus psychiatrischer Sicht als Teilsymptome der depressiven Episode interpretiert und erschienen in der psychiatrischen Exploration zudem deutlich geringer ausgeprägt als geschildert. Ob eine Post-Covid-Symptomatologie vorliege, sei aus somatischer Sicht zu beurteilen (S. 13 Ziff. 7.1). Die Explorandin sei aus psychiatrischer Sicht in der Lage, mit den verbliebenen Ressourcen durchaus eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszuüben, welche ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand sowie ihrem körperlichen Belastbarkeitsprofil Rechnung trage. Da offenbar Hinweise auf Selbstlimitierung und Symptomausweitung vor dem Hintergrund der beobachteten Inkonsistenzen vorlägen, könne auf die subjektive Selbsteinschätzung der Explorandin nicht abgestellt werden. Sie sei in der Lage, jegliche ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand sowie ihrem körperlichen Belastbarkeitsprofil angepasste Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten (S. 13 f. Ziff. 7.2). Angepasst seien Tätigkeiten einfacher geistiger Art mit geringer Verantwortung, ohne besondere Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit und ohne besonderen Zeitdruck. In einer solchen Tätigkeit (wozu offenbar auch die bisherige Tätigkeit zu zählen sei) bestehe seit Juli 2021 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (Präsenzzeit von sechs Stunden ohne zusätzliche Einschränkung der Leistung). Weiter zurückliegend könne aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden, da anlässlich einer psychiatrischen Untersuchung vom 16. Februar 2021 keine psychiatrische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit habe gestellt werden können (S. 14 ff. Ziff. 8).

3.1.3 M. Sc. H. _____, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin, legte im Bericht vom 2. Oktober 2023 (AB 187 S. 2 f.) dar, in Bezug auf die Antriebsschwäche und Erschöpfung, welche aktuell unter anderem mit der mittelgradigen depressiven Episode erklärt würden, bestehe differentialdiagnostisch der Verdacht eines Long-Covid-Syndroms. Dies wäre ein Zeichen dafür, dass die Arbeitsfähigkeit nicht durch eine erhöhte Willensanstrengung erreichbar sei. Die ausgeprägte Antriebsschwäche und Erschöpfung, welche allenfalls durch eine zusätzliche körperliche Erkrankung erklärt werden könnten, führten möglicherweise zu einer Erschwerung der depressiven Symptomatik und dadurch auch zu einer Verschlimmerung der Schmerzen. Demnach werde die Aussage im psychiatrischen Teilgutach-

ten, wonach es ab dem Zeitpunkt der Begutachtung keine ausreichenden Erklärungen für die von der Patientin angegebenen Ganzkörpersymptomatik mit teilweise fibromyalgiformem Charakter gebe, mit dem Verdacht auf das Long-Covid-Syndrom in Frage gestellt. Bei der Patientin bestehe eine starke Erschöpfung, ein deutlich reduzierter Antrieb sowie der Bedarf nach langen Erholungsphasen nach Alltagsaktivitäten. Zudem bestünden chronische Schmerzen. All dies führe zu einer schwer reduzierten Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie leicht reduzierter Entscheidungsfähigkeit. Ausserdem bestehe eine leichte Einschränkung der Selbstpflege. Im geschützten Rahmen während des Aufbautrainings in der Abklärungsstelle D._____ sei es trotz Erholungsphasen nicht möglich gewesen, das Arbeitspensum zu erhöhen. Somit habe sich die Erschöpfung im alltagrelevanten und beruflichen Leben bereits offenkundig ausgewirkt (S. 2). Aufgrund der ausgeprägten Erschöpfbarkeit bestehe aktuell eine volle Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten (S. 3).

3.1.4 In der Stellungnahme vom 9. Oktober 2023 (AB 192) hielt die RAD-Ärztin med. pract. I._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, insbesondere fest, aus dem Bericht der behandelnden Psychologin vom 2. Oktober 2023 (AB 187 S. 2 f.) ergäben sich keine neuen versicherungsmedizinischen psychiatrischen Erkenntnisse.

Sodann erläuterte die RAD-Ärztin Dr. med. J._____, Praktische Ärztin, in einer weiteren Stellungnahme vom 10. Oktober 2023 (AB 193), entgegen der Einwände der Beschwerdeführerin (vgl. dazu AB 180, 182, 191) hätten die Gutachter die Depression, verbunden mit einer Schmerzstörung, bewertet und deshalb eine Leistungsminderung zugestanden. Ebenfalls sei die Diagnose eines Post- respektive Long-Covid-Syndroms geprüft worden. Allerdings seien die Voraussetzungen dafür bei bereits vor der Covid-19-Infektion im Januar 2022 bestandener Erschöpfung und Müdigkeit verneint worden. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten starke Erschöpfbarkeit und die kognitiv-mnestischen Einbussen würden vom psychiatrischen Gutachter als Teilsymptom der depressiven Episode interpretiert. Ausserdem erschienen die Symptome in der psychiatrischen Exploration deutlich geringer ausgeprägt, als geschildert. Ferner würden sowohl im psychiatrischen, als auch im internistischen Teilgutachten Inkonsistenzen

bezüglich der Schmerzangaben aufgeführt. Ebenso könnten die angegebenen mnestischen und kognitiven Einbussen im Rahmen der psychiatrischen Gesprächsführung im Gutachten nicht im angegebenen Umfang verifiziert werden. Gemäss internistischem Teilgutachten seien zudem die Angaben zur müdigkeitsbedingten Einschränkung in allen Tätigkeiten als diskrepant zum Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin in den vergleichbaren Lebensbereichen beurteilt worden. Eine Fatigue habe im internistischen Teilgutachten nicht bestätigt werden können. Anlässlich der internistisch-gutachterlichen Exploration habe es keine Hinweise auf Tagesmüdigkeit, vorzeitige Erschöpfung oder Ermüdung gegeben.

3.1.5 Die Ärzte des Spitals K._____ stellten im Bericht vom 24. Oktober 2023 (Beschwerdebeilage [BB] 6) zusammenfassend fest, bei der Patientin bestehe ein chronisches Fatigue Syndrom. Einen möglichen Anteil an der Akzentuierung im Jahr 2022 sei im Rahmen eines Post-Covid-Syndroms denkbar. Allerdings sei dieses Syndrom durch Anzeichen und Symptome, die sich während oder nach einer mit Covid-19 konsistenten Infektion entwickelten, länger als 12 Wochen anhielten und nicht durch eine alternative Diagnose erklärt werden könnten, definiert. Vorliegend sei aufgrund der rheumatologischen Grunderkrankung, dem neu diagnostizierten APAP-Syndrom (gemeint wohl obstruktives Schlafapnoesyndrom) und vorbestehender Fatigue bei chronischem Schmerzsyndrom jedoch eine multifaktorielle Ursache der chronischen Fatigue anzunehmen (S. 7).

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

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.3 In den Akten liegen zwei polydisziplinäre Gutachten zweier unterschiedlicher Gutachterstellen (Expertise der MEDAS 1 vom 16. April 2021 [AB 91.1 ff.] und Expertise der MEDAS 2 vom 26. Juli 2023 [AB 172.1 ff.]). Die zweite Expertise wurde infolge der medizinischen Entwicklung im Nachgang zur ersten Begutachtung auf Empfehlung des RAD (AB 152 S. 4 f.) eingeholt. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 18. Oktober 2023 (AB 194) für den gesamten Beurteilungszeitraum auf das Gutachten der MEDAS 2 vom 26. Juli 2023 (AB 172.1 ff.) und die im Vorbescheidverfahren eingeholten Stellungnahmen des RAD vom 9. und 10. Oktober 2023 (AB 192 f.). Auch wenn sich die beiden Expertisen insoweit widersprechen, als in Ersterem von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten bis Ende Dezember 2020 ausgegangen (AB 91.1 S. 6 ff. Ziff. 4.7 f.) und in Letzterem bereits ab April 2020 eine Teilarbeitsfähigkeit attestiert wurde (AB 172.1 S. 11 f. Ziff. 4.6 f.), ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden, da – wie nachfolgend zu zeigen sein wird – die Expertise der MEDAS 1 vom 16. April 2021 (AB 91.1 ff.) die Beweisanforderungen an eine versicherungsexterne medizinische Expertise (vgl. E. 3.2 hiavor) nicht erfüllt. Zwar begründete die rheumatologische Gutachterin der MEDAS 1 die Arbeitsunfähigkeiten mit gewissen somatischen Befunden (bis Ende August

2020 vornehmlich mit der Frozen Shoulder und zwischen September und Dezember 2020 mit dem postoperativen Verlauf nach einer Kniearthroskopie mit Teilmeniskektomie), schloss jedoch letztlich unbesehen von den Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen der behandelnden Ärzte hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ohne Angabe einer nachvollziehbaren Begründung gleichsam auf eine ebenfalls vollständige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Mit Blick auf die eher geringfügigen objektiven Befunde überzeugt die längerdauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit – zumindest in einer angepassten Tätigkeit – nicht. Insbesondere wird trotz zufriedenstellendem respektive recht günstigem postoperativem Verlauf nach der Kniearthroskopie von Ende September 2020 und weitgehend unauffälligen Befunden (AB 91.6 S. 1 ff.) die von der Beschwerdeführerin subjektiv empfundene volle Arbeitsunfähigkeit übernommen, ohne dass diese plausibilisiert worden wäre (BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297). Mit anderen Worten stellte die rheumatologische Gutachterin der MEDAS 1 bei der Leistungsbeurteilung nicht auf eine nachvollziehbar dargelegte medizinische Grundlage, sondern im Wesentlichen auf das von der Beschwerdeführerin demonstrierte Leistungsprofil ab (vgl. AB 91.4 S. 16 ff. Ziff. 8). Dies ist umso weniger nachvollziehbar, als die Expertin anlässlich der Begutachtung selbst Diskrepanzen zwischen den objektiven Befunden und den Beschwerdeangaben feststellte (AB 91.4 S. 14 Ziff. 7.3). Auf die aus rheumatologischer Sicht im Gutachten der MEDAS 1 attestierte Arbeitsunfähigkeit (in einer angepassten Tätigkeit) kann damit nicht abgestellt werden.

3.4 Demgegenüber erfüllt das Gutachten der MEDAS 2 vom 26. Juli 2023 (AB 172.1 ff.) die höchstrichterlichen Beweisanforderungen an eine versicherungsexterne medizinische Expertise und erbringt – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – vollen Beweis (vgl. E. 3.2 hiervor). Die gutachterlichen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf umfassenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten sowie der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand einschliesslich der attestierten medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit im zeitlichen Verlauf werden nachvollziehbar und einlässlich be-

gründet. Sodann flossen die Ergebnisse der Teilgutachten – soweit erforderlich – angemessen in die Gesamtbewertung ein.

3.4.1 In Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten (AB 172.5) ist vorab zu betonen, dass dem Experten sowohl der bisherige rheumatologische Behandlungsverlauf als auch die von der behandelnden Rheumatologin erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen bekannt waren (S. 2 ff. Ziff. 2) und er zwischen seiner Einschätzung und jener der behandelnden Rheumatologin mit Ausnahme einer inflammatorischen Grunderkrankung (S. 10 Ziff. 6.1) keine massgebenden Diskrepanzen feststellte (S. 11 Ziff. 6.2). Dass die Frage nach einer allfälligen inflammatorischen Grundaffektion nicht abschliessend geklärt werden konnte, schadet dem Teilgutachten nicht, denn der Experte zeigte nachvollziehbar auf, dass eine inflammatorische Grundaffektion die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussen würde, insbesondere weil das generalisierte Weichteilschmerzsyndrom weit im Vordergrund der Symptomatik steht und gewisse Inkonsistenzen bestehen (S. 10 Ziff. 6.1). Sodann wird weder von der behandelnden Rheumatologin noch von der Beschwerdeführerin postuliert, die ebenfalls gestellte Diagnose einer diffusen Alopezie, Differentialdiagnose Leflunomid-assoziiert (AB 174 S. 3), habe Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und es ist denn auch nicht ersichtlich inwiefern Haarausfall Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben soll. Demnach ändert der Umstand, dass diese Diagnose im Gutachten nicht genannt wurde – entgegen der Ansicht in der Beschwerde (S. 4 Ziff. III/5) – am Beweiswert des Gutachtens nichts. Überdies vermag auch der nach dem Gutachten datierende Bericht der behandelnden Rheumatologin vom 26. September 2023 (AB 195 S. 2 ff.) die gutachterliche Beurteilung nicht in Zweifel zu ziehen. Zwar werden darin neu linksseitige Fersenschmerzen erwähnt, wobei sonographisch kein Fersensporn abgegrenzt werden konnte, sich jedoch eine Insertionstendinose und eine leicht hypertrophe Bursa (keine Hypervaskularisation) zeigte (S. 3; vgl. zur entsprechenden Rüge Beschwerde S. 4 Ziff. III/5). Allerdings ist mit Blick auf das gutachterliche Belastungsprofil, welches eine reduzierte körperliche Belastung sowie Wechselbelastung vorsieht (AB 172.1 S. 11 Ziff. 4.7), nicht ersichtlich, inwiefern dies eine weitergehende dauerhafte Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu begründen vermöchte, was denn auch nicht (substantiiert) geltend gemacht wird.

3.4.2 Der neurologische Gutachter stellte die Diagnose häufig auftretender episodischer Kopfschmerzen vom Spannungstyp (ICD-10 G44.2; AB 172.4 S. 10 Ziff. 6.3). Angesichts der Tatsache, dass in den übrigen medizinischen Akten keine (bedeutsamen) Kopfschmerzen festgehalten werden und der guten therapeutischen Möglichkeiten von Spannungskopfschmerzen (S. 10 Ziff. 7.1) ist schlüssig, dass diesen kein massgebender (dauerhafter) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde (S. 10 Ziff. 6.3). Gleiches gilt für die subjektiv empfundenen Sensibilitätsstörungen im Sinne von Kribbelmissempfindungen, zumal für diese kein neurologisches Korrelat gefunden werden konnte (S. 10 Ziff. 6.3). Eine dieser Beurteilung entgegenstehende neurologische Einschätzung liegt nicht in den Akten. Vielmehr interpretierte der behandelnde Dr. med. L._____, Facharzt für Neurologie, die Missempfindungen bei fehlenden Hinweisen auf eine assoziierte neurologische Erkrankung im Rahmen der rheumatologischen Grunderkrankung und erachtete die neurologische Untersuchung damit als abgeschlossen (AB 148 S. 12).

3.4.3 Aufgrund der von der Beschwerdeführerin beklagten Müdigkeit wurde im internistischen Teilgutachten (AB 172.3) – neben verschiedenen Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 13 Ziff. 6.3) – ein allfälliges Post-Covid-Syndrom diskutiert (S. 12 f. Ziff. 6.3). Unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände in Zusammenhang mit dem Auftreten der Müdigkeit und unter Einbezug der einschlägigen Literatur zeigte der internistische Gutachter auf, weshalb ein Post-Covid-Syndrom eher als unwahrscheinlich anzusehen ist, was in der interdisziplinären Konsensbeurteilung bestätigt wurde (AB 172.1 S. 8 Ziff. 4.3). Überzeugend ist der Ausschluss eines Post-Covid-Syndroms insbesondere, da die Müdigkeit vorliegend mit einer anderen Diagnose erklärt werden kann (Teilsymptom der depressiven Episode [vgl. hierzu AB 172.6 S. 13 Ziff. 7.1]), sie gemäss Aussage der Beschwerdeführerin bereits vor der Covid-19-Erkrankung bestand (vgl. hierzu AB 123 S. 3 f.) und sich anlässlich der Begutachtung keine Hinweise auf Tagesmüdigkeit, vorzeitige Erschöpfung oder Ermüdung fanden (AB 172.3 S. 12 f. Ziff. 6.3). Eine dieser Einschätzung widersprechende medizinische Beurteilung liegt nicht in den Akten. Im Bericht des Spitals M._____, vom 17. Oktober 2022 (AB 141) wurde lediglich der Verdacht eines Long-Covid-Syndroms geäussert (S. 3 Ziff. 2.5) und der Hausarzt

sowie die behandelnde Psychologin verwiesen auf entsprechende Abklärungen (AB 180 S. 2, 187 S. 2). Jedoch haben die Ärzte des Spitals K._____ diesen Verdacht bei unauffälligem klinisch-neurologischem Untersuchungsbefund unter Verweis auf die übrigen Diagnosen gerade nicht bestätigt (BB 6 S. 6 f.) und damit die gutachterliche diagnostische Beurteilung im Ergebnis bekräftigt. Soweit dieselben Ärzte ein chronisches Fatigue Syndrom diagnostizierten (S. 1), ist zu berücksichtigen, dass nicht die Diagnose, sondern die Auswirkung des Gesundheitsschadens auf die Leistungsfähigkeit massgebend ist (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. Februar 2022, 8C_689/2021, E. 6.1 mit Hinweisen). Wichtige Aspekte, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, wurden von den Ärzten des Spitals K._____ nicht genannt. Vielmehr stützten sie sich bei der Diagnosestellung auf den Fatigue Score (S. 6 unten) und damit auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, wobei diese auch den Gutachtern bekannt waren, jedoch im Rahmen der Begutachtung gerade nicht objektiviert werden konnten (vgl. AB 172.3 S. 13 Ziff. 6.3, 172.6 S. 8 Ziff. 4.3; vgl. dazu BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297). Letztlich bleibt zu wiederholen, dass die beklagte Erschöpfung als Teilsymptom der depressiven Episode berücksichtigt wurde und entsprechend bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit miteinfluss (vgl. hierzu AB 172.6 S. 13 Ziff. 7.1). Dabei ist zu beachten, dass insbesondere die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann, sondern dem begutachtenden Psychiater bzw. der begutachtenden Psychiaterin praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte – wie hier (vgl. hierzu auch E. 3.4.4 hiernach) – lege artis vorgegangen ist (SVR 2020 IV Nr. 69 S. 241 E. 4.1, 2018 IV Nr. 77 S. 255 E. 6.3).

3.4.4 Angesichts des erhobenen psychopathologischen Untersuchungsbefundes (insbesondere leicht reduziertes Durchhaltevermögen, gering geminderte Antriebslage, psychomotorisch eher schwunglos wirkend, leicht eingeeengte emotional-affektive Schwingungsfähigkeit, ernste und zum depressiven Pol hin verschobene Grundstimmung sowie Affektlage, reduzierte Fähigkeit, Freude zu empfinden, ohne vollständiger Interessenverlust, reduzierte Vita sexualis bei Libidoverlust [AB 172.6 S. 9 f. Ziff. 4.3]) und

den nicht vollständig objektivierbaren Beschwerden (vgl. AB 172.5 S. 11 Ziff. 6.2) überzeugen sodann die vom psychiatrischen Gutachter gestellten Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; vgl. hierzu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 169 ff. und S. 233 f.). Die diagnostische Einordnung deckt sich im Übrigen mit jener im Bericht der Rehaklinik F. _____ vom 20. Oktober 2021 (AB 108 S. 1) und auch die behandelnden Ärzte des Spitals M. _____ stellten die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1; AB 141 S. 3 Ziff. 2.5). Soweit hingegen die Arbeitsunfähigkeit divergierend beurteilt wurde, ist festzustellen, dass die Ärzte des Spitals M. _____ die Arbeitsunfähigkeit von 100 % (AB 141 S. 5 Ziff. 4.2) mit den ausgeprägten kognitiven Defiziten und der Erschöpfung begründeten (AB 141 S. 5 Ziff. 4.2). Diese liessen sich in der Begutachtung jedoch nicht (im geschilderten Umfang) bestätigen und es wurde auf Inkonsistenzen und Diskrepanzen hingewiesen (AB 172.6 S. 13 Ziff. 7.1). Insoweit ist die unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ohne weiteres nachvollziehbar. Die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters erfolgte denn auch in Kenntnis des Berichts des Spitals M. _____ vom (AB 172.6 S. 11 Ziff. 6.1). Eine weitergehende Auseinandersetzung mit diesem Bericht war – gerade mit Blick auf die der medizinischen Folgeabschätzung inhärente hohe Variabilität (BGE 145 V 361 E. 4.1.2 S. 365 mit Hinweisen) – nicht erforderlich (vgl. Entscheid des BGer vom 10. Juni 2020, 9C_256/2020, E. 3.2.2; zur diesbezüglichen Rüge vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. III/4). Soweit auch die behandelnde Psychologin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % postuliert (AB 187 S. 2), vermag dies den Beweiswert des Gutachtens schon deshalb nicht zu erschüttern, weil sie nicht über die hierfür notwendige (fach)ärztliche Qualifikation verfügt (vgl. dazu Entscheid des BGer vom 15. November 2021, 9C_458/2021, E. 3.3 mit Hinweisen). Sodann nannte sie keine wichtigen neuen Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, sondern beschränkte sich vielmehr darauf, gestützt auf die Hypothese eines Long-Covid-Syndroms, die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und die Ergebnisse der Abklärung der Abklärungsstelle D. _____ von einer fortwährenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkei-

ten auszugehen. Eine Auseinandersetzung mit den gutachterlichen Befunden und Schlussfolgerungen fand nicht statt (vgl. im Übrigen auch Stellungnahme des RAD vom 9. Oktober 2023 [AB 192]).

3.4.5 In Bezug auf die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (AB 172.1) überzeugt sodann, dass die somatisch und psychiatrisch bescheinigten Teil-Arbeitsunfähigkeiten nicht addiert wurden (S. 10 Ziff. 4.5; vgl. dazu SVR 2020 IV Nr. 22 S. 76 E. 4.1). Soweit die Beschwerdeführerin sinngemäss vorbringt, die gutachterlich attestierte Gesamtarbeitsunfähigkeit von 20 % (ab April 2020) bzw. 30 % (ab Juli 2021; S. 12 Ziff. 4.7) widerspreche der im Rahmen des Aufbautrainings in der Abklärungsstelle D._____ gezeigten Leistungen (Beschwerde S. 4 Ziff. III/3), verkennt sie, dass im Bericht der Abklärungsstelle D._____ vom 9. Mai 2022 (AB 130) vornehmlich auf die von der Beschwerdeführerin demonstrierte Arbeitsleistung abgestellt wurde. Die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen ist jedoch nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (Entscheid des BGer vom 31. August 2023, 8C_53/2023, E. 4.2.3.2 mit Hinweisen). Die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgte denn auch in Kenntnis und Würdigung der im Bericht der Abklärungsstelle D._____ festgestellten (sehr) tiefen Leistungsfähigkeit (AB 172.2 S. 10 Ziff. 59, 172.6 S. 15 Ziff. 8). Schliesslich bleibt zu wiederholen, dass eine längerdauernde vollständige Erwerbsunfähigkeit nach der Kniearthroskopie mit Teilmeniskektomie im September 2020 (AB 91.6 S. 1 ff.) nicht erstellt ist (vgl. hierzu E. 3.3 hiervor) und eine allfällige kurzzeitige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nach der Operation keinen Einfluss auf den Leistungsanspruch hätte. Insoweit bestehen auch hinsichtlich der – gemäss Rechtsprechung ohnehin mit Unsicherheiten behafteten (vgl. Entscheid des BGer vom 12. August 2020, 8C_313/2020, E. 10.2.1) – retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten der MEDAS 2 keine konkreten Zweifel.

3.5 Dem Vorstehenden zufolge bildet das Gutachten der MEDAS 2 vom 26. Juli 2023 (AB 172.1 ff.) eine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung

des anspruchsrelevanten medizinischen Sachverhalts. Die Beschwerdeführerin klärte diesen somit hinreichend ab und von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, sodass darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; 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).

Demnach ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit 50 % und in einer angepassten Tätigkeit (Tätigkeiten einfacher geistiger Art mit geringer Verantwortung, ohne besondere Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit sowie ohne besonderen Zeitdruck, ohne repetitives Bücken und Aufrichten, ohne repetitives Anheben und Tragen von Gewichten über 7 kg, ohne rein statische Belastungen des Achsengerätes im Stehen und Sitzen, mit der Möglichkeit zu Wechselpositionen, ohne Exposition gegenüber Witterungsänderungen [Kälte und Zugluft] sowie ohne Tätigkeiten auf oder über Schulterhöhe) 20 % (ab April 2020) bzw. 30 % (ab Juli 2021) arbeitsunfähig ist (AB 172.1 S. 11 f. Ziff. 4.6 f.). In Bezug auf die aus psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit (AB 172.6 S. 14 f. Ziff. 8) erübrigt sich mit Blick auf das Ergebnis der Invaliditätsbemessung (vgl. E. 4 hiernach) sodann die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach Massgabe der Rechtsprechung von BGE 141 V 281.

4.

Auf dieser Grundlage ist nachstehend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalidenein-

kommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (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 beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20; SVR 2023 IV Nr. 18 S. 64 E. 5.2.1.1).

4.1.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Unter Berücksichtigung des Wartejahres (vgl. E. 2.3 hiervor; attestierte Arbeitsunfähigkeit ab 23. Juni 2019 [AB 1 S. 4 Ziff. 4.3]) und der Anmeldung im Oktober 2019 fällt der frühestmögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG auf Juni 2020. Auf diesen Zeitpunkt hin ist eine erste Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.2

4.2.1 Die Beschwerdeführerin wäre ohne Gesundheitsschaden unbestrittenermassen weiterhin in ihrer bisherigen Tätigkeit als ... bei derselben Arbeitgeberin (vgl. AB 13 S. 2 ff.) beschäftigt. Demnach stellte die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des Valideneinkommens zu Recht auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin vom 11. November 2019 ab, wonach die Beschwerdeführerin Fr. 55'198.-- pro Jahr verdient habe (S. 3 Ziff. 2.10). Angepasst an den Nominallohnindex für das Jahr 2020 resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 55'901.50 (Fr. 55'198.-- / 102.0 x 103.3 [BFS, Tabelle T1.2.15, Nominallohnindex, Frauen 2016-2022, Ziff. 86-88: Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen, Werte 2019 und 2020]).

4.2.2 Die Beschwerdeführerin verwertet die ihr verbliebene Restarbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.5 hiervor) nicht, weshalb das Invalideneinkommen an-

hand statistischer Daten zu bestimmen ist, was von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten wird. Mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.5 hiervor) ist von der LSE 2020, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen auszugehen. Aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit sowie die Arbeitsfähigkeit von 80 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 42'794.20 (Fr. 4'276.-- x 12 / 40 x 41.7 [BFS, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total, Wert 2020] x 0.8). Ein Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.1.2 hiervor) ist nicht vorzunehmen; ein solcher wird von der Beschwerdeführerin im Übrigen auch nicht geltend gemacht. So wurde den gesundheitlichen Einschränkungen bereits mit dem reduzierten Pensum und dem Zumutbarkeitsprofil hinlänglich Rechnung getragen, womit dieser Aspekt nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen kann (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Zudem führt auch das Zumutbarkeitsprofil mit der Beschränkung des Betätigungsfeldes auf körperlich leichte Tätigkeiten zu keinem lohnrelevanten Nachteil (Entscheid des BGer vom 21. September 2020, 8C_393/2020, E. 4.2). Weitere Gründe, die einen Abzug zu rechtfertigen vermöchten, sind ebenso wenig ersichtlich.

4.2.3 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert per Juni 2020 ein gerundeter (BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1) rentenausschliessender (vgl. E. 2.3 hiervor) Invaliditätsgrad von 23 % ([Fr. 55'901.50 ./ Fr. 42'794.20] / Fr. 55'901.50 x 100).

4.3 Per Juli 2021 ist aufgrund der eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes (vgl. E. 3.5 hiervor) ein weiterer Einkommensvergleich durchzuführen. Das Valideneinkommen beträgt nunmehr Fr. 56'009.75 (Fr. 55'198.-- / 102.0 x 103.5 [BFS, Tabelle T1.2.15, Nominallohnindex, Frauen 2016-2022, Ziff. 86-88: Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen, Werte 2019 und 2021]) und das Invalideneinkommen unter Berücksichtigung der Nominallohnindexierung und des reduzierten Pensums Fr. 37'661.80 (Fr. 4'276.-- x 12 / 40 x 41.7 / 103.6 x 104.2 [BFS, Tabelle T1.2.15, Nominallohnindex, Frauen 2016-2022, Total, Werte 2020 und 2021] x 0.7 [AUF von 30 %]). Daraus resultiert ein weiterhin renten-

ausschliessender (vgl. E. 2.3 hiervor) Invaliditätsgrad von 33 % ([Fr. 56'009.75 ./ Fr. 37'661.80] / Fr. 56'009.75 x 100).

5.

Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 18. Oktober 2023 (AB 194) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

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

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

6.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

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.