

IV 200 2024 705
JAP/BRO/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 24. März 2025

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. September 2024



Sachverhalt:

A.

Die 1966 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich erstmals im Dezember 2007 unter Hinweis auf Diskushernien bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Insbesondere nach Beizug des polydisziplinären Gutachtens der MEDAS C. _____ vom 11. Januar 2011 (act. II 52.1) und des Abklärungsberichts Haushalt vom 27. Mai 2011 (act. II 53) verneinte die IVB mit Verfügung vom 27. September 2011 (act. II 58) bei einem Invaliditätsgrad von 5 % einen Rentenanspruch. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im Juli 2020 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine Diskushernie, eine Schilddrüsenoperation und einen Hypophysentumor erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 59). Die IVB tätigte medizinische sowie erwerbliche Abklärungen und wies mit Verfügung vom 11. Februar 2022 (act. II 112) das Leistungsbegehren ab. Eine hiergegen erhobene Beschwerde (act. II 118 S. 3 ff.) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil IV 200 2022 152 vom 10. August 2022 (act. II 123) gut und wies die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen und neuer Verfügung an die IVB zurück. In der Folge holte die IVB – auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 125) – ein polydisziplinäres Gutachten bei der MEDAS D. _____ (MEDAS; act. II 151.1 ff.) und einen Situationsbericht Haushalt (act. II 159) ein. Gestützt darauf stellte sie mit Vorbescheid vom 26. März 2024 (act. II 160) die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte Einwand (act. II 161, 166). Nach Einholung einer Stellungnahme der MEDAS (act. II 168 S. 1 ff.) und erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 169, 172) verneinte die IVB mit Verfügung vom 18. September 2024 (act. II 174) bei einem Status von 60 % Erwerb und 40 % Haushalt sowie einem Invaliditätsgrad von 25 % einen Rentenanspruch.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, mit Eingabe vom 23. Oktober 2024 Beschwerde mit den folgenden Anträgen:

1. Es sei eine öffentliche Verhandlung gemäss Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) durchzuführen.
2. Es sei die Beschwerdeführerin als Partei zu befragen.
3. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 18. September 2024 sei vollumfänglich aufzuheben.
4. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente auszurichten.
5. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere (medizinische) Abklärungen vorzunehmen.
6. Der Beschwerdeführerin sei für das Beschwerdeverfahren die integrale unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung der unterzeichnenden Rechtsanwältin als unentgeltliche Rechtsbeiständin zu gewähren. Bis zum Entscheid über den Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege sei von der Erhebung eines Gerichtskostenvorschusses abzusehen.
7. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MWST) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 25. November 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 3. Dezember 2024 hielt die Beschwerdeführerin an ihren gestellten Anträgen und Standpunkten fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 10. Dezember 2024 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut und ordnete der Beschwerdeführerin Rechtsanwältin B._____ als amtliche Anwältin bei. Gleichzeitig wies er den gestellten Antrag auf Parteibefragung ab und setzte der Beschwerdeführerin Frist bis am 9. Januar 2025, um mitzuteilen, ob sie am Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Schlussverhandlung festhalte. Zudem edierte er die Tonaufnahmen der Begutachtung.

Am 17. Dezember 2024 ging seitens der Beschwerdegegnerin ein Datenträger mit den Tonaufnahmen beim Gericht ein (act. IIA).

Mit Eingabe vom 3. Januar 2025 verzichtete die Beschwerdeführerin auf die Durchführung einer Schlussverhandlung und nahm mit Eingabe vom 8. Januar 2025 erneut Stellung.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 18. September 2024 (act. II 174). 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 wird vorab eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend gemacht, indem beanstandet wird, die Beschwerdegegner-

rin habe "hinter dem Rücken" der Beschwerdeführerin bei den Gutachtern um eine Stellungnahme bzw. eine Ergänzung und somit Verbesserung des Gutachtens ersucht (Beschwerde S. 11 Ziff. III lit. B Ziff. 6).

2.2 Der in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101) garantierte Anspruch auf rechtliches Gehör räumt dem Betroffenen das persönlichkeitsbezogene Mitwirkungsrecht ein, erhebliche Beweise beizubringen, mit solchen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise mitzuwirken. Dem Mitwirkungsrecht entspricht die Pflicht der Behörden, die Argumente und Verfahrensanträge der Parteien entgegenzunehmen und zu prüfen, sowie die ihr rechtzeitig und formrichtig angebotenen Beweismittel abzunehmen (BGE 138 V 125 E. 2.1 S. 127; SVR 2016 BVG Nr. 6 S. 23, 9C_634/2014 E. 6.1.1). Der Versicherungsträger, der einer Gutachterin oder einem Gutachter Erläuterungs- oder Ergänzungsfragen zu stellen gedenkt, hat die versicherte Person vorgängig darüber zu informieren und ihr Gelegenheit zu geben, auch ihrerseits solche Fragen zu stellen. Dies gilt auch in Verfahren, die mittels durch Einsprache anfechtbare Verfügung abgeschlossen werden (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).

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 und die Mitwirkungsrechte der versicherten Person bleiben dadurch gewahrt, dass sie sich nach dem Vorliegen der gutachterlichen Stellungnahme erneut zum Beweisergebnis äussern kann. Auch vorliegend stellte die Beschwerdegegnerin den Gutachtern keine Ergänzungsfragen und erliess nach Eingang der Stellungnahme der MEDAS vom 12. Juni 2024 (act. II 168 S. 1 ff.) einen neuen Vorbescheid (act. II 169). Das von der Beschwerdeführerin als "schlicht inakzeptabel" bezeichnete Vorgehen (Beschwerde S. 11 Ziff. III lit. B Ziff. 6) ist somit in keiner Weise zu beanstanden und die Stellungnahme der MEDAS vom 12. Juni 2024 (act. II 168 S. 1 ff.) nicht "formal aus den Akten zu weisen" (Beschwerde S. 12 Ziff. III lit. B Ziff. 6). Im Übrigen bemängelte die

anwältlich vertretene Beschwerdeführerin in ihrem Einwand gegen den Vorbescheid vom 12. Juli 2024 (act. II 169) zwar die Gehörsverletzung (act. II 172 S. 10 Ziff. 6), verzichtete jedoch darauf, Fragen zu stellen und deren Unterbreitung an die Gutachter einzufordern.

Sodann ist – entgegen der Ansicht in der Beschwerde (S. 11 f. Ziff. III lit. B Ziff. 6) – ebenfalls nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin nach Eingang der Einwände vom 17. April respektive 13. Mai 2024 (act. II 161, 166) eine Stellungnahme bei denselben Gutachtern einholte, und das Dossier nicht einer anderen Gutachterstelle vorlegte. Was die Beschwerdeführerin aus dem in der Beschwerde genannten Urteil des Bundesgerichts (BGer) 9C_273/2009 vom 14. September 2009 zu ihren Gunsten ableiten will, ist nicht nachvollziehbar. Vielmehr wurde darin gerade bestätigt, dass keine Besorgnis der Voreingenommenheit besteht, wenn dieselben Gutachter ihr Gutachten – wie vorliegend – lediglich erklären respektive erläutern (E. 3.4).

3.

3.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201] und 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 150 V 323 E. 4.2 S. 328, 89 E. 3.2.1 S. 95, 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die angefochtene Verfügung datiert vom 18. September 2024 (act. II 174), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs mit Blick auf die Neuanmeldung vom Juli 2020 (act. II 59) sowie die sechsmonatige Karenzfrist nach Art. 29 Abs. 1 IVG vor dem 1. Januar 2022 (vgl. E. 6.2 hiernach), weshalb die Bestimmungen des IVG, der IVV und des ATSG in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung

(fortan: aArt.) massgebend sind (Rz. 9100 f. des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen: vgl. BGE 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).

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

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

3.4

3.4.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (aArt. 17 Abs. 1 ATSG).

3.4.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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, I 822/06 E. 2.1).

3.4.3 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. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

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).

3.4.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlag-

gebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

4.

4.1 Seit der Verfügung vom 27. September 2011 (act. II 58) ist mit den neu aufgetretenen Beschwerden bzw. Erkrankungen (vgl. act. II 151.1 S. 12 f. Ziff. 4.9) ein medizinischer Neuanmeldungsgrund unbestrittenermassen ausgewiesen (vgl. zum Beweiswert der Expertise E. 4.4 hiernach). Dementsprechend ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig neu zu prüfen (vgl. E. 3.4.4 hiervor).

4.2 In Bezug auf die Aktenlage zum Zeitpunkt der Verfügung vom 27. September 2011 (act. II 58) sowie zum Zeitpunkt der Verfügung vom 11. Februar 2022 (act. II 112) ist auf VGE IV 200 2022 152 E. 3.2 f. (act. II 123 S. 7 ff.) zu verweisen. Den nach dem Rückweisungsentscheid eingeholten medizinischen Akten ist im Wesentlichen was folgt zu entnehmen:

4.2.1 Im MEDAS-Gutachten vom 2. Oktober 2023 (act. II 151.1 ff.) stellten die Experten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen (act. II 151.1 S. 10 Ziff. 4.3.1 f.):

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Zustand nach endonasal transsphenoidaler Exstirpation eines zystischen Makroadenoms links lateral (09/2019) bei Zustand nach zystischem Hypophysenmakroadenom, laufende Substitutionstherapie mit Hydrocortison (ICD-10 D35.2)
2. Chronische Kreuzschmerzen bei/mit
 - degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule (ICD-10 M47.86) mit u.a.
 - Osteochondrosen L3/4 und L4/5
 - Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1
 - bisegmentalen Diskushernien L5/S1 und L4/5 mit leichter Pelottierung der L4-Wurzel rechts und der S1-Wurzel rechts (MRI der LWS mit MR/Myelographie vom 14. Juli 2010; ICD-10 M51.2)
 - ohne gegenwärtige radikuläre Symptomatik und neurologische Ausfälle der unteren Extremitäten bds.
 - St. n. anamnestisch Verhebetauma vom 17. April 2021
3. Chronische Nackenschmerzen bei/mit

- degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule (ICD-10 M47.82) mit u.a.
 - Osteochondrose und Unkovertebralarthrose C6/7 > C5/6
 - Spondylarthrose C7/Th1
- 4. Chronische Knieschmerzen links bei
 - beginnenden degenerativen Veränderungen im medialen Kompartiment (Röntgen Knie links vom 17. August 2023; ICD-10 M17.9)
 - St. n. vorderer Kreuzband-Totalruptur (MRI Knie links vom 2. Juli 2021; ICD-10 S83.50)
 - Innenmeniskushinterhorn-Horizontalriss links (ICD-10 S83.2)
 - St. n. anamnestisch Verhebetauma vom 17. April 2021
- 5. Leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0)
- 6. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
- 7. Somatoforme autonome Funktionsstörung, unteres Verdauungssystem (ICD-10 F45.32)
- 8. Outlet-Obstruktion bei/mit (ICD-10 K59.02)
 - Nachweis einer rektalen Intussuszeption (liegende MR-Defäkographie vom 16. September 2020)
 - ausgedehnte anteriore Rektozele
 - St. n. analem Biofeedback-Training
 - Nachweis eines Anismus (RAO-Typ II)
 - St. n. Injektion von Botox in eine spastische Puborektalisschlinge (03/2020; Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Gastroenterologie, Spital F._____)
 - St. n. Ballon-Dilatation bei massiver Spastizität der Puborektalisschlinge (04/2020 Dr. med. E._____, F._____)
 - Rektoskopie und Stapled-Transanale Rectal-Resection (STARR) 6. April 2023 (PD Dr. med. G._____, Facharzt für Chirurgie, Spital F._____)

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Zustand nach totaler Thyreoidektomie bei Struma nodosa 01/2016 mit laufender Substitutionstherapie mit Tirosint (ICD-10 E07.9)
2. Schmerzen am Ansatz der Achillessehne bds. (Achillodynie; ICD-10 M76.6) bei/mit
 - Spreizfuss bds. (ICD-10 M21.63)
3. Leichte Hyposmie unklaren Ursprungs (ICD-10 R43.8) DD Postinfektiös bedingt

In den angestammten Tätigkeiten als ... sowie ... habe mit Ausnahme einer zweiwöchigen Arbeitsunfähigkeit von 100 % nach der Schilddrüsenoperation im Oktober 2016 bis Ende August 2019 eine volle Arbeitsfähigkeit und für die Zeit von September 2019 bis zum 3. Juni 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % bestanden. Seit der ersten Beurteilung der Funktionsstörung des unteren Verdauungssystems am 4. Juni 2020 bestehe in den angestammten Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 11 Ziff. 4.6). Angepasst seien maximal leichte körperliche Tätigkeiten. Vermieden werden sollte das Heben/Tragen von Gewichten über zehn Kilogramm. Das

Heben/Tragen sollte grundsätzlich nur fallweise gefordert sein mit anschliessend ausreichender Ruhezeit. Ebenso vermieden werden sollten Arbeitszwangshaltungen mit vermehrter Belastung der Hals- und Lendenwirbelsäule (z. B. repetitive Rotationsbewegungen des Kopfes [$> 40^\circ$] bei fixiertem Oberkörper oder fixierter Blickrichtung in deutlicher Abweichung zur Körperachse; repetitive Rotationsbewegungen $> 30^\circ$ des Oberkörpers bei fixiertem Stand der Beine oder vorgebeugte Arbeitszwangshaltungen ohne die Möglichkeit sich abzustützen), Arbeiten, welche mit Bücken unter Tischkantenniveau verbunden seien, Arbeitshaltungen im Knien oder in Hockstellung, Arbeiten, welche mit dem Überwinden von Niveauunterschieden (z. B. Treppensteigen) verbunden seien, höhenexponierte (z. B. auf Leitern oder Gerüsten) Arbeiten und ausschliesslich stehende/gehende Tätigkeiten. Nicht zumutbar seien sodann Tätigkeiten in Bereichen mit starken Temperaturschwankungen, Tätigkeiten mit stark emotionaler Belastung und Stressbelastung und Nachtschichttätigkeiten. Ausserdem sollte die Beschwerdeführerin keine Tätigkeiten durchführen, bei denen sie nicht rasch auf eine Toilette gehen könne oder bei denen sie mit den Themen Magen-Darm-Beschwerden oder Problemen im Zusammenhang mit dem Stuhlgang zu tun habe. Sie sollte deshalb zum Beispiel möglichst keine Tätigkeiten in einem ... oder einem ... durchführen, bei denen sie einen regelmässigen Kontakt mit ... respektive ... habe. Weil sie möglichst keine Tätigkeiten durchführen sollte, bei denen sie nicht relativ rasch auf die Toilette gehen könne, sollte sie auch möglichst keine Tätigkeiten durchführen, bei denen sie eine grosse Verantwortung für andere Menschen habe. Sodann sollte sie möglichst keine Tätigkeiten durchführen, bei denen ein einziger Fehler dazu führen könnte, dass sie sich selbst oder andere Menschen gefährden könnte. In einer solchen Tätigkeit könne sie achteinhalb Stunden am Tag anwesend sein. Wegen des erhöhten Pausenbedarfes bestehe dabei eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Dies gelte seit September 2019. Zuvor habe – mit Ausnahme einer zweiwöchigen Arbeitsunfähigkeit von 100 % nach der Schilddrüsenoperation im Oktober 2016 – eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestanden (S. 12 Ziff. 4.7). Die angestammte Tätigkeit könne vor allem aufgrund der somatoformen, autonomen Funktionsstörung (Psychiatrie) nicht mehr ausgeübt werden. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit begründe sich mit der psychiatrischen, orthopädischen, endokrinologischen und gastroenterologi-

schen Einschätzung, wobei es in Bezug auf den Pausenbedarf zu einer vollständigen Überschneidung komme und somit keine Summation oder Teilsummation der fachspezifischen Arbeitsunfähigkeiten vorzunehmen sei (S. 11 Ziff. 4.5).

Der Gesundheitszustand habe sich seit der leistungsabweisenden Verfügung aus dem Jahr 2011 (vgl. act. II 58) wesentlich verändert. So sei 2020 eine Outlet-Obstruktion diagnostiziert worden und 2016 eine Entfernung der Schilddrüse erfolgt, was eine vorübergehende ca. zweiwöchige Arbeitsunfähigkeit mit sich gebracht habe. Im Oktober 2019 habe ein Hypophysenmakroadenom entfernt werden müssen. Durch die Operation sei eine Unterfunktion in der Cortisonproduktion entstanden. Im Verlauf sei daher postoperativ mit einer Substitutionstherapie gestartet worden. Weiter sei eine leichte depressive Episode sowie eine somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Verdauungssystems hinzugekommen. Sodann hätten die degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule zugenommen und die Beschwerdeführerin leide an chronischen Nackenschmerzen aufgrund von degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule. Des Weiteren habe sie am linken Knie zwischenzeitlich eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes und eine Innenmeniskusläsion erlitten. Im aktuellen Röntgen des linken Kniegelenkes finde sich eine Verschmälerung des medialen Gelenkspaltes (act. II 151.1 S. 12 f. Ziff. 4.9).

Im endokrinologischen-diabetologischen Teilgutachten vom 16. August 2023 (act. II 151.3) legte PD Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie-Diabetologie sowie Kardiologie, insbesondere dar, es sei operativ eine endonasal transsphenoidale Exstirpation des zystischen Makroadenoms mit weiterhin notwendiger Hydrocortison-Substitutionstherapie bei corticotroper Insuffizienz erfolgt. Bezüglich der Schilddrüse sei bereits im Januar 2016 eine totale Thyreoidektomie bei einer Struma nodosa mit seitheriger Substitutionstherapie erfolgt. Zusammenfassend zeige sich aus klinisch-endokrinologischer Sicht eine suffiziente Substitutionstherapie. Eine Assoziation mit leichten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, trotz derzeit grosszügiger Einnahme von Hydrocortison im Sinne einer Substitutionstherapie, sei nachvollziehbar (S. 6 Ziff. 6.3.1).

Im orthopädischen Teilgutachten vom 17. August 2023 (act. II 151.5) hielt Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, unter anderem fest, aufgrund der degenerativen Veränderungen an der Lenden- und Halswirbelsäule sowie der belastungsabhängigen Schmerzen am linken Kniegelenk bei St. n. einer vorderen Kreuzbandruptur sowie einer Innenmeniskusläsion nach einem Verhebetauma vom 17. April 2021 und einer beginnenden Verschmälerung des medialen Gelenkspaltes seien körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht zu empfehlen und Tätigkeiten mit einer Zwangshaltung der Halswirbel- und Lendenwirbelsäule nur bedingt zumutbar (S. 13 Ziff. 6.3.1). Zudem müsse aufgrund der im Tagesverlauf zunehmenden Kreuz-, Nacken- sowie linksseitigen Knieschmerzen zur Vermeidung einer Exazerbation ein vermehrter Pausenbedarf von ca. eineinhalb Stunden täglich berücksichtigt werden (S. 15 Ziff. 8.2).

Im gastroenterologischen Teilgutachten vom 24. August 2023 (act. II 151.8) legte PD Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Gastroenterologie, insbesondere dar, bei der Beschwerdeführerin habe sich eine Outlet-Obstruktion mit Anismus und aber auch anteriorer Rektozele entwickelt. Es seien adäquate Massnahmen (Biofeedbacktraining, Botox-Injektion in die spastische Puborektalisschlinge, Ballondilatation, Therapie mit Stuhlregulation) ohne massgeblichen Erfolg durchgeführt worden. Im Juli 2023 sei dann eine STARR-Operation erfolgt. Hiervon habe die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben ca. eineinhalb Monate nach Operation etwas profitiert, wobei sie beschreibe, dass sie etwas weniger Schmerzen und etwas verbesserten Abgang vom Stuhl habe (S. 5 Ziff. 7.1). Die Beschwerdeführerin leide recht stark unter der Defäkationsstörung, die mittels diversen Therapiemassnahmen leider nicht habe adäquat verbessert werden können. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten und angepassten Tätigkeit werde auf 70 % geschätzt (S. 6 Ziff. 8.4).

Dipl. Arzt K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, legte im psychiatrischen Teilgutachten vom 17. August 2023 (act. II 151.6) insbesondere dar, die angegebenen Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in beide Beine seien gemäss den somatischen Teilgutachten zwar teilweise, aber nicht ausreichend, somatisch erklärbar.

Deshalb hätten sie auch psychiatrische Ursachen und es sei die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu stellen. Auch die Magen-Darm-Beschwerden und die Probleme mit dem Stuhlgang seien gemäss den somatischen Teilgutachtern lediglich teilweise somatisch erklärbar, daher sei dafür aus psychiatrischer Sicht die Diagnose einer somatoformen autonomen Funktionsstörung, unteres Verdauungssystem, zu stellen. Sodann erfülle die Beschwerdeführerin eines der drei Hauptkriterien zur Stellung der Diagnose einer depressiven Episode gemäss ICD-10. Die Stimmung sei nicht betrübt. Sie sei aber auch nicht ausgeglichen. Die Stimmung schwanke immer wieder und sei immer wieder von den Emotionen abhängig. Sie sei ein emotionaler Mensch. Der Antrieb sei aber nicht eingeschränkt. Sie führe im privaten Alltag diejenigen Arbeiten durch, die sie aus körperlicher Sicht noch durchführen könne. So führe sie den Haushalt und erledige die Büroarbeiten. Sie sage auch, dass der Wille, etwas zu machen, vorhanden sei. Sie könne aber wegen der verschiedenen körperlichen Symptome verschiedene Arbeiten nicht mehr durchführen. Sie könne sich zudem aufraffen, etwas zu machen. Es bestünden keine Hinweise für eine Freud- und Interesselosigkeit. Sie liebe ihren Sohn und die Enkelkinder, habe aber nur wenig Kontakt mit anderen Menschen. Sie meine, sie könne wegen der Magen-Darm-Beschwerden und der Stuhlprobleme nicht mehr so häufig mit anderen Menschen zusammen sein, was sie belaste. Früher habe sie viel Kontakt mit anderen Menschen gehabt. Sie habe zudem einen Hund, den sie gerne habe und mit dem sie regelmässig draussen spazieren gehe. Von den weiteren Kriterien zur Stellung der Diagnose einer depressiven Episode gemäss ICD-10 erfülle die Beschwerdeführerin diejenigen von Ein- sowie Durchschlafstörungen, Konzentrationsproblemen, einem eingeschränkten Selbstbewusstsein und einer inneren Unruhe und Leere. Sie sage, dass sie innerlich angespannt, unruhig, nervös, müde, erschöpft und ausgelaugt sei. Dies sei sie auch bei der Untersuchung gewesen und sie sei im Laufe des Gesprächs etwas ermüdet. Sie erfülle damit insgesamt eines der drei Hauptkriterien und vier der weiteren Kriterien zur Stellung der Diagnose einer depressiven Episode gemäss ICD-10. Weil sie nur eines der drei Hauptkriterien erfülle, erfülle sie formal gesehen nicht genügend Kriterien zur Stellung der Diagnose. Weil sie eines der drei Hauptkriterien und vier der weiteren Kriterien erfülle, würde die Diagnose einer depressiven Episo-

de trotzdem gestellt. Der Schweregrad der Erkrankung sei aktuell nur leichtgradig ausgeprägt, was gut zu den Aktivitäten der Beschwerdeführerin im Alltag passe. Es gebe keine Hinweise dafür, dass sie vor der aktuellen depressiven Episode bereits früher eine solche Erkrankung gehabt habe und es dazwischen Zeiten gegeben habe, in denen sie keine depressiven Symptome gehabt habe. Deshalb könne nicht die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt werden. Soweit die Beschwerdeführerin sage, sie sei innerlich angespannt, unruhig, nervös, wenig belastbar und vertrage auch nicht viel, könnten diese Symptome durch die leichtgradige depressive Episode erklärt werden und es sei keine weitere Diagnose zu stellen. Gleiches gelte für die angegebenen Symptome der Ermüdung, der Erschöpfung, des Ausgelaugtseins und der Konzentrationsprobleme (S. 7 ff. Ziff. 6.3.1).

Im internistischen und neurologischen Teilgutachten, beide vom 16. August 2023, wurden keine Diagnosen (act. II 151.2 S. 5 Ziff. 6.3, 151.4 S. 6 Ziff. 6.3) und im oto-rhino-laryngologischen Teilgutachten vom 17. August 2023 keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (act. II 151.7 S. 6 Ziff. 6.3.2).

4.2.2 In der Stellungnahme der MEDAS vom 12. Juni 2024 (act. II 168 S. 1 ff.) zu den Einwänden der Beschwerdeführerin (act. II 166) führte der psychiatrische Gutachter aus, auch wenn im Gutachten stehe, dass die Stimmung nicht betrübt gewesen sei, sei das Kriterium einer betrübten Stimmung erfüllt gewesen, und zwar deshalb, weil die Stimmung nicht ausgeglichen gewesen sei. Weil das Kriterium einer betrübten Stimmung erfüllt gewesen sei, würden sich auch keine Änderungen ergeben, wenn im Gutachten noch zusätzlich geschrieben worden wäre, die Beschwerdeführerin habe bei der Untersuchung geweint. Die Aussage in den Einwänden, im psychopathologischen Befund sei der Antrieb als eingeschränkt, bei der Beurteilung der Kriterien zur Stellung der Diagnose hingegen als nicht eingeschränkt beschrieben worden, sei richtig. Es habe sich aber bei der Beurteilung der Kriterien zur Stellung der Diagnose einer depressiven Episode gemäss ICD-10 gezeigt, dass der Antrieb nicht eingeschränkt sei, was dort begründet worden sei. Die Beschwerdeführerin könne im privaten Alltag diejenigen Arbeiten durchführen, die sie aus körperlicher Sicht noch durch-

führen könne, den Haushalt sowie die Bürotätigkeiten alleine erledigen und gemäss eigener Aussage sei auch der Wille vorhanden, etwas zu machen und sie könne sich hierfür aufrufen. Selbst wenn sie – wie in den Einwänden vorgebracht – keinen Hund mehr haben sollte, sei der Antrieb insgesamt so gut, dass dieser nicht eingeschränkt sei. Er wisse nicht mehr, ob die Beschwerdeführerin ihm gegenüber – wie in den Einwänden geltend gemacht – gesagt habe, dass sie am Vorabend nach der Exploration keine Energie mehr gehabt habe, um nach Hause zu gehen und sich in einer Tankstelle Hilfe gesucht habe, damit man ihr ein Hotel buche. Die Aussage passe jedoch gut zu den Konzentrationsproblemen, die im psychiatrischen Teilgutachten beschrieben worden seien. Die Beschwerdeführerin erfülle denn auch das Kriterium von Konzentrationsproblemen zur Stellung der Diagnose einer depressiven Episode gemäss ICD-10. Damit seien die Konzentrationsprobleme im Gutachten berücksichtigt worden. Diese seien jedoch nur leichtgradig ausgeprägt gewesen. Sie passten deshalb gut zur Stellung der Diagnose einer leichtgradigen depressiven Episode. Dabei handle es sich um eine Erkrankung, die leichtgradige funktionelle Einschränkungen verursache, die im Gutachten ebenfalls beschrieben worden seien. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Anwendung fachlicher Kompetenzen, das Durchhaltevermögen, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit, die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten und die Fahreignung seien insgesamt leichtgradig eingeschränkt. Insgesamt führten die verschiedenen leichtgradigen Einschränkungen dazu, dass die Arbeitsfähigkeit für alle angepassten Tätigkeiten zu 30 % eingeschränkt sei (S. 1 f.).

Der endokrinologische Gutachter nahm zu den Einwänden (act. II 166) sodann insofern Stellung, als er darlegte, dass in der polydisziplinären Gesamtbeurteilung sehr wohl die einzelnen Leiden angeführt worden seien und aufgrund der vorliegenden Beschwerden in einer angestammten Tätigkeit als ... oder ... – insbesondere aufgrund der somatoformen, autonomen Funktionsstörung – eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe. Hingegen sei in einer optimal angepassten Tätigkeit mit ausführlich angeführtem Belastungsprofil eine Arbeitsfähigkeit von 70 % zumutbar. Dies basiere sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht auf dem erhöhten

Pausenbedarf. Aufgrund der klaren Überschneidung wäre eine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar. Für die Frage, ob es zu einer weiteren Summation der Arbeitsunfähigkeit komme, sei nicht die Anzahl der angeführten Diagnosen massgebend, sondern die Art und Schwere des jeweiligen Leidens. Aus neurologischer Sicht habe sich so dann keine Diagnose gefunden, sodass die "quälenden Beschwerden" zumindest als fachfremd anzusehen und in den jeweiligen Teilgutachten beurteilt worden seien (act. II 168 S. 3).

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

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C_260/2020 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).

4.4 Die angefochtene Verfügung vom 18. September 2024 (act. II 174) basiert in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem MEDAS-Gutachten vom 2. Oktober 2023 (act. II 151.1 ff.) sowie der gutachterlichen Stellungnahme vom 12. Juni 2024 (act. II 168 S. 1 ff.). Das Gutachten (inkl. Stellungnahme) erfüllt die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert einer versicherungsexternen Expertise und überzeugt (vgl. E. 4.3 hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen respektive Untersuchungen (inkl. durchgeführter Zusatzdiagnostik [act. II 151.1 S. 2 f. Ziff. 2.2, 151.10 S. 1 ff.]) und sind unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen sowie in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten getroffen worden. Gestützt darauf haben die Gutachter die Befundlage, die medizinischen Zusammenhänge und die daraus zu ziehenden Schlüsse zum Gesundheitszustand nachvollziehbar dargestellt und überzeugend begründet. Sodann flossen die Ergebnisse der Teilgutachten – soweit erforderlich – angemessen in die Gesamtbeurteilung ein.

4.4.1 In Bezug auf das internistische, das endokrinologische-diabetologische, das neurologische, das orthopädische, das oto-rhino-laryngologische sowie das gastroenterologische Teilgutachten (act. II 151.2 ff., 151.7 f.) wird von Seiten der Beschwerdeführerin – jedenfalls hinsichtlich der Diagnosestellung – zu Recht nicht bestritten, dass diesen volle Beweiskraft zukommt. So wurden sämtliche beklagten Schmerzen respektive Probleme berücksichtigt und es liegen keine Berichte behandelnder Fachärzte im Recht, welche konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Teilgutachten benennen. Vielmehr decken sich die erhobenen Befunde bzw. gestellten Diagnosen im Wesentlichen mit jenen der behandelnden Fachärzte respektive zeigte der oto-rhino-laryngologische Gutachter unter Einbezug der am 17. August 2023 durchgeführten CT der Nasennebenhöhlen (act. II 151.10 S. 5) überzeugend auf, dass die im Notfallzentrum des Spitals F. _____ ... gestellte Diagnose einer schweren, chronischen und therapieresistenten Sinusitis (act. II 93 S. 16) nicht bestätigt werden kann (act. II 151.7 S. 6 Ziff. 7.1).

4.4.2 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 17. August 2023 (act. II 151.6) leitete dipl. Arzt K. _____ die von ihm gestellten Diagno-

sen einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0), einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie einer somatoformen autonomen Funktionsstörung, unteres Verdauungssystem (ICD-10 F45.32), gestützt auf eine umfassende klinische Untersuchung der Beschwerdeführerin (vgl. Urteil des BGer 8C_138/2021 vom 7. Juni 2021 E. 4.2) und unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen sowie der medizinischen Akten nachvollziehbar und begründet her (S. 1 ff. Ziff. 3.1 f., S. 5 Ziff. 4.3, S. 7 ff. Ziff. 6.3.1 f.). Soweit die Beschwerdeführerin bestreitet, dass lediglich eine leichte depressive Symptomatik vorliegt (Beschwerde S. 5 ff. Ziff. III lit. B Ziff. 3), ist dies nicht stichhaltig. Die gutachterliche Herleitung der diagnostizierten leichtgradigen depressiven Episode anhand der klinisch-diagnostischen Leitlinien (act. II 151.6 S. 8 Ziff. 6.3.1) ist nachvollziehbar und überzeugt (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 169 ff.). So zeigte er im Teilgutachten differenziert auf und präziserte in seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2024 (act. II 168 S. 1 ff.), dass nur eines der drei Hauptkriterien, nämlich die gedrückte Stimmung, erfüllt war, hingegen keine Hinweise auf die beiden anderen Hauptkriterien, des Interessensverlustes bzw. der Freudlosigkeit und der Verminderung des Antriebs bzw. der erhöhten Ermüdbarkeit, vorlagen. Sodann erachtete er von den weiteren Kriterien vier (die verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, das verminderte Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, die Schlafstörungen und die innere Unruhe respektive Leere) als erfüllt. Zwar ist richtig (vgl. zur diesbezüglichen Rüge: Beschwerde S. 5 Ziff. III lit. B Ziff. 3), dass im psychiatrischen Teilgutachten insoweit ein Widerspruch besteht, als unter den Untersuchungsbefunden ein eingeschränkter Antrieb aufgeführt (act. II 151.6 S. 5 Ziff. 4.3), ein solcher in der Herleitung der Diagnose hingegen verneint wurde (S. 8 Ziff. 6.3.1). Dieser Widerspruch liess sich auch mit der gutachterlichen Stellungnahme vom 12. Juni 2024 (act. II 168 S. 1 ff.) nicht gänzlich erklären respektive es ist von einem Versehen auszugehen. Allerdings wurde die Verneinung des eingeschränkten Antriebs, im Gegensatz zu dessen Bejahung, im Teilgutachten begründet. Da die Beschwerdeführerin ihre Haushaltsarbeiten und Büroarbeiten (jedenfalls mehrheitlich; vgl. hierzu jedoch: Beschwerde S. 19 Ziff. III lit. B Ziff. 10) alleine erledigt und sie dem Gutachter gegenüber angab, der Wille,

etwas zu machen, sei vorhanden, ist die gutachterliche Schlussfolgerung, der Antrieb sei nicht eingeschränkt, nachvollziehbar. Sodann korreliert die lediglich leichtgradige depressive Symptomatik mit den Aktivitäten des täglichen Lebens der Beschwerdeführerin (act. II 151.6 S. 8 Ziff. 6.3.1) und dem Umstand, dass sie nicht respektive seit Jahren nicht mehr in psychiatrischer respektive psychologischer Behandlung steht (S. 10 Ziff. 7.2). Entsprechend finden sich in den Akten auch keine fachärztlichen Berichte, die ein schwerwiegenderes psychisches Geschehen begründen würden. Im Übrigen ist invalidenversicherungsrechtlich nicht in erster Linie die genaue diagnostische Zuordnung massgebend, sondern welche Auswirkungen der Gesundheitsschaden auf das funktionelle Leistungsvermögen zeitigt (Urteil des BGer 8C_287/2022 vom 17. August 2022 E. 5.1.2). In der Beschwerde (S. 6 Ziff. III lit. B Ziff. 3) wird zwar zu Recht darauf verwiesen, dass zwischen den Angaben im oto-rhino-laryngologischen Teilgutachten und dem psychiatrischen Teilgutachten bezüglich der Hundehaltung ein Widerspruch besteht (act. II 151.6 S. 8 Ziff. 6.3.1, 151.7 S. 3 Ziff. 3.2.10). Allerdings lässt sich aus geringfügigen Fehlern, die angesichts des Umfangs einer (polydisziplinären) Expertise durchaus vorkommen können, nicht ohne weiteres pauschal auf deren mangelnde Qualität schliessen. Dies gilt hier umso mehr, als der psychiatrische Gutachter in seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2024 nachvollziehbar klarstellte, dass es für das Kriterium des eingeschränkten Antriebs keinen Unterschied macht, ob die Beschwerdeführerin nach wie vor einen Hund hält oder diesen weggab (act. II 168 S. 1 unten; zur Frage, ob das Kriterium des mangelnden Antriebs erfüllt ist: vgl. hiervor). Zur Rüge, der psychiatrische Experte habe es unterlassen zu erwähnen, dass sie während der Exploration immer wieder geweint habe und sie ihm erzählt habe, dass sie nach der Exploration vom Vortag keine Energie mehr gehabt habe, um nach Hause zu gehen und sich daher in einer Tankstell habe Hilfe suchen müssen, damit man ihr ein Hotel gebucht habe (Beschwerde S. 6 Ziff. III lit. B Ziff. 3), ist Folgendes festzuhalten: Der Gutachter beschrieb im Rahmen des psychopathologischen Untersuchungsbefundes den Affekt insoweit, als die Beschwerdeführerin ein emotionaler Mensch sei und die Grundstimmung immer wieder geschwankt habe und von ihren Emotionen abhängig gewesen sei (act. II 151.6 S. 5 Ziff. 4.3). Dass er dabei – anders als im neurologischen und im oto-rhino-laryngologischen Teilgutachten (act. II 151.4 S. 4 Ziff. 4.1, 151.7 S. 2 ff.

Ziff. 3.2, Ziff. 3.2.10 und Ziff. 4.1) – das Weinen nicht explizit dokumentierte, ist nicht entscheidend, wurde doch – wie in der Stellungnahme vom 12. Juni 2024 präzisierend dargelegt (act. II 168 S. 1) – das Kriterium der betäubten Stimmung als erfüllt betrachtet. Des Weiteren ist nicht erforderlich, dass sämtliche anlässlich des klinischen Untersuchungsgesprächs getätigten Aussagen – wie hier einen sich zwischen zwei Explorationsgesprächen zugetragenen Lebenssachverhalt – Eingang in die schriftliche Expertise finden. Sodann zeigte der psychiatrische Gutachter transparent auf, dass er sich an diese spezifische Aussage zum Vortag nicht mehr erinnern mag, es jedoch gut zu den (im Gutachten genannten und berücksichtigten) Konzentrationsproblemen passt, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr im Stand war, selbst eine Unterkunft zu buchen (act. II 168 S. 1 f.). Anders als in der Beschwerde (S. 6 f. Ziff. III lit. B Ziff. 3) angenommen, vermag die Tatsache, dass der gastroenterologische Gutachter feststellte, die Beschwerdeführerin habe kaum geordnete Angaben zu den Fragen machen können und psychisch sehr auffällig gewirkt (act. II 151.8 S. 3 Ziff. 4.1), das psychiatrische Teilgutachten nicht in Zweifel zu ziehen. So verfügt der gastroenterologische Gutachter nicht über die erforderlichen spezifischen fachlichen Qualifikationen, um den psychischen Gesundheitszustand zu beurteilen, was dieser denn auch nicht tat.

4.4.3 Was die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 2. Oktober 2023 (act. II 151.1) anbelangt, ist – entgegen der Ansicht in der Beschwerde (S. 7 Ziff. III lit. B Ziff. 4) – schlüssig, dass die in den einzelnen Teilgutachten festgestellten (quantitativen) Leistungseinschränkungen nicht additiv wirken, sondern den Pausenbedarf beschlagen und es damit zu einer vollständigen Überschneidung kommt (act. II 151.1 S. 11 Ziff. 4.5, 168 S. 3). So erschliesst sich nicht, weshalb der in den verschiedenen Fachdisziplinen festgestellte erhöhte Pausenbedarf nicht durch die gleichen zusätzlichen Pausen sollte gedeckt werden können. Sodann ist der Beschwerdeführerin nicht zu folgen, wenn sie aus der medizinischen Laiensphäre heraus aus der Diagnoseliste bestimmte Schlüsse hinsichtlich der medizinisch-theoretischen Leistungsfähigkeit ziehen will (Beschwerde S. 7 Ziff. III lit. B Ziff. 4). In diesem Zusammenhang ist zu wiederholen (vgl. E. 4.4.2 hiervor), dass nicht die Diagnosen, sondern deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit massgebend sind. Einzig gestützt auf die Länge

der Diagnoseliste kann die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit demnach offensichtlich nicht in Zweifel gezogen werden. Anders als in der Beschwerde (S. 7 f. Ziff. III lit. B Ziff. 4) angenommen, lässt sich sodann aus dem Umstand, dass die neurologische Untersuchung für die Beschwerdeführerin sehr anstrengend war (act. II 151.4 S. 4 Ziff. 4.1), nicht schliessen, die interdisziplinär attestierte medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit von 70 % sei "in keiner Weise nachvollziehbar". Angesichts der im psychiatrischen Teilgutachten festgestellten verminderten Konzentration, welche durch die leichtgradige depressive Episode erklärt wurde und Eingang in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fand (act. II 151.6 S. 5 Ziff. 4.3, S. 9 Ziff. 6.3.1, S. 10 f. Ziff. 7.2), liegt es auf der Hand, dass die gutachterlichen Explorationsgespräche für die Beschwerdeführerin herausfordernd sein können. Die Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bezieht sich gemäss dem Zumutbarkeitsprofil jedoch nicht auf Arbeiten, die eine hohe Konzentration abverlangen, sondern auf leichte körperliche Tätigkeiten mit ausreichenden Ruhezeiten (act. II 151.1 S. 12 Ziff. 4.7). Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich auf die Berichte der behandelnden Ärzte verweist (Beschwerde S. 8 Ziff. III lit. B Ziff. 4), ist zu wiederholen (vgl. E. 4.4 hiavor), dass sich die Gutachter mit den Vorakten auseinandersetzten und ihnen demnach auch die von Seiten des Hausarztes attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % bekannt war (act. II 151.9 S. 12 f. Ziff. 1.2). Die Berichte des Hausarztes Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (act. II 89 S. 2, 93 S. 2 ff.; vgl. zur beweisrechtlichen Bedeutung der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung von Hausärzten: BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 78, 8C_616/2014 E. 5.3.3.3), vermögen den Beweiswert des Gutachtens im Übrigen schon deshalb nicht zu erschüttern, weil er die Leistungseinschränkungen – jedenfalls teilweise – fachfremd mit den Folgen der Entfernung eines Hypophysentumors, einer ausgeprägten Müdigkeit und Erschöpfung, schweren Problemen beim Stuhlgang bei einem Outlet-Obstruktion-Syndrom bei einer Rektozele und einer Schwäche des linken Beins bei einer Diskushernie lumbal begründete (act. II 89 S. 2). Jedenfalls erwähnte der Hausarzt in seinen Berichten keine Aspekte, die im Rahmen der späteren Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt blieben. Der Vollständigkeit halber ist sodann anzumerken, dass der Hausarzt nach ei-

ner Rekonvaleszenzzeit von mehreren Monaten gar die Wiederaufnahme der Tätigkeit als ... für möglich erachtete (act. II 93 S. 4 Ziff. 2.7).

4.5 Zusammenfassend bildet das MEDAS-Gutachten vom 2. Oktober 2023 (act. II 151.1 ff.) sowie die gutachterliche Stellungnahme vom 12. Juni 2024 (act. II 168 S. 1 ff.) eine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts, so dass darauf abzustellen ist. Vor diesem Hintergrund erübrigen sich die in der Beschwerde (S. 2 Ziff. II Rechtsbegehren 3) eventualiter beantragten weiteren Beweisvorkehrungen in antizipierter Beweismwürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; Urteil des BGer 9C_298/2024 vom 14. August 2024 E. 5.2, zur Publikation vorgesehen; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4). Im Zusammenhang mit dem erhobenen psychischen Gesundheitsschaden kann hier zudem auf die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 verzichtet werden, denn selbst wenn auf die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und in einer angestammten Tätigkeit aus rechtlicher Sicht abgestellt wird, resultiert, wie nachfolgend zu zeigen ist, kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

Mithin ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als ... bzw. ... für die Zeit von September 2019 bis 3. Juni 2020 30 % arbeitsunfähig war und seither eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit besteht. In einer leidensadaptierten Tätigkeit besteht eine Arbeitsunfähigkeit von (maximal) 30 %. Diese Beurteilung gilt seit September 2019 (act. II 151.1 S. 11 f. Ziff. 4.6 f.). Auf dieser Grundlage ist nachstehend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

5.

5.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 18. September 2024 (act. II 174) – wie bereits im Rahmen der Verfügung vom 27. September 2011 (act. II 58) – von einem Status von 60 % Erwerb und 40 % Haushalt aus. Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, sie wäre im Gesundheitsfall 100 % erwerbstätig (Beschwerde S. 15 ff. Ziff. III lit. B Ziff. 8).

5.2 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode (Art. 16 ATSG sowie aArt. 28a Abs. 2 und 3 IVG). Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30; SVR 2020 IV Nr. 72 S. 250, 9C_157/2020 E. 4.1.1).

5.3 Der Status von 60 % Erwerb und 40 % Haushalt wurde ursprünglich im Abklärungsbericht Haushalt vom 18. Januar 2011 (act. II 53) festgelegt, im von der IV-Stelle ... im Auftrag der Beschwerdegegnerin (vgl. dazu: Rz. 7015 des Kreisschreibens des BSV über das Verfahren der Invalidenversicherung [KSIV]) erstellten Situationsbericht Haushalt vom 11. Oktober 2023 (act. II 159 S. 2 ff.) übernommen und gründet auf den Aussagen der Beschwerdeführerin der sogenannten "ersten Stunde" (vgl. hierzu: BGE 143 V 168 E. 5.2.2 S. 174, 121 V 45 E. 2a S. 47), wonach sie bei guter Gesundheit im ... Bereich und nicht mehr als ... arbeiten würde und um ihren Lebensunterhalt zu verdienen ungefähr 50 bis 70 % arbeiten müsste (act. II 53 S. 4 Ziff. 3.5). Sie lebte schon zu jener Zeit alleine und hatte keine Betreuungspflichten. Ihr erwachsener Sohn wohnte bereits damals und auch weiterhin (nunmehr samt den zwei Enkeltöchtern) in ... und es besteht nur telefonischer Kontakt (act. II 53 S. 3 Ziff. 2, 151.2 S. 3 Ziff. 3.2.8, 151.5 S. 10 Ziff. 6.1, 151.6 S. 3 Ziff. 3.2.8, 151.7 S. 3 Ziff. 3.2.8, 151.8 S. 3 Ziff. 3.2.8 und S. 4 Ziff. 6.1). Diesbezüglich hat sich bis zum hier massgebenden Verfügungszeitpunkt nichts Wesentliches geändert.

Daran ändert nichts, dass die Beschwerdeführerin eine vollschichtige Erwerbstätigkeit im Validitätsfall damit begründete, dass sie im Jahr 2016 eine Ausbildung zur ... abgeschlossen und sich in diesem Bereich selbst-

ständig habe machen wollen. Es sei klar, dass sie als selbstständige ... ein Vollzeitpensum hätte ausüben müssen, ansonsten sie ihren Lebensunterhalt nicht hätte bestreiten können. Sie habe diese berufliche Tätigkeit jedoch aus gesundheitlichen Gründen nicht aufnehmen können (Beschwerde S. 15 ff. Ziff. III lit. B Ziff. 8). Letzteres kontrastiert mit der gutachterlichen Beurteilung, wonach ihr bis Ende August 2019 die Tätigkeit als ... vollschichtig zumutbar war (bzw. gewesen wäre) und zwischen September 2019 und dem 3. Juni 2020 lediglich eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % bestand (act. II 151.1 S. 11 Ziff. 4.6). Die Beschwerdegegnerin schliesst denn auch aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin keine (selbstständige) Erwerbstätigkeit aufnahm, dass sie im Gesundheitsfall nicht zu 100 % erwerbstätig wäre (act. II 174 S. 2; Beschwerdeantwort S. 4 lit. C Ziff. 12). Wie es sich damit verhält, kann vorliegend letztlich offenbleiben, denn selbst unter der Prämisse, dass sie im Validitätsfall zu 100 % als selbstständigerwerbende ... tätig wäre, würde sich – wie nachfolgend zu zeigen ist – am Ergebnis nichts ändern. Vor diesem Hintergrund erübrigen sich sowohl weitere diesbezügliche Sachverhaltserhebungen als auch Weiterungen zum Beweiswert des Situationsberichts Haushalt vom 11. Oktober 2023 (act. II 159 S. 2 ff.; vgl. hierzu: Beschwerde S. 15 ff. Ziff. III lit. B Ziff. 8 f.).

6.

6.1 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).

6.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten,

nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12, 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).

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

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und

beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 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).

6.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns massgeblich, 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). Unter Berücksichtigung des Wartejahrs (vgl. E. 3.3 hiervor; attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % von September 2019 bis 3. Juni 2020 und von 100 % ab dem 4. Juni 2020 [vgl. E. 4.5 hiervor]) und der Neuanmeldung im Juli 2020 (act. II 59) fällt der frühestmögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG auf Januar 2021 (die Beschwerdegegnerin ging fälschlicherweise von einem frühestmöglichen Rentenbeginn im Jahr 2022 aus [act. II 174 S. 2 f.]). Auf diesen Zeitpunkt hin ist eine Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

6.3 Die Beschwerdegegnerin bestimmte das Valideneinkommen anhand statistischer Werte und ging dabei von der LSE 2020, Tabelle TA1, Ziff. 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen), Frauen, Kompetenzniveau 1, aus (act. II 174 S. 3). Mit Ausnahme des Kompetenzniveaus (es sei das Kompetenzniveau 2 anwendbar) bestreitet die Beschwerdeführerin die herangezogenen statistischen Werte nicht (Beschwerde S. 21 Ziff. III lit. B Ziff. 11). Dabei verhält sie sich jedoch widersprüchlich, wenn sie im Rah-

men der Statusfrage argumentiert, sie wäre im Gesundheitsfall vollschichtig als selbstständigerwerbende ... tätig, beim Valideneinkommen hingegen den Beruf als ... als massgebend erachtet. Soweit mit der Beschwerdeführerin ausgehend vom beschwerdeweise geltend gemachten und zu ihren Gunsten berücksichtigten (vgl. E. 5.3 hiervor) Status einer Vollzeittätigkeit im Gesundheitsfall als selbstständigerwerbende ... ausgegangen wird, ist auch das Valideneinkommen anhand des Lohnes einer ... zu bestimmen. Da die Beschwerdeführerin effektiv nie als ... arbeitete und sich entsprechend auch nicht selbstständig machte (act. II 65 S. 3 ff.; Beschwerde S. 20 Ziff. III lit. B Ziff. 10), kann jedoch nicht auf das effektiv erzielte Einkommen abgestellt werden (zur Berechnung des Valideneinkommens bei Selbstständigerwerbenden: vgl. Rz. 3320 ff. KSIR). Vielmehr wären statistische Werte heranzuziehen, wobei auf den NOGA-Wirtschaftszweig Ziff. 96 (Erbringung von überwiegend persönlichen Dienstleistungen [vgl. BFS, NOGA 2025, Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige, Erläuterungen S. 489 f. zu Ziff. 96]) abzustellen wäre. Wenn dabei zu Gunsten der Beschwerdeführerin vom Kompetenzniveau 2 ausgegangen würde, resultierte ein Bruttojahreseinkommen von Fr. 50'342.85 (Fr. 4'005.-- [LSE 2020, Tabelle TA1, Ziff. 96 {sonstige persönliche Dienstleistungen}, Frauen, Kompetenzniveau 2] x 12 [Monate] / 40 x 41.9 [BFS, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 94-96 {Erbringung von sonstigen Dienstleistungen}, Wert 2021]). Unter Berücksichtigung der (negativen) Nominallohnentwicklung ergäbe sich im Jahr 2021 ein Valideneinkommen von Fr. 48'379.-- (Fr. 50'342.85 / 100 x 96.1 (BFS, Tabelle T1.2.15, Nominallohnindex, Frauen NOGA-Wirtschaftszweig 90-96, Indexbasis 2020 bzw. Index 2021)).

6.4

6.4.1 Bezüglich des Invalideneinkommens ist vorab die von der Beschwerdeführerin bestrittene Verwertbarkeit der gutachterlich attestierten Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu prüfen (zur diesbezüglichen Rüge: Beschwerde S. 8 ff. Ziff. III lit. B Ziff. 5; Replik S. 2).

Die Beschwerdeführerin ist in einer leidensadaptierten Tätigkeit (mindestens) 70 % arbeits- und leistungsfähig, wobei die quantitativen Einschränkungen auf einem erhöhten Pausenbedarf gründen. Das Zumutbarkeitspro-

fil umfasst neben jener auf leichte Tätigkeiten auch anderweitig relativ umfangreiche Einschränkungen (vgl. E. 4.5 hiervor), schliesst aber die Verwertbarkeit nicht aus. So ist das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln. Dieser theoretische und abstrakte Begriff dient dazu, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Ein ausgeglichener Arbeitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (BGE 148 V 174 E. 9.1 S. 188, 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2019 IV Nr. 21 S. 65, 8C_458/2018 E. 4.2). Vorliegend wurde das medizinische Zumutbarkeitsprofil nicht derart eingeschränkt formuliert, dass davon ausgegangen werden muss, der Beschwerdeführerin wäre es nicht möglich, dieses auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt – jedenfalls an einem Nischenarbeitsplatz – zu verwerten. Selbst wenn – wie geltend gemacht (Beschwerde S. 10 Ziff. III lit. B Ziff. 5) – das Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 4.5 hiervor) Kontroll- und Überwachungstätigkeiten generell ausschliessen sollte, existierte ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten, so z. B. Sortier- und Verpackungstätigkeiten sowie leichte Montagearbeiten, die ihrem Fähigkeitsprofil entsprechen. Rechtsprechungsgemäss ist denn auch – entgegen der Ansicht in der Beschwerde (S. 10 Ziff. III lit. B Ziff. 5) – das nötige häufige und längere Aufsuchen der Toilette kein Grund für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit (Urteil des BGer 8C_192/2022 vom 7. Juli 2022 E. 7.2.4; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] I 824/02 vom 16. Juni 2004 E. 2.2.2). Sodann lässt auch das Alter der Beschwerdeführerin nicht auf Unverwert-

barkeit der Restarbeitsfähigkeit schliessen (zur entsprechenden Rüge: Beschwerde S. 10 Ziff. III lit. B Ziff. 5). Sie war zum Zeitpunkt der Erstellung des MEDAS-Gutachtens vom 2. Oktober 2023 (act. II 151.1 ff.), auf den es hinsichtlich der Frage der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter grundsätzlich ankommt (BGE 146 V 16 E. 7.1 S. 25, 138 V 457 E. 3.2 S. 460 und E. 3.3 S. 462; SVR 2020 IV Nr. 5 S. 19, 8C_759/2018 E. 7.1 und Nr. 44 S. 155, 9C_644/2019 E. 4.2), 57 Jahre und sechs Monate alt (act. II 59 S. 1 Ziff. 1.1). Damit verblieb ihr noch eine Aktivitätsdauer von siebeneinhalb Jahren, was einer Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit nicht entgegensteht, denn die Rechtsprechung stellt für die altersbedingte Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit relativ hohe Hürden auf und bejahte in vergleichbaren Fällen – selbst bei deutlich kürzerer Aktivitätsdauer – wiederholt die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit (vgl. etwa Urteile des BGer 8C_302/2024 vom 20. Dezember 2024 E. 11.3.1, 8C_535/2021 vom 25. November 2021 E. 5.4.1). Soweit die Beschwerdeführerin letztlich auf ihre längere Abwesenheit vom Arbeitsmarkt hinweist (Beschwerde S. 10 Ziff. III lit. B Ziff. 5), ist zu beachten, dass sie gemäss dem MEDAS-Gutachten vom 2. Oktober 2023 (act. II 151.1 ff.) in einer leidensangepassten Tätigkeit mit Ausnahme einer zweiwöchigen vollen Arbeitsunfähigkeit im Oktober 2016 bis Ende August 2019 100 % und seither 70 % arbeitsfähig gewesen wäre und auch in einer angestammten Tätigkeit erst seit dem 4. Juni 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit besteht (act. II 151.1 S. 11 f. Ziff. 4.6 f.). Unter diesen Umständen kann sie aus ihrer langjährigen Nichterwerbstätigkeit nichts zu ihren Gunsten ableiten (BGer 8C_302/2024 E. 11.3.3).

Nach dem Dargelegten kann vorliegend nicht auf die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit geschlossen werden.

6.4.2 Da die Beschwerdeführerin keine ihr zumutbare Tätigkeit aufnahm, ist auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Werte zu ermitteln. Mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 4.5 hiervor) ist praxismässig (vgl. E. 6.1.2 hiervor) von der LSE 2020, Tabelle TA1, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1, auszugehen, woraus sich ein hypothetisches Bruttojahreseinkommen von Fr. 37'444.95 (Fr. 4'276.-- x 12 / 40 x 41.7 [betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total, Wert 2021] x 0.7 [Arbeits-

fähigkeit]) ergibt. Indexiert auf das Jahr 2021 ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 37'670.-- (Fr. 37'444.95 / 100 x 100.6 [BFS, Tabelle T1.2.20, Nominallohnindex, Frauen, Total, Indexbasis 2020 bzw. Index 2021]).

Soweit die Beschwerdeführerin einen Abzug vom Tabellenlohn von 25 % fordert (Beschwerde S. 21 ff. Ziff. III lit. B Ziff. 11), ist ihr nicht zu folgen. Zunächst verkennt sie, dass nichtmedizinische Aspekte wie das Alter und die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt per se unberücksichtigt zu bleiben haben, da beide Vergleichseinkommen auf Tabellenlöhnen basieren und diese daher auch bei der Festsetzung des Valideneinkommens zu berücksichtigen wären (Urteil des BGer 8C_608/2022 vom 16. Mai 2023 E. 5.2.2). Zudem ist der erhöhte Pausenbedarf bereits durch das reduzierte Rendement (Arbeitsunfähigkeit von 30 %; vgl. E. 4.5 hievor) berücksichtigt. Selbst wenn vom Erfordernis eines Nischenarbeitsplatzes ausgegangen würde (vgl. hierzu E. 6.4.1 hiervor), wäre vorliegend – wenn überhaupt – höchstens ein Tabellenlohnabzug von 15 % gerechtfertigt (vgl. Urteil des BGer 9C_134/2016 vom 12. April 2016 E. 5.3, wonach ein Nischenarbeitsplatz nicht automatisch einen bestimmten Tabellenlohnabzug zur Folge hat), was am Ergebnis nichts ändern würde (vgl. E. 6.4.3 hiernach). Inter-temporalrechtliche Fragen zur Anwendbarkeit von Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (sowohl in der zwischen dem 1. Januar 2022 und dem 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung als auch in der am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Fassung) erübrigen sich, denn bis Ende 2023 würde sich – auch unter Berücksichtigung der Rechtsprechung gemäss Urteil des BGer 8C_823/2023 vom 8. Juli 2024 E. 10.6, zur Publikation vorgesehen – jedenfalls kein über 15 % hinausgehender Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen und ab dem 1. Januar 2024 wäre zwar der 10%ige Pauschalabzug, bei einer Restarbeitsfähigkeit von 70 % (vgl. E. 4.5 hiervor), jedoch nicht der 20%ige Teilzeitabzug, zugelassen.

Demnach resultiert ein Invalideneinkommen von mindestens Fr. 32'020.-- (Fr. 37'670.-- [vgl. hiervor] x 0.85 [maximal gerechtfertigter Abzug von 15 %]).

6.4.3 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein aufgerundeter (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) Invaliditätsgrad von maximal 34 % ([Fr. 48'379.-- ./ Fr. 32'020.--] / Fr. 48'379.-- x 100). Mithin besteht – selbst wenn auf die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht abgestellt (vgl. E. 4.5 hiervor), zu Gunsten der Beschwerdeführerin von einer vollschichtigen Erwerbstätigkeit als ... im Gesundheitsfall ausgegangen (vgl. E. 5.3 hiervor) und ihr ein Tabellenlohnabzug von 15 % gewährt würde (vgl. E. 6.4.2 hiervor) – kein Rentenanspruch (vgl. E. 3.3 hiervor).

7.

Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 18. September 2024 (act. II 174) jedenfalls im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

8.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 10. Dezember 2024) ist die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht zu befreien.

8.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

8.3 Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin B._____ als amtliche Anwältin (vgl. Verfügung vom 10. Dezember 2024) bleibt deren amtliches Honorar festzulegen.

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.--.

Mit Kostennote vom 8. Januar 2025 macht Rechtsanwältin B._____ einen Aufwand von 8.69 Stunden bzw. ein Honorar von Fr. 2'259.40 zuzüglich Auslagen von Fr. 108.60 sowie die Mehrwertsteuer von Fr. 191.80 (8.1 % auf Fr. 2'368.--) geltend, was nicht zu beanstanden ist. Folglich wird der tarifmässige Parteikostenersatz für dieses Verfahren auf Fr. 2'559.80 festgesetzt.

Im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsverteidigung sind die geltend gemachten Auslagen für Fotokopien in der Höhe von Fr. 91.-- (91 Kopien à Fr. 1.--) zu hoch bemessen. Analog der Regelung im Zivil- und Strafverfahren (Ziff. 3.4 des Kreisschreibens Nr. 15 des Obergerichts vom 20. Januar 2025 über die Entschädigung der amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälte und Nachforderungsrecht) können für notwendige Fotokopien Fr. 0.40 pro Kopie in Rechnung gestellt werden. Die zu entschädigenden Auslagen für die geltend gemachten Kopien sind demnach auf Fr. 36.40 (91 Kopien à Fr. 0.40) festzusetzen. Demnach ist Rechtsanwältin B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 1'738.-- (8.69 Stunden à Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 54.-- (Fr. 36.40 [Kopien] + Fr. 17.60 [Porti]) und

Mehrwertsteuer von Fr. 145.15 (8.1 % auf Fr. 1'792.--), total somit eine Entschädigung von Fr. 1'937.15, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

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. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Der tarifmässige Parteikostenersatz der amtlichen Anwältin wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'559.80 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwältin B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'937.15 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern (samt Eingabe vom 8. Januar 2025)
- 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.