

IV 200 2024 158  
MAK/SVE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 9. Juli 2025**

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Jakob  
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. Januar 2024



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1982 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurde erstmals im Februar 2002 unter Hinweis auf seit einem Unfall im September 1999 bestehende posttraumatische Belastungsstörungen und ein Klaviertastensyndrom bei Status nach Claviculafraktur bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II, IIA], act. II 1). Die IVB tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen und gewährte mit Verfügung vom 7. November 2002 (act. II 16) Eingliederungsmassnahmen (Berufsberatung und Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten). Mit Verfügung vom 18. August 2003 (act. II 25) wurden die beruflichen Massnahmen erfolgreich abgeschlossen. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Nachdem die Versicherte im September 2007 erneut um Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung hatte ersuchen lassen (act. II 26), gewährte die IVB abermals Eingliederungsmassnahmen (Berufsberatung und Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten; act. II 27). Diese wurden mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 2. Oktober 2008 (act. II 37) abgeschlossen.

Im April 2021 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf verschiedene somatische und psychische Leiden erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 39). Die IVB tätigte wiederum erwerbliche sowie medizinische Abklärungen und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 28. September 2022 (act. II 90) bei einem Invaliditätsgrad von 0 % einen Rentenanspruch. Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern hiess die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 91 S. 3 ff.) mit Urteil IV 200 2022 632 vom 26. April 2023 (act. II 104) gut und wies die Sache an die IVB zurück, damit diese eine versicherungsexterne polydisziplinäre Begutachtung veranlasse und anschliessend neu verfüge. In der Folge liess die IVB die Versicherte durch die C. \_\_\_\_\_ (MEDAS) in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie

sowie Dermatologie begutachten (Expertise vom 20. September 2023 [act. II 138.1 ff.]). Gestützt darauf stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 2. Oktober 2023 (act. II 141) in Aussicht, bei einem Invaliditätsgrad von 15 % einen Rentenanspruch zu verneinen. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 144, 149) holte sie eine Stellungnahme bei der MEDAS ein (Stellungnahme vom 22. Dezember 2023 [act. II 152 S. 2 ff.]) und verfügte am 24. Januar 2024 dem Vorbescheid entsprechend (act. II 153).

**B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 16. Februar 2024 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 24. Januar 2024 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 72 % auszurichten.
3. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere medizinische Abklärungen, insbesondere eine nochmalige polydisziplinäre Begutachtung zu initiieren.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 8. Mai 2024 auf Abweisung der Beschwerde.

Am 30. Mai und am 1. Juli 2024 gingen beim Gericht weitere Eingaben der Beschwerdeführerin ein.

## **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 24. Januar 2024 (act. II 153). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

**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 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

### **2.**

**2.1** In formeller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, indem sie beanstandet, die Beschwerde-

gegnerin habe bei den Gutachtern eine Stellungnahme eingeholt, ohne sie darüber zu informieren (Beschwerde S. 14 Ziff. 10).

## **2.2**

**2.2.1** Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72; SVR 2024 BVG Nr. 23 S. 79, 9C\_437/2023 E. 5.2).

**2.2.2** Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 139, 9C\_555/2020 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 193, 8C\_25/2020 E. 3.3.1). Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 139, 9C\_555/2020 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 193, 8C\_25/2020 E. 3.3.1).

**2.3** Soweit die Verwaltung die Sachverständigen mit der im Verwaltungsverfahren seitens einer versicherten Person erhobenen Kritik konfrontiert und sie – ohne sie vorgängig nochmals anzuhören – um eine diesbezügliche Stellungnahme ersucht, ist darin grundsätzlich keine Gehörsverletzung zu erblicken. Denn dabei stellt die Verwaltung keine eigenen Ergänzungsfragen (vgl. zum rechtlichen Gehör bei Erläuterungs- oder Ergänzungsfragen BGE 136 V 113 E. 5.4 S. 116; SVR 2019 IV Nr. 93 S. 313, 9C\_162/2019, 9C\_191/2019 E. 5.3.3.2). Ob die Verwaltung nach Eingang der Stellungnahme vom 22. Dezember 2023 (act. II 152 S. 2 ff.) jedoch ein weiteres Vorbescheidverfahren hätte durchführen müssen, was gemäss Rechtsprechung von den einzelfallweisen Umständen abhängt, kann hier offenbleiben, stellte doch eine allfällige diesbezügliche Gehörsverletzung jedenfalls keinen unheilbaren Verfahrensfehler dar (zum Ganzen: MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl. 2022, Art. 57a N. 4). Das angerufene Gericht verfügt über umfassende Kognition, womit es den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft. Damit wäre eine allfällige Gehörsverletzung im Rahmen des hiesigen Beschwerdeverfahrens geheilt. Folglich ist so oder anders von einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz abzusehen, da dies zudem einem prozessualen Leerlauf gleichkäme und zur unnötigen Verzögerung führen würde, die mit dem Interesse der Beschwerdeführerin an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wäre (vgl. E. 2.2.2 hier-  
vor).

### **3.**

**3.1** 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). Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 150 V 89 E. 3.2.1 S. 95, 323 E. 4.2 S. 328, 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213).

Die angefochtene Verfügung datiert zwar vom 24. Januar 2024 (act. II 153) und damit nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020. Indessen fällt der frühestmögliche Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs mit Blick auf die Anmeldung vom April 2021 (act. II 39) sowie die sechsmonatige Karenzfrist nach Art. 29 Abs. 1 IVG auf Oktober 2021, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (Rz. 9100 f. des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 150 V 1 E. 6.4.2 S. 6, 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).

**3.2** 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).

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).

**3.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

**3.4** 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 Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**3.5** Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vervollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1).

**3.6** 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. 180, 9C\_540/2020 E. 2.3).

#### **4.**

**4.1** Was den medizinischen Sachverhalt bis zum Erlass der gerichtlich aufgehobenen Verfügung vom 28. September 2022 (act. II 90) betrifft, ist auf die in VGE IV 200 2022 632 enthaltene Erwägung 3.1 (act. II 104 S. 8 ff.) zu verweisen. Hinsichtlich der darauffolgenden Entwicklung ist den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

**4.1.1** Im Verlaufsbericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, im Medizinalberuferegister ohne Facharzttitel verzeichnet (vgl. <[www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)>), Spital E. \_\_\_\_\_, vom 7. Juni 2023 (act. II 133) wurden als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1; ED 4. August 2003) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; ED 13. Juni 2022) diagnostiziert (S. 3 Ziff. 2.5). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, dass sowohl die bisherige als auch eine angepasste Tätigkeit während zwei bis drei Stunden täglich zumutbar seien (S. 6 Ziff. 4.1 f.).

**4.1.2** Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung auf das Gutachten vom 20. September 2023 (act. II 138.1 ff.). In der interdisziplinären Konsensbeurteilung (act. II 138.1 S. 6 ff. Ziff. 4) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 8 Ziff. 4.3 lit. b):

1. Chronische mid-portion-Achillessehnentendinopathie rechts bei Calcaneus valgus (ICD-10 M76.6);
  - Status nach traumatischer OSG-Distorsion (Februar 2020);
  - Aktuell klinisch stabiler Kapselbandapparat am OSG;
  - DD Psoriasis-assoziierte Ansatzdendinopathie bei Psoriasis vulgaris;
2. Persistierende AC-Gelenksinstabilität links (ICD-10 S43) bei Status nach Polytrauma (September 1999).

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen gestellt (lit. c):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4);
2. Schädlicher Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F12.19);
3. Intermittierende unspezifische Arthralgien Dig I und II rechts, Dig II links (ICD-10 M25.5);
  - Klinisch am Handskelett keinerlei Bewegungseinschränkungen respektive entzündlich-rheumatische Veränderungen objektivierbar;
4. Klinisch beginnende Patellafemoralarthrose rechts > links (ICD-10 M17.9);
5. Psoriasis pustulosa palmoplantaris (ICD-10 L40.3);
6. Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1);
7. Anamnestisch allergisches Asthma bronchiale (ICD-10 J45.0).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin habe gemäss Sozialanamnese im Wesentlichen im Gastronomiebereich gearbeitet. In der Tätigkeit als ...- bzw. ... bestehe eine leicht reduzierte Leistungsfähigkeit zur Gewährung von regelmässigen Arbeitspausen. Insgesamt bestehe nach vorangehend nicht dauerhaft höhergradig eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Februar 2020 seit Mai 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 9 Ziff. 4.6). Hinsichtlich einer optimal angepassten Tätigkeit hielten die Sachverständigen fest, die Beschwerdeführerin solle eine wechselbelastende Tätigkeit durchführen. Bei stehenden und gehenden Arbeiten sei auf eine gute und stabile Schuhversorgung zu achten, insbesondere solle die Valgisierung des Rückfusses mit adäquaten Einlagen kompensiert werden. Das Gehen auf unebenem Untergrund sei nicht spezifisch eingeschränkt. Vermieden werden solle das berufsbedingte Treppensteigen oder gar Benützen von Leitern und Gerüsten. In Schulterneutralstellung bestünden keinerlei spezifische Einschränkungen für manuell zu verrichtende Tätigkeiten. Die rechte dominante Schulter sei auch über Kopf frei beweglich. Die linke Schulter solle mehrheitlich in Neutralstellung eingesetzt werden, insbesondere seien Elevations- und Adduktionsbewegungen der linken Schulter zu vermeiden. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine leicht reduzierte Leistungsfähigkeit zur Gewährung von regelmässigen Arbeitspausen. Insgesamt bestehe nach vorangehend nicht dauerhaft höhergradig eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Februar 2020 seit Mai 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (Ziff. 4.7).

Im internistischen, im psychiatrischen und im dermatologischen Teilgutachten wurden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt

(act. II 138.3 S. 7 Ziff. 6.3 lit. b, 138.4 S. 7 Ziff. 6.3 lit. b, 138.6 S. 5 Ziff. 6.3 lit. b).

Der rheumatologische Gutachter nannte als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische mid-portion-Achillessehnentendinopathie rechts bei Calcaneus valgus (ICD-10 M76.6) sowie eine persistierende AC-Gelenksinstabilität links (ICD-10 S43) bei Status nach Polytrauma (September 1999; act. II 138.5 S. 9 Ziff. 6.3 lit. b). Weiter legte er unter anderem dar, dass in Zusammenhang mit einer dermatologischen Pathologie im Sinne einer Psoriasis pustulosa palmoplantaris aufgrund der im Jahre 2021 beklagten Befunde am Rückfuss rechts aus klinisch-rheumatologischer Sicht die Verdachtsdiagnose einer Psoriasisarthritis diskutiert worden sei, obwohl aufgrund der Aktenlage eine eigentliche Arthritis zu keinem Zeitpunkt habe objektiviert werden können. Als wesentlicher Befund habe eine mögliche Ansatzentzündung, welche als entzündlich interpretiert worden sei, der rechten Achillessehne und allenfalls der Strecksehne des Zeigefingers rechts vorgelegen. Die Methotrexat-Therapie, welche eingeleitet worden sei, habe einen hervorragenden Effekt auf die Psoriasis pustulosa an der Hand und der Fusssohle gehabt, ein Einfluss auf die bis heute weiterhin beklagten Achillessehnenbeschwerden rechts habe sich jedoch nicht ergeben. Der Rheumatologe hielt weiter fest, der Schulterstatus habe die bekannte Instabilität im AC-Gelenk links ergeben, diesbezüglich vor allem bei Schmerzprovokation bei Schulteradduktion über der Horizontalen bei ansonsten freier Schulterbewegungsfähigkeit. Der detaillierte Status an den Händen habe inspektorisch und palpatorisch keinerlei Hinweise für das Vorliegen einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung Typ Psoriasisarthritis ergeben. Es hätten sich eine völlig normale Bewegungsfähigkeit, keinerlei Synovitiden, keine Tenosynovitis und insbesondere auch keine Hinweise für eine Daktylitis gezeigt. Weiter wurde ausgeführt, die rechte Achillessehne schmerze auf Höhe des OSG in diskretem Umfang, mit leichter Auftreibung im Vergleich zur unauffälligen linken Seite. Der eigentliche Achillessehnenansatz am Kalkaneus sei ebenso schmerzfrei wie die Plantaraponeurose. Im Gesamtkontext könnten keine eindeutigen Hinweise für die früher postulierte Diagnose einer eigentlichen Psoriasisarthritis mehr festgestellt werden, wobei der Referent nochmals erwähnen möchte, dass gemäss Aktenlage eine eigentliche Arthritis gar nie objektiviert worden sei.

Die Achillessehnen könnten differenzialdiagnostisch im Rahmen des Rückfussvalgus im Sinne einer Fussfehlstatik und ungenügender muskulärer Stabilisation des Rückfusses erklärt werden. Einen klaren Zusammenhang mit einer Psoriasis vulgaris liege nicht zwingend vor. Einzig ein MRT vom Mai 2020, d.h. vor über drei Jahren, habe eine gewisse Ansatzentzündung und eine Ultraschalluntersuchung vom Jahre 2021 eine mögliche Erosion am kalkanearen Ansatz ergeben. Eine weitere diesbezügliche Bildgebung sei bis anhin nicht durchgeführt worden. Die Röntgenbilder des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom Juli 2022 hätten weder am Hand- noch am Fussskelett radiomorphologisch Hinweise für eine entzündliche rheumatische Erkrankung Typ Psoriasisarthropathie ergeben, noch hätten sich relevante degenerative Veränderungen ergeben (S. 8 f. Ziff. 6.1). Sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ...- bzw. ... als auch in einer angepassten Tätigkeit (vgl. zum Zumutbarkeitsprofil S. 11 Ziff. 8.2.1) attestierte der Rheumatologe ab Datum der Begutachtung eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, da zur Gewährung von regelmässigen Arbeitspausen eine um 20 % reduzierte Leistungsfähigkeit bestehe. In Bezug auf das OSG-Trauma vom Februar 2020 könne für stehende bzw. gehende Tätigkeiten von einer aufgehobenen Arbeitsfähigkeit für maximal drei Monate ausgegangen werden (S. 10 f. Ziff. 8.1 f.). Eine stabilisierende und auch koordinativ durchgeführte Physiotherapie sei unabdinglich, um die abgeschwächten Muskelgruppen vor allem der Unterschenkel- und Fussmuskulatur rechts zu korrigieren. Aufgrund der seit Jahren klar dokumentierten Instabilität am AC-Gelenk links sei auch eine operative Intervention im Sinne einer AC-Gelenkstabilisationsoperation vertieft zu diskutieren. Ein stabiles AC-Gelenk führe sicherlich zu einer besseren Belastungsfähigkeit des linken Schultergelenks (S. 11 f. Ziff. 8.3).

An dieser gutachterlichen Einschätzung hielten die Experten mit Schreiben vom 22. Dezember 2023 (act. II 152 S. 2 ff.) fest.

**4.1.3** Im Bericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, im Medizinalberuferegister ohne Facharztstitel verzeichnet (vgl. <[www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)>), Spital E. \_\_\_\_\_, vom 21. Juni 2024 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3) zu Händen der Rechtsvertretung wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) nach:

- Sexuellem Missbrauch in der Kindheit;
- Autounfall am TT. September 1999;
- Beschwerdeführerin leide unter anhaltenden Symptomen einer erhöhten psychischen Sensitivität und Überregung mit Schlafstörung mit häufigen Alpträumen, Reizbarkeit und Wutausbrüchen, zunehmend Angstzustände (vor dem ... aktuell sehr und vermehrt im Alltag);
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4);
- Verdacht auf Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) mit/bei
  - Leichte Ablenkbarkeit durch die Umgebung oder eigene Gedanken; Probleme, länger an einer Sache zu bleiben;
  - Impulsivität, schnelle Stimmungswechsel;
  - Leichte Reizbarkeit mit verminderter Stresstoleranz;
  - Anmeldung für ADHS im H. \_\_\_\_\_ am 8. Februar 2024.

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte die behandelnde Ärztin aus, die Beschwerdeführerin sei bislang zu 30 % arbeitsfähig und nicht mehr in der Lage gewesen, mehr als fünf Stunden als ... pro Tag zu arbeiten. Bei einer Verlängerung der Arbeitszeit würden seitens der Beschwerdeführerin eine Abnahme der Konzentration sowie ein sinkendes Toleranzniveau, eine zunehmende Reizbarkeit gegenüber Kunden sowie eine Verschlechterung der körperlichen Schmerzen beobachtet. Die körperlichen Beschwerden seien durch Stress und Arbeitsdruck verstärkt worden und hätten letztlich zu einer raschen Ermüdbarkeit und psychischen Dekompensation mit erneuter depressiven Verstimmung, Verzweiflung, Schlafstörungen geführt und zu einer Copingstrategie mit Alkoholkonsum aufgrund der erneuten körperlichen Versagens und der verminderten Leistungsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht seien zudem weitere Leistungseinschränkungen zu vermerken, darunter ein erhöhter Pausenbedarf und begrenzte tägliche Arbeitszeit. Diese resultierten aus der raschen Ermüdbarkeit, Konzentrationschwäche sowie der verminderten körperlichen und psychischen Belastbarkeit der Beschwerdeführerin.

**4.2** 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 anzuge-

ben, 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).

Die Rechtsprechung hat die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) als anerkannten Standard für eine sachgerechte und rechtsgleiche (versicherungs-) psychiatrische Begutachtung bezeichnet. Sie verstehen sich als Empfehlung, wovon im begründeten Einzelfall abgewichen werden kann. Ein sich formal und inhaltlich nach den Leitlinien richtendes Gutachten soll demnach den Regelfall bilden. Als Standard bei der Begutachtung sind die Leitlinien dem Rechtsanwender bei der Beurteilung der Gutachtensqualität nützlich (BGE 140 V 260 E. 3.2.2 S. 262). Sie sollen die gutachterliche Ermessensausübung strukturieren und diese – insbesondere für die Rechtsanwendung – nachvollziehbar machen. Ein Gutachten verliert jedoch nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die Leitlinien anlehnt oder (zeitlich) noch gar nicht anlehnen konnte. Der Nichtbefolgung der Begutachtungsleitlinien ist aber bei der Beurteilung des Beweiswertes Rechnung zu tragen, wobei massgebend bleibt, ob ein Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist (SVR 2018 IV Nr. 27 S. 86, 8C\_260/2017 E. 3.3).

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 Erörte-

rung 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, 8C\_260/2020 E. 2.2).

**4.3** Das Gutachten vom 20. September 2023 (act. II 138.1 ff.) samt Stellungnahme vom 22. Dezember 2023 (act. II 152) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 4.2 hiervor). Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Experten haben die Befunde und Diagnosen im Rahmen ihrer Beurteilungen dargelegt. Die Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand wurden nachvollziehbar begründet. Das Gutachten ist demnach beweiskräftig, weshalb darauf abzustellen ist. Die Gutachter haben ausführlich begründet, dass die Beschwerdeführerin an den folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit leidet: chronische mid-portion-Achillessehnentendinopathie rechts bei Calcaneus valgus (ICD-10 M76.6) sowie persistierende AC-Gelenksinstabilität links (ICD-10 S43) bei Status nach Polytrauma (im September 1999; act. II 138.1 S. 8 Ziff. 4.3 lit. b). Weiter legten sie schlüssig dar, dass in der früher ausgeübten Tätigkeit als ... bzw. ... bzw. in einer angepassten Tätigkeit (wechselbelastende Tätigkeit; vgl. zum Zumutbarkeitsprofil act. II 138.1 S. 9 Ziff. 4.7) eine 80%ige Arbeitsfähigkeit besteht (S. 9 Ziff. 4.6 f.).

Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, überzeugt nicht: Soweit sie zunächst sinngemäss geltend macht, die Sachverständigen seien voreingenommen gewesen, da sie mit ihrer Stellungnahme vom 22. Dezember 2023 (act. II 152) die Beweistauglichkeit des eigenen Gutachtens hätten überprüfen sollen (Beschwerde S. 15 Ziff. 10), ist dies nicht stichhaltig. Die MEDAS-Gutachter machten das bereits erstattete Gutachten zum Ausgangspunkt ihrer Ergänzungen. Dabei nahmen sie einzig zu den medizinischen Vorbringen in den Schreiben vom 31. Oktober und 14. November 2023 (act. II 144, 149) Stellung. Dies ist nach der von der Beschwerdefüh-

rerin selbst herangezogenen Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C\_273/2009 vom 14. September 2009 E. 3.2 mit Hinweis) ohne Weiteres zulässig (vgl. Urteil des BGer 8C\_279/2023 vom 30. April 2024 E. 4.2). Soweit die Beschwerdeführerin sodann rügt, die Explorationsdauer von einer Stunde stelle die Seriosität der psychiatrischen Begutachtung in Frage (Beschwerde S. 4 Ziff. 4), ist festzuhalten, dass der Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens nicht in erster Linie von der Dauer der Untersuchung abhängt. Massgebend ist vielmehr, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. (SVR 2023 IV Nr. 55 S. 191, 8C\_130/2023 E. 4.4.4, 2017 IV Nr. 75 S. 230, 9C\_44/2017 E. 4.3). Was die Untersuchungsmethoden betrifft (Beschwerde S. 5 Ziff. 4), kommt den Gutachtern ein weiter Ermessenspielraum zu (Urteil des BGer 8C\_613/2022 vom 6. Oktober 2023 E. 4.2). Gleiches gilt für das Einholen von Fremdanamnesen (Urteil des BGer 8C\_58/2023 vom 4. Dezember 2023 E. 4.1). So ist im Rahmen einer (psychiatrischen) Begutachtung nicht eine Fremdanamnese entscheidend, sondern die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese. Ebenso ergibt sich aus den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie in dieser Hinsicht nichts anderes (SVR 2019 IV Nr. 41 S. 132, 9C\_292/2018 E. 5.2.2.1). Mit Blick darauf, dass dem Gutachter die Berichte der Behandler vorlagen und er sich mit diesen auseinandersetzte, ist vorliegend nicht zu beanstanden, dass er keine zusätzlichen fremdanamnestischen Auskünfte einholte. Die Beschwerdeführerin legt denn auch nicht dar und es ist nicht ersichtlich, welche weiteren Erkenntnisse mit einer Fremdanamnese hätten gewonnen werden können bzw. welche Aspekte diesbezüglich unberücksichtigt geblieben sind. Aus der Tatsache allein, dass die gutachterliche diagnostische Einschätzung von derjenigen des behandelnden Facharztes abweicht, lässt sich keine Notwendigkeit einer Rücksprache ableiten. Vielmehr überzeugt die Einschätzung des Psychiaters, wonach er die depressive Störung als remittiert erachtete (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 4). Denn entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 7 Ziff. 5) wurde ein psychiatrischer Befund erhoben, welcher abgesehen von einem leicht verminderten Antrieb unauffällig war (vgl. act. II 138.4 S. 5 Ziff. 4.3). Es leuchtet damit ein, dass sich gemäss dem Sachverständigen in der aktuellen Untersuchung keine Symptome für eine depressive Störung mehr zeigten (zu den Symptomen

einer Depression vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 169 f.): So seien die Stimmungslage ausgeglichen und ein depressiver Affekt nicht vorhanden gewesen und es hätten sich keine Hinweise auf Beeinträchtigungen des kognitiven Funktionsniveaus ergeben. Dass der Experte die im psychopathologischen Befund angegebenen immer wiederkehrenden Sorgen bezüglich alltäglicher Situationen als normalpsychologisch nachvollziehbar und ohne Krankheitswert betrachtete (act. II 138.4 S. 7 Ziff. 6.2.3), überzeugt ebenfalls, handelt es sich hierbei doch um eine psychosoziale Problematik, welche jedoch nicht als invalidisierend gilt. Dies umso mehr als es vorliegend an einer fachärztlich festgestellten, ausgeprägten psychischen Störung fehlt (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 188, 9C\_537/2011 E. 3.2).

Die Beschwerdeführerin rügt weiter, dass nicht auf die Missbrauchsproblematik eingegangen worden sei (Beschwerde S. 6 Ziff. 4, S. 8 Ziff. 5). Diesbezüglich legte der Gutachter in der Stellungnahme vom 22. Dezember 2023 (act. II 152 S. 2 ff.) einleuchtend dar, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung angegeben habe, der sexuelle Missbrauch durch den ... der ... spiele für sie keine Rolle mehr (vgl. hierzu act. II 138.4 S. 3 Ziff. 3.2) und dass sie anlässlich der Exploration keine Symptome einer Traumafolgestörung aufgewiesen habe (S. 4). Dies stimmt denn auch mit dem psychiatrischen Untersuchungsbefund überein, wonach Flashbacks oder Albträume negiert worden seien (vgl. act. II 138.4 S. 5 Ziff. 4.3). Darüber hinaus überzeugt auch, dass anlässlich einer Begutachtung nicht bearbeitete Trauma nicht ausführlich erfragt werden, um eine Destabilisierung zu vermeiden (act. II 152 S. 4). Soweit der Rechtsvertreter in psychiatrischer Hinsicht schliesslich vorbringt, die anhaltenden, schweren Schmerzen sprächen für eine somatoforme Schmerzstörung (Beschwerde S. 6 Ziff. 4), fehlt es ihm hierzu an der erforderlichen medizinischen Fachkompetenz und bei geklagten Schmerzen trotz Fehlen eines organischen Korrelats kann nicht direkt auf eine Schmerzstörung geschlossen werden. Der Gutachter selbst schloss eine solche aus. Dies überzeugt mit Blick darauf, dass auch die übrigen Berichte keine Hinweise auf eine solche Diagnose enthalten.

Die Beschwerdeführerin macht überdies geltend, es sei der Beurteilung der behandelnden Psychiaterin des Spitals E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 21. Juni 2024 zu folgen, wonach maximal eine Arbeitsfähigkeit von zwei bis drei Stunden, maximal eine 30%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (Beschwerde S. 18 Ziff. 12). Eine fachärztliche Beurteilung zum Gesundheitszustand kann jedoch nur gestützt auf eine ebenfalls fachärztliche abweichende Beurteilung entkräftet werden (vgl. Urteil des BGer 9C\_458/2021 vom 15. November 2021 E. 3.3). Dr. med. G. \_\_\_\_\_ verfügt indessen gemäss Medizinalberuferegister über keinen Facharztstitel (vgl. <[www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)>), womit es ihr von vornherein an der Fachkompetenz zur Beurteilung des vorliegenden Sachverhalts fehlt. Darüber hinaus beruht diese Einschätzung im Wesentlichen ohnehin auf subjektiven, unkritisch übernommenen Angaben der Beschwerdeführerin. Seitens der Gutachter wurde jedoch festgehalten, dass die Beschwerdeführerin selbstlimitierende Tendenzen aufweist und sich nicht in der Lage sieht, einer beruflichen Tätigkeit mit einem höheren Arbeitspensum nachzugehen (act. II 138.4 S. 8 Ziff. 7.2). Diese subjektive Selbsteinschätzung einer deutlich eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ist allerdings nicht auf objektivierbare Befunde zurückzuführen (act. II 138.1 S. 7 Ziff. 4.2). Schliesslich ist auch dem Umstand Rechnung zu tragen, wonach die behandelnden Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 78, 8C\_616/2014 E. 5.3.3.3).

In somatischer Hinsicht begründete der rheumatologische Gutachter entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 10 Ziff. 6) nachvollziehbar, weshalb er eine Psoriasisarthritis nicht diagnostizierte: So sei eine eigentliche konkret objektivierbare Gelenksentzündung im Sinne einer Arthritis, einer Tendinitis oder einer für eine Psoriasisarthropathie typischen Daktylitis gemäss Bericht vom Mai 2021 weder klinisch noch sonographisch festgestellt worden. Im Juli 2022 habe sich die Beschwerdeführerin gemäss behandelndem Arzt nahezu in klinischer Remission befunden. Die Röntgenbilder vom Juli 2022 hätten weder am Hand- noch am Fuss skelett radiomorphologische Hinweise für eine entzündliche rheumatische Erkrankung Typ Psoriasisarthropathie ergeben, noch hätten sich relevante degenerative Veränderungen gefunden. Differenzialdiagnostisch

ordnete der Rheumatologe die Schmerzen an der Achillessehne auf Höhe des OSG im Rahmen des Rückfussvalgus mit Insuffizienz vor allem der Tibialis anterior und posterior Muskulatur bzw. im Sinne einer sogenannten mid-portion-Achillessehnentendinopathie ein. Mit Blick darauf, dass sich aus dem klinisch-rheumatologischen Status keine Hinweise auf eine manifeste aktive entzündlich-rheumatische Erkrankung ergab, überzeugt, dass im Rahmen der Diagnosestellung auf bildgebende Untersuchungen verzichtet wurde (act. II 152 S. 5 f.; act. II 138.5 S. 8 f. Ziff. 6.1). Im Übrigen ist invalidenversicherungsrechtlich nicht in erster Linie die genaue diagnostische Zuordnung massgebend, sondern welche Auswirkungen ein Gesundheitsschaden auf das funktionelle Leistungsvermögen zeitigt (Urteil des BGer 8C\_287/2022 vom 17. August 2022 E. 5.1.2). Sodann kritisiert die Beschwerdeführerin die Schlussfolgerung in der Gesamtbeurteilung, wonach ihr die Tätigkeit als ... noch zumutbar sein soll, da aus dermatologischer Sicht möglichst wenig palmare bzw. plantare mechanische Beanspruchung erfolgen solle (Beschwerde S. 13 Ziff. 8). Hierzu bleibt festzuhalten, dass auch die dermatologische Gutachterin die Tätigkeit als ... als zumutbar erachtete (act. II 138.6 S. 6 Ziff. 8.1). Dies überzeugt auch mit Blick darauf, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Exploration selbst angab, dass es mit der Hauterkrankung aktuell keine Probleme gebe und sie sich auch in der Tätigkeit als ... sehr wohl fühle (act. II 138.6 S. 3 Ziff. 3.2.3). Schliesslich ergeben sich auch aus der gerichtlich edierten Tonaufnahme (act. IIA) keine relevanten Aspekte, welche den Beweiswert der Expertise zu schmälern vermöchten. Der pauschale Hinweis, die Tonaufnahme bestätige, dass die psychiatrische Exploration "überaus oberflächlich und schlicht unvollständig" sei (Beschwerde S. 7 Ziff. 5), genügt hierfür ebenso wenig wie der "Eindruck, dass dem Gutachter jegliche Empathie für die Beschwerdeführerin fehl[e]" (Beschwerde S. 9 Ziff. 5). Zwar erwähnte die Beschwerdeführerin teilweise suizidale Gedanken zu haben, wenn eine Situation aussichtslos erscheine (act. IIA [Tonspur des psychiatrischen Teilgutachtens, ab 57min 53sec], wogegen sie gemäss Gutachten lebensmüde Gedanken negiert haben soll (act. II 138.4 S. 5 Ziff. 4.3; Beschwerde S. 8 Ziff. 5, S. 16 Ziff. 11). Der Gutachter löste diesen Kontrast in der Stellungnahme vom 22. Dezember 2023 (act. II 152) jedoch auf, indem er erklärte, die Aussage der Explorandin sei nicht als akute Suizidalität mit entsprechenden Suizidabsichten, sondern als streckenweise

auftretende "Lebensüberdrussgedanken" bei schwierig zu bewältigenden Belastungssituationen zu interpretieren. Wenngleich problematisch erscheint, dass die Passage im Teilgutachten eine wortgetreue Wiedergabe der mündlichen Aussage suggeriert, ist dies angesichts der nachvollziehbaren fachpsychiatrischen Präzisierung (act. II 152) beweisrechtlich letztlich unschädlich. Der rheumatologische Gutachter empfahl im Rahmen des Explorationsgesprächs im Zusammenhang mit der diskutierten Verdachtsdiagnose einer Psoriasisarthritis an der Achillessehne rechts ein Verlaufs-MRI (act. IIA [Tonspur rheumatologisches Teilgutachten: ab 8min 10sec bzw. ab 14min 10sec]), er behauptete jedoch – entgegen der sinngemässen Argumentation in der Beschwerde (S. 11 Ziff. 7, S. 17 Ziff. 11) – nicht, ohne eine solche bildgebende Zusatzuntersuchung sei eine gutachterliche Beurteilung ausgeschlossen, was er denn auch in der Stellungnahme vom 22. Dezember 2023 (act. II 152) bekräftigte. Zwar bezweifelte er, dass je eine eigentliche Psoriasisarthritis vorgelegen habe (act. II 138.5 S. 9 Ziff. 6.2.3), er berücksichtigte die funktionellen Auswirkungen der rechtsseitigen Fussbeschwerden jedoch im Zumutbarkeitsprofil, womit deren Ätiologie oder diagnostische Zuordnung irrelevant sind (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2 S. 281; Urteil des BGer 9C\_571/2023 vom 11. Januar 2024 E. 6.4).

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt. Weitere Abklärungen (Beschwerde S. 20 f. Ziff. 13) sind daher nicht erforderlich, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung darauf zu verzichten ist (vgl. zur antizipierten Beweiswürdigung BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; in BGE 151 III 28 nicht publ. E. 5.2 des Urteils 9C\_298/2024 vom 14. August 2024; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C\_296/2018 E. 4).

**4.4** Gestützt auf das beweiskräftige Gutachten vom 20. September 2023 (act. II 138.1 ff.) ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin sowohl in der letzten Tätigkeit als ...- bzw. ... als auch in einer angepassten, wechselbelastenden Tätigkeit (vgl. zum Zumutbarkeitsprofil act. II 138.1 S. 9 Ziff. 4.7.1) nach vorgängig aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Februar 2020 seit Mai 2020 zu 80 % arbeitsfähig ist (S. 9 f. Ziff. 4.6 f.). Gestützt darauf 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, 8C\_134/2021 E. 3.2). 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 Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2022 IV Nr. 22 S. 70, 8C\_276/2021 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 Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (stan-

dardisierte 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 2024 UV Nr. 14 S. 58, 8C\_706/2022 E. 6.1.2, 2018 IV Nr. 46 S. 147, 8C\_211/2018 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20; SVR 2023 IV Nr. 18 S. 63, 8C\_332/2022 E. 5.2.1.1).

**5.4** 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 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV).

**5.5** Mit Blick auf die Anmeldung vom April 2021 (act. II 39) fiele der frühestmögliche Rentenbeginn unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG auf Oktober 2021. Dies unter der Annahme, dass das Wartejahr erfüllt wäre, d.h. während einem Jahr durchschnittlich eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hätte (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; vgl. E. 3.3). Ob dies vorliegend zutrifft, kann angesichts des Ergebnisses jedoch offen bleiben.

Die Beschwerdegegnerin stellte zur Bestimmung des Valideneinkommens auf die LSE 2020, TA1\_tirage\_skill\_level, Sektor 3 (Dienstleistungen), Ziff. 55-56 (Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie), Frauen, Kompetenzniveau 1 (Fr. 3'957.--), ab (act. II 153 S. 2). Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, es sei auf den Totalwert, Frauen, Kompetenzniveau 1 (Fr. 4'276.--), abzustellen (Beschwerde S. 18 Ziff. 12). So oder anders resultiert – wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird – kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Gestützt auf die LSE 2020, TA1\_tirage\_skill\_level, Sektor 3 (Dienstleistungen), Ziff. 55-56 (Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie), Frauen, Kompetenzniveau 1 (Fr. 3'957.--), indexiert pro 2021 (gemäss Tabelle T1.2.20, Nominallohnindex, Frauen 2021 - 2024, Ziff. 55 / 56 Beherbergung und Gastronomie, 2020: 100.0, 2021: 100.3) und angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, 2021, Ziff. 56 Gastronomie: 42.4) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 50'484.-- (Fr. 3'957.-- x 12 / 100.0 x 100.3 / 40 x 42.4). Basierend auf der LSE 2020, TA1\_tirage\_skill\_level, Frauen, Total, Kompetenzniveau 1 (Fr. 4'276.--), indexiert auf das Jahr 2021 (gemäss Tabelle T1.2.20, Nominallohnindex, Frauen 2021 - 2024, Total, 2020: 100.0, 2021: 100.6) sowie angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, 2021, Ziff. 01-96 Total: 41.7) beläuft sich das Valideneinkommen auf Fr. 53'813.70 (Fr. 4'276.-- x 12 / 100 x 100.6 / 40 x 41.7).

Da die Beschwerdeführerin in ihrer aktuellen Tätigkeit (vgl. Beschwerde S. 19 Ziff. 12 oben) ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit nicht verwertet, stellte die Beschwerdegegnerin zur Bestimmung des Invalideneinkommens zu Recht auf

LSE-Tabellenlöhne bzw. die TA1\_tirage\_skill\_level, Frauen, Total, Kompetenzniveau 1 (Fr. 4'276.--), ab, womit bei einer Vollzeitbeschäftigung – unter Berücksichtigung der 20%igen Leistungseinschränkung – indexiert pro 2021 (gemäss Tabelle T1.2.20, Nominallohnindex, Frauen 2021 - 2024, Total, 2020: 100.0, 2021: 100.6) sowie angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, 2021, Ziff. 01-96 Total: 41.7) ein Betrag von Fr. 43'050.95 (Fr. 4'276.-- x 12 / 100 x 100.6 / 40 x 41.7 x 0.8) resultiert. Das medizinische Zumutbarkeitsprofil trägt bereits sämtlichen Einschränkungen hinreichend Rechnung, so dass diese nicht zusätzlich mittels eines leidensbedingten Abzugs zu berücksichtigen sind. Überdies sind sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Tabellenlöhne zu ermitteln, so dass invaliditätsfremde Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie) ohnehin ausser Betracht fallen, da sie bei beiden Vergleichseinkommen zu berücksichtigen wären (Urteil des BGer 8C\_736/2017 vom 20. August 2018 E. 4.3). Ein Abzug vom Tabellenlohn ist deshalb nicht gerechtfertigt. Folglich beläuft sich das Invalideneinkommen auf Fr. 43'050.95.

Wird zur Bestimmung des Valideneinkommens auf die LSE 2020, TA1\_tirage\_skill\_level, Sektor 3 (Dienstleistungen), Ziff. 55-56 (Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie), Frauen, Kompetenzniveau 1, abgestellt, resultiert bei einem Valideneinkommen von Fr. 50'484.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 43'050.95 ein Invaliditätsgrad von gerundet 15 % ( $[(Fr. 50'484.-- - Fr. 43'050.95) \times 100 / Fr. 50'484.--]$ ; vgl. zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 196, 8C\_575/2018 E. 7.1), womit kein Rentenanspruch besteht (vgl. E. 3.4 hier vor). Wird sodann für das Valideneinkommen – wie bei der Bestimmung des Invalideneinkommens – auf den Totalwert, Frauen, Kompetenzniveau 1, abgestellt, sind die beiden Vergleichseinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu bestimmen und es erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Denn diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (in BGE 148 V 321 nicht publ. E. 6.2 des Urteils des BGer 8C\_104/2021 vom 27. Juni 2022). Folglich resultiert ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 20 % (vgl. E. 3.4 hier vor). Selbst unter

Berücksichtigung des Pauschalabzuges von 10 % ab 1. Januar 2024 (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV in der seit 1. Januar 2024 in Kraft stehenden Fassung [AS 2023 635]; zur Rechtslage von 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2023 vgl. BGE 150 V 410 E. 10.6 S. 439) resultierte ein ebenfalls nicht rentenbegünstigender Invaliditätsgrad von 28 % ( $1 - [0.8 - 10\%] \times 100$ ; vgl. Art. 28b IVG).

## 6.

Zusammenfassend verneinte die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht. Die angefochtene Verfügung vom 24. Januar 2024 (act. II 153) ist damit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## 7.

**7.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

**7.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt lic. 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.