

200 23 835 IV
JAP/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. Juni 2024

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. Oktober 2023



Sachverhalt:

A.

Die 1968 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Juli 2020 unter Verweis auf seit mehr als 20 Jahren existierende gesundheitliche Probleme bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (vgl. Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Nach medizinischen und erwerblichen Abklärungen (u.a. polydisziplinäres Gutachten der C._____ GmbH [nachfolgend MEDAS] vom 3. März 2023; AB 102.1 ff.) und der Durchführung mehrerer Vorbescheidverfahren (AB 40 ff.) gewährte die IVB mit Verfügung vom 30. Oktober 2023 bei einem Invaliditätsgrad von 56 % ab dem 1. Januar 2021 eine halbe Invalidenrente (AB 131).

B.

Mit Eingabe vom 24. November 2023 erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, dagegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 30. Oktober 2023 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.
2. Eventualiter sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 30. Oktober 2023 aufzuheben und der Beschwerdeführerin eine Dreiviertelsrente zuzusprechen.
3. Subeventualiter sei die Verfügung vom 30. Oktober 2023 aufzuheben und das Verfahren an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen.
4. Die Ergänzung und Anpassung der Rechtsbegehren bleibt ausdrücklich vorbehalten.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

Der Beschwerde beigelegt war ein Bericht von Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. November 2023 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 3).

Mit Eingabe vom 30. November 2023 ergänzte der Rechtsvertreter die Beschwerde und reichte einen Bericht von PD Dr. med. E._____, Facharzt für Gastroenterologie sowie Praktischer Arzt, vom 28. November 2023 (BB 4) zu den Akten.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Dieser beigelegt waren Stellungnahme des RAD vom 8., 9. und 10. Januar 2024 (AB 141 ff.).

Mit Replik vom 27. März 2024 bestätigte die Beschwerdeführerin die beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren und tätigte ergänzende Ausführungen.

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 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 30. Oktober 2023 (AB 131), mit welcher der Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2021 eine halbe Invalidenrente zugesprochen wurde. Anstelle der halben verlangt diese die Zusprache einer ganzen Invalidenrente, eventualiter einer Dreiviertelsrente. Auch wenn lediglich einzelne Elemente der Rentenfestsetzung beanstandet werden, bedeutet dies nicht, dass die unbestrittenen Teilaspekte in Rechtskraft erwachsen und demzufolge der richterlichen Überprüfung entzogen sind (BGE 125 V 413 E. 2d S. 417). Folglich ist vorliegend nicht bloss der Anspruch auf eine höhere als die zugesprochene halbe Rente, sondern der Rentenanspruch als Ganzes und in diesem Zusammenhang insbesondere die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung zu prüfen.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die angefochtene Verfügung datiert vom 30. Oktober 2023 (AB 131), 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 Juli 2020 (AB 1) – unter

der Prämisse der erfüllten Wartezeit i.S.v. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. hierzu E. 5 hiernach) – vor dem 1. Januar 2022 (Art. 29 Abs. 1 IVG), weshalb grundsätzlich 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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden

auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

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

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

2.4 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben 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.

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

3.

3.1 Soweit den Gesundheitszustand betreffend, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 In der interdisziplinären MEDAS-Gesamtbeurteilung vom 3. März 2023 (AB 102.1) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 4 f. Ziff. 4.3):

- Somatische Belastungsstörung (ICD-10 F45.1; undifferenzierte Somatisierungsstörung)
- Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61)
- Untergewicht (ICD-10 R63.4; konstitutionell?; BMI 17.4)
- Verdacht auf eine ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10 F90.0)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F12.2)

- Osteopenie (DXA im Juni 2021)
- Nikotin- und Cannabis-Abusus, anamnestisch fortgesetzt
- Prurigo-Läsionen vor allem im Gesicht, Nacken, Gesäss, inguinal und Stamm mit starker mechanischer exogener Komponente
- Typ-IV-Sensibilisierung auf Sandelholz, Phenylglycidylether, Benzylperoxid, Epoxidharz, Ylang-Ylang, Kompositen-Mix, Paraben-Mix, Wollwachsalkohol
- Funktionell bedingte Bauchschmerzen mit Durchfall
- Differentialdiagnose: CAPS (Centrally Mediated Abdominal Pain Syndrome)
- Funktionell bedingte krampfartige Bauchschmerzen
- Laktoseintoleranz

Aus allgemein-internistischer Sicht bestünden keine Funktionsstörungen; die Ressourcen seien nicht beeinträchtigt. Aus dem Untergewicht folgten keine klar bezifferbaren Beeinträchtigungen. Für die angestammte körperlich nicht belastende Tätigkeit (...) hätten diese keine Relevanz. Die Hauterkrankung spiele im Zusammenspiel mit den aufgeführten Diagnosen eher eine untergeordnete Rolle. Gleichwohl sei eine Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls beim Auftreten vermehrter Hautveränderungen im Gesichtsbereich, über das die Versicherte berichte, nachvollziehbar. Aus gastroenterologischer Sicht seien keine eigenständigen Adaptionskriterien zu formulieren. Der Körpersituation entsprechend sollten es aber überwiegend körperlich leichtere Arbeiten sein. Die früher ausgeübte Tätigkeit als .../... sei entsprechend geeignet gewesen. Rein aus gastroenterologischer Sicht sei die Versicherte auch retrospektiv gesehen voll arbeitsfähig gewesen. Aus interdisziplinärer Sicht seien für die versicherungsmedizinische Gesamtbeurteilung weit vorrangig die Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachbereich relevant. Demgegenüber stünden die gelten gemachten Beschwerden auf gastroenterologischem, allgemein-internistischem und dermatologischem Fachgebiet deutlich im Hintergrund und/oder seien im Kontext der psychischen Störungen zu betrachten. Diagnostisch bestehe eine kombinierte Persönlichkeitsstörung und eine somatische Belastungsstörung (leicht- bis mittelgradig). Eine ADHS sei möglich, erscheine jedoch aktuell nicht versicherungsmedizinisch relevant. Die psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide

(Abhängigkeitssyndrom) schienen insofern versicherungsmedizinisch relevant, da das Abhängigkeitssyndrom das Verhalten der Versicherten und ihren Realitätsbezug und ihre Motivation beeinflussten. Aufgrund der psychischen Störungssymptomatik sei in Bezug auf die Partizipation auf eine einfache, wenig anspruchsvolle, eventuell repetitive berufliche Tätigkeit zu achten, möglichst ohne Zeitdruck, ohne grössere physikalische Belastungen und unter Wahrung günstiger sozialer Voraussetzungen und einer wohlwollenden Einstellung des Arbeitgebers. Unter diesen Arbeitsbedingungen einer ideal adaptierten Tätigkeit (oder auch im Haushalt) bestünden aus rein psychiatrischer Sicht eher geringe versicherungsmedizinisch bedeutsame qualitative Einschränkungen (Arbeitsfähigkeit von 80 %). Hingegen seien für die früher ausgeübte angestammte Tätigkeit mit entsprechend höherer Anforderung eine stärkere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erklärbar (Arbeitsfähigkeit von 50 % integral). Die Teilarbeitsunfähigkeiten addierten sich nicht. Die Arbeitsunfähigkeit sei überwiegend psychiatrisch und nach Konsens auch interdisziplinär definiert und bestehe seit Rückkehr aus ...es im Jahre 2020 (S. 6 ff. Ziff. 4.3 sowie 4.5 ff.).

3.1.2 PD Dr. med. E. _____ äusserte sich im Schreiben vom 4. April 2023 (AB 111/8) zum gastroenterologischen MEDAS-Teilgutachten. Vorliegend handle es sich um ein CAPS (ICD-10 K58.8; Erstdiagnose: 2013) im Zusammenhang mit einer schweren disorders of gut-brain interaction (DGBI) bei Status nach Lamblien und Amöben Enteritiden vor 2001. Das Gutachten sei sehr sorgfältig und fachlich korrekt durchgeführt worden. Es fehle einzig der Schluss, dass sehr oft die früher unter dem Namen postinfektiöse Reizdarmsyndrome genannten Zusammenhänge hier absolut gegeben seien. Zusätzlich werde die Diagnose im Wert gemindert, indem sie als Ausschlussdiagnose gelte. In der gutachterlichen Auflistung der Diagnosen werde ein CAPS nur als mögliche Differentialdiagnose erwähnt, wo es doch eigentlich die Leitdiagnose im Rahmen des DGBI darstelle. Aufgrund der Symptome, die im Gutachten beschrieben würden, sei die Situation vergleichbar mit der Situation im Juni 2021 und betrage die Arbeitsfähigkeit sowohl in einer angepassten als auch in einer nicht angepassten Tätigkeit 0 %.

3.1.3 Dr. med. D. _____ führte am 11. April 2023 (AB 111/5) aus, die Diagnosestellung ADHS (ICD-10 F90.0) dürfe als gesichert gelten. Aus den aus psychiatrischer Sicht gestellten Diagnosen ergebe sich eine derartige Komorbidität, dass von einer deutlicheren Einschränkung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden müsse, als im Gutachten dargelegt. Tatsächlich sei die Einschätzung der Gutachter einer möglichen ADHS ohne aktuelle versicherungsmedizinische Relevanz nicht nachvollziehbar und stelle einen groben Fehler dar. Möge ein Mensch mit einer undifferenzierten Somatisierungsstörung eine 20%ige Minderung der Arbeitsfähigkeit erleiden, so sei die Komorbidität mit einer kombinierten Persönlichkeitsstörung und der ADHS doch zu gewichten, dass hier für eine Tätigkeit mit entsprechend höherer Anforderung keine Arbeitsfähigkeit mehr vorliege, eine ideal-adaptierte Tätigkeit zu 50 % – nämlich kumulativ einer gewissen Präsenzzeit und einer Minderung der Leistungsfähigkeit – möglich wäre. Die Versicherte sei unter bewusster Ausserachtlassung krankheitsfremder Faktoren wegen der Persönlichkeitsstörung und der ADHS keinem Arbeitgeber zumutbar. Selbst wenn eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit für einen angepassten Arbeitsplatz gesehen würde, der sich mit freier Zeiteinteilung für Arbeit ... ohne ... womöglich projektbezogen im Bereich von ... und ... definieren liesse, so bestehe auch in einer solchen bezüglich des ersten Arbeitsmarktes keine Realitätsorientierung, da die Versicherte in ihrer Komorbidität aus Persönlichkeitsstörung und ADHS keinem Arbeitgeber zugemutet werden könne. Die Möglichkeit, eine derartige Tätigkeit zu erbringen, bestehe ehrlicherweise eher im zweiten Arbeitsmarkt.

3.1.4 Der gastroenterologische MEDAS-Gutachter Dr. med. F. _____, Facharzt für Gastroenterologie sowie Allgemeine Innere Medizin, führte in der Stellungnahme vom 24. Juli 2023 (AB 120) aus, die Versicherte sei aus gastroenterologischer Sicht voll arbeitsfähig. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit sei vorwiegend auf psychische Störungen zurückzuführen. Patienten mit funktionell bedingten Störungen des Magen-Darm-Trakts verlangten häufig invasive und kostenintensive Abklärungen in der Hoffnung, die Ursache der Beschwerden herauszufinden und besser behandeln zu können. Solche Aktivitäten könnten in der Wirklichkeit kontraproduktiv sein, weil sie die Überzeugung der Patienten verstärkten,

dass die bisherigen Abklärungen nicht korrekt durchgeführt worden seien. Daher werde die Durchführung einer Nachbegutachtung nicht empfohlen.

3.1.5 Der psychiatrische MEDAS-Gutachter Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in der MEDAS-Stellungnahme vom 27. Juli 2023 (AB 121) aus, die Komorbidität der kombinierten Persönlichkeitsstörung und der AHDS habe sich bei der Versicherten zeitlebens sowohl im Bereich von zwischenmenschlichen Kontakten im Arbeitsleben als auch im Privatbereich geäussert. Die Arbeitsunfähigkeit sei im Jahre 2016 durch einen Arbeitsplatzkonflikt ausgelöst worden, wonach die Versicherte nicht mehr an den Arbeitsplatz zurückgekehrt sei. Es habe sich somit nicht primär um überwiegende Leistungs- oder Fähigkeitsprobleme aufgrund einer relevanten gesundheitlichen Problematik oder Erkrankung gehandelt, wegen der sie seither dauerhaft arbeitsunfähig geworden und deswegen an ihren Arbeitsplatz nicht mehr zurückgekehrt wäre. Vielmehr habe sie sich in diesem Zusammenhang gekränkt und durch den Konflikt mit ihrem Arbeitgeber derart frustriert gefühlt, was sie selbst als Burnout beschrieben habe, das retrospektiv aber allenfalls als eine Anpassungsproblematik imponiere. Aktuell sei eher anzunehmen, dass der aktuelle Zustand die Folge der langen Arbeitsunfähigkeit zu sein scheine, als dessen Ursache, da sie die Kränkung an ihrem Arbeitsplatz bislang noch nicht adäquat zu verarbeiten scheine. Eine berufliche Integration in einer angepassten Tätigkeit sei möglich, da die Versicherte über sonst gute Ressourcen verfüge. Eine berufliche Nichteignung im Sinne einer fehlenden oder unzureichenden Zumutbarkeit einem Arbeitgeber bzw. einem üblichen Arbeitsumfeld gegenüber liege nicht vor.

3.1.6 Dr. med. D._____, äusserte sich im Schreiben vom 23. November 2023 (BB 3) an den Rechtsvertreter der Versicherten zur Beurteilung des psychiatrischen MEDAS-Gutachters Dr. med. G._____, vom 27. Juli 2023. Es sei zu wiederholen, dass die Versicherte wegen der gestellten Diagnosen ADHS (ICD-10 F90.0) und Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61), die sich beide über den Lebensverlauf manifestierten und verstärkten, in den vergangenen Jahren, aktuell und zukünftig im ersten Arbeitsmarkt nicht als arbeitsfähig eingeschätzt werde, sie im zweiten

Arbeitsmarkt durchaus mit einem Pensum von 50 % ihre intellektuellen Fähigkeiten nutzen und dann unter sehr angepassten Bedingungen dadurch in unterschiedlichen Lebensbereichen und dem gesellschaftlichen Umfeld teilhaben könnte.

3.1.7 PD Dr. med. E. _____ führte im Bericht vom 28. November 2023 (BB 4) an die Versicherte aus, die Arbeitsfähigkeit werde im Gutachten rein auf die Diagnose begründet angegeben. Die Symptome und deren einschränkenden Auswirkungen im Alltag würden bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt. Dies sei umso erstaunlicher, da der Gutachter die Angaben als kongruent und plausibel bezeichne. Insgesamt scheine eine Arbeitsfähigkeit nur aufgrund einer Diagnose ohne Berücksichtigung der täglich auftretenden Symptomatik bzw. der fehlenden Möglichkeiten diese zu beeinflussen, zu beurteilen, nicht zulässig.

3.1.8 Die im Beschwerdeverfahren von der Versicherten eingereichten Berichte von PD Dr. med. E. _____ und Dr. med. D. _____, legte die Beschwerdegegnerin dem RAD zur Stellungnahme vor (vgl. AB 139). Dabei kamen die Dres. med. H. _____, Facharzt für Chirurgie, J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie I. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, zum Schluss, auf das MEDAS-Gutachten sei weiterhin abzustellen und weitere Abklärungen seien nicht notwendig (vgl. RAD-Aktenbeurteilungen vom 8., 9. und 10. Januar 2024; AB 141 ff.).

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

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 Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweismwürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.3

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 30. Oktober 2023 (AB 131) im Wesentlichen auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 3. März 2023 (AB 102.1 ff.) sowie die ergänzenden Stellungnahmen vom 24. Juli 2023 (AB 120) und 27. Juli 2023 (AB 121). Diese erfüllen – jedenfalls was die erhobenen Befunde und Diagnosen betrifft – die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung gestellten Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. E. 3.2 hiervoor), weshalb grundsätzlich darauf abzustellen ist. Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind

in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Auch – und entgegen dem beschwerdeweisen Vorbringen (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. 7) – wurde das Gutachten sowie dessen ergänzende Stellungnahmen dem RAD zur Verifizierung vorgelegt (vgl. AB 141 ff.; vgl. diesbezüglich auch Art. 49 IVV). Soweit die Länge von sechs Monaten zwischen psychiatrischer Exploration und Gutachtenserstellung thematisiert bzw. bemängelt wird (vgl. AB 111/6; vgl. auch Replik S. 2 Ziff. 2), ist nicht ersichtlich, wie dieser Umstand den Beweisgrad der MEDAS-Expertise in irgendeiner Weise schmälern sollte. Die Kritik der Beschwerdeführerin, das Gutachten widerspiegeln ihr Krankheitsbild nicht korrekt, das daraus gezogene Fazit sei nicht korrekt und insbesondere gestützt auf die Berichte von PD Dr. med. E. _____ und Dr. med. D. _____ entstünden erhebliche Zweifel am Gutachten (vgl. Beschwerde S. 3 ff. Ziff. 3 ff., Beschwerdeergänzung sowie Replik), vermag – wie nachfolgend dargelegt – nicht zu überzeugen. Mit der seitens der behandelnden PD Dr. med. E. _____ und Dr. med. D. _____ erhobenen Kritik (vgl. Stellungnahmen vom 4. April 2023 [AB 111/8], 11. April 2023 [AB 111/5], 23. November 2023 [BB 3] und 28. November 2023 [BB 4]) setzten sich die MEDAS-Gutachter Dres. med. F. _____ und G. _____ (Stellungnahmen vom 24. Juli 2023 [AB 120] und 27. Juli 2023 [AB 121]) und die Dres. med. I. _____, H. _____ und J. _____ (RAD-Stellungnahmen vom 8. Januar 2024 [AB 141], 9. Januar 2024 [AB 142] und 10. Januar 2024 [AB 143]), auseinander. Die Behandler benannten keine neuen Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. dazu SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3).

3.3.2 Wie gutachterlich festgestellt und vom RAD bestätigt, bestehen mit Ausnahme des Erfordernisses körperlich eher leichterem Arbeiten aus gastroenterologischer, allgemein-internistischer und dermatologischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die übrigen medizinischen Berichte wie auch die Einwände der Beschwerdeführerin vermögen daran nichts zu ändern:

Dass der gastroenterologische Gutachter einerseits die Angaben der Beschwerdeführerin kongruent und plausibel beurteilte (AB 102.5/7 Ziff. 6.2 Lemma 3) und andererseits auf seinem Fachgebiet trotzdem eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestierte (AB 102.5/8 f. Ziff. 8), ist nicht widersprüchlich. Denn er schloss eine organische Erkrankung des Magen-Darm-Trakts weitgehend aus, sah das klinische Beschwerdebild im Rahmen von funktionellen Störungen des Magen-Darm-Trakts, liess jedoch offen, ob im Sinne einer Ausschlussdiagnose ein CAPS vorliegt (AB 102.5/7 Ziff. 6.1). Daher ist auch nachvollziehbar, dass der Gutachter von funktionell bedingten – d.h. nicht durch strukturelle oder bio-chemische Erkrankungen erklärbaren (vgl. dazu etwa BUCHMANN/DEGEN [Hrsg.], Chronische Bauchbeschwerden, 1. Aufl. 2010, S. 148) – Bauchschmerzen ausging und das CAPS als Differentialdiagnose auflistete (AB 102.5/8 Ziff. 6.3). Zudem ist die ärztliche Kontroverse (vgl. AB 111/8) bezüglich diagnostische Einordnung letztlich nicht ausschlaggebend, sondern die Auswirkung des Gesundheitsschadens auf die funktionelle Leistungsfähigkeit (BGE 143 V 418 E. 6 S. 427). Damit erweist sich die von PD Dr. med. E._____ erhobene Kritik, der gastroenterologische MEDAS-Gutachter habe das Krankheitsbild nicht erkannt, obwohl dieser die Symptome sehr wohl nenne und auch als plausibel ansehe, dann aber allein der Psyche zuordne bzw. eine es liege ein Diagnosefehler vor (vgl. auch Beschwerdeergänzung S. 1), nicht stichhaltig. Wie Dr. med. H._____ vom RAD diesbezüglich in der Stellungnahme vom 8. Januar 2024 (AB 141) zu Recht darlegt, begründen die von PD Dr. med. E._____ genannten Diagnosen – soweit sie zuträfen – keine Arbeitsunfähigkeit, zumal von Letzterem keine relevanten Funktionsstörungen beschrieben werden.

3.3.3 Wie gutachterlich festgestellt und vom RAD bestätigt bestehen aus psychiatrischer Sicht eine somatische Belastungsstörung (ICD-10 F45.1; undifferenzierte Somatisierungsstörung), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0), ein Untergewicht (ICD-10 F63.1; konstitutionell?), psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (Abhängigkeitssyndrom; ICD-10 F12.2) sowie ein Verdacht auf eine ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10 F90.0).

Gestützt auf die Schlussfolgerungen der Dres. med. G._____ und J._____ (AB 102.3, 121, 142) ist erstellt, dass das Vorliegen einer ADHS nur möglich ist. Die damit verbundene Kontroverse in Bezug auf die diesen Feststellungen entgegenstehenden Berichten des Dr. med. D._____, der das Vorliegen einer ADHS als erstellt sieht bzw. der Umstand, dass gutachterlich diesbezüglich lediglich eine Verdachtsdiagnose gestellt wird, als erheblichen Fehler bezeichnet (AB 71, 111/5, BB 3; vgl. auch Beschwerde S. 4 Ziff. 5 sowie Replik S. 2 f. Ziff. 2), ist letztlich nicht ausschlaggebend, sondern die Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die funktionelle Leistungsfähigkeit (BGE 143 V 418 E. 6 S. 427). Zudem zeigte der psychiatrische Gutachter die Gründe, warum lediglich die Verdachtsdiagnose einer ADHS zu stellen ist, überzeugend auf (AB 121). Auch kam er zum Schluss, dass eine allfällige ADHS aktuell nicht versicherungsmedizinisch relevant ist (AB 102.3/4 Ziff. 6.3). Diese Feststellung überzeugt, zumal in der psychiatrischen Gutachtensergänzung vom 27. Juli 2023 nachvollziehbar dargelegt wurde, dass die Beschwerdeführerin über keinerlei Probleme in der Schulzeit berichtet hat und nach Aus- und Weiterbildung bis im Jahr 2016 im Erwerbsleben eine hohe Motivation und Leistungsbereitschaft zeigte, was auch lange Zeit mit einem guten Einkommen verbunden war (AB 121/4). Vielmehr wurde die Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2016 durch einen Arbeitsplatzkonflikt ausgelöst, wonach sie nicht mehr an den Arbeitsplatz zurückgekehrt ist. Damit ist mit Dr. med. G._____ davon auszugehen, dass der Grund, welcher zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat und auch weiterhin führt bzw. wegen dem sie nicht mehr an ihren Arbeitsplatz zurückkehrte, nicht primär in überwiegenden Leistungs- oder Fähigkeitsproblemen aufgrund einer relevanten gesundheitlichen Problematik oder Erkrankung liegt. Vielmehr hat sich die Beschwerdeführerin gekränkt und durch den Konflikt mit ihrem Arbeitgeber frustriert gefühlt, was sie selbst als Burnout beschrieben hat, was retrospektiv allenfalls als Anpassungsproblematik imponiert. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit ist durch die bislang noch nicht adäquate Verarbeitung der damaligen Kränkung bedingt (AB 121/5). Diese Schlussfolgerungen wurden auch vom RAD-Psychiater Dr. med. J._____ (vgl. AB 142/6) bestätigt, überzeugen und es ist in der Folge darauf abzustellen. Der Umstand, dass Dr. med. D._____ die Beschwerdeführerin behandelt

hat bzw. noch behandelt, hat nicht zur Folge, dass dessen Berichte den Beweisgrad des Gutachtens zu schmälern vermöchten, bzw. dass von einer Falscheinschätzung durch den psychiatrischen Gutachter (Replik S. 3 Ziff. 2) auszugehen wäre; der behandelnde Psychiater bringt zudem keine sachverhaltlichen Aspekte vor, die der Gutachter nicht beachtet hätte. Im Übrigen betrifft die von Dr. med. D._____ postulierte Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 5 f.) nicht eine medizinische, sondern eine rechtliche Frage. Nur der Vollständigkeit halber ist auf den Umstand hinzuweisen, dass Dr. med. D._____ die Unverwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit wie auch die im Gegensatz zum Gutachten höhere Arbeitsunfähigkeit im angestammten wie in einer leidensangepassten Tätigkeit in einer Komorbidität der Somatisierungsstörung mit der kombinierten Persönlichkeitsstörung und der ADHS sieht (vgl. etwa AB 111/6; vgl. auch Beschwerde S. 4 Ziff. 5). Wie bereits dargelegt, ist jedoch die ADHS aktuell nicht versicherungsmedizinisch relevant. Schliesslich ist nicht ersichtlich, inwieweit das Vorbringen der Beschwerdeführerin, Dr. med. D._____ sei als „unabhängiger, strenger Gutachter“ bekannt (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 5), im vorliegenden Fall etwas zum Beweiswert des MEDAS-Gutachtens bzw. zu deren ergänzenden Stellungnahme oder den Beurteilungen des RAD beitragen sollte.

3.3.4 Nach dem Dargelegten erfüllen das MEDAS-Gutachten vom 3. März 2023 inkl. interdisziplinärer Gesamtbeurteilung und Teilgutachten in vier medizinischen Disziplinen (AB 102.1 ff.) sowie die gutachterlichen Ergänzungsstellungen der Dres. med. F._____ vom 24. Juli 2023 (AB 120) und G._____ vom 27. Juli 2023 (AB 121) die Beweisanforderungen, so dass darauf abzustellen ist. Der medizinische Sachverhalt erweist sich damit als rechtsgenügend abgeklärt und von weiteren Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Weitere medizinischen Sachverhaltserhebungen – insbesondere das beantragte Obergutachten (vgl. etwa Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren 3 und S. 5 Ziff. 9 sowie Replik S. 3 Ziff. 2) – erübrigen sich damit in antizipierter 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).

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 Beruf bzw. 20 % 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; vgl. 2.3.1 f. hiavor).

4.2 Wie in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung dargelegt, waren bzw. sind bei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht allenfalls geringe Hinweise auf nicht authentische Aussagen zur Anamnese bzw. nicht authentischem Verhalten im Rahmen der aktuellen Untersuchungssituation erkennbar, welche als Verdeutlichung imponierten (AB 102.1/4 Ziff. 4.2). Dieses Verhalten stellt keine Aggravation oder ähnliches Verhalten dar, d.h. die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens bzw. einer Symptomausweitung sind nicht überschritten, welches einen versicherten Gesundheitsschaden ausschliessen würde (vgl. E. 2.3.1 hiavor). 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.

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

4.2.1.1 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.). Gestützt auf die gutachterlich erhobene Befundlage (AB 102.3/9 f. Ziff. 4.3) ist gesamthaft von einer aktuell ausgeprägten gesundheitlichen Beeinträchtigung auszugehen, nicht jedoch von einer schwereren Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde als den gestellten Diagnosen bereits inhärent ist (vgl. Entscheid des

Bundesgerichts [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).

4.2.1.2 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). Der psychiatrische MEDAS-Gutachter geht davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen noch verbessert werden kann. Er bringt diesbezüglich vor, aus psychiatrischer Sicht liege auch eine Noncompliance vor, wobei die diesbezüglichen Verhaltensweisen bei der Beschwerdeführerin inzwischen fixiert erschienen. Eine Therapie, würde sie die Beschwerdeführerin einfordern, bestünde in erster Linie in psychotherapeutischen und edukativen Möglichkeiten. Ob eine Anordnung einer Schadenminderungsmassnahme sinnvoll wäre, erschien dem psychiatrischen Gutachter zweifelhaft, dies speziell in Bezug auf das problematische Verhältnis der Beschwerdeführerin zu Autoritäten, zumal damit mit Widerständen und geringer Motivation zu rechnen wäre. Durch eine selbstmotivierte Therapie nach entsprechenden edukativen Massnahmen wäre jedoch mit einer Verbesserung zu rechnen (AB 102.3/17 Ziff. 8). In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 27. Juli 2023 legte der psychiatrische Gutachter alsdann dar, dass die Beschwerdeführerin bisher zu keinem Zeitpunkt eine stationäre Behandlung oder eine medizinische bzw. berufliche Rehabilitation angestrebt und bislang keine integrativen Massnahmen unternommen hat. Sie möchte vielmehr ihren eigenen Lebensstil weiterleben und sich weder privat noch beruflich unterordnen, um ihre Autonomie nicht einzubüssen (AB 121/5). Damit besteht keine Behandlungsresistenz. Dass keine Eingliederung in eine angepasste Tätigkeit erfolgte, liegt einerseits im Verhalten der Beschwerdegegnerin, welche bereits mit Mitteilung vom 14. Januar 2021 (AB 38) die Möglichkeit von Eingliederungsmassnahmen verneinte, wogegen die Beschwerdeführerin zumindest anfänglich und indirekt opponierte (AB 41, 46). Andererseits sieht sie sich zumindest in der Folge selbst als nicht mehr leistungsfähig im Berufsleben (vgl. etwa AB 102.3/6 Ziff. 3.2). Ob eine Eingliederungsresistenz vorliegt oder nicht, kann mit Blick auf das Resultat (vgl. E. 4.4 hiernach) jedoch offen bleiben.

4.2.1.3 Hinsichtlich des Indikators Komorbiditäten (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 429 f., 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) ergibt sich das Folgende: Durch die psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (Abhängigkeitssyndrom; ICD-10 F12.2) ist insofern eine Komorbidität gegeben, als dieses Abhängigkeitssyndrom das Verhalten der Beschwerdeführerin, ihren Realitätsbezug und ihre Motivation zu beeinflussen scheint (AB 102.3/14 Ziff. 6.3). Ferner liegt auch eine somatische Komorbidität vor. Wie im dermatologischen Teilgutachten dargelegt, spielt die Hauterkrankung im Zusammenspiel mit den übrigen Diagnosen eine untergeordnete Rolle. Gleichwohl ist eine Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls beim Auftreten vermehrter Hautveränderungen im Gesichtsbereich nachvollziehbar (AB 102.6/8 Ziff. 7.2). Damit liegen zumindest gewisse Interferenzen durch somatische wie auch psychische Komorbiditäten vor.

4.2.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) attestierte der psychiatrische Gutachter zwar eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61; AB 102.3/15 Ziff. 6.3) und postulierte diesbezügliche Einschränkungen (AB 102.3/9 f. Ziff. 4.3). Trotzdem ging er insgesamt von geringen versicherungsmedizinisch bedeutsamen psychischen Einschränkungen aus und attestiert für die angestammte Tätigkeit eine 50%ige und für eine leidensangepasste Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (AB 102.3/15 f. Ziff. 7.2).

4.2.3 Was den Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) betrifft, ist den Akten das Folgende zu entnehmen: Die Beschwerdeführerin lebt alleine in einer 50m²-Wohnung und hat weder einen Partner noch Kinder. Sie hat einzelne Kollegen, zieht sich selbst aber sozial zurück und hat kaum Kontakt zur Aussenwelt. Mit Bekannten kommuniziert sie über Facebook. Zu ihrer Ursprungsfamilie (Vater und Schwestern) hat sie den Kontakt abgebrochen bzw. besteht kein häufiger Kontakt (AB 54/9, 102.3/5 ff. Ziff. 3.2, 102.5/5 Ziff. 3.2). Damit ist erstellt, dass das Umfeld der Beschwerdeführerin kaum Ressourcen bietet und damit der soziale Kontext insgesamt nur geringe mobilisierende Ressourcen bereithält.

4.3 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.).

4.3.1 Betreffend den Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin zwischen 08.00 und 10.00 Uhr aufsteht. Sie erledigt den Haushalt und die Einkäufe, bereitet ihre Mahlzeiten zu, tätigt administrative Arbeiten, kauft ein, meditiert und führt Yogaübungen durch. Sie schaut Filme, liest, macht Sport und beschäftigt sich mit ... und Manchmal macht sie Spaziergänge oder fährt Velo. Weiter kommuniziert sie über Facebook mit Bekannten. Zwischen 23.00 und 24.00 Uhr geht sie zu Bett. (AB 102.3/7 Ziff. 3.2, 102.4/5 f. Ziff. 3.2, 102.5/5 Ziff. 3.2). Damit ist zwar ein gewisses Aktivitätsniveau erstellt, welches der gutachterlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit von 20 % bzw. einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer leidensangepassten Tätigkeit aber nicht widerspricht, zumal ein wesentlicher Teil der Freizeit- und Alltagsgestaltung überwiegend passives, konsumierendes Tun darstellt und zumindest keine fordernden Aktivitäten beinhaltet (vgl. Entscheid des BGer vom 9. Mai 2018, 9C_899/2017, E. 4.2.5).

4.3.2 Was den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck und in diesem Zusammenhang die therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) angeht, ist festzuhalten, dass gutachterlich aus psychiatrischer Sicht eine Noncompliance festgestellt wurde (AB 102.1/5 Ziff. 4.3). Ärztliche Behandlungen/Konsultationen hat die Beschwerdeführerin bis zur Begutachtung nur sehr spärlich in Anspruch genommen (AB102.3/8 Ziff. 3.2, 102.3/12 Ziff. 6). Dass sie nun angeblich in der Klinik K._____ eine fachärztlich-psychiatrische ambulante Behandlung aufgenommen hat (BB 3), ändert nichts am Umstand, dass die fehlende bzw. verweigerte Behandlung insgesamt gegen einen tatsächlichen Leidensdruck spricht. Bezüglich beruflicher Eingliederung hat eine solche nicht stattgefunden, weshalb zum eingliederungsanamnestischen Leidensdruck keine Feststellungen gemacht werden können.

4.4 Aufgrund des Dargelegten sprechen auf der zweiten Ebene einige Indikatoren zwar gegen eine Invalidisierung, insgesamt liegen jedoch keine triftigen Gründe vor, die rechtlich ein Abweichen von der attestierten Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen. Deshalb ist das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu bejahen und vor diesem Hintergrund ist

aus rechtlicher Sicht seit der Rückkehr der Beschwerdeführerin aus ... im Jahre 2020 auf die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten und von 20 % in einer leidensangepassten Tätigkeit abzustellen. Auf dieser medizinischen Grundlage ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

5.

5.1 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).

5.2 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). Nicht massgebend ist, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59, 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53; SVR 2021 IV Nr. 29 S. 91 E. 2.2). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Fak-

toren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2022 IV Nr. 22 S. 71 E. 4.2).

5.3 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 BFS herausgegebenen 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 Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem 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).

5.4 Der frühestmögliche Rentenbeginn liegt unter Berücksichtigung der Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG und der Leistungsanmeldung im Juli 2020 (AB 1) im Januar 2021 (vgl. E. 2.1 hiervor). Auch wenn gutachterlich

erst seit der Rückkehr der Beschwerdeführerin aus ... in die Schweiz im Juni 2020 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (AB 102.1/7 f. Ziff. 4.5 ff.), wurde gemäss psychiatrischer Gutachtensergänzung die Arbeitsunfähigkeit bereits durch einen Arbeitsplatzkonflikt im Jahre 2016 ausgelöst (AB 121/5). Damit war das Wartejahr Ende Mai 2021 erfüllt und der Einkommensvergleich ist auf das Jahr 2021 hin vorzunehmen.

5.5 Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit weiterhin in der ...branche tätig wäre. Aufgrund der immer wieder wechselnden Arbeitgeber (vgl. etwa AB 2) und dem Umstand, dass sie im Jahr 2020 vorübergehend in ... auswanderte (AB 1/3 Ziff. 4.1) und bereits in den Jahren davor zumindest teilweise arbeitslos war, ist das Valideneinkommen aufgrund statistischer Werte festzulegen (vgl. E. 5.2 hier vor). Gemäss der Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2020 verdienten Frauen im Jahr 2020 im Bereich freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen (Ziff. 69-75; worunter auch der ...bereich fällt [vgl. NOGA 2008, Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige]) im Kompetenzniveau 4 ein monatliches Salär von Fr. 7'784.--. Aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden (vgl. Tabelle Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche, Ziff. 69-75) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung per 2021 (Ziff. 69-75 der Tabelle T1.2.20, Nominallohnindex, Frauen 2021-2023, 2020 [100], 2021 [100.2]) ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 97'338.60 (Fr. 7'784.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.6 Stunden / 100 x 100.2).

5.6 Da die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit in Bezug auf ihre angestammte Tätigkeit bzw. eine ihre zumutbare leidensangepasste Arbeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen anhand statistischer Werte zu bestimmen, nämlich des Totalwerts der Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2020, Frauen, Kompetenzniveau 1 (Fr. 4'276.--; vgl. E. 5.3 hier vor). Bei Aufrechnung auf ein Jahr, unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Totalwert der Tabelle Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche), einer Anpassung an die Nominallohnentwicklung per 2021 (Totalwert der Tabelle T1.2.20, Nominallohnindex, Frauen 2021-2023,

2020 [100], 2021 [100.6]) und einer Arbeitsfähigkeit von 80 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 43'050.95 (Fr. 4'276.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.7 Stunden / 100 x 100.6 x 80 %). Hiervon ist kein Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 5.3 hiervor) vorzunehmen. Da beide Vergleichseinkommen auf statistischen Grössen beruhen, wären invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) bei beiden Einkommen zu berücksichtigen und wirkten sich auf den Invaliditätsgrad nicht aus (Entscheid des BGer vom 16. Mai 2023, 8C_608/2022, E. 5.2.2). Weiter wurden sämtliche gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits mit dem gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil genügend berücksichtigt und dürfen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht mit einem Tabellenlohnabzug doppelt berücksichtigt werden (vgl. statt vieler Entscheid des BGer vom 8. Juni 2018, 9C_280/2018, E. 6.4.2).

Soweit die Beschwerdeführerin auf den per 1. Januar 2024 geänderten Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV verweist, wonach vom statistisch bestimmten Invalideneinkommen jeweils ein Tabellenlohnabzug von 10 % zu erfolgen hat, resp. von 20 %, falls die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein kann (vgl. auch Beschwerde S. 5 Ziff. 10), ist dies im vorliegenden Verfahren nicht relevant, ansonsten dies einer unzulässigen positiven Vorwirkung (BGE 127 V 448 E. 3a S. 453) gleichkäme und damit vorliegend ausscheidet.

5.7 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein aufgerundeter (vgl. dazu BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1) Invaliditätsgrad von 56 % ([Fr. 97'338.60 ./ Fr. 43'050.95] / Fr. 97'338.60 x 100), was ab 1. Januar 2021 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente begründet (vgl. E. 2.4 hiervor). Damit ist die angefochtene Verfügung vom 30. Oktober 2023 (AB 131) 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 geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

6.2 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.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Replik vom 27. März 2024)
 - 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.