

200 24 557 IV
KOJ/SCC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. Januar 2025

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Advokat B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Juni 2024



Sachverhalt:

A.

Die 1971 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 30. April 2019 wegen Lumboischialgie bei Zustand nach Bandscheibenoperation bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an (Akten der IVB [act. II] 1). Gegen den Vorbescheid vom 12. Dezember 2019 (act. II 31) erhob die Versicherte Einwand (act. II 32, 34). Nach einer Stellungnahme durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 25. Februar 2020 (act. II 36) verneinte die IVB mit Verfügung vom 9. März 2020 bei einem Invaliditätsgrad von 10 % den Anspruch der Versicherten auf eine Rente (act. II 37); die Verfügung blieb unangefochten.

Am 9. November 2020 meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB zum Bezug von Leistungen an (act. II 38) und liess medizinische Berichte einreichen (act. II 40, 45, 74). Die IVB veranlasste eine bidisziplinäre Begutachtung durch Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (orthopädisches Gutachten vom 11. Juli 2022 [act. II 101.2]) und Prof. Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (psychiatrisches Gutachten vom 29. Oktober 2022 [act. II 97.1]; bidisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 25. November 2022 [act. II 101.1]). Gestützt darauf stellte die IVB mit Vorbescheid vom 9. Januar 2023 die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht (Akten der IVB [act. IIA] 102). Hiergegen erhob die Versicherte am 8. Februar 2023 Einwände (act. IIA 109). Der behandelnde Arzt med. pract. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, reichte den Bericht vom 9. Februar 2023 zu den Akten (act. IIA 112/2 ff.). Mit Verfügung vom 23. Februar 2023 verneinte die IVB einen Anspruch der Versicherten auf eine Rente (act. IIA 114). Hiergegen erhob die Versicherte am 12. April 2023 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde (act. IIA 125/3 ff.).

Die IVB holte Stellungnahmen des RAD ein, woraufhin Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des

Bewegungsapparates, am 5. Juni 2023 festhielt, auf das orthopädische Gutachten könne abgestellt werden (act. IIA 134) und Dr. med. G. _____ am 6. Juni 2023 weitere Abklärungen in psychiatrischer Hinsicht empfahl (act. IIA 135/5). Am 16. Juni 2023 zog die IVB die angefochtene Verfügung vom 23. Februar 2023 in Wiedererwägung (act. IIA 137), um weitere Abklärungen vorzunehmen. In der Folge wurde das Beschwerdeverfahren vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben (Urteil vom 22. Juni 2023 [IV/2023/272; act. IIA 140]).

Die IVB veranlasste danach eine Begutachtung durch lic. phil. H. _____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP (neuropsychologisches Gutachten vom 23. Januar 2024 [act. IIA 156.1]), und PD Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (psychiatrisches Gutachten vom 21. März 2024 [act. IIA 161.2]; bidisziplinäre neuropsychologisch-psychiatrische Konsensbeurteilung vom 21. März 2024 [act. IIA 161.1]). Mit Vorbescheid vom 12. April 2024 stellte die IVB die Verneinung des Anspruchs der Versicherten auf eine Rente in Aussicht (act. IIA 162). Der Hausarzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, reichte den Bericht vom 19. April 2024 zu den Akten (act. IIA 166). Am 17. Mai 2024 erhob die Versicherte Einwand (act. IIA 169). Mit Verfügung vom 20. Juni 2024 verneinte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 20 % bzw. von 28 % (ab dem 1. Januar 2024) den Anspruch der Versicherten auf eine Rente (act. IIA 173). Am 27. Juni 2024 lehnte die IVB ein Gesuch der Versicherten vom 19. Juni 2024, zusammen mit dem Bericht des behandelnden Psychiaters med. pract. E. _____ vom 3. Juni 2024, es seien ihr die Unterlagen der Plausibilisierungsuntersuchung bekanntzugeben (act. IIA 174), ab (act. IIA 176). Am 21. Juli 2024 reichte med. pract. E. _____ bei der IVB eine weitere Stellungnahme ein (act. IIA 177/47; [Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4).

B.

Am 23. August 2024 erhob die Versicherte, vertreten durch Advokat B. _____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragt das Folgende:

1. Die Verfügung vom 20. Juni 2024 der Beschwerdegegnerin sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen.
2. Es sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung mit dem unterzeichneten Advokaten als Rechtsvertreter zu bewilligen.
3. Unter o/e-Kostenfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 19. September 2024 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 23. September 2024 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut, unter Beiordnung von Advokat B._____ als amtlicher Anwalt.

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 20. Juni 2024 (act. IIA 173). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV [WEIV]) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die angefochtene Verfügung datiert vom 20. Juni 2024 (act. IIA 173), somit nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020. Mit Blick auf die Anmeldung zum Leistungsbezug von November 2020 (act. II 38) sowie die sechsmonatige Karenzfrist des Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 2.4 hiernach) liegt der frühestmögliche Zeitpunkt des potenziellen Anspruchs auf eine Rente im Mai 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 geltenden Fassung (fortan aArt.) Anwendung finden (vgl. dazu auch Rz. 9101 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungsrecht über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungswei-

sungen vgl. BGE 148 V 385 E. 5.2 S. 391, 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrahmens

(BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

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

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Der Rentenanspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Art. 29 Abs. 2 IVG).

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).

2.5

2.5.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine

neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad 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).

2.5.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditäts-

schätzungen 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).

2.5.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad 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 November 2020 (act. II 38) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der (unangefochten gebliebenen) Verfügung vom 9. März 2020 (act. II 37), mit welcher die Beschwerdegegnerin einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente verneint hatte, und der hier angefochtenen Verfügung vom 20. Juni 2024 (act. IIA 173) eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.2 hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 9. März 2020 (act. II 37) stützte sich in medizinischer Hinsicht namentlich auf den RAD-Bericht von Dr. med. K._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 25. Februar 2020, welcher das Folgende diagnostizierte (act. II 36/4):

1. Chronisch lumbospondylogenes Syndrom, seit mindestens 2007
 - 09/2009: moderate Fehlhaltung, leichte muskuläre Dysbalance, Dekonditionierung, Spondylarthrosen L4-S1 bds., Chondrose L3-S1 dorsal betont, Chondrose Th12/L1 mit Pseudoretroposition von ca. 4 mm
 - 25.01.2018, MRI LWS: Diskopathien L4/5 und L5/S1. Deutliche degenerative Veränderungen mit zirkulärer Protrusion der Bandscheibe L4/5 und konsekutiv mittelgradige Spinalkanalstenose. Spondylarthrosen L3/4 und L4/5 sowie laterale Diskushernie L3/4 links

- 10.10.2018: mikroskopische Dekompression L4/5 mit Rezessotomie und Neurolyse L5 bds.
- 2. Chronisches Zervikovertebralsyndrom, seit mindestens 2007
 - 09/2009: Chondrose C4-Th1, Spondylarthrosen C7/Th1, beginnende Unkarthrose C5/6 bds., links-konvexe Torsionsskoliose, segmentale Dysfunktionen, muskuläre Dysbalance, ausgeprägte Dekonditionierung und apparativ funktionelle Flexionskontraktur von 54° (02/2007)
 - 02.09.2019, MRI HWS: hochgradige Osteochondrose C5/6 mit zum Teil knöchern abgestützter, links dorsolateraler Diskushernie, welche bis ins linke Neuroforamen reicht. Flache, medio-links-seitige Diskusprotrusion 06/7. Normale Spinalkanalweite, keine Listhese Node Myelopathien
 - 05.11.2019: foraminale Infiltration C5/6 und C6/7
- 3. St.n. operativer Korrektur eines Hallux valgus links am 02.04.2013
- 4. Beginnende mediale Gonarthrose rechts, ED 08/2019

Seit mindestens 2007 bestünden ein chronisch lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und ein chronisches Zervikovertebralsyndrom, bedingt durch bildgebend nachgewiesene degenerative Veränderungen in diesem Bereich. Bei Diskopathie L4/5 mit konsekutiv mittelgradiger Spinalkanalstenose sei am 10. Oktober 2018 eine mikroskopische Dekompression L4/5 mit Rezessotomie und Neurolyse L5 beidseits erfolgt, es werde ein regelrechter postoperativer Verlauf beschrieben mit jedoch weiterhin bestehenden lumbalen Schmerzen (act. II 36/4 f.). Neu werde auch eine Schmerzsymptomatik im Bereich des rechten Knies beschrieben bei beginnender medialer Gonarthrose rechts. Es lägen keine Befunde vor, welche auf wesentliche Einschränkungen der Beweglichkeit der HWS, der LWS oder des rechten Knies hinwiesen. Die Schmerzen seien aus orthopädischer Sicht auf die klinisch wie auch bildgebend nachgewiesenen degenerativen Veränderungen zurückzuführen. Wiederholt würden Massnahmen zur Kräftigung der Rücken-/Rumpfmuskulatur empfohlen bei entsprechend beschriebener muskulärer Dysbalance. Aufgrund der degenerativen Veränderungen der HWS, der LWS und des rechten Knies bestehe eine verminderte Belastbarkeit dieser Bereiche für körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten sowie für Gewichtsbelastungen bei gewissen Körperpositionen. In einer leidensangepassten Tätigkeit seien der Beschwerdeführerin leichte bis gelegentlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ganztags über 8.5 Stunden ohne zusätzliche Leistungsminderung zumutbar. Das angepasste Leistungsprofil sei mit der aktuellen Tätigkeit der Beschwerdeführerin als kompatibel. Die im Rahmen der Anhörung von der Be-

schwerdeführerin geltend gemachten Panikattacken und Ängste würden von ihr nicht glaubhaft gemacht, indem der von ihr in Aussicht gestellte psychiatrische Bericht zum Zeitpunkt der aktuellen RAD-Stellungnahme weiterhin nicht vorliege. Zudem werde in keinem der Berichte bis zurück ins Jahr 2009 über entsprechende psychische Gesundheitsstörungen oder damit verbundene psychotherapeutische Massnahmen berichtet (act. II 36/5).

3.3 Bezüglich des medizinischen Sachverhalts ist in der massgebenden Zeit nach der Verfügung vom 9. März 2020 (E. 3.1 hiervor) den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Vom 16. bis 30. Dezember 2021 erfolgte ein stationärer Aufenthalt im Zentrum L._____. Im Bericht vom 29. Dezember 2021 diagnostizierten Dr. med. M._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und die Assistenzärztin N._____ eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10: F33.2). Die Beschwerdeführerin habe sich im Rahmen der gut stabilisieren können. Sie sei in deutlich gebessertem Zustand entlassen worden (act. II 74/2 f.).

3.3.2 Im Bericht vom 5. Mai 2022 hielt O._____, Fachpsychologe für Psychotherapie, RAD, fest, die psychiatrische Behandlung sei nur teilweise nachvollziehbar, die Prognose sei unklar. Die Diagnosen seien aufgrund des Befundberichtes nicht nachvollziehbar hergeleitet und es werde keine umfassende Persönlichkeitsdiagnostik ausgeführt (act. II 76/4), weshalb eine bidisziplinäre psychiatrische und orthopädische Begutachtung indiziert sei (act. II 76/5).

3.3.3 Im orthopädischen Gutachten vom 11. Juli 2022 diagnostizierte Dr. med. C._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende (act. II 101.2/56 f.):

1. [ICD-10: M35.0]
Belastungs- und Bewegungseinschränkung der HWS bei chronisch cervicocephalem Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie mit/bei:
 - muskuloskeletalem Hypertonus
 - Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dysbalance
 - flacher, mediolinksseitiger Diskusprotrusion im Segment C6/7

- Regelrecht einliegender Bandscheibenprothese ohne jedwede Lockerungs-/Lysereaktion nach am 26.05.2020 erfolgter mikrochirurgischer Dekompression und Implantation einer Bandscheibenprothese im Segment C5/6
2. [ICD-10: M54.97]
Belastungs- und Bewegungseinschränkung der LWS bei chronisch lumbospondylogem Schmerzsyndrom mit verbliebener sensorischer Reizung der Nervenwurzel L5 rechts mit/bei:
- Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dysbalance
 - Dysästhesie im Dermatome L5 rechts
 - anhaltender rezessaler Engpasssituation der L5 Wurzel bds.
 - Chondrose auf Höhe Th12 bis S1 nebst Spondylarthrosen L4 bis S1 bds.
 - Initialer Osteochondrose im Segment L2/3
 - Status nach am 10.10.2018 erfolgter mikrochirurgischer Dekompression des Segmentes L4/5 mit Rezessotomie und Neurolyse L5 bds. bei Diskopathie der Segmente L4/L5 und L5/S1 nebst mittelgradiger Spinalkanalstenose
3. [ICD-10: M75.0] & [ICD-10: M75.4]
Belastungs- und Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenkes bei Impingementsyndrom mit degenerativer Läsion der Rotatorenmanschette mit/bei:
- einem Anteversionsdefizit von 50°
 - einem Abduktionsdefizit von 60°
 - einer Limitierung der Aussenrotation um 20°
 - einer partiell kurzstreckig artikularseitigen SSP-Ruptur nebst Oberandläsion der SSC-Sehne sowie medialisierter LBS
 - Anzeichen einer Bursitis subacromialis und initialer AC-Gelenksarthrose
4. [ICD-10: M17.2]
Belastungseinschränkung des rechten Kniegelenks bei mässiger, medial betonter Gonarthrose mit einer Chondropathie Grad II-III sowie punktuell Grad IV tibial.

Der Gutachter hielt fest, massgeblich für die qualitative Funktionseinschränkung sei eine Belastungs- und Bewegungseinschränkung der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie des linken Schultergelenkes und des rechten Kniegelenkes. Die klinischen und bildgebenden Befunde würden das orthopädische Störungsbild jedoch nur bedingt belegen. Insbesondere könne das Ausmass sowie die Intensität der von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzsymptomatik in der VAS-Skala von 8 im Rahmen der aktuellen Anamneseerhebung unter klinischen und radiologischen Kriterien von Seiten des Berichterstatters nicht objektiviert werden (act. II 101.2/63). Zu den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen führte der Gutachter aus, die

soziokulturelle Integration sei nicht optimal gelungen. Bis heute sei die Beschwerdeführerin, welche seit 23 Jahren in der Deutschschweiz lebe, der deutschen Sprache nicht mächtig und die Verzahnung in das gesellschaftliche Leben in der Schweiz sei weiterhin dürftig. Zu den Ressourcen erwähnte er, die Beschwerdeführerin habe weder eine schulische noch eine berufliche Ausbildung; sie gebe an, weder schreiben noch lesen zu können. Die als ungelernt einzustufende Beschwerdeführerin sei zuletzt von 2016 bis 2019 in einer rein ausführenden, körperlich mittelschweren, niederqualifizierten Tätigkeit als ... beschäftigt gewesen. Seither habe sie keinen Wiedereinstieg ins Erwerbsleben gefunden und sich offenbar mit dieser Situation arrangiert (act. II 101.2/66).

Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit in der ... hielt der Gutachter fest, diese sei der Beschwerdeführerin bei einer ganztägigen Anwesenheit mit einer zusätzlichen Leistungseinbusse von 50 % aufgrund der Notwendigkeit häufigerer kurzer Arbeitsunterbrechungen und Positionswechsel zumutbar, sodass eine maximale Leistungsfähigkeit von 50 % resultiere. Zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit führte er aus, es bestehe auch für eine optimale rücken-, knie-, und schulteradaptierte Tätigkeit mit intermittierender stehender, gehender und sitzender Körperposition bezogen auf ein volles Pensum eine quantitativ limitierte Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die Einschränkung von 20 % ergebe sich in der Folge der reduzierten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, der vermehrten Pausen sowie der reduzierten Arbeitsschnelligkeit. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit gelte spätestens seit der am 2. September 2019 objektivierten hochgradigen Osteochondrose bei HWK 5/6 (act. II 101.2/69). Seit der Verfügung vom 9. März 2020 sei bei der Beschwerdeführerin in gesundheitlicher Hinsicht am 23. Februar 2021 die Erstdiagnose einer linksseitig partiell kurzstreckig artikulärseitigen SSP-Ruptur nebst Oberrandläsion der SSC-Sehne sowie einer medialisierten LBS gestellt worden. Es sei somit rein formal zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation gekommen, jedoch ergebe sich hieraus keine als wesentlich einzustufende Veränderung der Arbeitsfähigkeit (act. II 101.2/71).

3.3.4 Im Bericht vom 9. Februar 2023 diagnostizierte der behandelnde Psychiater med. pract. E. _____ das Folgende (act. IIA 112/2):

Chronifiziertes Schmerzsyndrom mit somatischen, psychischen und psychosozialen Faktoren

1. Lumbovertebralsyndrom
2. Zervikalsyndrom
3. Initiale Gonarthrose rechts
4. Atypische Thoraxschmerzen a.e. muskuloskelettal
5. Rezidivierende depressive Störung

Die Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10: F45.1 seien erfüllt. Es bestünden Veränderungen bei der Kognition, der emotionalen Verarbeitung, den Beziehungen zum Umfeld sowie beim Selbstbild. Seit August 2022 fänden die ambulanten Termine alle zwei Wochen statt. Die psychotherapeutische Behandlung sei auf die Entwicklung von möglichen Coping-Mechanismen fokussiert. Leider seien diese ungenügend, v.a. auf einer kognitiven Ebene (act. IIA 112/3). Eine angepasste Tätigkeit sei nur stark begrenzt zumutbar (maximal ein bis zwei Stunden pro Tag mit stark reduzierter Leistung mit mehreren Pausen durch den Tag und reduziertem Arbeitsvolumen). Eine angepasste Tätigkeit mit einem Pensum von mehr als 20 % sei aktuell eher unrealistisch (act. IIA 112/5).

3.3.5 In der Stellungnahme vom 5. Juni 2023 (act. IIA 134) ging der RAD-Orthopäde Dr. med. F. _____ davon aus, dass das orthopädische Gutachten nicht zu beanstanden sei.

In der Stellungnahme vom 6. Juni 2023 hielt der RAD-Arzt Dr. med. G. _____ fest, hinsichtlich der vom behandelnden Psychiater neu erwähnten kognitiven Beeinträchtigungen sei eine neue Begutachtung zu veranlassen. Darin sei zu beurteilen, ob eine neurokognitive Zusatzuntersuchung im weiteren Verlauf durchzuführen sei. Es seien die persönlichkeitsstrukturellen Beeinträchtigungen zwingend zu diskutieren (act. IIA 135/5).

3.3.6 Im Bericht vom 16. Januar 2024 hielt med. pract. E. _____ fest, die Beschwerdeführerin sei Analphabetin; allerdings sei die psychosoziale Entwicklung problemlos gewesen. Betreffend die Schmerzproblematik kön-

ne die Beschwerdeführerin nicht genau bestimmen, wann diese begonnen habe, aber aufgrund der Tätigkeit in der Schweiz habe sich diese deutlich verschlechtert (act. IIA 161.4)

3.3.7 Im neuropsychologischen Gutachten vom 23. Januar 2024 hielt lic. phil. H. _____ fest, bei der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion gezeigt. Darauf hätten unter anderem auffällige Leistungen in zwei Performanzvalidierungsverfahren hingewiesen. Neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Leistungen habe die Beschwerdeführerin auch in anderen kognitiven Aufgaben gezeigt; beispielsweise sei bei unauffälliger Spontansprache auf ... nicht nachvollziehbar gewesen, dass das Benennen von eher einfachen Objekten auf ... schwer vermindert gewesen sei und sie beispielsweise ein Bett als "Türe" und eine Blume als "Baum" benannt habe. Bei einigen wenigen Aufgaben sei die Leistung der Beschwerdeführerin auch normgemäss gewesen; dies schliesse aber eine insgesamt neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion nicht aus. Es seien deshalb sämtliche Testwerte der Untersuchung als ungültig zu betrachten. Aus der jetzigen Untersuchung liessen sich somit keine gültigen Aussagen über die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ableiten. Als Ursache der neuropsychologisch unplausiblen und logisch inkonsistenten Symptomproduktion komme in erster Linie eine Aggravation oder Simulation kognitiver Beeinträchtigungen in Frage. Für eine bewusste Aggravation oder Simulation spreche auch die Leistung in einem Alternativwahlverfahren zur Performanzvalidierung, bei welchem deutlich mehr falsche Antworten als richtige gegeben worden seien (34 richtige bei 66 falschen, was deutlich über der Zufallswahrscheinlichkeit von 50/50 sei), was nur damit erklärt werden könne, dass oft das richtige Item erkannt und dann in einem zweiten Schritt das falsche Item ausgewählt worden sei (act. IIA 156.1/10 Ziff. 7). Vor dem Hintergrund der neuropsychologisch unplausiblen und logisch inkonsistenten Symptomproduktion bzw. der Aggravation/Simulation kognitiver Funktionsbeeinträchtigungen seien sämtliche subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zu Beschwerden und Beeinträchtigungen nur mit grösster Vorsicht zu werten, dies gelte ebenfalls für das von ihr gezeigte Verhalten. Es seien keine Hirnverletzungen bekannt, welche zu allfälligen kognitiven

Funktionsbeeinträchtigungen hätten führen können (act. IIA 156.1/11 Ziff. 7). Wegen der gezeigten neuropsychologisch unplausiblen und logisch inkonsistenten Symptomproduktion bzw. Aggravation/Simulation kognitiver Funktionsbeeinträchtigungen liessen sich aus neuropsychologischer Sicht keine gesicherten Angaben zur Eingliederungsfähigkeit und zu Eingliederungsmassnahmen (act. IIA 156.1/11 Ziff. 7.2), zur Konsistenz und Plausibilität (act. IIA 156.1/11 Ziff. 7.3), zu den Ressourcen und Belastungen (act. IIA 156.1/12 Ziff. 7.4) und zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit machen (act. IIA 156.1/12 Ziff. 8).

3.3.8 Im psychiatrischen Gutachten vom 21. März 2024 hielt PD Dr. med. I. _____ fest, in der aktuellen psychiatrischen Begutachtung hätten sich massive Inkonsistenzen und Auffälligkeiten gezeigt. So habe die Beschwerdeführerin von massiv ausgeprägten optischen Halluzinationen in Form des Sehens meist unbekannter Personen berichtet, ohne dass solche jemals in den vorliegenden Akten erwähnt worden seien. Die Beschwerdeführerin habe auf weitere Nachfrage behauptet, unter dieser Problematik schon seit Jahren zu leiden und seit Beginn der Therapie mit ihrem aktuellen Psychiater darüber zu sprechen. In keinem der vorliegenden Berichte des aktuellen Psychiaters sei jedoch eine solche Problematik in irgendeiner Form genannt worden. Im Gegenteil habe der behandelnde Psychiater im Bericht vom 9. Februar 2023 im psychopathologischen Befund explizit erwähnt, es bestünden keine Hinweise für Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. In der aktuellen Begutachtung habe die Beschwerdeführerin jedoch die vollkommen neu angegebenen schweren visuellen Halluzinationen als wesentlichste Einschränkung erwähnt. Sie habe auch ein massiv auffälliges Verhalten mit sehr theatralisch und demonstrativ wirkenden mutistischen Unterbrüchen und Verhaltensweisen gezeigt. Trotz wiederholter Nachfrage nach weiteren Problemen habe die Beschwerdeführerin die zuvor in den Akten dominierende Schmerzproblematik überhaupt nicht genannt. Auch habe im Bewegungsmuster und im motorischen Verhalten im ersten Teil der psychiatrischen Begutachtung nichts auf schmerzbedingte Einschränkungen hingedeutet. Nachdem die Beschwerdeführerin auf die in den Akten beschriebene Schmerzproblematik angesprochen worden sei, habe sie erstmals während der Begutachtungszeit Veränderungen in der Haltung gezeigt, die sie mit Schmerzen begrün-

det habe (act. IIA 161.2/34 Ziff. 6.1). Dies sei schliesslich in der restlichen Begutachtung wiederholt zu beobachten gewesen, wogegen es zuvor nicht aufgetreten sei. Zusammengefasst sei das präsentierte Bild nicht glaubhaft. Es habe aus zahlreichen Inkonsistenzen im Vergleich zu den Vorakten bestanden und die Beschwerdeführerin habe eine massive Verhaltensänderung gezeigt nach der Intervention des Gutachters mit Hinweis auf die Diskrepanz zu allen Vorbefunden. Dies sei aus gutachterlicher psychiatrischer Sicht nicht durch eine psychiatrische Erkrankung, sondern nur durch eine willentliche Steuerung zu erklären (act. IIA 161.2/35 Ziff. 6.1).

Zu den in den Vorakten genannten Diagnosen hielt PD Dr. med. I. _____ das Folgende fest: Im Bericht des Zentrums L. _____ vom 29. Dezember 2021 sei bezüglich der diagnostizierten PTBS nicht im Detail geschildert worden, welche Flashbacks und Gedankenkreisen um traumatische Ereignisse vorgelegen hätten. Die eindeutige Diagnoseherleitung sei auf der Grundlage des Berichts daher nicht möglich (act. IIA 161.2/36 Ziff. 6.3). Bezüglich der im Bericht des Zentrums L. _____ diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, damals schwergradig, fehle ein Psychostatus bei Eintritt. Bei Austritt nach dem zweiwöchigen Aufenthalt habe sich dann nur ein leicht depressives Bild gezeigt. Auch diesbezüglich biete der Bericht keine genügende Grundlage für eine exakte rückwirkende Diagnosestellung. Es sei zudem keine Schmerzproblematik erwähnt worden, obschon sie nach sonstiger Aktenlage bestanden haben müsste (act. IIA 161.2/37 Ziff. 6.3).

Bezüglich des vom behandelnden Psychiater med. pract. E. _____ im Bericht vom 9. Februar 2023 diagnostizierten chronifizierten Schmerzsyndroms mit somatischen, psychischen und psychosozialen Faktoren (act. II 161.2/38 f.) hielt der psychiatrische Gutachter fest, die Beschwerdeführerin habe im ersten Teil der aktuellen Begutachtung überhaupt keine Schmerzproblematik erwähnt und in dieser Zeit auch keine motorischen Auffälligkeiten oder Limitationen gezeigt. Erst nachdem die Beschwerdeführerin direkt auf die beschriebenen Schmerzprobleme angesprochen worden sei, habe sie diese Problematik bejaht und ab diesem Zeitpunkt eine aus ihrer Sicht schmerzbedingte Schonhaltung gezeigt, die in der Begutachtungszeit vorher nicht zu beobachten gewesen sei. In der Begutachtung selbst habe die

Beschwerdeführerin den Schmerzgrad auf 6 der VAS-Skala beziffert. Direkte Bewegungslimitationen bzw. Bewegungseinschränkungen oder Bewegungsabbrüche seien jedoch während der gesamten Untersuchungszeit nie zu beobachten gewesen (act. IIA 161.2/39 Ziff. 6.3). Unter Einbezug der Inkonsistenzen und Hinweisen auf Simulation und Aggravation sei es ihm auf dieser Grundlage nicht objektiv möglich gewesen, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach ICD-10 sicher zu diagnostizieren (act. IIA 161.2/40 Ziff. 6.3).

PD Dr. med. I. _____ hielt weiter fest, es lägen weder im Bericht des Zentrums L. _____ vom 29. Dezember 2021 noch in den Berichten des behandelnden Psychiaters med. pract. E. _____ vom 9. Februar 2023, vom 3. April 2023 und vom 16. Januar 2024 Hinweise auf die während der gutachterlichen Untersuchung angegebene Symptomatik mit ausgeprägtesten optischen Halluzinationen und einer damit verbundenen starken Angst vor. Es seien darin keine Hinweise auf Wahn, Ich-Störungen und Halluzinationen genannt worden. In den älteren Berichten von nicht-psychiatrischen Behandlern sei ebenfalls nie über eine psychotische Symptomatik berichtet worden. Somit stehe die bei der Begutachtung von der Beschwerdeführerin als zentral postulierte psychiatrische Symptomatik mit ausgeprägtesten optischen Halluzinationen und hiermit verbundenen Ängsten in vollkommener Diskrepanz zur Aktenlage. Das Gesamtbild, welches gemäss der Beschwerdeführerin mit höchster Frequenz mehrfach am Tag auftreten würde, entspreche aus gutachterlicher Sicht keinem klassischen psychischen Krankheitsbild und keiner psychotischen Erkrankung (act. IIA 161.2/40 Ziff. 6.3). Das vollkommene Verschwinden der Verhaltensauffälligkeiten der Beschwerdeführerin nach Intervention des Gutachters lasse sich nur durch eine bewusste und gezielte Steuerung, aber nicht mit einer psychiatrischen Erkrankung erklären (act. IIA 161.2/41 Ziff. 6.3). Es hätten sich massive Hinweise auf Aggravation und Simulation in der psychiatrischen Begutachtung ergeben, welche eine objektive diagnostische Evaluation und Schweregradbemessung von eventuellen psychiatrischen Einschränkungen verunmöglichten (act. IIA 162.2/42 Ziff. 6.3). Eine Evaluation der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin sei aufgrund der massiven Aggravation und Simulation in der Begutachtung ebenfalls nicht möglich (act. IIA 161.2/42 Ziff. 6.3). Eine Beantwortung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit in der

bisherigen und einer angepassten Tätigkeit sei aufgrund der massiven Aggravation und Simulation in der Begutachtung auch nicht möglich (act. IIA 161.2/43 Ziff. 8.1 f.).

3.3.9 In der bidisziplinären Gesamtbeurteilung vom 21. März 2024 hielten die Gutachter fest, neuropsychologisch habe sich eine nicht plausible und logisch inkonstante Symptomproduktion in sämtlichen Testwerten gezeigt. Auch in den durchgeführten Performanzvalidierungsverfahren hätten sich deutlich über der Zufallswahrscheinlichkeit liegende falsche Antworten gezeigt, was nur durch eine willentliche Verfälschung erklärbar sei. Aufgrund dieser massiven Hinweise auf Aggravation und Simulation seien die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung als ungültig zu betrachten und es könnten keine Einschränkungen oder Diagnosen abgeleitet werden. In der psychiatrischen Begutachtung hätten sich ebenfalls erhebliche Inkonsistenzen und massive Verhaltensauffälligkeiten gezeigt. Auch hier sei von erheblicher Aggravation und Simulation auszugehen, so dass im psychiatrischen Gutachten keine Diagnosestellung möglich gewesen sei (act. IIA 161.1/3 Ziff. 4.1).

3.3.10 Der behandelnde Psychiater med. pract. E. _____ hielt im Bericht vom 3. Juni 2024 fest, es sei das Beschwerdevalidierungsverfahren nicht bekannt gegeben worden, weshalb nicht überprüft werden könne, ob dieses Verfahren für den Fall geeignet und die entsprechenden Leistungen auf eine leitliniengetreue Art geprüft worden seien. Die Validität der Wahl und die Benutzung der Tests sei dadurch unklar (act. II 174/2).

3.4

3.4.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern

dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

3.4.3 In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des EVG [heute: BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.5 Das orthopädische Gutachten von Dr. med. C._____ vom 11. Juli 2022 (act. II 101.2) erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. E. 3.4.1 hiervor) und erbringt vollen Beweis. Der Experte setzte sich mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin einlässlich auseinander (act. II 101.2/11 ff., 13 ff). Die Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten (act. II 97.1/9 ff.,

101.2/10, 101.2/26 ff.) getroffen worden. Der Experte legte die medizinischen Befunde (act. II 101.2/29 ff.) und die Diagnosen auf orthopädisch-chirurgischen Fachgebiet (act. II 101.2/56 f.) nachvollziehbar dar. Die zu ziehenden Schlussfolgerungen sind einleuchtend begründet und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Arbeit und in einer angepassten Tätigkeit überzeugt (act. II 101.2/58 ff.). In orthopädischer Hinsicht ist somit erstellt, dass der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit bei einem vollen Pensum mit einer Leistungseinschränkung von 20 %, welche sich aufgrund der reduzierten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, vermehrten Pausen sowie reduzierter Arbeitsschnelligkeit ergibt, zumutbar ist (act. II 101.2/69). Diese Einschätzung wird von der Beschwerdeführerin nicht bestritten. Damit ist ein Revisionsgrund (vgl. E. 2.5.2 hier vor) gegeben und der strittige Rentenanspruch ist in der Folge frei zu prüfen.

3.6 Die neuropsychologische Expertise vom 23. Januar 2024 (act. IIA 156.1) und das psychiatrische Gutachten vom 21. März 2024 (act. IIA 161.2), einschliesslich der bidisziplinären Konsensbeurteilung vom 21. März 2024 (act. IIA 161.1), erfüllen die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (E. 3.4.1 hier vor) und erbringen vollen Beweis.

3.6.1 In neuropsychologischer Hinsicht zeigte lic. phil. H. _____ in den Befunden zu den Testergebnissen nachvollziehbar und überzeugend auf, dass die Beschwerdeführerin in zwei Performanzvalidierungsverfahren auffällige Leistungen erbracht habe und das Benennen von eher einfachen Objekten in ihrer Muttersprache schwer vermindert gewesen sei. Demgegenüber seien die spontanen Angaben unauffällig und bei einigen Aufgaben sei die Leistung normgemäss gewesen (act. IIA 156.1/8 f.). Die ausführliche Begründung zu der von ihm festgestellten Aggravation oder Simulation kognitiver Beeinträchtigungen (act. IIA 156.1/10; vgl. E. 3.3.7 hier vor) überzeugt. Seine Schlussfolgerung, vor diesem Hintergrund seien die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zu den Beeinträchtigungen und ihr gezeigtes Verhalten mit grösster Vorsicht zu werten, leuchtet ein. Damit steht fest, dass in neuropsychologischer Hinsicht bezüglich der Arbeits-

fähigkeit in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit keine gesicherten Angaben vorliegen (act. IIA 156.1/12 Ziff. 8).

Die Beschwerdeführerin beanstandet das Ergebnis der Begutachtung mit dem Einwand, die Unterlagen zu den Beschwerdevalidierungsverfahren seien ihr nicht bekannt gegeben worden, weshalb die vom Gutachter unterstellte Aggravation/Simulation nicht überprüfbar sei (Beschwerde S. 6 Ziff. 16). Der Neuropsychologe lic. phil. H. _____ hielt diesbezüglich in seiner Expertise fest, es handle sich um anerkannte und in der Fachliteratur empfohlene Verfahren. Die Namen der verwendeten Performanzvalidierungsaufgaben könnten aus Gründen des Testschutzes nicht genannt werden; denn es solle verhindert werden, dass mit den Versicherten vor einer neuropsychologischen Untersuchung ein entsprechendes Coaching durchgeführt werden könne (act. IIA 156.1/8). Im Entscheid vom 6. Oktober 2023, 8C_723/2022, E. 5.2 ging das Bundesgericht (BGer) in einem ähnlichen Fall davon aus, dass eine solche Begründung nachvollziehbar sei und kein Anspruch auf Einsicht in die schriftlichen Aufzeichnungen über Testergebnisse oder andere interne Dokumente der begutachtenden Fachperson bestehe, ausser es erscheine im Einzelfall zur Überprüfung der Grundlagen und Schlussfolgerungen eines Sachverständigengutachtens angezeigt. Die Beschwerdeführerin hat im vorliegenden Fall nicht aufgezeigt, weshalb davon abzuweichen ist und die Beschwerdegegnerin entschied daher zu Recht, dass die Testergebnisse des neuropsychologischen Beschwerdevalidierungsverfahrens nicht herauszugeben sind (act. IIA 176). Soweit sich die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang auf ihren behandelnden Psychiater beruft, welcher im Bericht vom 21. Juli 2024 (act. IIA 177/47; act. I 4) vorbringt, bei der Prüfung einer eventuellen Simulation und Aggravation sollten Tests verwendet werden, die für die kulturelle Gruppe validiert seien und das Ausbildungsniveau berücksichtigten sowie die Mehrheit der neuropsychologischen Beschwerdevalidierungsverfahren seien für Migrantengruppen nicht geeignet, vermögen diese allgemeinen Ausführungen das schlüssige neuropsychologische Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen; insbesondere ist damit nicht belegt, dass die neuropsychologische Begutachtung und die Performanzvalidierungsverfahren (vgl. dazu ADRIAN FREI, Instrumente zur Validierung von Ergebnissen in psychometrischen Leistungstest [Performanzvalidierung], in ADRIAN FREI [Hrsg.], Neuropsycholo-

gische Begutachtungen in der Schweiz – aktuelle Beiträge, 2022, S. 76 ff. [[Neuropsychologische Begutachtungen in der Schweiz – aktuelle Beiträge \(07.02.2023\).pdf](#)]) nicht lege artis vorgenommen worden wären. Vielmehr begründete lic. phil. H. _____ eingehend in den Testergebnissen, weshalb die Resultate der neuropsychologischen Testung auffällig waren (act. IIA 156.1/8/). Denn die Beschwerdeführerin zeigte eine unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion (act. IIA 156.1/10). Unter anderem bezeichnete sie in ihrer Muttersprache bei einer einfachen Objektbenennung ein Bett als "Türe" und eine Blume als "Baum" (act. IIA 156.1/10). Sodann habe sie in einem Alternativwahlverfahren deutlich mehr falsche als richtige Items angegeben, was deutlich über der Zufallswahrscheinlichkeit von 50/50 gewesen sei. Zudem sei sie in einer weiteren Performanzvalidierungsaufgabe deutlich auffällig gewesen (act. II 156.1/8). Die Ergebnisse sind entgegen der Ansicht des behandelnden Psychiaters offensichtlich weder auf kulturelle noch auf sprachliche Gründe zurückzuführen, da die neuropsychologische (und auch die psychiatrische) Untersuchung unter Beizug einer Dolmetscherin erfolgten (act. IIA 156.1/7, 161.2/3; vgl. dazu auch BGE 140 V 260 E. 3.2.1 S. 261). Es liegen keine Anhaltspunkte für eine mangelhafte sprachliche Verständigung vor und solche werden beschwerdeweise auch nicht geltend gemacht. Damit gehen die allgemeinen Bemerkungen von med. pract. E. _____ Bericht vom 21. Juli 2024 (act. IIA 177/48; act. I 4/2) zu "sprachfreien" und "sprachbelasteten" Verfahren ebenfalls ins Leere. Unabhängig von der neuropsychologischen Testung – wie nachfolgend aufgezeigt (vgl. E. 3.6.2 hiernach) – zeigte die Beschwerdeführerin auch anlässlich der psychiatrischen Begutachtung ein auffälliges Verhalten (vgl. act. IIA 161.2/39 ff.). Indessen zog der behandelnde Psychiater die diesbezüglichen Ausführungen zur psychiatrischen Begutachtung – im Gegensatz zur neuropsychologischen Untersuchung – nicht in Zweifel. Die Beschwerdeführerin bestritt diese Inkonsistenzen ebenfalls nicht mit kulturellen oder sprachlichen Gründen.

3.6.2 In psychiatrischer Hinsicht setzte sich der Experte PD Dr. med. I. _____ mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin in der psychiatrischen Untersuchung einlässlich auseinander (act. IIA 161.2/34 ff.) und es ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin neu von massiv ausge-

prägten optischen Halluzinationen in Form des Sehens meist unbekannter Personen berichtete und angab, diese Problematik bestehe seit Jahren (act. IIA 161.2/34). Da die behandelnden Fachärzte in ihren Berichten weder Wahn noch Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen erwähnten, ist die Beurteilung des Experten, die Angaben der Beschwerdeführerin bei der Begutachtung stünden im Widerspruch zu den Diagnosen und den psychopathologischen Befunden in den Akten der behandelnden Psychiater (act. II 74/2 f.; act. IIA 112/2 f., 161.4), nachvollziehbar und einleuchtend. Weiter steht fest, dass die Beschwerdeführerin, die in den medizinischen Vorakten dominierende Schmerzproblematik während der Untersuchung nicht von sich aus erwähnte und erst nachdem sie vom Gutachter auf den Widerspruch angesprochen wurde, eine massive Verhaltensänderung zeigte, welche sie dann mit Schmerzen begründete (act. IIA 161.2/34 f.). Die Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachters, die massiven Inkonsistenzen und die Verhaltensauffälligkeiten der Beschwerdeführerin während der Begutachtung entsprächen keinem klassischen psychischen Krankheitsbild und keiner psychotischen Erkrankung (act. IIA 161.2/35/41), sondern seien durch eine willentliche Steuerung zu erklären, ist nachvollziehbar begründet und überzeugt.

Der psychiatrische Experte setzte sich sodann eingehend mit der von den behandelnden Ärzten des Zentrums L._____ im Bericht vom 29. Dezember 2021 diagnostizierten PTBS (act. II 74/2) auseinander. Seine Beurteilung, eine eindeutige Herleitung der Diagnose sei auf der Grundlage dieses Berichts nicht möglich (act. IIA 161.2/36; vgl. zum Vorliegen einer PTBS auch BGE 142 V 342 E. 5.1 S. 345 f.), ist nachvollziehbar und leuchtet ein. Auch mit der im gleichen Bericht des Zentrums L._____ diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, damals schwergradige Episode, setzte sich der Gutachter gründlich auseinander. Seine Beurteilung, bei Austritt aus dem Zentrum L._____ seien Symptome einer leichten depressiven Störung beschrieben worden, was eine extrem schnelle Symptomverbesserung innerhalb von zwei Wochen bedeute und aufgrund der nicht im wirksamen Bereich dosierten antidepressiven Therapie unwahrscheinlich erscheine sowie die Beschwerdeführerin sei denn auch nach dem zweiwöchigen stationären Aufenthalt in stabilisiertem, deutlich gebessertem Zustand entlassen worden (vgl. auch act. II 74/3), ist

nachvollziehbar. Die Schlussfolgerung des Experten, der Bericht des Zentrums L. _____ biete daher eine ungenügende Grundlage für eine exakte rückwirkende Diagnosestellung (act. IIA 161.2/37), überzeugt. Mit dem durch den behandelnden Psychiater med. pract. E. _____ im Bericht vom 9. Februar 2023 (act. IIA 112) diagnostizierten chronifizierten Schmerzsyndrom mit somatischen, psychischen und psychosozialen Faktoren sowie der rezidivierenden depressiven Störung setzte sich der Experte PD Dr. med. I. _____ ebenfalls einlässlich auseinander (act. IIA 161.2/39 f.). Seine Beurteilung, er habe aufgrund der während der Untersuchung von der Beschwerdeführerin gezeigten Inkonsistenzen und den Hinweisen auf Simulation/Aggravation diese Diagnosen nicht sicher und objektiv bestätigen sowie den Schweregrad einer allfälligen Depression nicht einschätzen können (act. IIA 161.2/39 ff., 42), ist ebenfalls nachvollziehbar und einleuchtend.

Der Ansicht der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 7 Ziff. 17), der psychiatrische Gutachter habe den Schluss gezogen, dass psychiatrisch bedingte Einschränkungen nicht per se auszuschliessen seien, kann nicht gefolgt werden. Der Experte PD Dr. med. I. _____ hielt lediglich fest, es sei *möglich*, dass schwere psychische Traumatisierungen stattgefunden haben könnten, die Frage habe er aber wegen der massiven Aggravations- und Simulationstendenzen sowie einer sehr diffusen und ungenauen Auskunft zur Vorgeschichte gar nicht weiter klären können (act. IIA 161.2/41). Diese Beurteilung gilt denn auch für eine *mögliche* depressive Störung (act. IIA 161.2/41), denn auch diesbezüglich verunmöglichte die erhebliche ausgeprägte Aggravation bzw. Simulation der Beschwerdeführerin bei der Untersuchung dem Experten eine objektive diagnostische Evaluation und Schweregradbemessung eventueller psychiatrischer Einschränkungen (act. IIA 161.2/42). Demzufolge ist ebenfalls nicht zu beanstanden, dass der Experte keine Evaluation der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin vornahm, obschon der RAD eine Diskussion dazu im Bericht vom 6. Juni 2023 (act. IIA 135/5) als angezeigt erachtete. Denn dies hat die Beschwerdeführerin aufgrund der Aggravation/Simulation während der Begutachtung selber zu verantworten (act. IIA 161.2/42), weshalb ihre Rüge (Beschwerde S. 6 Ziff. 15) nicht gehört werden kann.

3.6.3 Demnach sind die Schlussfolgerungen im neuropsychologischen und im psychiatrischen Gutachten (act. IIA 156.1/10 ff., 161.2/42 ff.) sowie in der bidisziplinären Konsensbeurteilung vom 21. März 2024 (act. IIA 161.1/3 f.), wonach erhebliche Aggravations- und Simulationstendenzen festgestellt wurden und keine gesicherten psychiatrischen Diagnosen gestellt werden konnten, nicht zu beanstanden. Bei Vorliegen einer Aggravation erübrigt sich eine indikatorengeleitete Überprüfung des psychischen Leidens: Gemäss BGE 141 V 281 E. 2.2.1 liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (vgl. auch Entscheide des BGer vom 17. September 2024, 8C_48/2024, E. 7.1 und vom 25. März 2024, 8C_491/2024, E. 4.3.1).

3.7 Auf die nicht fundiert begründete Kritik des Hausarztes Dr. med. J. _____ im Bericht vom 19. April 2024, in somatischer und psychischer Hinsicht seien die Beurteilungen der Gutachter oberflächlich und nicht verwertbar (act. IIA 166/2), kann nicht abgestellt werden. Der Hausarzt tritt advokatorisch auf und identifiziert sich offenbar in einem Umfang mit den Interessen seiner Patientin, welche über das normale Mass, welches bei einem behandelnden Arzt zu erwarten ist, hinausgeht (vgl. Entscheide des BGer vom 16. Februar 2022, 8C_635/2022, E. 4.8 und vom 6. Juni 2018, 8C_79/2018, E. 4.2).

Insgesamt hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt hinreichend abgeklärt. Weitere Beweiserhebungen, namentlich das beantragte Gerichtsgutachten (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 16 am Ende), sind nicht angezeigt, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (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).

3.8 Nach dem Dargelegten bestehen einzig in somatischer Hinsicht Einschränkungen. Es ist gestützt auf das beweiskräftige orthopädische Gutachten des Dr. med. C. _____ vom 11. Juli 2022 (act. II 101.2) erstellt, dass der Beschwerdeführerin spätestens seit Anfang September 2019 (act. II 101.2/69) die angestammte Tätigkeit zu 50 % und eine angepasste Tätigkeit zu 80 % zumutbar ist. Vom 26. Mai bis 16. August 2020 attestierten die behandelnden Wirbelsäulenchirurgen des Spitals

P._____ der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit einer Dekompression und Bandscheibenprothese C5/6 am 26. Mai 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 74/51, 74/64). Für die Zeit danach ist wieder von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Auf dieser Basis ist nachfolgend ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

4.

4.1 Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2019 BVG Nr. 16 S. 64 E. 4.4.2).

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).

Aufgrund der erstellten Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.9 hiavor) und der Neuanmeldung zum Leistungsbezug im November 2020 (act. II 38) ist frühestmöglicher Rentenbeginn (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG) der 1. Mai 2021, weshalb ein Einkommensvergleich für das Jahr 2021 erfolgt.

4.3

4.3.1 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). 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. 71 E. 4.2).

4.3.2 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 der 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).

4.4 Die Beschwerdeführerin arbeitete bis 2019 als ... (act. II 101.2/52), seither geht sie keiner Tätigkeit mehr nach. Es ist nicht erstellt und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht, dass sie ihr letztes Anstellungsverhältnis im Gesundheitsfall beibehalten hätte. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen anhand statistischer Werte bestimmte und dabei auf den geschlechts-

spezifischen Totalwert der Tabellengruppe A im untersten Kompetenzniveau abstellte (act. IIA 173/2; vgl. E. 4.3.1 hiervor).

Die Beschwerdeführerin verwertet(e) die medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit (Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit) nicht, weshalb das Invalideneinkommen im vorliegenden Fall praxisgemäss ebenfalls anhand des geschlechtsspezifischen Totalwerts der Tabellengruppe A im untersten Kompetenzniveau zu bestimmen ist (vgl. E. 4.3.2 hiervor).

Sind beide Vergleichseinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der IV-Grad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (hier von 20 %) unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (in BGE 148 V 321 nicht publizierte E. 6.2 des Entscheids des BGer vom 27. Juni 2022, 8C_104/2021), womit sich deren genaue Ermittlung erübrigt. Ob ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn beim Invalideneinkommen (vgl. dazu 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) von 10 % gerechtfertigt ist – wie dies die Beschwerdeführerin geltend macht (Beschwerde S. 8 Ziff. 20) – kann offenbleiben (vgl. E. 4.5 hiernach).

4.5 Ausgehend von einer mindestens 80%igen Erwerbsfähigkeit (vgl. zur Arbeitsfähigkeit: E. 3.9 hiervor) resultiert ein IV-Grad von 20 % (100 % ./ 80 %) und nach Abzug von 10 % gestützt auf Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV, geltend ab dem 1. Januar 2024, resultiert ein rentenausschliessender (vgl. E. 2.4 hiervor) IV-Grad von 28 % (vgl. auch act. IIA 173/3).

4.6 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 20. Juni 2024 (act. IIA 173) nicht zu beanstanden und 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 unab-

hängig 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. Mit Verfügung vom 23. September 2024 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut, weshalb die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit ist (Art. 113 VRPG).

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Aufgrund der mit Verfügung vom 23. September 2024 gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Advokat B._____ als amtlicher Anwalt bleibt dessen amtliches Honorar festzulegen.

5.3 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Die Kostennote von Advokat B._____ vom 30. September 2024, mit welcher er bei einem Zeitaufwand von 7 Stunden 35 Minuten eine Parteientschädigung von Fr. 2'110.65 (Honorar von Fr. 1'895.65, Auslagen von Fr. 56.85 und MWST von Fr. 158.15) geltend macht, ist nicht zu beanstan-

den. Gestützt darauf ist das amtliche Honorar auf Fr. 1'701.-- festzulegen (7 Stunden 35 Minuten à Fr. 200.-- = Fr. 1'516.70, Auslagen von Fr. 56.85 und MWST von Fr. 127.45 [8.1 % von Fr. 1'573.55]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'110.65 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird Advokat B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'701.-- festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
4. Zu eröffnen (R):
 - Advokat B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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