

200 23 89 IV
WIS/COC/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. März 2024

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Advokat Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. Dezember 2022



Sachverhalt:

A.

Die 1968 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Mai 2016 unter Hinweis auf starke Rückenschmerzen, Schmerzen am ganzen Körper sowie eine Depression bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV; Antwortbeilage [AB] 1). Nach erwerblichen und medizinischen Erhebungen, insbesondere nach Einholung eines bidisziplinären Gutachtens von Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumaerkrankungen (Expertise vom 23. Januar 2017, AB 40.1, 40.2, 41.1), verneinte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mit Verfügung vom 10. April 2017 (AB 47) einen Anspruch auf Leistungen der IV. Eine dagegen erhobene Beschwerde (AB 51 S. 3 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 30. Januar 2018 ab (IV/2017/499; AB 73). Gleichzeitig wurden die Akten an die IVB übermittelt zur Prüfung einer nach Erlass der angefochtenen Verfügung eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

In der Folge führte die IVB weitere medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei veranlasste sie auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 132, 149) eine polydisziplinäre (internistische, neurologische, orthopädische, psychiatrische) Verlaufsbeurteilung durch die Fachärzte der E._____ (MEDAS; Expertise vom 26. November 2020; AB 172.2). Mit Vorbescheid vom 21. Dezember 2020 (AB 173) stellte die IVB der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 4 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte Einwand (AB 180, 182). Nach Einholung einer Stellungnahme der MEDAS-Gutachter (AB 188) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 11. Juni 2021 (AB 189) abermals die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden (AB 193, 200). In der Folge führte die IVB gestützt auf eine weitere Stellungnahme der MEDAS-Gutachter (AB 202) medizinische Erhebungen durch. Nach Rückfrage beim RAD (AB 229, 230) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 7. September 2022

(AB 231) wiederum die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 234, 236) und nach Rückfrage beim RAD (AB 239, 240) verfügte die IVB am 19. Dezember 2022 wie im letzten Vorbescheid angekündigt und wies das Rentenbegehren ab (AB 241).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Advokat Dr. iur. B._____, am 1. Februar 2023 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente. Eventualiter wurde die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen und subeventualiter die Einholung eines Gerichtsgutachtens beantragt.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. April 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 28. November 2023 forderte die Instruktionsrichterin die Beschwerdegegnerin auf, das Ergebnis der vom Bundesamt für Sozialversicherung angewiesenen Qualitätskontrolle des MEDAS-Gutachtens mitzuteilen und bekannt zu geben, ob sie an den bisherigen Anträgen festhalte. Am 19. Dezember 2023 ging eine entsprechende Stellungnahme der Beschwerdegegnerin ein, in welcher sie unter Hinweis auf eine Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Dezember 2023 (in den Gerichtskaten) das MEDAS-Gutachten für nachvollziehbar und schlüssig erklärte und an ihren Rechtsbegehren festhielt.

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 19. Dezember 2022 (AB 241). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

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 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. 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 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 19. Dezember 2022 (AB 241), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung eines Rentenanspruchs mit Blick auf die im Dezember 2017 erfolgte (Neu-)Anmeldung (AB 72 S. 2 f.) vor dem 1. Januar 2022 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG), weshalb die diesbezüglichen Bestimmungen des IVG in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (Rz. 9101 des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 144 V 195 E. 4.2 S. 198).

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).

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 aArt. 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 IV-Grad

von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Für die Bestimmung des IV-Grades 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).

2.5 Um den IV-Grad 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).

2.6 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 3). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen IV-Grades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Sachverhalt in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV).

2.6.1 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewis-

sern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des IV-Grades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der IV-Grad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.6.2 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 8. Dezember 2017 (AB 72 S. 2 f.) – entsprechend der Anweisung in VGE IV/2017/499 (AB 73 S. 13 E. 3.3) – eingetreten, womit die Eintretensfrage hier nicht zu überprüfen ist (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Ferner kann die Frage, ob zwischen der leistungsabweisenden Verfügung vom 10. April 2017 (AB 47), welche mit VGE IV/2017/499 (AB 73) bestätigt wurde, und der hier angefochtenen Verfügung vom 19. Dezember 2022 (AB 241) eine anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 2.6.1 f. hienvor), ohne weiteres bejaht werden. Denn mit dem bei der Beschwerdeführerin festgestellten Mammakarzinom links, welches am 14. November 2017 operativ entfernt werden musste (AB 89 S. 17 ff.) mit anschliessender Bestrahlung (AB 85 S. 9 f., 89 S. 13 f.), und der am 27. September 2019 erfolgten Rückenoperation (AB 143 S. 2 f.) mit Revisionsoperation am 18. September 2020 (AB 213 S. 1) ist seit der Verfügung vom 10. April 2017 (AB 47) offenkundig eine relevante Veränderung des

Gesundheitszustands eingetreten. Folglich ist der Leistungsanspruch vorliegend in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

3.2 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

3.2.1 Die Beschwerdeführerin war vom 27. Februar bis 21. Mai 2019 in der Klinik G._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 22. Mai 2019 (AB 126 S. 2 ff.) wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, ein Mammakarzinom links und ein Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund einer schweren depressiven Episode mit generalisierten Ängsten, Panikattacken, Schlafstörungen sowie massiven Schmerzen im Rücken (Rücken-OP vor zwei Jahren) und gesamten Körper (Schmerzstörung) zugewiesen worden (S. 2). Die Optimierung der medikamentösen Behandlung, die Aktivierung und Stabilisierung seien die primären Ziele des stationären Aufenthaltes gewesen. Es sei der Eindruck entstanden, dass die Beschwerdeführerin durch den engen stationären Rahmen, die medikamentösen Anpassungen sowie die Einbettung in ein soziales Umfeld an Stabilität gewonnen habe (S. 3 f.).

3.2.2 Prof. Dr. med. H._____, Facharzt für Neurochirurgie, führte im Bericht vom 15. Juli 2020 (AB 167) aus, die aktuelle Problematik sei eine rechtsbetonte Lumbosakralgie bei ISG-Pseudarthrose und Schraubenlockerung im ISG sowie eine rechtsbetonte Zervikalgie bei Facettensyndrom C5/6 und starken Myogelosen (S. 1). Die starken rechtsseitigen Beschwerden seien durch eine Fehlheilung im ISG erklärt. Es fänden sich neu Schraubenlockerungen. In dieser Situation sei eine Revisionsoperation mit Austausch der gelockerten Schrauben sowie zusätzlicher dorsaler Knochenanlagerung (Kunstknochen und Inductos) empfohlen worden (S. 2).

3.2.3 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 26. November 2020 (AB 172.2) wurde mit Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit eine "Malfusion einer ISG-Arthrodesse rechts (27.09.2019), Mikrodekompression und Stabilisation

LWK 4/5 (15.01.2015)" diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter einen Diabetes mellitus Typ 2, einen möglichen viralen, bronchitischen Infekt, einen Status nach Mammakarzinom links, ein duktales Carcinoma in situ rechts mit Status nach Segmentresektion und postoperativer Bestrahlung, einen Nikotinkonsum, einen Opioid-Fehlgebrauch (Palladon/Hydromorphon) sowie einen Benzodiazepin- und Z-Substanz-Fehlgebrauch auf (S. 6 f. Ziff. 4.2).

Aus internistischer Sicht bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (AB 172.3 S. 23 Ziff. 8.1).

Aus neurologischer Sicht wurde ausgeführt, die Anamnese, die Aktendaten, der hiesige neurologische Untersuchungsbefund sowie die Zusatzuntersuchungen ergäben keinen hinreichenden Anhalt für eine neurologisch begründete, invalidisierende Beeinträchtigung. Neurologische Vorbewertungen, die eine Arbeitsunfähigkeit attestierten, lägen nicht vor. Zusammenfassend sei daher aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren (AB 172.4 S. 18 f.).

Aus orthopädischer Sicht wurde ausgeführt, unter Berücksichtigung der erfolgten Bildgebung sei eine Schmerzgenese durch die objektivierte Mal-Fusion nach erfolgter ISG-Arthrodesse rechts hinreichend plausibel, es blieben jedoch erhebliche Inkonsistenzen: Die anamnestisch berichtete gänzliche Wirkungslosigkeit der intensiven analgetischen Medikation sei nicht nachvollziehbar und die Medikamentenbestimmungen im hiesige Labor hätten teils auch keine wirksamen Spiegel gezeigt, was den Angaben zum Analgetika-Bedarf widerspreche. Auch sei die berichtete Reiseaktivität mit der reklamierten ständigen Schmerzintensität und assoziierten Einschränkung der Mobilität nicht kompatibel. Eine demonstrative Ausgestaltung der Beschwerden sei mithin naheliegend. Aktenkundig sei zudem auch auf eine zumindest anteilig wesentliche psychiatrische Schmerzursache abgestellt worden, also ein nicht somatischer Anteil angenommen worden. Aktenkundig sei eine Revisionsoperation im Bereich des ISG rechts vorgesehen (AB 172.5 S. 20 f. Ziff. 7.1). In der angestammten Tätigkeit (als ... in einem ...) bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Spätestens nach einer Sanierung und Stabilisierung des ISG rechts sei eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit denkbar, wobei die konkrete Belastbarkeit (nach

Pensum und Rendement) hierfür ca. sechs Monate nach einer Revisionsoperation nochmals geprüft werden könne (S. 24 Ziff. 8.1). In einer angepassten, körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit sei keine dauerhafte Minderung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Insoweit die Beschwerdeführerin der aktenkundig avisierten operativen Revision (ISG) zustimme, dürfe etwa drei Monate postoperativ eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erwartet werden. Insoweit die Beschwerdeführerin keine operative Revision wünsche, wäre der Leidensdruck als objektiv nicht gravierend und eine Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten als per sofort gegeben anzusehen (S. 28 Ziff. 8.2).

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, im psychiatrischen Befund seien – deutlich diskrepant zum Beschwerdevortrag – keine erheblichen Beeinträchtigungen zu objektivieren, insbesondere hätten Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit nicht auffällig gewirkt. Weiter bestehe – ebenfalls diskrepant zum Beschwerdevortrag – kein wesentlich schmerzgeplagter Eindruck (kein Schonsitz, keine Schonhaltung, keine Schmerzäusserungen und keine vegetative Beeinträchtigung), was mit der Angabe stärkster Schmerzen nicht in Deckung zu bringen sei. Zuletzt seien die Beschwerdevalidierungsverfahren im Rahmen der hiesigen testpsychologischen Untersuchung auffällig gewesen, was die Annahme eines nicht authentischen Beschwerdevortrages weiter stütze. Eine psychiatrische Erkrankung sei vor dem Hintergrund der erheblichen Diskrepanzen und ausweislich des erhobenen psychiatrischen Befundes sowie des weitgehend unbeeinträchtigten Eindrucks nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu attestieren. Folgend sei aus psychiatrischer Sicht eine erhebliche funktionelle Beeinträchtigung und somit auch eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit belegt (AB 172.6 S. 23 Ziff. 6). In der Begutachtung seien keine psychopathologischen Befunde, die auf das Fortbestehen einer depressiven Störung hinwiesen, zu erheben, eine rezidivierende depressive Störung könne hier aufgrund der erheblichen Diskrepanzen und der aktenkundigen Hinweise für Aggravation lediglich als möglich bezeichnet werden. Eine überdauernde und invalidisierende Gesundheitsstörung sei aktenkundig nicht ausreichend belegt (S. 25 Ziff. 6).

Aus polydisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, seit Juni 2019 bestehe in der angestammten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer angepassten, körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit sei keine dauerhafte Minderung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Insoweit die Beschwerdeführerin der aktenkundig avisierten operativen Revision (ISG rechts) zustimme, dürfe etwa drei Monate postoperativ eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erwartet werden. Insoweit die Beschwerdeführerin keine operative Revision wünsche, wäre der Leidensdruck als objektiv nicht gravierend und eine Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten als per sofort gegeben anzusehen (AB 172.2 S. 8 Ziff. 4.7 f.).

3.2.4 Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 22. Juni 2021 (AB 200 S. 8 f.) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwer, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1; S. 9). Die Beschwerdeführerin leide an einer mittelschweren bis schweren depressiven Angststörung, die mit einem Stimmungstief einhergehe, das von täglichen Ängsten begleitet werde. Sie habe eine Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung. Das Erinnerungsvermögen sei gestört. Das Interesse, das Vergnügen und das Selbstwertgefühl seien vermindert. Zudem leide die Beschwerdeführerin an neurovegetativen Störungen wie Tachykardie, Schwitzen und Kopfschmerzen (S. 8). Der psychische Zustand habe sich in den letzten vier Monaten verschlechtert. Die Erkrankung bestehe seit Jahren ohne Verbesserung resp. sogar mit einer Verschlechterung der depressiven Symptome. Unter diesen Umständen sei die Beschwerdeführerin zu 80 % bis 100 % arbeitsunfähig (S. 9).

3.2.5 Am 6. Dezember 2021 nahmen die MEDAS-Gutachter Stellung (AB 202). Die gutachterliche orthopädische Bewertung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten stehe nicht unter dem Vorbehalt des Ergebnisses der anamnestisch seinerzeit avisierten Operation. Gemeint sei hier, dass unabhängig vom Operationsergebnis und auch unabhängig davon, ob die avisierte Operation erfolge, bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung keine ausreichenden Anhaltspunkte für eine dauerhafte Minderung der Belastbarkeit in einer angepassten Tätigkeit bestanden habe. Dr. med.

I. _____ diagnostiziere im Bericht vom 22. Juni 2021 eine rezidivierende mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom sowie eine Angststörung und attestiere eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % bis 100 % (ohne Differenzierung nach angestammter und angepasster Tätigkeit). Zu erkennen sei eine Fortsetzung der nicht leitliniengerechten Medikation mit zwei Suchtmitteln (Benzodiazepin und Z-Substanz/Benzodiazepin-Analogon). Die Behandlung eines depressiven Syndroms und einer Angststörung (wenn diese dann hier überhaupt von dem depressiven Syndrom abgrenzbar sei) mit zwei Suchtmitteln, die bekanntermassen mit affektiven und Angststörungen behaftet seien, erscheine hier nicht leitliniengerecht und paradox. Der Bericht gehe auf die Ergebnisse der Begutachtung nicht ein und eine Auseinandersetzung mit den Indikatoren lasse sich nicht erkennen. Angesichts der offenkundigen Fehlmedikation sei jedoch eine psychische Verschlechterung durchaus denkbar und dementsprechend könne hier auch eine gutachterliche psychiatrische Verlaufsuntersuchung seitens der IV-Stelle erwogen werden (S. 1 f.).

3.2.6 Dr. med. I. _____ wiederholte im Bericht vom 2. März 2022 (AB 214 S. 3 ff.) seine zuvor gestellten Diagnosen (S. 5 Ziff. 2.5) und attestierte fortlaufend seit Juni 2014 bis aktuell eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4 Ziff. 1.3). Derzeit sei sie zu 100 % arbeitsunfähig (S. 7 Ziff. 4.2).

3.2.7 Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bescheinigte im Bericht vom 9. April 2022 (AB 220 S. 2 ff.) eine Verschlechterung des Gesundheitszustands. Neu bestehe eine progrediente rechtsbetonte Lumbalgie im lumbosakralen Übergang (S. 2 Ziff. 1 und 3). Die Beschwerdeführerin leide weiterhin unter progredienten rechts betonten Lumbalgien im lumbosakralen Übergang. Daneben leide sie unter diversen anderen Gelenk- und Muskelschmerzen im Rahmen einer chronischen Schmerzstörung. Sie sei depressiv und habe Ängste. Ein grosser subjektiver Leidensdruck sei vorhanden. Die Beschwerdeführerin habe die notwendigen Ressourcen nicht, ihre Krankheiten zu überwinden. Sie habe eine massive Angst vor einer Krankheitsprogression einerseits in Bezug auf ihre Rückenschmerzen, andererseits in Bezug auf ihre Mammakarzinom-Erkrankung (S. 3 Ziff. 4). Die Beschwerdeführerin sei polymorbid mit einer chronifizierten Schmerzstörung, depressiven Symptomen, schweren Ängs-

ten und fehlenden Ressourcen. Eine Arbeitsaufnahme in diesem Zustand sei nicht möglich (S. 5 Ziff. 12).

3.2.8 Dr. med. K._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Infektionskrankheiten, sowie lic. phil. L._____, Psychologin FSP, diagnostizierten im Bericht vom 15. Juli 2022 (AB 225) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Symptome, im Verlauf chronisch, mit somatischen und ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2; S. 3 Ziff. 2.5). Eine Arbeitsunfähigkeit sei bisher nicht attestiert worden. Nach Angaben der Beschwerdeführerin und aktenanamnestisch bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit "seit langem" (S. 2 Ziff. 1.3). Die Beschwerdeführerin sei kognitiv, emotional und motorisch stark angeschlagen. Sie sei auf allen diesen Bereichen nicht leistungsfähig und im Arbeitsmarkt nicht einsatzfähig oder in keinem Arbeitsplatz tragfähig (S. 4 Ziff. 3.4).

3.2.9 Der RAD-Arzt Dr. med. M._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 11. August 2022 (AB 229 S. 3 f.) aus, es bestehe bleibend eine Minderbelastbarkeit der Lendenwirbelsäule/ISG, wie sie von den Gutachtern im November 2020 festgestellt worden sei. Die Einschätzung des Hausarztes, keine Tätigkeiten seien mehr möglich, werde von ihm nicht durch Mitteilung von Befunden nachvollziehbar gemacht. Der Verweis auf die mitgereichten Befundberichte plausibilisiere die Einschätzung gänzlicher Arbeitsunfähigkeit nicht (S. 3). Neue Tatsachen oder Befunde, denen versicherungsmedizinische Relevanz zukäme, seien seit der Begutachtung 2020 nicht aktenkundig. Somit sei es seither insgesamt nicht zu einer zusätzlichen dauerhaften leistungsmindernden Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin gekommen (S. 4).

Die RAD-Ärztin Dr. med. N._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 15. August 2022 (AB 230 S. 2 ff.) aus, seit der ausführlichen gutachterlichen Untersuchung lägen in psychiatrischer Hinsicht keine neuen fachärztlich objektiv erhobenen Befunde vor, welche eine andere Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens der Beschwerdeführerin begründen könnten. Dr. med. I._____ habe im Bericht vom 2. März 2022 keinerlei objektive Befunde im psychiatrischen

Fachgebiet dokumentiert und habe die Beschwerdeführerin zudem zuletzt vor sieben Monaten gesehen. Bei Dr. med. K._____ handle es sich um keinen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Zusammen mit der delegiert arbeitenden Psychologin habe er keine Arbeitsunfähigkeitsatteste ausgestellt. In der Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens hätten sie sich auf die Selbstauskünfte und Klagen der Beschwerdeführerin gestützt. Eine abweichende Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit, wie sie durch den psychiatrischen Gutachter festgestellt worden sei, lasse sich damit nicht plausibilisieren (S. 5).

3.2.10 Der RAD-Arzt Dr. med. M._____ hielt im Bericht vom 9. Dezember 2022 (AB 239 S. 3 f.) an seiner bisherigen Beurteilung fest (S. 3 f.).

Auch die RAD-Psychiaterin Dr. med. N._____ hielt im Bericht vom 12. Dezember 2022 (AB 240 S. 2 ff.) an ihrer bisherigen Beurteilung fest (S. 3).

3.2.11 Der RAD-Arzt Dr. med. F._____ hielt am 15. Dezember 2023 fest (in den Gerichtsakten), anlässlich der durchgeführten interdisziplinären versicherungsmedizinischen Prüfung des MEDAS-Gutachtens vom 26. November 2020 (AB 172.2) seien keine gravierenden Mängel festgestellt worden. Die Ergebnisse seien klar strukturiert dargelegt und die Interpretation sei nachvollziehbar, insbesondere in Bezug auf die Symptomvalidierung. Auf die versicherungsmedizinischen Schlussfolgerungen im Gutachten zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit könne abgestellt werden (S. 2).

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

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). Bei der Würdigung von durch die E. _____ (MEDAS) erstellten Gutachten ist allerdings dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Invalidenversicherung gestützt auf die am 4. Oktober 2023 veröffentlichte Empfehlung der EKQMB die Vergabe von bi- und polydisziplinären Expertisen an diese Gutachterstelle beendet hat (vgl. E. 3.4.1 hiernach). In der Übergangssituation, in der bereits eingeholte Gutachten der E. _____ (MEDAS) zu würdigen sind, rechtfertigt es sich, an die Beweiswürdigung strengere Anforderungen zu stellen und die beweisrechtliche Situation der versicherten Person mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen zu vergleichen. In solchen Fällen genügen bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, um eine neue Begutachtung anzuordnen bzw. ein Gerichtsgutachten einzuholen (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Februar 2024, 8C_122/2023, E. 2.3).

3.4

3.4.1 Im Rahmen einer Qualitätsüberprüfung der Sachverständigenbeurteilungen der E._____ (MEDAS) durch die EKQMB (vgl. Art. 7p der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11]) wurden 32 zufällig ausgewählte poly- und bidisziplinäre Gutachten aus den Jahren 2022 und 2023 analysiert. Angesichts der zahlreichen festgestellten Mängel und Defizite in den analysierten Gutachten sowie der Nichteinhaltung der Vorgaben des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) und anderer relevanter Standards (Überprüfungsbericht der EKQMB vom 7. November 2023 [fortan Überprüfungsbericht; abrufbar unter <www.ekqmb.admin.ch>, Rubrik: ...]) empfahl die Kommission dem BSV, die Auftragsvergabe an die Gutachterstelle E._____ zu beenden (Empfehlung der EKQMB vom 4. Oktober 2023 [fortan Empfehlung; abrufbar unter <www.ekqmb.admin.ch>, Rubrik: ...]). Mit Medienmitteilung vom 4. Oktober 2023 (fortan Medienmitteilung; abrufbar unter <www.bsv.admin.ch>, Rubrik: ...) informierte das BSV darüber, dass die IV keine medizinischen Gutachten mehr an die E._____ (MEDAS) vergebe. Aus dieser nicht fallbezogenen Einschätzung zu den Gutachten der E._____ (MEDAS) kann jedoch nicht auf die beweisrechtliche Unverwertbarkeit des MEDAS-Gutachtens vom 26. November 2020 (AB 172.2) geschlossen werden. Vielmehr wurden die IV-Stellen seitens des BSV angewiesen, bereits vorliegende Gutachten einer (erneuten) Qualitätskontrolle zu unterziehen, wenn im konkreten Fall – wie vorliegend – noch kein rechtskräftiger Leistungsentscheid vorliegt (Medienmitteilung). Entsprechend hat der RAD die Expertise vom 26. November 2020 (AB 172.2) während des hängigen Beschwerdeverfahrens anhand der Kriterien von Rz. 3134 des Kreisschreibens des BSV über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) sowie des von der EKQMB empfohlenen Prüfungsrasters (Anhang 3 des Überprüfungsberichts) interdisziplinär evaluiert. Dr. med. F._____ hielt am 15. Dezember 2023 das Ergebnis der Qualitätskontrolle fest und erklärte, es hätten sich keine gravierenden Mängel gezeigt. Auf die versicherungsmedizinischen Schlussfolgerungen des Gutachtens zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit könne insofern abgestellt werden. Dieses Prüfungsergebnis befreit das Gericht indes nicht von einer sorgfältigen und umfassenden medizinischen Beweiswürdigung, zu-

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

3.4.2 Vorliegend hat sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht massgebend auf das MEDAS-Gutachten vom 26. November 2020 (AB 172.2) – samt den diesbezüglichen Teilgutachten – gestützt. Dieses erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen an eine versicherungsexterne medizinische Expertise und erbringt – auch unter Berücksichtigung des von der EKQMB empfohlenen Prüfungsrasters im Anhang 3 des Überprüfungsberichts – vollen Beweis. Insbesondere basiert die Beurteilung auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353 sowie E. 3.3 hiervor). Die MEDAS-Gutachter haben ausführlich begründet, dass die Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einer Malfusion einer ISG-Arthrodeese rechts, Mikrodekompression und Stabilisation LWK 4/5 leidet (AB 172.2 S. 6 Ziff. 4.2). Weiter haben sie schlüssig dargelegt, dass in der bisherigen Tätigkeit (als ... in einem ...) aktuell keine Arbeitsfähigkeit und in einer angepassten Tätigkeit (körperlich leicht, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht (S. 8 Ziff. 4.7 f.). Diese Einschätzung ist in sich nachvollziehbar und überzeugend. Ausserdem ergab die vom Bundesamt für Sozialversicherung angewiesene Qualitätskontrolle des MEDAS-Gutachtens keine Mängel (vgl. Bericht des RAD-Arztes Dr. med. F. _____ vom 26. November 2023; in den Gerichtsakten). Auf dieses Gutachten ist abzustellen.

Die an der Einschätzung der MEDAS-Gutachter beschwerdeweise vorgebrachte Kritik verfängt nicht. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 3 f. Ziff. 6) haben die Gutachter in ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keine widersprüchlichen Angaben gemacht und es wurde insbesondere im Zusammenhang mit dem avisierten operativen Eingriff (Revisionsoperation im Bereich des ISG rechts) keine "Hypothese"

erstellt. Vielmehr haben die Gutachter schlüssig dargelegt, dass sowohl mit als auch ohne den besagten operativen Eingriff in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Es wurde lediglich erwähnt, dass drei Monate nach einer allfälligen Revisionsoperation wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erwartet werden könne, d.h. dass die Arbeitsfähigkeit postoperativ für maximal drei Monate eingeschränkt ist. In der Stellungnahme vom 6. Dezember 2021 (AB 202 S. 1 f.) stellten die MEDAS-Gutachter nochmals klar, dass die orthopädische Beurteilung nicht unter Vorbehalt des Ergebnisses der anamnestisch seinerzeit avisierten Operation erfolgt ist. Somit legten sie die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit konstant auf 100 % fest. Bezüglich der attestierten Arbeitsfähigkeit ist ausserdem hervorzuheben, dass der orthopädische Gutachter auf diverse Inkonsistenzen hingewiesen hat, wie die berichtete gänzliche Wirkungslosigkeit der intensiven analgetischen Medikation, die teilweisen nicht wirksamen Analgetikaspiegel und die berichtete Reiseaktivität, welche mit der reklamierten ständigen Schmerzintensität und assoziierten Einschränkung der Mobilität nicht kompatibel sei. Aufgrund dessen schloss er auf eine demonstrative Ausgestaltung der Beschwerden (AB 172.5 S. 20 f. Ziff. 7.1 und S. 28 Ziff. 8.2). Dass die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nach einer Revisionsoperation von den Gutachtern offengelassen wurde (AB 172.5 S. 24 Ziff. 8.1), ist im Übrigen hier nicht zu beanstanden, da ausgehend von der vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit kein Rentenanspruch besteht (vgl. E. 4.3.2 f. hiernach).

Auch die weitere Kritik am MEDAS-Gutachten erweist sich als unbegründet. Die Gutachter haben sich – entgegen der Behauptung in der Beschwerde (S. 4 f. Ziff. 7) – mit den medizinischen Vorakten und insbesondere mit der im Bericht der Klinik G. _____ vom 22. Mai 2019 (AB 126 S. 2 ff.) diagnostizierten depressiven Störung auseinandergesetzt (AB 172.2 S. 55 und 172.6 S. 24). Dabei legte der psychiatrische Gutachter nachvollziehbar dar, dass keine psychopathologischen Befunde zu erheben sind, die auf das Bestehen einer depressiven (oder einer anderen psychiatrischen) Störung hinwiesen. Gleichzeitig erwähnte er diverse Inkonsistenzen. So waren deutlich diskrepant zum Beschwerdevortrag keine erheblichen Beeinträchtigungen zu objektivieren und es bestand kein schmerzge-

plagter Eindruck. Darüber hinaus waren die Beschwerdevalidierungsverfahren auffällig, was auf Aggravation schliessen liess. Gestützt darauf kam er zum Schluss, dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (AB 175.6 S. 23 ff. Ziff. 6 und S. 27 Ziff. 8.1). Diese Beurteilung steht im Einklang mit den Vorakten. Es finden sich abgesehen von der Zeit des stationären Aufenthalts in der Klinik G._____ vom 27. Februar bis 21. Mai 2019 keine (aus psychiatrischer Sicht) bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten. So stellte namentlich Dr. med. C._____ im Gutachten vom 23. Januar 2017 aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit fest (AB 41.1 S. 16 Ziff. VI 1).

3.5 Dass seit der Begutachtung in der MEDAS eine Verschlechterung insbesondere aus psychischer Sicht eingetreten wäre, ist gestützt auf die vorliegenden Akten – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 5 Ziff. 8) – nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Daran ändert nichts, dass Dr. med. I._____ im Bericht vom 22. Juni 2021 (AB 200 S. 8 f.) von einer Verschlechterung des psychischen Zustandes gesprochen und eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % bis 100 % attestiert hat (S. 9). Denn eine substantiierte Begründung für die angegebene Verschlechterung und die attestierte Arbeitsunfähigkeit fehlt in diesem Bericht. Ferner machte Dr. med. I._____ widersprüchliche Angaben zur Arbeitsfähigkeit, indem er im Bericht vom 2. März 2022 (AB 214 S. 3 ff.) unter Wiederholung der zuvor gestellten Diagnosen nunmehr seit Juni 2014 bis aktuell eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigte und die Beschwerdeführerin gleichzeitig aktuell als 100 % arbeitsunfähig einschätzte (S. 4 ff. Ziff. 1.3, 2.5, 4.2). Bereits aufgrund dieser widersprüchlichen Angaben kann nicht auf die Einschätzung von Dr. med. I._____ abgestellt werden. Dass die MEDAS-Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 6. Dezember 2021 (AB 202 S. 2) die von Dr. med. I._____ postulierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund der erfolgten Fehlmedikation als durchaus denkbar erachteten (Beschwerde S. 5 f. Ziff. 8), ändert vorliegend nichts. Die RAD-Psychiaterin Dr. med. N._____ hat sich im Bericht vom 15. August 2022 (AB 230 S. 2 ff.) mit der Beurteilung von Dr. med. I._____ auseinandergesetzt und einlässlich sowie schlüssig dargelegt, dass seit der gutachterlichen Untersuchung in psychiatrischer Hinsicht keine neuen fachärztlichen objektiv erhobenen Befunde vorlägen, welche eine

andere Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens begründen könnten. Entsprechend hielt sie an dem im MEDAS-Gutachten erstellten Zumutbarkeitsprofil fest (S. 5). Auch die von Dr. med. K. _____ und lic. phil. L. _____ im Bericht vom 15. Juli 2022 (AB 225) attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.3) vermag keine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes zu belegen. Diesbezüglich wies die RAD-Psychiaterin Dr. med. N. _____ (AB 230 S. 5) zu Recht darauf hin, dass sich Dr. med. K. _____ und die delegiert arbeitende Psychologin in der Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens auf die Selbstausskünfte und Klagen der Beschwerdeführerin gestützt haben (vgl. AB 225 S. 2 Ziff. 1.3). Eine vom psychiatrischen Gutachten abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeitsfähigkeit lässt sich damit nicht plausibilisieren. Darüber hinaus ist der Beschwerdegegnerin zuzustimmen (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 4), dass der Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin während vier Monaten in keiner psychiatrischen Behandlung befand (letzte Behandlung bei Dr. med. I. _____ fand am 22. Juni 2021 statt [AB 214 S. 4 Ziff. 1.1], die erste bei lic. phil. L. _____ am 23. September 2021 [AB 225 S. 2 Ziff. 1.1]) gegen eine erhebliche Verschlechterung spricht.

Wenn Dr. med. J. _____ im Bericht vom 9. April 2022 (AB 220) unter Hinweis auf eine neu bestehende rechtsbetonte Lumbalgie eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend macht und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (S. 2 Ziff. 1 und 3, S. 5 Ziff. 12), ändert dies vorliegend nichts. Der RAD-Arzt Dr. med. M. _____ hat sich im Bericht vom 11. August 2022 (AB 229 S. 3 f.) mit diesem Bericht auseinandergesetzt und dargelegt, dass es der Hausarzt unterlassen habe, seine Beurteilung mittels Befunden zu belegen und dass es somit seit der Begutachtung (aus somatischer Sicht) nicht zu einer zusätzlichen dauerhaften leistungsmindernden Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen ist (S. 4). Dieser Beurteilung kann ohne weiteres gefolgt werden.

3.6 Zusammenfassend bestehen keine auch nur geringen Zweifel am MEDAS-Gutachten und dieses erfüllt damit auch die strengeren Anforderungen des Bundesgerichts (vgl. E. 3.3 hiervor). Folglich besteht in der angestammten Tätigkeit keine und in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

Der Sachverhalt ist gestützt auf vorliegenden Akten hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem Eventualantrag in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I 2) – auf weitere Beweiserhebungen und dabei insbesondere auf eine psychiatrische und orthopädische Verlaufsbeurteilung 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).

4.

4.1

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 Lohnstrukturhebungen (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 Hilfsarbeitertätig-

keiten 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). 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).

4.2 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). Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung des Wartejahres und der (Neu-)Anmeldung im Dezember 2017 (AB 72 S. 2 f.) in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf das Jahr 2018 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich durchzuführen.

4.3

4.3.1 Es ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit weiterhin im ... arbeiten würde (vgl. AB 172.3 S. 14). Da sie ihre Arbeitsstelle im familieneigenen ... bis zum Jahr 2013 ausübte und dieser auch nicht mehr existiert (AB 79 S. 2, 172.3 S. 14), ist das Valideneinkommen nicht anhand des zuletzt erzielten Einkommens, sondern gestützt auf

die Tabellenlöhne (LSE 2018) zu ermitteln (vgl. E. 4.1.1 hiervor). Dabei würde es sich angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin keine Ausbildung abgeschlossen hat (AB 41.1 S. 3, 172.3 S. 14), grundsätzlich rechtfertigen, auf das Kompetenzniveau 1 (einfache Arbeiten körperlicher oder handwerklicher Art) der Ziff. 55-56 (...) der TA1 abzustellen. Selbst wenn unter Berücksichtigung der langjährigen Berufserfahrung der Beschwerdeführerin im ... (sie war zehn Jahr im familieneigenen ... tätig [AB 172.3 S. 14]) und letztlich zu Gunsten der Beschwerdeführerin – entsprechend dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin (AB 241 S. 2) – auf das Kompetenzniveau 2 abgestellt wird, welches allerdings besondere Fertigkeiten und Kenntnisse voraussetzen würde (vgl. Entscheid des BGER vom 22. April 2020, 8C_5/2020, E. 5.3.2), resultiert – wie nachfolgend dargelegt wird – ein rentenausschliessender IV-Grad.

Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Frauen beträgt gemäss LSE 2018, TA1, Ziff. 55-56, Kompetenzniveau 2, Fr. 4'265.--. An die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 42.4 Stunden (Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [BUA], Ziff. 55-56 [Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie]) angepasst, resultiert daraus ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 54'250.80 (Fr. 4'265.-- : 40 x 42.4 x 12).

4.3.2 Die Beschwerdeführerin hat keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen, weshalb das hypothetische Invalideneinkommen ebenfalls gestützt auf die Tabellenlöhne zu ermitteln ist (vgl. E. 4.1.2 hiervor).

Die Beschwerdeführerin ist in einer angepassten Tätigkeit (körperlich leicht, wechselbelastend oder überwiegend sitzend) zu 100 % ohne Leistungsminderung arbeitsfähig (vgl. E. 3.4 f. hiervor). Dementsprechend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen gestützt auf das Total des Kompetenzniveaus 1 ermittelt hat (AB 241 S. 1), zumal der Beschwerdeführerin verschiedene Verweistätigkeiten in diversen Tätigkeitsgebieten offen stehen. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Frauen beträgt Fr. 4'371.--. An die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, BUA, Total) angepasst, resultiert daraus ein Invalideneinkommen von Fr. 54'681.20 (Fr. 4'371.-- : 40 x 41.7 x 12) im Jahr.

Ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.1.2 hiavor) ist hier nicht gerechtfertigt und wurde von der Beschwerdegegnerin auch nicht vorgenommen (AB 241 S. 1), was unbeanstandet blieb.

4.3.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 54'250.80 und einem Invalideneinkommen von Fr. 54'681.20 resultiert ein IV-Grad von 0 %. Folglich besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.3 hiavor).

Die angefochtene Verfügung lässt sich nicht beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 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.

5.2 Vorliegend 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):
 - Advokat Dr. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.