

200 21 131 IV
KNB/BOC/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. November 2023

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Mauerhofer
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsanwalt C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. Januar 2021



Sachverhalt:

A.

Die 1976 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Juli 2017 unter Hinweis auf eine Anpassungsstörung bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II 1]). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (act. II 8 f., 13, 26, 28) und liess die Versicherte interdisziplinär durch die D. _____ (MEDAS) begutachten (Expertise vom 17. Oktober 2018 [act. II 45.1]). Mit Vorbescheid vom 22. Oktober 2018 (act. II 46) stellte die IVB der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nachdem die Versicherte dagegen Einwände erhoben hatte (act. II 48 - 55), wobei das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beanstandet wurde, holte die IVB bei der MEDAS eine ergänzende Stellungnahme ein (act. II 56), welche am 1. April 2019 erstattet wurde (act. II 58). Mit einem weiteren Vorbescheid vom 9. April 2019 (act. II 60) stellte die IVB abermals die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte wiederum Einwände (act. II 64), woraufhin die IVB die Versicherte auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD [act. II 68]) durch Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten liess (Expertise vom 20. September 2019 [act. II 82.1]). Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD stellte die IVB am 21. Februar 2020 vorbe-scheidweise erneut die Verneinung eines Leistungsanspruches in Aussicht (act. II 87). Im daran anschliessenden Einwandverfahren holte die IVB eine Stellungnahme des Gutachters Dr. med. F. _____ ein, welche am 7. Oktober 2020 erstattet wurde (act. II 90 - 109). Nach durchgeführtem Vorbe-scheidverfahren (act. II 113 f.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 8. Januar 2021 (act. II 120) abermals den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne.

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch die B. _____ Rechtsanwalt C. _____, am 10. Februar 2021 Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei eine gerichtliche Expertise zum Gesundheitszustand einzuholen, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu lasten der Beschwerdegegnerin. Gleichzeitig stellt die Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt C. _____ als amtlicher Anwalt.

Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 26. April 2021 die Abweisung der Beschwerde.

Mit Stellungnahme vom 12. April 2022 (inklusive Beilagen) zur Beschwerdeantwort hielt die Beschwerdeführerin vollumfänglich an den beschwerdeweise gestellten Anträgen fest, hingegen zog sie – nachdem sie mit prozessleitender Verfügung vom 7. Januar 2022 aufgefordert worden war, zusätzliche Angaben zu ihren finanziellen Verhältnissen zu machen – das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt C. _____ als amtlicher Anwalt zurück. Gleichzeitig teilte sie ihre neue Wohnadresse in ... mit. Diese Stellungnahme wurde der Beschwerdegegnerin mit prozessleitender Verfügung vom 23. Dezember 2022 zur Kenntnisnahme zugestellt. Gleichzeitig wurden die eingereichten Beilagen zu den Akten erkannt.

Die Beschwerdeführerin reichte mit Eingabe vom 27. Juli 2023 einen Bericht der Klinik G. _____ vom 5. Juli 2023 im Zusammenhang mit dem Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der genannten Institution vom 10. März bis 5. Juni 2023 ein und machte zusätzliche Ausführungen. Diese Eingabe wurde der Beschwerdegegnerin mit prozessleitender Verfügung vom 8. August 2023 zur Kenntnisnahme zugestellt und die eingereichte Beilage wurde unter Hinweis darauf, dass der Sachverhalt bis zur angefochtenen Verfügung massgebend sei, zu den Akten erkannt.

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 Angefochten ist die Verfügung vom 8. Januar 2021 (act. II 120). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen – insbesondere 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 Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705, BBI 2017 2535) und die Änderung vom 3. November 2021 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201 [AS 2021 706]) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vom 8. Januar 2021 (act. II 120) vor dem Inkrafttreten der genannten Änderungen datiert, ist der vorliegende Fall nach den bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Bestimmungen zu prüfen.

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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.3 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung

ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.4 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 Prüfungsrasters (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).

2.5

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

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

2.6 Die sachverständige Person schätzt das Leistungsvermögen anhand der einschlägigen Indikatoren ein. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektiver Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307). Eine davon losgelöste Parallelüberprüfung "nach besserem juristischen Wissen und Gewissen" darf jedoch nicht stattfinden. Vielmehr ist im Rahmen der Beweiswürdigung zu fragen, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch im Lichte der normativen Vorgaben widerspruchsfrei und schlüssig mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364, 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

Zur Grenzziehung zwischen der freien Überprüfung durch die rechtsanwendende Stelle in Anwendung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 auf der einen und unzulässiger juristischer Parallelbeurteilung auf der anderen Seite hat das Bundesgericht Folgendes festgehalten: Von einer lege artis, normorientierten, d.h. nach Massgabe von BGE 141 V 281 erfolgten medizinischen Schätzung ist aus triftigen Gründen abzuweichen. Solche liegen vor, wenn die medizinisch-psychiatrische Annahme einer Arbeitsunfähigkeit unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast der versicherten, rentenansprechenden Person zu wenig gesichert ist und insofern nicht überzeugt. Dabei ist zu beachten, dass die ärztliche Beurteilung Ermessenszüge aufweist, die auch den Rechtsanwender begrenzen. Für die Prüfung der Frage, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben, ist erforderlich, dass die Sachverständigen substantiiert darlegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Insbesondere hat der medizinisch-psychiatrische Sachverständige darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person. Kommen die Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders Bestand haben (BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 367). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann somit als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der

rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364, 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

3.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im ärztlichen Zeugnis vom 1. Juni 2004 (act. II 55/4) fest, die Beschwerdeführerin leide zur Zeit an erheblichen Beschwerden, welche ihre Ursache in einer ausgeprägten psychosozialen Problematik hätten. Eine psychotherapeutische Betreuung sei deshalb dringend indiziert.

3.2 Dr. med. I._____, Facharzt für Neurologie, führte im Bericht vom 25. Januar 2011 (act. II 64/11 f.) die folgenden Diagnosen auf:

- V. a. leichtes Schädel-Hirn-Trauma mit Comotio cerebri am 30. Dezember 2010
 - Verbrüfung Arm rechts, Unterbauch rechts, Oberschenkel rechts, vermutlich im Rahmen einer vasovagalen Synkope, DD epileptischen Anfalls

Während eines grippalen Infektes am 30. Dezember 2010 in der Nacht habe die Beschwerdeführerin wegen Übelkeit Wasser aufgesetzt, wegen des Gefühls erbrechen zu müssen sei sie ins Bad gegangen. Dann bestehe eine retrograde Amnesie für den Weg zurück in die Küche sowie für den Ablauf, der zu den Verbrühungen und der Schädelkontusion an der rechten Stirn geführt habe. Nach zwei Tagen Entfieberung habe sie wegen schmerzhafter Haut aber zehn weitere Tage vor allem im Liegen verbracht. Seither bestünden verschiedene Beschwerden wie Übelkeitsneigung, vermehrtes Schwitzen, Kopfdruck (vom 20. - 23. Januar [2011] starke Kopfschmerzen), zusätzlich Überempfindlichkeit für Licht, Geräusche und Gerüche. Die von der Beschwerdeführerin berichteten Beschwerden entsprächen am ehesten einem postcommotionellen Syndrom. Die Wahrscheinlichkeit eines epileptischen Anfalles oder einer Zweiterkrankung werde als gering erachtet.

3.3

3.3.1 Im interdisziplinären Gutachten der MEDAS mit Beurteilungen in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychotherapie, Orthopädie und Allgemeine Innere Medizin vom 17. Oktober 2018 (act. II 45.1) wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. II 45.1/4). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die Folgenden angegeben (act. II 45.1/4):

- Allgemeine Bandlaxizität
- Allgemeine muskuläre Insuffizienz wegen Trainingsmangel
- Arthrose und Bewegungseinschränkung MTP-Gelenk Grosszehe links nach Pferdetritt als Jugendliche
- Schmerzen Handgelenke, Fussgelenke, Schulter links ohne fassbare somatische Ursachen
- Chronisch geringgradige inaktive Duodenitis und leichte Typ C Gastritis unter Pantoprazol-Medikation
- Neigung zu Orthostase-Episoden ohne Stürze bei neurovegetativer Dystonie
- Neurasthenie (ICD-10: F48.0)
 - DD: Burnout-Syndrom (ICD-10: Z73.0)
- Probleme mit Bezug auf Kindheitserlebnisse (ICD-10: Z61)

In der interdisziplinären Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest (act. II 45.1/3 f.), die Beschwerdeführerin sei in geordneten soziefamiliären Verhältnissen aufgewachsen. Nach der Grundschulausbildung habe sie eine ... absolviert und anschliessend auf diesem Beruf gearbeitet. Zudem habe sie sich auf Fachhochschulen weitergebildet. Von Traumatisierungen in der Kindheit oder psychischen Folgen eines Unfalls 2009 sei nichts bekannt, sie habe in ihrer beruflichen Laufbahn Erfolg und auch das Privatleben samt Freizeitgestaltung sei zufriedenstellend gewesen. Nach einer Überforderungssituation bei der Arbeit infolge Abteilungswechsel habe sie sich (weiterhin) überfordert gefühlt und es seien sowohl psychische als auch somatische Symptome aufgetreten, weshalb sie sich in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung begeben habe.

Bei der Beschwerdeführerin handle es sich aus psychiatrischer Sicht um eine neurasthenische Entwicklung (ICD-10: F48.0). Aus internistischer und orthopädischer Sicht ergäben sich keine pathologischen Befunde. Es be-

stehe eine Dekonditionierung bei totaler Sportabstinenz, was muskuloskelettale Schmerzen prononcieren könne.

Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde / Diagnosen hielten die Gutachter fest (act. II 45.1/4), die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Beschwerden könnten somatisch nicht erklärt werden. Es liege eine ausgesprochen gute Beweglichkeit aller Gelenke vor (wegen nicht störender allgemeiner Bandlaxizität) und eine muskuläre Insuffizienz wegen körperlicher Schonung. Es liege ebenso keine psychiatrische Diagnose vor, welche mit einer Beeinträchtigung der Willensanstrengung einhergehen könnte. Die Beschwerdeführerin sei gemäss Mini-ICF-App mehrheitlich nicht bzw. nur leicht beeinträchtigt (subjektive Beschwerden) und es zeigten sich gute und erhaltene Funktionen sowie mentale und soziale Ressourcen.

Zur Konsistenzprüfung gaben die Gutachter an (act. II 45.1/5), die geltend gemachten Beschwerden, welche mit einer Abnahme der Leistungsfähigkeit einhergingen, seien im Sinne einer neurasthenischen Entwicklung plausibel. Die Diagnosestellung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) könne anhand der vorliegenden Exploration nicht bestätigt werden. Die subjektiven Funktionseinbussen seien nicht konsistent, denn die Beschwerdeführerin könne unter anderem nach ... reisen, um dort an einem Yoga-Seminar teilzunehmen. Auch nehme sie längere Fahrzeiten (mit dem Zug) in Kauf, um die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in ... fortzusetzen.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit gaben die Gutachter an (act. II 45.1/5), die Beschwerdeführerin werde von der behandelnden Psychiaterin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben und zwar anhaltend seit 16. Dezember 2016, letzte Evaluation am 23. Januar 2018. Anhand der aktuellen Neubeurteilung desselben Sachverhalts sei sie aus polydisziplinärer Sicht spätestens ab dem jetzigen Begutachtungszeitpunkt (Ende August 2018) zu 100 % arbeitsfähig. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde ausgeführt (act. II 45.1/5), in einer angepassten Verweistätigkeit bestehe aus polydisziplinärer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Einer Unterstützung durch das Arbeitsmarktcenter der J. _____ stehe nichts entgegen.

3.3.2 Im psychiatrischen Teilgutachten (act. II 45.1/14 - 22) von Dr. med. E._____ wurde zur allfälligen Diagnose einer PTBS festgehalten (act. II 45.1/19 Ziff. 6.1), die Angaben der Beschwerdeführerin seien in dieser Hinsicht vage, sie könne kein traumatisches Erlebnis angeben. Es werde angedeutet, sie habe Traumatisierungen in der Kindheit erlebt. Gemäss Angaben der behandelnden Psychiaterin habe sie 2009 einen Unfall mit Verbrennungsfolge erlitten als Auslöser für die PTBS. Näheres darüber könne die Beschwerdeführerin nicht beschreiben. Somit könne aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht kein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzer oder länger dauernd mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass als Auslöser für eine PTBS eruiert werden. Auch die Tatsache, dass sie trotz – geltend gemachten bzw. vermuteten – "Traumatisierungen" in der Kindheit und nach dem erlittenen Unfall 2009 keine funktionellen Einschränkungen erlitten habe bzw. ihre schulische und berufliche Ausbildung mit Erfolg habe abschliessen können und sich entsprechend in der Arbeitswelt habe behaupten können, sprächen gegen eine PTBS. Ausserdem spreche eine Latenzzeit von vielen Jahren auch gegen eine PTBS. Auch der seltene mögliche Verlauf einer PTBS über viele Jahre treffe bei der Beschwerdeführerin nicht zu, denn in den dazwischen liegenden Jahren bis zum Auftreten der ab 2016 geltend gemachten Beschwerden seien keine Symptome, die mit einer Traumatisierung einhergingen, eruierbar. Ganz davon abgesehen, dass eine daraus entwickelnde andauernde Persönlichkeitsänderung nicht eingetreten sei.

3.4 Dr. med. K._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefärztin Psychosomatik Klinik G._____ (vormals Klinik L._____), führte in der E-Mail vom 17. Januar 2019 (act. II 53/17) zu Händen der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin die folgenden Diagnosen auf:

1. Mittelschwere depressive Episode teilremittiert
2. PTBS im Sinne einer komplexen Traumafolgestörung
3. Z.n. geringgradiger Gastritis und Duodenitis (ED 1. Dezember 2016) - Gastroduodenoskopie 01/2016: geringgradige chronische inaktive Duodenitis, geringgradige chronische Pangastritis sowie an der Z-Linie Vorstufen des Barrettepithels - Beginn einer Therapie mit Pantoprazol 12/2016.
4. Periarthropathia humeroscapularis rechts -
DD bei myofaszialen Schmerzen des Schultergürtelbereichs

DD Impingementsituation

DD bei Supraspinatustendopathie und sonografisch Verdacht auf Mikroverkalkungen (intakte Rotatorenmanschette)

5. Allergie: Penicillin

Die Beschwerdeführerin sei sowohl in ihrer angestammten Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit zurzeit zu 100 % arbeitsunfähig aufgrund von Erschöpfung, innerer Anspannung, muskulärer Schmerzzustände, Konzentrations- und Belastbarkeitsstörung, aufgrund dissoziativer Zustände bei multiplen Triggerfaktoren. Frühkindliche Traumata seien nicht formuliert worden, die Verhaltensweisen mit Anhäufung dissoziativer Zustände bei Nähe-Distanz-Veränderung lasse dringend diesen Hintergrund vermuten. Bei noch deutlicher Instabilität sei es gerade gelungen, am 24. April 2018 (über) ein Verbrennungstrauma mit Nahtoderlebnis 2005 berichten zu können (vgl. act. II 45.2/9) mit der Bitte, dies nicht aufzuschreiben, um nicht beim Lesen dieses Berichtes unweigerlich in eine Re-traumatisierung zu kommen.

3.5 In der ergänzenden Stellungnahme vom 1. April 2019 (act. II 58) gaben die Gutachter der MEDAS an, im Abschnitt 6.1 des psychiatrischen Gutachtens werde ausführlich zu den gestellten Diagnosen in den Vorakten bzw. im Austrittsbericht der Klinik L. _____ vom 20. März 2017 wie auch zum Verlaufsbericht durch die behandelnde Psychiaterin (welche die Beschwerdeführerin während des Aufenthaltes in der Klinik L. _____ betreut gehabt habe) Stellung genommen. Es werde ebenfalls begründet, weshalb keine PTBS nach der ICD-10 Klassifikation vorliege, mit dem Hinweis, dass "Traumatisierungen in der Kindheit" zwar angedeutet würden, jedoch nicht erinnerlich seien. Auch die Tatsache, dass sie trotz "Traumatisierungen" in der Kindheit und nach dem erlittenen Unfall 2009 keine funktionellen Einschränkungen erlitten habe bzw. ihre schulische und berufliche Ausbildung mit Erfolg habe abschliessen können und sich entsprechend in der Arbeitswelt habe behaupten können, sprächen gegen eine PTBS. Ausserdem spreche eine Latenzzeit von vielen Jahren auch gegen eine PTBS. Die Diagnose Neurasthenie (ICD-10: F48.0) werde ausführlich begründet und sei kongruent zur Anamneseerhebung und zum psychopathologischen Befund. Differenzialdiagnostisch komme ein Burnout Syndrom (ICD-10: Z73.0) in Frage, dies sei ebenfalls unter 6.1 begründet. Probleme in Bezug

auf Kindheitserlebnisse (ICD-10: Z61) basierten auf vagen Angaben der Beschwerdeführerin bzw. seien subjektiver Natur. Weder die Ausführungen von Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. act. II 53/15 f.), noch von der behandelnden Psychiaterin Dr. med. K. _____ (Klinik G. _____; vgl. act. II 53/17) lieferten neue klinische Erkenntnisse, welche zu einer Diagnoseänderung führen würden. Hervorzuheben sei, dass zur Zeit der Begutachtung weder eine depressive Episode noch eine PTBS vorgelegen habe, demzufolge habe keine psychische Störung vorgelegen, welche mit einer anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einhergehen würde. In Zusammenarbeit mit den weiteren Gutachtern (Orthopädie, Innere Medizin) ergäben sich keine Änderungen an der interdisziplinären Gesamtbeurteilung.

3.6 Dr. med. F. _____ führte im psychiatrischen Gutachten vom 20. September 2019 (act. II 82.1) die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (act. II 82.1/31):

- Komplexe PTBS F62.0 nach ICD-10 (nach ICD-11: 6B41 Complex post traumatic stress disorder)

Der Gutachter gab an (act. II 82.1/30 f.), im vorliegenden Falle liege eine scheinbar ungestörte Entwicklung bis zu einer beruflichen Veränderung Anfang 2016 vor. Die Beschwerdeführerin sei bereits in der Kindheit von den Eltern zur Psychologin oder zum Psychiater geführt worden und seit ihrem 30. Lebensjahr nehme sie "ständig" Therapien und Coachings in Anspruch. Es sei ihr nicht gelungen, eine Beziehung dauerhaft befriedigend zu gestalten; trotz hoher Leistungsbereitschaft und ständigem Weiterqualifizieren habe sie mit zahlreichen befristeten Arbeitsverhältnissen zurecht kommen müssen und sei dabei überfordert gewesen und habe versucht, Überforderungssituationen durch unbezahlten Urlaub zu kaschieren. Die Erwerbsbiografie erscheine gekennzeichnet von einem definitiven Einbruch ab Mitte/Ende 2016. Der soziale Kontext erscheine nicht in erwerbsrelevantem Ausmass gestört. Psychosoziale Faktoren stünden nicht im Vordergrund. Diskutiere man das aktuelle Persönlichkeitsbild und die biografische Persönlichkeitsentwicklung sowie persönliche Ressourcen, so liessen sich durchaus erwerbsrelevante Defizite objektivieren. Psychiatrisch sei der Verlauf geprägt von kontinuierlichen, konsequenten und angemessenen

therapeutischen Massnahmen. Eine schwerwiegende somatische Komorbidität sei nicht zu beschreiben.

Laut Dr. med. F. _____ sind die folgenden Funktionen wie folgt eingeschränkt (act. II 82.1/32 f.): Stark eingeschränkt seien die Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Anwendung fachlicher Kompetenzen, die Durchhaltefähigkeit, die Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit, die Gruppenfähigkeit, familiäre bzw. intime Beziehungen. Mittelgradig bis schwer eingeschränkt sei die Mobilität / Verkehrsfähigkeit. Mittelgradig eingeschränkt seien die Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit / Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Spontan-Aktivitäten. Leicht bis mittelgradig eingeschränkt sei die Selbstvorsorge. Teilweise eingeschränkt sei die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit. Schliesslich hielt der Gutachter fest (act. II 82.1/35 f.), in der bisherigen Tätigkeit sei gegenwärtig keine geldwerte Leistung zu erwarten. Auch durch Anpassung gelinge es kurz- und mittelfristig nicht, eine geldwerte Tätigkeit zu beschreiben.

3.7 Der RAD-Arzt med. pract. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab in der Stellungnahme vom 5. Februar 2020 (act. II 84) an, es lägen von ihrem Ausgang her zwei extrem unterschiedliche Begutachtungsergebnisse vor. Das erste Gutachten gehe von voller Arbeitsfähigkeit aus, das zweite von vollkommener Arbeitsunfähigkeit bei an sich relativ "gleichsinnig" beschriebenem Sachverhalt, der aber vollkommen unterschiedlich gewürdigt werde. Zum einen als nicht AUF-relevante Neurasthenie, zum anderen als Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, was z.B. eine angemessene Diagnose bei Überlebenden von Konzentrationslagern sein könne. Für den RAD-Arzt als Leser beider Elaborate bleibe als überdauernder Eindruck aus beiden, dass die Beschwerdeführerin zwar eine psychische Problematik zu haben scheine, es offensichtlich aber schwierig sei, fundiert und mit ausreichend an Fakten orientiertem Beweisgrad festzustellen, was an Erkrankung bestehe oder eben nicht bzw. die Gutachter hätten es nicht gewagt, wirklich in die Traumaexploration einzusteigen, d.h. das Faktische des Erlebens der Beschwerdeführerin einerseits zu hinterfragen, andererseits gegebenenfalls zu bestätigen anhand eventuell dadurch ausgelöster Reaktionen oder Nicht-Reaktionen.

Letztlich sei hier also festzustellen, dass bei der Beschwerdeführerin das Vorliegen einer PTBS weder bewiesen noch widerlegt sei: Es erscheine einerseits wahrscheinlich, dass sie nicht "nichts hat" (dafür wirkten die Behandlerberichte – z.B. von Dr. med. K. _____ – zu fundiert, die tatsächliche Existenz eines Traumas belegten aber leider auch sie nicht), andererseits erfülle das, was sie laut Gutachter angeblich habe, aber nicht die Kriterien des ICD für diese gewählte Diagnose, sei also nicht sauber fachärztlich hergeleitet. Da insgesamt die Existenz einer Traumafolgestörung, die sich in der Gegenwart noch auswirke, nicht belegt sei, könne auch nicht auf die Leistungsaussage des zweiten Gutachtens, die auf der Annahme der Existenz eines solchen Leidens basiere, abgestellt werden.

3.8 Dr. med. K. _____ hielt in der Stellungnahme vom 16. April 2020 (act. II 92/2 - 4) fest, bei der Beschwerdeführerin liege u.a. eine F62.00 vor, die laut O. _____ und P. _____ neben der PTBS eine von vielen psychischen Störungen sei, die in Reaktion auf traumatische Erlebnisse auftreten könnten. In diesem Zusammenhang sei wichtig zu betonen, dass sich die Indikation für eine traumafokussierte Behandlung dabei nicht aus der Anamnese eines traumatischen Erlebnisses ableite, sondern vielmehr aus der vorliegenden Symptomatik. Dies sei hier bei der Beschwerdeführerin der Fall. Die Beschwerdeführerin sei in der Stabilität noch lange nicht so weit, dass man sich im gewohnten ambulanten Setting an eine Traumakonfrontation wagen könnte, wie ... beschreibe. Insgesamt liege die äussere Stabilität nicht vor, da die Arbeits- und Wohnungssituation in den letzten beiden Jahren äusserst fragil gewesen sei. Es fehle auch die innere Stabilität, die eine diagnostische Konfrontation verhindere, da kleinste Fragen nach der Situation in der Kinderzeit in einer Dissoziation mündeten. Abschliessend könne angemerkt werden, dass im vorliegenden Fall eine Traumakonfrontation im vertrauten ambulanten Setting nicht möglich sei, eine Konfrontation im Gutachten zum Schutze der Patientin unbedingt verhindert werden müsse und dies habe der Gutachter in der zweiten gutachterlichen Befragung dankenswerterweise fachlich äusserst kompetent, fürsorglich umgesetzt.

3.9 Der RAD-Arzt med. pract. N. _____ hielt in der Stellungnahme vom 1. Juli 2020 (act. II 96) fest, die neu ins Dossier gelangten Unterlagen

seien nicht geeignet, das tatsächliche Vorliegen eines Traumas bzw. einer gravierenden Traumafolgestörung im Sinne des ICD-10 methodisch sicher nachzuweisen (act. II 96/4). Als Beweis für die Nichtkonfrontierbarkeit der Beschwerdeführerin mit Traumainhalten werde ausgerechnet eine E-Mail der Beschwerdeführerin zitiert (vgl. act. II 92/3), die zumindest aus Sicht des RAD das genaue Gegenteil belege, nämlich, dass die Beschwerdeführerin selber – und offensichtlich ausserhalb eines direkten therapeutischen Kontextes – eine bewusste zur Emotionsprovokation entwickelte Meditationsmethode des früheren Sektenoberhauptes Q. _____ (besser bekannt unter dem Namen R. _____) anwende und dies offensichtlich ohne dass ihre Therapeutin vorher oder zumindest nachher warnend eingeschritten wäre. Man könnte hier geradezu von einem traumakonfrontativen Risikoverhalten sprechen. Jemand der tatsächlich eine PTSD (bzw. PTBS) habe, dürfte kaum auf die Idee kommen, eine derartige Symptomprovokation zu betreiben. Die provozierten emotionalen Inhalte hätten sich laut vorliegendem Eigenbericht der Beschwerdeführerin (wunschgemäss?) gezeigt und sie scheine es gut überstanden zu haben. Warum sie sich dann einer sachkundigen Traumaexploration nicht einmal näherungsweise unterziehen können sollte, erschliesse sich vor diesem Hintergrund umso weniger. Das Auftreten einer dosierten Dissoziation in einer ärztlich kontrollierten Situation, wie es eine Begutachtung darstelle, könne und müsse als Risiko in Kauf genommen werden, wenn man auch nur ansatzweise eine tatsächlich stattgehabte Traumatisierung im Dienste der Erlangung von Versicherungsleistungen belegen wolle.

Damit aus Sicht des RAD die Diagnose F62 bestätigt werden könnte, müsste der Sachverhalt soweit aufgeklärt werden, dass auch sach- bzw. ereignisbezogen Beweismittel existierten, die den Gebrauch der Diagnose ermöglichten bzw. erforderten. Bis dato lägen – ausser indirekten Hinweisen – solche Beweismittel nicht vor. Sollte es dabei bleiben, so wäre zumindest die Relevanz und Krankheitswertigkeit dieser "indirekten Hinweise" so plausibel darzustellen und klassifikatorisch möglichst widerspruchsfrei zuzuordnen, dass auch die Rechtsanwenderin dem anhand sorgfältiger Ausarbeitung der Indikatoren folgen könne (act. II 96/6).

Der psychiatrische Gutachter Dr. med. F._____ habe in einem Telefonat mit dem RAD-Berichterstatter am 25. Juni 2020 (vgl. act. II 94) eingeräumt, dass seine Anamnesetiefe vielleicht nicht ausreichend gewesen sein könnte und man den Fall unter Umständen auch anders interpretieren könnte. Hinsichtlich dessen habe er sich zu einer Nachuntersuchung bereit erklärt (act. II 96/6).

Es sei bis dato nicht auszuschliessen, dass es sich bei der Beschwerdeführerin um einen folgenden Fall handle: Aufgrund der definatorischen Mängel des ICD-10 falle die Beschwerdeführerin durch alle dort üblichen diagnostischen Maschen, obwohl sie überwiegend wahrscheinlich tatsächlich krank sei. Gerade dies habe der Gutachter Dr. med. F._____ in einem Telefonat mit dem berichterstattenden RAD-Arzt verdeutlichen können, indem er jenseits von definatorischen Vorgaben nochmal seinen klinischen Eindruck, sein persönliches Betroffensein, zum Ausdruck gebracht habe ("wenn Sie die Frau sehen würden mit ihrer ganzen Fragilität ... [sinn-gemäss] würden Sie keinen Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit haben").

3.10 In der ergänzenden Stellungnahme vom 7. Oktober 2020 (act. II 109) hielt Dr. med. F._____ (nach diagnosespezifischen Erörterungen) insbesondere fest, der Stellungnahme des RAD vom 1. Juli 2020 könne entnommen werden, dass man innerhalb des RAD zu der Einschätzung gekommen sei, dass das Thema Traumatisierung während seiner Begutachtung im August/September 2019 unzureichend angesprochen und exploriert worden sei. Im Rahmen der Exploration (Kap. 3) hätten sich viele Hinweise in der vertieften Befragung ergeben, etwa bei den aktuellen Beschwerden die Äusserung, dass die letzten Jahre wie ein Trauma gewesen seien, sie habe überhaupt keine Stabilität mehr erleben können. Oder im nachfolgenden Kapitel (Verlauf der Beeinträchtigung) zu den Äusserungen, dass es neben dem Nahtoderlebnis vor 10 Jahren und der Beförderung 2016 noch eine weitere Ebene in der Kindheit gebe, die möglicherweise der Boden von dem Ganzen sei. Auch hier habe bereits die Erkenntnis gewonnen werden können, dass sie sich an sexuelle Gewalt zwar nicht erinnern könne, aber auch kaum mehr Erinnerungen an ihre Kindheit habe. Im Kapitel "Eigene Krankheitskonzepte" sei formuliert worden, dass sie viele dunkle Flecken habe, nicht genau wisse, was in der Kindheit passiert sei und sie

davon ausgehe, dass sie letztlich traumatisiert worden sei. Auch relevante dissoziative Elemente hätten in der psychiatrischen Anamnese exploriert werden können (3.2.2.1: Verbrühungen, während sie wie danebengestanden sei). Die gestörte Situation in der Primärfamilie sei dargestellt worden (vgl. 3.2.4.3: Zur Mutter den Kontakt schon länger beendet, zum Vater nie echten Bezug gehabt). Kein Kontakt mehr mit der Schwester. Weder für die Kindheit noch für heute könne sie eine wichtige Bezugsperson benennen: Vor drei Jahren sei ihre Katze gestorben, das sei wohl der wichtigste Bezug für sie gewesen. Gesamthaft könne also jedem der Unterkapitel des Kapitels 3.2 (vertiefte Befragung) der Begutachtung die Nähe zu einer schweren bis schwersten Störung aus dem Bereich der Psychiatrie entnommen werden, was dann im Kapitel 6 in diagnostischen Zuordnungen verarbeitet worden sei.

Die behandelnde Psychiaterin weise drauf hin, wie schwierig es sei, die Beschwerdeführerin mit den "angenommenen Ereignissen" zu konfrontieren. Konfrontation mit Situationen der Kindheit hätten zu Dissoziationen geführt. Dies sei wohl eindeutig als Hinweis (wenn auch nicht Beweis) auf entsprechende belastende Ereignisse zu werten (eine nicht traumatisierte Person reagiere auf die Frage nach einem möglichen Trauma in der Regel nicht mit Dissoziation).

Gehe man – gemäss Dr. med. F. _____ – provokativ der Hypothese nach oder von der Behauptung aus, dass eine Traumatisierung im Sinne von F43.1 oder gar F62 gar nicht stattgefunden habe, falle das im Gutachten vertretene nosologische Konzept nicht wie ein Kartenhaus zusammen, da es auf unzähligen detaillierten Beobachtungen beruhe, die im Übrigen teilweise auch der vormaligen Begutachtung 2018 MEDAS entnommen seien und sich durch keine andere Störung aus dem Kapitel V der ICD-10 besser erklärten. Die Symptomatik gehe weit über das hinaus, was man mit unangenehmen verdrängten psychischen Inhalten verbinden könnte.

Bereits in dem Standardlehrbuch "Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik" mit über 3000 Seiten heisse es, dass die klinische Erfahrung unterstreiche, dass Kinder und Erwachsene mit chronischen interpersonellen Traumatisierungen ein komplexeres syndromales Beschwerdebild entwickeln könnten, als durch die diagnostischen Kriterien einer PTBS erfasst

sei. Hierfür sei das eigenständige theoretische Konzept einer komplexen PTBS oder Störung nach Extremtraumatisierung (disorder of extreme stress not otherwise specified, DESNOS) vorgeschlagen worden. Traumataerfahrungen während früher Entwicklungsjahre führten in einer höheren Wahrscheinlichkeit zu einer komplexen posttraumatischen Psychopathologie als im Erwachsenenalter. Ein analoger Zusammenhang stelle sich auch mit der Dauer der traumatischen Einwirkungen dar. Wenngleich nicht deckungsgleich aber doch mit konzeptioneller Überschneidung diskutiere auch die ICD-10 die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, F62.0.

Gesamthaft werde niemand umhinkommen, einen relevanten Gesundheitsschaden zu erkennen und formale oder methodische Kritikpunkte würden kaum Bestand haben, die Schwere der Auswirkungen auch auf die Arbeitsfähigkeit zu relativieren.

4.

4.1

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

4.1.2 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).

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

4.2

4.2.1 Das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS mit Beurteilungen in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychotherapie, Orthopädie und Allgemeine Innere Medizin vom 17. Oktober 2018 (act. II 45.1; inklusive ergänzender Stellungnahme vom 1. April 2019 [act. II 58]) erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Es ist voll beweiskräftig, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet.

So haben die MEDAS-Sachverständigen überzeugend und schlüssig dargelegt, dass aus internistischer (act. II 45.1/29 f. Ziff. 7 und 8) und orthopädischer (act. II 45.1/12 f. Ziff. 7 und 8) Sicht keine pathologischen Befunde bestehen und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht.

Insbesondere wurde im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. E. _____ eine krankheitswertige psychische Störung mit Auswirkung auf

die Arbeitsfähigkeit und namentlich auch eine bloss vermutete PTBS überzeugend und schlüssig ausgeschlossen. Dr. med. E. _____ führte diesbezüglich aus (act. II 45.1/19 Ziff. 6.1), die Angaben der Beschwerdeführerin seien in dieser Hinsicht vage, sie könne kein traumatisches Erlebnis angeben. Es werde angedeutet, sie habe Traumatisierungen in der Kindheit erlebt. Gemäss Angaben der behandelnden Psychiaterin habe sie 2009 einen Unfall mit Verbrennungsfolge erlitten als Auslöser für die PTBS. Näheres darüber könne die Beschwerdeführerin nicht beschreiben. Somit könne aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht kein belastendes Ereignis oder eine Situation – kürzer oder länger dauernd – mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass als Auslöser für eine PTBS eruiert werden. Auch die Tatsache, dass sie trotz – geltend gemachter bzw. vermuteter – "Traumatisierungen" in der Kindheit und nach dem erlittenen Unfall 2009 keine funktionellen Einschränkungen erlitten habe bzw. ihre schulische und berufliche Ausbildung mit Erfolg habe abschliessen können und sich entsprechend in der Arbeitswelt habe behaupten können, sprächen gegen eine PTBS. Ausserdem spreche eine Latenzzeit von vielen Jahren auch gegen eine PTBS. Auch der seltene mögliche Verlauf einer PTBS über viele Jahre treffe bei der Beschwerdeführerin nicht zu, denn in den dazwischen liegenden Jahren bis zum Auftreten der ab 2016 geltend gemachten Beschwerden seien keine Symptome eruiert, die mit einer Traumatisierung einhergingen. Ganz davon abgesehen, dass eine daraus (sich) entwickelnde andauernde Persönlichkeitsänderung nicht eingetreten sei.

Wie zudem der RAD-Psychiater med. pract. N. _____ am 1. Juli 2020 festhielt (vgl. vorstehend E. 3.9), stützt die von der Beschwerdeführerin aus eigener Initiative angewandte "Schüttelmeditation" (vgl. E-Mail vom 16. April 2020; act. II 92/3) die Ausführungen des Gutachters Dr. med. E. _____, wonach keine PTBS und auch keine daraus entwickelte Persönlichkeitsänderung bestehe. Der RAD-Arzt hielt diesbezüglich fest, dass jemand, der tatsächlich eine PTBS habe, kaum auf die Idee komme eine solche Symptomprovokation zu betreiben.

4.2.2 Auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 20. September 2019 (act. II 82.1) kann hingegen nicht abgestellt werden,

es erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.1.2 hiervor) nicht. Die gutachterliche Einschätzung durch Dr. med. F. _____ erfolgte nicht leitliniengerecht. Er hat sich offenbar – nach den Untersuchungen – mit der behandelnden Psychiaterin Dr. med. K. _____ "kurzgeschlossen" (act. II 82.1/5 Ziff. 1.3.5) und berichtete gegenüber dem RAD-Arzt von "persönlichem Betroffensein", so dass er die nötige gutachterliche Distanz zur Beschwerdeführerin verlor. Es überzeugt zudem nicht, wenn Dr. med. F. _____ die bisherige, auf eine PTBS fixierte Therapie bei Dr. med. K. _____ als "angemessen, konsequent und zielführend" bezeichnet (act. II 82.1/36 Ziff. 8.3.1). Er selbst führt aus, Art, Dosis und Intensität der (Pharmako-)Therapie würden nicht für ein schwerwiegendes Leiden sprechen (bei [geltend gemachter] Unverträglichkeit) und nannte mögliche Medikament-Optionen; vom definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis durchgeführten Therapie könne nicht gesprochen werden (act. II 82.1/28 Ziff. 6.2.1). Die bisherige Therapie sei nicht lege artis (act. II 82.1/36 Ziff. 8.3.1). Die Beschwerdeführerin selbst berichtete, dass es durch die Aufarbeitung der (vermuteten) Traumatisierung schlimmer geworden sei als sie sich habe vorstellen können (act. II 109/3 Ziff. 3). Somit war der Gutachter Dr. med. F. _____ bei der Begutachtung nach kurzer Zeit "nicht mehr ergebnisoffen", indem er die PTBS früh als erstellt erachtete, obschon dies in keiner Weise der Fall ist. Er hat denn auch in seinen weiteren Ausführungen blosse Vermutungen aufgestellt, ohne dies zu kontrollieren (er hielt beispielsweise fest, ein mehrstündiges Abrufen kontinuierlicher Leistung "sei nicht zu erwarten", mit ständigen Einbrüchen in den Bereichen Aufmerksamkeit und Konzentration "sei zu rechnen"; psychosenahes Erleben "sei nicht auszuschliessen" [act. II 82.1/29 Ziff. 6.2.2]). Die Stellungnahme vom 7. Oktober 2020 (act. II 109) ändert daran nichts. Ausserdem hat der RAD-Arzt med. pract. N. _____ in der Stellungnahme vom 1. Juli 2020 (act. II 96) festgehalten, Dr. med. F. _____ habe in einem Telefonat eingeräumt, dass seine Anamnesetiefe vielleicht nicht ausreichend gewesen sein könnte und man den Fall unter Umständen anders interpretieren könnte; er habe sich zu einer Nachuntersuchung bereit erklärt. Dieses Angebot kann als indirektes Zugeständnis gewertet werden, dass die Begutachtung des Dr. med. F. _____ nicht "lege artis" erfolgte, sondern ergebnisorientiert. Eine erneute Begutachtung

bei Dr. med. F._____ ist jedoch – schon wegen der verlorenen Distanz zur Beschwerdeführerin – nicht zielführend.

Nach dem Dargelegten ist der Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. F._____ vom 20. September 2019 (act. II 82.1) reduziert und dieses vermag am überzeugenden Gutachten der MEDAS vom 17. Oktober 2018 (act. II 45.1; inklusive ergänzender Stellungnahme vom 1. April 2019 [act. II 58]) nichts zu ändern. Ebensowenig vermögen dies die Ausführungen der behandelnden Psychiaterin (vgl. act. II 53/17 und 92/2 - 4), welche ebenfalls von einer (nicht erstellten) PTBS ausgeht und ihre Therapieversuche – welche die Beschwerdeführerin (wie erwähnt) als schlimm empfand – allein danach richtete.

4.2.3 Auch die Ausführungen von Dr. med. S._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, vom 28. März 2019 (act. II 64/8 f.), wonach auffallend gewesen sei, was ihm im Rahmen der 25'000 Untersuchungen in der Praxis noch nicht widerfahren sei, dass nämlich die Beschwerdeführerin während der Gastroskopie im Schlaf geweint habe – sie scheine psychisch schwerst belastet zu sein –, ändern am Beweiswert des MEDAS-Gutachtens nichts. Denn aus dieser Feststellung lässt sich nichts hinsichtlich der Diagnose einer PTBS oder einer anderen psychischen Krankheit ableiten, zumal das bei solchen Untersuchungen üblicherweise zur Sedierung verwendete Medikament Propofol zu meist lebhaft und angenehmen, hin und wieder aber auch zu schlechten Träumen, die real erlebt werden (sog. "bad trips"), führen kann (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Propofol>).

4.3 Damit bedarf es für den hier massgebenden Zeitraum bis zur angefochtenen Verfügung vom 8. Januar 2021 (act. II 120; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) keiner weiteren Abklärungen, lässt sich doch die Rentenfrage aufgrund des MEDAS-Gutachtens vom 17. Oktober 2018 (act. II 45.1) beantworten; gemäss dem genannten Gutachten war die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit stets voll arbeitsfähig (act. II 45.1/5 Ziff. 4.8). Zwar attestieren die Gutachter dies "spätestens ab dem Begutachtungszeitpunkt" (Ende August 2018); gleichzeitig bestätigen sie dies allerdings auch für die Zeit davor (seit der IV-Anmeldung), indem sie erwähnen, denselben Sachverhalt zu beurteilen,

aufgrund dessen die behandelnde Psychiaterin (auch für die Zeit davor) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. An der Einschätzung der Gutachter hat sich bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 8. Januar 2021 (act. II 120) nichts geändert. Der von der Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren eingereichte Bericht der Klinik G._____ vom 5. Juli 2023 im Zusammenhang mit dem Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der erwähnten Institution vom 10. März bis 5. Juni 2023 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 6) wurde lange nach dem für das Gericht massgebenden Überprüfungszeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8. Januar 2021 (act. II 120; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) verfasst und lässt keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation zu (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4), weshalb nicht näher darauf einzugehen ist.

5.

Selbst wenn auf das Gutachten von Dr. med. F._____ vom 20. September 2019 (act. II 82.1) abzustellen wäre, würde das strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit – vorliegend gemäss Dr. med. F._____ eine solche von 100 % – nicht erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (vgl. E. 2.5.2 hiervor). Dies ist nachfolgend darzulegen und stellt keine unzulässige juristische Parallelbeurteilung dar (vgl. E. 2.6 hiervor), zumal die entsprechenden Ausführungen von Dr. med. F._____ (vgl. act. II 82.1/35) den höchstrichterlichen Anforderungen nicht zu genügen vermögen.

5.1 Dr. med. F._____ hielt im psychiatrischen Gutachten vom 20. September 2019 (act. II 82.1/32) fest, Inkonsistenzen stünden nicht im Vordergrund, Simulation und Aggravation lägen nicht vor. Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus (vgl. E. 2.4.1 hiervor), womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des

tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 2.5.2 hiervor).

5.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

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

5.2.1.1 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.).

Gemäss psychiatrischem Teilgutachten der MEDAS war der psychopathologische Befund vom 28. August 2018 in gewissen Bereichen "eingeschränkt". Es wurde festgehalten (act. II 45.1/18), das formale Denken sei leicht umständlich und zum Teil bleibe die Beschwerdeführerin in ihren Aussagen diffus, vage. Sie könne zwar auf die gestellten Fragen geordnet eingehen, vermeide aber das Thema Traumatisierungen in der Kindheit, könne Näheres darüber nicht erzählen. Sie wirke dabei blockiert und fange an zu weinen. Es mangle an Konzentrationsvermögen, zum Teil sei das Gedächtnis lückenhaft. Sie bemühe sich um Aufmerksamkeit, was ihr nicht immer gelinge. Derealisations- und Depersonalisationserlebnisse würden spontan vorgebracht und zwar in Zusammenhang mit den erlebten Traumatisierungen. Während der ganzen Untersuchung sei sie niedergestimmt, wenig modulationsfähig, zum Teil weinerlich. Zeitweise angespannt und einer neurovegetativen Dekompensation (Arousal) nahe. Der affektive Rapport lasse sich gut aufnehmen. Mimik und Gestik seien verhalten. Der Antrieb sei reduziert. Psychomotorisch sei sie etwas verlangsamt.

Dr. med. F. _____ hielt zum Ausmass der Psychopathologie als Kriterium für die Schweregradeinschätzung fest (act. II 82.1/28 f. Ziff. 6.2.2), Bewusstseins- und Orientierungsstörungen könnten im Rahmen von Dissoziation durchaus immer wieder auftreten, auch im einfachen Gespräch wirke die Beschwerdeführerin immer wieder blockiert und in ihren Antwortlatenzen retardiert. Die Beschwerdeführerin berichte, unter Druck

viele Kompetenzen zu verlieren, insbesondere nicht nur ihre Konzentration, sondern auch ihr Gedächtnis. Dies lasse sich auch im Untersuchungsge-
spräch reproduzieren. Ein mehrstündiges Abrufen kontinuierlicher Leistung
"sei nicht zu erwarten", mit ständigen Einbrüchen in den Bereichen Auf-
merksamkeit, Konzentration "sei zu rechnen", auch mit der Abnahme von
Gedächtnisleistung, Reaktionsgeschwindigkeit und Genauigkeit. Die kogni-
tive Flexibilität sei stark reduziert, Informationsaufnahme und Verarbei-
tungsqualität seien sehr schwankend. Psychosenahes Erleben "sei nicht
auszuschliessen", im Vordergrund dürften aber eher dissoziative Elemente
stehen. Die Emotionalität sei geprägt von Einschränkungen im Sinne von
Labilität, aber auch von emotionaler Leere, Schwierigkeiten im Umgang mit
emotionalen Problemen, Wut, Ärger, Verzweiflung. Darüber hinaus würden
immer wieder depressive und Angst besetzte Affekte dominieren. Die emo-
tionale Belastbarkeit sei ebenso wie die Frustrationstoleranz stark einge-
schränkt. Der Antrieb sei über weite Strecken gehemmt, aufgrund
chronischen Stresserlebens sei eine Dynamik nicht zu erwarten. Die Soma-
tisierung sei bei traumatisierten Patienten in der Regel stark erhöht, das sei
auch hier der Fall. Manche Befunde liessen sich objektivieren, wie mögli-
cherweise Nahrungsmittelallergien, andere weniger. Hierzu gehörten oft
Schmerzen, auch Menstruationsbeschwerden (die Beschwerdeführerin
spreche von einem besonders starken PMS [Prämenstruellen Syndrom]).
Geklagt würden oft auch Verstopfung, Übelkeit, sonstige Verdauungsbe-
schwerden. Die Probandin könne im Alltag insbesondere durch dissoziati-
ves Erleben oder Aussetzen kognitiver Fähigkeiten auffallen, im Rahmen
eines Arbeitsumfeldes wäre dies kaum tolerierbar in dem zu erwartenden
Ausmass. Die Beschwerdeführerin sei in den sozialen Interaktionen stark
eingeschränkt, wenig belastbar, erlebe vieles als feindlich oder kränkend,
was so nicht gemeint sei. Auf andere könne sie dabei abweisend wirken,
sie selbst werde Situationen als ängstlich erleben. Sie sei dominiert von
sozialvermeidendem Verhalten, ihre Anpassung könne bis zur Unterwürfig-
keit gehen, normales Teamverhalten sei gegenwärtig und in absehbarer
Zukunft kaum zu erwarten. Die Beschwerdeführerin könne sich auf ihre
körperlichen Funktionen kaum mehr verlassen, sie leide plötzlich unter
Luftnot, sie beklage ihr Verdauungssystem, fühle sich "wie eine 85-jährige
alte Frau". Sie habe das Gefühl, ihre Wunden würden nicht zeitgerecht hei-

len, beklage genitale Psoriasis und habe Schwierigkeiten, Energie für körperliche Aktivität aufzubringen.

Vorliegend ist eine schwere Symptomatik zu verneinen, dies insbesondere mit Blick auf die folgenden psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. Beschwerdeantwort S. 6 f. C./Ziff. 23): Die Arbeitsunfähigkeit hatte ihren Ursprung in einer Überforderungssituation am Arbeitsplatz. Weiter wurde die finanzielle Situation immer schwieriger, was einen Wohnungswechsel zur Folge hatte. Ausserdem hat die Beschwerdeführerin den Kontakt zu ihrer Familie abgebrochen und sich aus ihrem sozialen Umfeld zurückgezogen. Sodann verweist die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die folgenden Punkte (vgl. Beschwerdeantwort S. 7 C./Ziff. 23): Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin freiwillig an einer Meditationsmethode (ohne fachärztliche Begleitung) teilgenommen hat, welche mit dem Risiko von Symptomprovokationen einhergeht, legt den Schluss nahe, dass das Symptom eines Vermeidungsverhaltens nicht stark ausgeprägt ist. Sofern die Beschwerdeführerin vom Nutzen einer Aktivität überzeugt scheint (Therapie in ..., Yoga, Meditation), lassen sich offenbar Kräfte mobilisieren (vgl. Beschwerdeantwort S. 8 C./Ziff. 23). Weiter hat die Beschwerdeführerin die Empathie voraussetzende Tätigkeit einer ... ausgeübt und sie äusserte ihre Schuldgefühle gegenüber einer Freundin, welcher sie aktuell emotional nicht beistehen könne; all dies spricht gegen eine schwere Ausprägung der Symptome der emotionalen Stumpfheit, Gleichgültigkeit und Teilnahmslosigkeit.

5.2.1.2 Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenzen als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.).

Gegenüber Dr. med. F._____ gab die Beschwerdeführerin an (act. II 82.1/20 Ziff. 3.2.10), sie sei zum Psychiater geschickt worden, als sie den Sprung nicht in die Sekundarschule geschafft habe. Seit dem 30. Lebensjahr habe sie selber nach Therapien nachgesucht, auch Paartherapie, als sie einen Partner gehabt habe, oder Coachingverhältnisse. Ab 2010 habe dann regelmässig eine ambulante psychiatrische Behandlung stattgefunden. Vom 16. Dezember 2016 bis 20. Februar 2017 fand eine stationäre Behandlung in der Klinik L._____ statt (act. II 13/8 ff.). Seither war die

Beschwerdeführerin in ambulanter psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. K._____, welche vorerst in der Klinik L._____ tätig war und sodann in der Klinik G._____ arbeitete. Dort war die Beschwerdeführerin vom 23. März bis 2. Juni 2018 in stationärer Behandlung (act. II 45.2/7 ff.). Von diesem Aufenthalt konnte die Beschwerdeführerin offenbar profitieren, gab sie doch im Rahmen der MEDAS-Begutachtung an (act. II 45.1/15), dies habe ihr gut getan und sie habe etwas an Selbstständigkeit wiedererlangt. Gegenüber Dr. med. F._____ gab die Beschwerdeführerin an (act. II 82.1/16 Ziff. 3.2.1.5), mit der nun in ... tätigen Dr. med. K._____ habe sie jede Woche eine therapeutische Sitzung, alternierend mal auf Videobasis, mal in ... (mit Übernachtung in ... [vgl. act. II 45.1/15]). Zudem nimmt die Beschwerdeführerin ein bis zwei Mal pro Woche die Hilfe der Psychiatrie-Spitex in Anspruch (act. II 55/11 ff.). Gemäss Gutachten von Dr. med. F._____ nehme die Beschwerdeführerin seit Dezember 2018 keine Medikamente, sie habe diese einfach nicht mehr "vertragen" aufgrund ihrer vielen somatischen Beschwerden. Zuletzt habe sie Cipralex fünf Tropfen gehabt und Trittico 25 mg zum Einschlafen. 2010 habe sie Valdoxan gehabt, das sei damals nützlich gewesen. Sie habe es im Dezember 2016 nochmals damit versucht, dies aber nicht "vertragen" (act. II 82.1/17 Ziff. 3.2.2.2).

Dr. med. F._____ hielt zum bisherigen Verlauf von Behandlungen und Rehabilitation fest (act. II 82.1/31 Ziff. 7.2.1), der Therapieverlauf sei konsequent und angemessen. Auffälligkeiten oder Besonderheiten (etwa engste Bindung bis Abhängigkeit von der Therapeutin, Angewiesensein auf Unterstützung durch psychiatrische Spitex) erklärten sich durch die Komplexität und den hohen Ausprägungsgrad des Krankheitsbildes. Die Schwierigkeiten in der Pharmakotherapie seien bei diesen Krankheitsbildern nicht ungewöhnlich, im vorliegenden Falle aber auch nicht verlaufsentscheidend. Die Kooperation der Beschwerdeführerin bei bisher erfolgten Therapien sei als gut zu bezeichnen.

Laut Dr. med. F._____ kann von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation der Beschwerdeführerin durchgeführten Therapie nicht gesprochen werden und er nannte mögliche Medikament-Optionen. Art, Dosis und Intensität der Therapie würden nicht

für ein schwerwiegendes Leiden sprechen; mit anderen Worten sah er Intensivierungs- und Verbesserungsmöglichkeiten. Kurz- und mittelfristig sei jedoch bezüglich Arbeitsfähigkeit keine günstige Prognose zu stellen. Therapeutische Optionen würden in Anspruch genommen, der Leidensdruck sei hoch, unabhängig von einem laufenden Versicherungsverfahren (act. II 82.1/28 Ziff. 6.2.1).

Zum bisherigen Verlauf von Eingliederungsmassnahmen gab Dr. med. F. _____ an (act. II 82.1/31 Ziff. 7.2.2), die Kooperation der Beschwerdeführerin bei Eingliederungsbemühungen sei als gut zu bezeichnen. Gemeint hiermit seien nicht klassische berufliche Massnahmen der IV, sondern vormaliges Engagement der Beschwerdeführerin, immer wieder in den Beruf zurückzukommen oder Krisen durch unbezahlte Urlaubsanträge abzufedern. Letztlich habe die Beschwerdeführerin sich in der Vorgeschichte schon mehr als einmal "selbst wieder eingegliedert".

Die Beschwerdeführerin hat mit Einwand vom 26. März 2020 (act. II 90) eventualiter um berufliche Massnahmen ersucht, womit sie zum Ausdruck bringt, grundsätzlich bei der Eingliederung mitwirken zu wollen.

Mit Blick auf die vorstehenden Darlegungen kann nicht von einer Behandlungs- und Eingliederungsresistenz gesprochen werden.

5.2.1.3 Was den Indikator Komorbiditäten (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 429 f., 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) anbelangt, ist festzuhalten, dass Dr. med. F. _____ neben der Diagnose komplexe PTBS F62.0 nach ICD-10 keine weitere Diagnose aufgeführt hat. Mithin bestehen keine Hinweise für eine ressourcenhemmende Komorbidität.

5.2.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) hielt Dr. med. F. _____ im Gutachten vom 20. September 2019 fest (act. II 82.1/23), frage man nach den sogenannten komplexen Ich-Funktionen, ergäben sich auf der Persönlichkeitsebene teilweise Störungen in den Bereichen Realitätsprüfung und Urteilsbildung, erhebliche Störungen in den Bereichen Beziehungsfähigkeit oder Kontaktgestaltung, deutliche Störungen in den Bereichen Affektsteuerung oder Impulskontrolle, sichtbare Störungen in den Bereichen Intentionalität und Antrieb. Auch fänden sich Hinweise auf grundsätzliche Störungen der Abwehrsituation. Stelle man die

Frage, ob es psychische Gründe gebe, die es der Beschwerdeführerin auf Persönlichkeitsebene verwehren, trotz ihrer Beschwerden eine bestimmte Tätigkeit auszuüben, so ergäben sich deutliche Hinweise, die mit einer reduzierten Arbeitsfähigkeit einhergingen. Im MEDAS-Gutachten vom 17. Oktober 2018 wurde allerdings festgehalten (act. II 45.1/5 Ziff. 4.5), die Beschwerdeführerin sei gemäss Mini-ICF-App mehrheitlich nicht bzw. nur leicht beeinträchtigt (subjektive Beschwerden) und es zeigten sich gute und erhaltene Funktionen sowie mentale und soziale Ressourcen. Ausserdem ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten (Beschwerdeantwort S. 7 C./Ziff. 23), dass die sehr gut ausgebildete Beschwerdeführerin mehrere Sprachen spricht und sich stets weitergebildet hat. Zudem kann eine Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 nicht komorbid zu einer andauernden Persönlichkeitsänderung bestehen (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 287). Sonstige ressourcenraubende, krankheitswertige Persönlichkeitsaspekte (Z-Diagnose) liegen nicht vor.

5.2.3 Zum Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gemäss Angaben im MEDAS-Gutachten den Kontakt zu den Eltern abgebrochen habe (act. II 45.1/16 Ziff. 3.2.8). Im Rahmen der MEDAS-Begutachtung gab sie zudem an (act. II 45.1/17 Ziff. 3.2.10), ihr Bekanntenkreis habe sich auf ein paar Freundinnen reduziert.

Gegenüber Dr. med. F. _____ erwähnte die Beschwerdeführerin (act. II 82.1/16 Ziff. 3.2.1.3), ihr Umfeld sei sehr reduziert. Sie habe keinen Kontakt mehr mit den Eltern und auch nicht mit ihrer drei Jahre älteren Schwester. Es gebe noch einen Mitpatienten vom letzten Aufenthalt in der ... Klinik, mit dem sie ab und zu Kontakt habe. Wichtig seien für sie die Psychiatriespitex, mit der sie mindestens einmal, oft zweimal pro Woche Kontakt habe und die Psychiaterin Dr. med. K. _____, diese sei auch eine wichtige Stütze. Sie lebe isoliert, habe massive körperliche Beschwerden, könne deswegen oft nicht "raus". Im letzten Jahr habe sie ständig zu tun gehabt mit Magen, Darm, Rücken und habe Schmerzen gehabt, so dass es auch von daher kaum möglich sei, überhaupt Kontakte aufrecht zu erhalten. An

eine Partnerschaft sei gar nicht zu denken. Jetzt habe sie auch noch im Genitalbereich Psoriasis. Eine vormalige Freundin sei selber in einer Krise, sie selber habe aber nicht die Kraft, ihr zu helfen. Eine andere wichtige Freundin, die sie über Jahre lang in den Krisen begleitet habe, habe Brustkrebs. Für sie, die Beschwerdeführerin, sei es schwer, dass sie ihr jetzt nicht beistehen könne, die Distanz sei gross geworden. Ein eigentliches Umfeld habe sie kaum. Zudem gab sie an (act. II 82.1/18 Ziff. 3.2.4.3), wer die wichtigste Bezugsperson in der Kindheit gewesen sei, wisse sie nicht, sie könne auch für heute keine benennen. Vor drei Jahren sei ihre Katze gestorben, das sei wohl der wichtigste Bezug für sie gewesen.

Damit hat die Beschwerdeführerin zwar offenbar weniger Freundinnen als früher, aber doch einen gewissen Bekanntenkreis. Wenn sie beispielsweise in die Begutachtung fährt, übernachtet sie vorher bei einer Freundin (vgl. act. II 45.1/8 Ziff. 3.1).

5.3 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.).

5.3.1 Zum Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der orthopädischen MEDAS-Begutachtung angab (act. II 45.1/10 Ziff. 3.2.10), sie fühle sich wie eine 80jährige Person – dies bei totaler Sportabstinz (ausser Yoga; vgl. act. II 45.1/34). Sie versuche gelegentlich etwas zu spazieren, könne aber höchstens eineinhalb Stunden gehen, sonst sei sie körperlich überfordert. Sie mache selbst ihren Haushalt, lese etwas und brauche vor allem sehr viel Ruhe.

Im Rahmen der psychiatrischen MEDAS-Begutachtung führte die Beschwerdeführerin aus (act. II 45.1/17 Ziff. 3.2.10), sie wohne alleine in einer Zweizimmerwohnung. Den Haushalt erledige sie je nach ihrer Befindlichkeit. Sie bekomme zweimal pro Woche Besuch von einer Psychiatriefachfrau, die teilweise auch im Haushalt helfe. Sie vertrage körperliche Anstrengung nicht, brauche anschliessend eine lange Erholungszeit. Sie stehe zwischen 06.30 Uhr und 08.00 Uhr auf, je nachdem wie sie geschla-

fen habe. Sie mache zuerst Yogaübungen und Meditation, manchmal nehme sie ein kleines Frühstück zu sich, manchmal lasse sie es aus. Im Laufe des Morgens gehe sie zur Physiotherapie, nehme andere Termine wahr, gehe manchmal spazieren. Das Mittagessen sei ihr wichtig. Am Nachmittag erledige sie Anstehendes, gehe auch spazieren. Sie lese Fachzeitschriften über Yoga, "Psychologie heute" oder ähnliches. Autofahren könne sie zwar; seitdem sie krank sei, fahre sie aber nicht mehr, denn es sei ihr zu anstrengend. Ihr Bekanntenkreis habe sich auf ein paar Freundinnen reduziert. Bis vor zwei Jahren habe sie Hobbys gehabt wie Tanzen, Sport, Velofahren, Schwimmen, Inlineskating und sie habe viele Jahre ... gespielt; an den Wochenenden habe sie Wanderungen unternommen. Von all diesen Hobbys sei nur noch Yoga geblieben. Ferien habe sie das letzte Mal im September 2016 in ... gemacht und habe dort an einem Yogaseminar teilgenommen. Früher sei sie gerne und oft im Ausland gewesen.

Gegenüber Dr. med. F. _____ gab die Beschwerdeführerin zum Tagesablauf an (act. II 82.1/20 Ziff. 3.2.9), sie sei etwa um 09.00 Uhr aufgestanden, das dauere sehr lange, sie sei fast nur daheim gewesen. Die letzten Tage vor dieser Begutachtung habe sie schon sehr gelitten. Das Gutachten habe alles überschattet, sie habe schlecht geschlafen. Gestern Morgen habe sie über eine Stunde gebraucht, um halbwegs klar zu werden. Sie habe Schmerzen gehabt. Mittags habe sie etwas gegessen, auf Rückfrage was, könne sie sich daran nicht mehr erinnern. Nachmittags habe sie einen Spaziergang gemacht. Zum Nacht habe sie einen Salat gegessen. Vielmehr sei am gestrigen Tag nicht geschehen. Am Wochenende habe sie einen Kurs, eineinhalb Stunden Yoga geschafft. Kontakte zu Freunden oder Bekannten habe sie kaum. Hobbys könne sie nicht mehr machen, etwa Joggen sei nicht mehr möglich. Heute sei sie zum Gutachten von ihrer Psychiatriespitex gebracht worden. Die letzte Ferienreise sei ... 2016 gewesen, das seien aber keine Ferien sondern eine "Verzweiflungstat" gewesen, die dann in der psychiatrischen Klinik L. _____ geendet habe. Dr. med. F. _____ hielt ergänzend fest, vergleiche man das Aktivitätsniveau vor Eintritt der Gesundheitsschädigung mit gegenwärtig, so seien die Unterschiede im beruflichen wie im privaten Bereich evident.

Die vorstehenden Ausführungen ergeben, dass die Beschwerdeführerin zwar weniger als früher (bzw. gar keinen) Sport betreibt – sie ist entsprechend dekonditioniert –, aber offenbar in der Lage ist, täglich Yoga und Meditation durchzuführen. Auch wenn sie ein Auto kaum benutzt und für weitere Strecken den Zug benutzt, ist sie grundsätzlich fahrfähig. Zudem steht die Beschwerdeführerin früh auf und ist in der Lage, das zu machen, was sie interessiert, d.h. Yoga und Meditation bzw. Fachzeitschriften lesen, daneben auch Termine wahrzunehmen, Anstehendes zu erledigen, zu spazieren und in die Physiotherapie zu gehen. Daraus kann sie Ressourcen gewinnen, auch wenn sie ihr Aktivitätsniveau – da sie sich u.a. zufolge Dekonditionierung auch somatisch krank fühlt – reduziert hat.

5.3.2 Bezüglich des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) kann auf die Ausführungen zum Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder der -resistenz verwiesen werden (vgl. E. 5.2.1.2 hiervor), wo bezüglich der bisherigen Behandlung offenbar ein gewisser Leidensdruck besteht. Gegen einen schweren Leidensdruck spricht indessen der Umstand, dass die Beschwerdeführerin seit Dezember 2018 keine Medikamente mehr einnimmt.

Bezüglich Eingliederung führte die Beschwerdeführerin im August 2019 gegenüber Dr. med. F. _____ an (act. II 82.1/14 Ziff. 3.1), es gehe momentan nicht um Umschulung oder anderes, sondern um Existenzsicherung, Rente. Im Einwand vom 26. März 2020 (act. II 90) ersuchte die Beschwerdeführerin eventualiter um Prüfung beruflicher Massnahmen, was zeigt, dass sie grundsätzlich gewillt ist, an solchen teilzunehmen.

5.4 Im Rahmen der Beweiswürdigung ergibt die Gesamtbetrachtung, dass die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der vom Gutachter F. _____ attestierten psychischen Beeinträchtigungen anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt sind (vgl. E. 2.4 und 2.5 hiervor), weshalb der von Dr. med. F. _____ festgehaltenen 100%igen Arbeitsunfähigkeit unter rechtlichen Aspekten nicht gefolgt werden kann (vgl. E. 2.6 hiervor).

Da auch somatisch keine Einschränkungen bestehen (vgl. E. 4.2 hiervor), ist ein Rentenanspruch zu verneinen.

6.

Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung als rechters. Die Beschwerde ist abzuweisen. Die Akten sind an die Beschwerdegegnerin weiterzuleiten zur Behandlung der Eingabe vom 27. Juli 2023 als Neuanmeldung.

7.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4. Die Akten werden an die Beschwerdegegnerin weitergeleitet zur Behandlung der Eingabe vom 27. Juli 2023 als Neuanmeldung.
5. Zu eröffnen (R):
 - B. _____, Rechtsanwalt C. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

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.