

200 22 244 IV  
JAP/SCC/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 21. Juli 2022**

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Furrer  
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. März 2022



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1979 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 10. März 2020 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an; als Leiden nannte sie eine rezidivierende depressive Störung, eine komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Migräne und Fibromyalgie (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 1). Die IVB veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung durch die C.\_\_\_\_\_ (MEDAS-Gutachten vom 26. März 2021 [act. II 58.1]; medizinische Leitung: Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie). Nach Einholung eines Abklärungsberichtes Haushalt/Erwerb vom 16. Juni 2021 (act. II 60) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 18. Juni 2021 die Ablehnung einer Rente in Aussicht (act. II 61). Hiergegen erhob die Versicherte Einwand (act. II 65) und reichte einen Bericht des Spitals E.\_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2021 (act. II 65/11 ff.) ein. Am 14. Januar 2022 beantwortete Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ Rückfragen zum MEDAS-Gutachten (act. II 75). Nach erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 76, 77) lehnte die IVB mit Verfügung vom 17. März 2022 den Anspruch auf eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 26 % ab (act. II 79).

### **B.**

Am 27. April 2022 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragte, die Verfügung vom 17. März 2022 sei aufzuheben und ihr sei befristet eine ganze Rente und anschliessend zumindest eine halbe Rente auszurichten.

Mit Beschwerdeantwort vom 30. Mai 2022 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

## **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 17. März 2022 (act. II 79). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente.

**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.**

Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich be-

sonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020. Indessen liegt der frühest mögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022 (E. 5.1 hiernach), weshalb dieser nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen ist.

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

**2.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung) 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.

**2.3** Nach aArt. 28a Abs. 3 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung) wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (aArt. 28a Abs. 2 IVG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 145 V 370 E. 4.1 S. 373, 144 I 21 E. 2.1 S. 23).

Bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrads der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich summiert (aArt. 27<sup>bis</sup> Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201] in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung).

Die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG. Dabei sind Validen- und Invalideneinkommen auf der Grundlage einer hypothetischen Vollzeittätigkeit zu ermitteln (BGE 145 V 370). Die prozentuale Erwerbseinbusse wird schliesslich anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (aArt. 27<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung).

Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Er wird anhand des Anteils des Aufgabenbereichs gewichtet (aArt. 27<sup>bis</sup> Abs. 4 IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung).

**2.4** 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).

### **3.**

**3.1** Den Akten ist aus medizinischer Sicht das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Die Beschwerdegegnerin stellte auf das MEDAS-Gutachten vom 26. März 2021 (act. II 58.1), das allgemein-internistische Teilgutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 29. November 2020 (act. II 58.3), das rheumatologische-orthopädische Teilgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 16. Dezember 2020 (act. II 58.4), das neurologische Teilgutachten von Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 23. Januar 2021 (act. II 58.5) und das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Januar 2021 (act. II 58.6) sowie die Stellungnahme vom 14. Januar 2022 (act. II 75) ab.

In der Konsensbeurteilung diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende (act. II 58.1/9 Ziff. 4.2.1):

- kombinierte Persönlichkeitsstörung mit deutlichen ängstlich vermeidenden Anteilen und zusätzlich histrionischen Zügen (ICD-10 F61)
- Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie das Folgende (act. II 58.1/9 Ziff. 4.2.2):

- Laktoseintoleranz (ICD-10 E73.9)

- Wespen- und Bienenstichallergie (ICD-10 T63.4)
- Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44.2)
- chronische Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- anamnestisch PTBS (ICD-10 F43.1)
- anamnestisch depressive Episoden (ICD-10 F33)

Die Experten führten aus, im Vordergrund der subjektiven als auch objektivierbaren Beschwerden stünden die neurologische (Migräne) und die psychiatrische Diagnose (act. II 85.1/9 Ziff. 4.3). Es fänden sich (neben den in die obgenannten Diagnosen einflussenden Faktoren) keine weiteren offensichtlich limitierenden Belastungsfaktoren. Zu den Ressourcen hielten sie fest, die Kommunikationsfähigkeit sei gut, die Motivation sei erkennbar, die Therapieadhärenz sei fraglich (siehe Medikamentenspiegel), es sei kein Arbeitsplatz vorhanden, ausserberuflich ... die Beschwerdeführerin ... und nehme Haushaltstätigkeiten vor. Im sozialen Umfeld (Familie, Freunde, Kollegen) sei sie gut integriert. Die Tagesstruktur sei erhalten (act. II 58.1/9 Ziff. 4.5). Hinsichtlich Diskrepanzen bzw. Inkonsistenzen bei den durchgeführten Begutachtungen könne Folgendes festgehalten werden: Im Vergleich zu den Vorakten ergäben sich keine wesentlichen Inkonsistenzen. Auch im intergutachterlichen Vergleich zeigten sich keine namhaften Diskrepanzen (act. II 58.1/10 Ziff. 4.6). Aus allgemein-internistischer Sicht ging die Gutachterin von keiner Arbeitsunfähigkeit aus. Aus neurologischer Sicht attestierte der Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der bisherigen und 30 % in einer Verweistätigkeit. Aus rheumatologischer Sicht ging der Gutachter von keiner Arbeitsunfähigkeit aus. Aus psychiatrischer Sicht attestierte die Gutachterin in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % und in einer Verweistätigkeit von 0 bis 20 % (vgl. dazu E. 3.3.1 hiernach). Aus interdisziplinärer Sicht gingen die Gutachter von einer Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 50 % und in einer Verweistätigkeit von 30 % aus. Es gelte dabei das seitens des neurologischen und psychiatrischen Teilgutachtens geäusserte Fähigkeitsprofil (act. II 58.1/10 Ziff. 4.7). Zum Verlauf der Arbeits(un)fähigkeit hielten die Gutachter fest, retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der rechtzeitig erhobenen Befunde und gestützt darauf vorgenommenen Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nicht möglich. Möglich sei hingegen eine Würdigung aus heutiger Sicht. Auf Grundlage der im Begutachtungszeitpunkt erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen erschienen ihnen die rechtzeitiglichen, als wesentlich

erachteten Beurteilungen als nicht nachvollziehbar. Sie attestierten insgesamt eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit, d.h. eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % und könnten die aktuelle volle Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehen. Gestützt auf die Aktenlage, die verschiedenen Teilgutachten und die interdisziplinäre Beurteilung gingen sie davon aus, dass diese Restarbeitsfähigkeit seit dem 1. Juni 2019 bestehe (act. II 58.1/11 Ziff. 4.7).

**3.1.2** Im Bericht des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2021 – zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin – hielten Dr. med. J. \_\_\_\_\_, praktischer Arzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, lic. phil. L. \_\_\_\_\_, Psychotherapeutin, fest, im Gutachten werde neu die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich (vermeidenden) und histrionischen Anteilen diagnostiziert. Diese Diagnose sei in den bisher gut zehn Jahren psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapie nie gestellt worden. Die allgemeinen Kriterien der Persönlichkeitsstörungen verlangten den Beginn der Störung immer in der Kindheit oder Jugend. Die Informationen zur Jugendzeit wiesen keine spezifischen Auffälligkeiten für abhängige oder histrionische Persönlichkeitsentwicklungen auf. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung verlangten weiter, dass das auffällige Verhaltensmuster andauernd und gleichförmig sei. Die umfangliche Betreuung ihres krebserkrankten Sohnes mit unzähligen Terminen mit verschiedenen Fachärzten mit hoher emotionaler Belastung sei kaum zu vereinbaren mit der beschriebenen Persönlichkeitsstörung ohne Dekompensation. Im MEDAS-Gutachten werde die Diagnose einer PTBS abgelehnt, da das Kriterium B (Symptome des Wiedererlebens) nicht gegeben sei, die Beschwerdeführerin im Gespräch mit der Gutachterin keine konkreten und spezifischen Nachhallerinnerungen angegeben habe und auch die Trauminhalte nicht mit den Trauma-Erlebnissen assoziierbar seien. In der Therapie habe die Beschwerdeführerin wiederholt von klar mit dem ... in Zusammenhang stehenden Flash-Backs berichtet. Im Gutachten werde vermerkt, die behandelnde Psychologin ordne alle Beschwerden der PTBS zu. Diese Diagnose sei jedoch nicht neu gestellt, sondern von den Vorbehandlern übernommen und geprüft worden. Das psychiatrische Gutachten sei nicht durch fremdanamnestiche Informationen ergänzt worden.

Im MEDAS-Gutachten werde die Motivation als "nicht vorhanden" angegeben. Die als psychiatrisch ideal beschriebene Tätigkeit im M.\_\_\_\_\_ habe aus neurologischen Gründen (PC Arbeit) abgebrochen werden müssen. Dazu werde der Beschwerdeführerin attestiert "wohl zu sein in ihrer Opferrolle". Dies sei nicht vereinbar mit den zehn Jahren intensiver ambulanter und stationärer Therapie durch verschiedene Fachpersonen. Die beschriebene Entlastung von der Verantwortung sei durch die behandelnde Therapeutin erfolgt, um eine erneute stationäre Behandlung zu verhindern. Die Einschätzung einer psychisch bedingten Einschränkung von 0 bis 20 % durch die psychiatrische Gutachterin könnten sie aus den genannten Gründen nicht nachvollziehen. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer 100%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit auszugehen (act. II 65/11 ff.).

**3.1.3** In der Stellungnahme/Ergänzung vom 14. Januar 2022 führte Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ aus, der Meinung der Beschwerdeführerin, die Arbeitsunfähigkeitsbemessung aus dem psychiatrischen Teilgutachten sei falsch in die Konsensbeurteilung übernommen worden, könne nicht gefolgt werden. In der bisherigen Tätigkeit (40%iges Pensum als ..., 40%iges Pensum als selbstständige ...) bestehe eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit und in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % bis 20 %. Es sei in psychiatrischer Hinsicht eine 80%ige berufliche Belastung möglich. Die Konsensbeurteilung sei von der fallführenden Gutachterin verfasst worden, die weiter involvierten Gutachter würden den Konsens durchlesen und ihr ausdrückliches Einverständnis angeben oder bei Dissens Änderungswünsche anbringen. In der psychiatrischen Untersuchung vom 5. Januar 2021 sei neben einer genauen Anamneseerhebung, dem Einbezug der medizinischen und nicht medizinischen Akten ein standardisiertes Verfahren zur Erhebung der Persönlichkeit (nämlich SKID II) durchgeführt worden. Die Beschwerdeführerin sei während der Untersuchung gut präsent gewesen und habe während der gesamten Zeit engagiert mitgemacht. Die Durchführung des SKID-Interviews sei anhand des entsprechenden Manuals vorgenommen worden und dadurch sei auch zu erklären, warum die Untersuchung deutlich mehr als vier Stunden in Anspruch genommen habe. Es werde genau auf die Entwicklung seit der Kindheit eingegangen und unter Punkt 6.3.1 werde die Diagnose einer ängstlich-vermeidenden

Persönlichkeitsstörung (mit zusätzlich histrionischen Tendenzen) hergeleitet. Eine PTBS sei erstmals im Jahr 2019 diagnostiziert worden, also 28 Jahre nach dem Trauma. Symptome seien nicht anhaltend seit dem Trauma im Jahr 1991 vorhanden gewesen, denn es werde sicher im Bericht der Klinik N.\_\_\_\_\_ von 2010 keine Diagnose im Sinne von ICD-10 F43.1 oder F62 gestellt (act. II 75/3 f.). Auch passe das Krankheitsbild nicht zu den Symptomen und Persönlichkeitsauffälligkeiten, welche die Beschwerdeführerin aufweise. Das Vorliegen von traumatischen Erlebnissen in der Kindheit werde im Gutachten nicht in Frage gestellt. Dazu müsse die Beschwerdeführerin, welche auch typischerweise eine lückenhafte Erinnerung habe, nicht zu den Einzelheiten befragt werden. Angaben zu Ort, Situation und Zeit würden konsistent sicher seit 2010 angegeben und stünden nicht zur Debatte. Es sei ebenfalls anzunehmen, dass diese Erlebnisse die Persönlichkeitsentwicklung geprägt hätten (zusätzlich zu anderen Faktoren). Die Reduktion der Beschwerdeführerin und ihrer Probleme auf ein Ereignis, welches vor nun 30 Jahren stattgefunden habe, mache aus diagnostischer und therapeutischer Sicht keinen Sinn. Die Arbeitsbemühungen und die weitere Ausbildung, welche die Beschwerdeführerin zwischen 2013 und 2017 gemacht habe, zeigten, dass sie Fähigkeiten habe und damals sehr motiviert gewesen sei zu arbeiten, dies werde nicht bestritten. Limitierend für die Arbeit seien ab ca. 2016/2017 zunehmende Ängste vor Versagen vor allem in Situationen hinzugekommen, in welchen Anforderungen gestellt und die Beschwerdeführerin beurteilt worden sei. Diese Ängste seien heute noch sehr stark vorhanden und limitierten die Motivation deutlich. Es bestehe zum Zeitpunkt der Begutachtung eine Überzeugung, Arbeit schade der Gesundheit und es sei kein Wille ersichtlich, die Ängste überwinden zu wollen. Probleme mit Anforderungen umzugehen, Angst vor Versagen, sich selber Druck machen mit Leistungsanforderungen, seien kontinuierlich seit der Jugend feststellbar und im Rahmen der Persönlichkeitsstörung eingeordnet sowie zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit entsprechend berücksichtigt worden (siehe Punkt 8 des Gutachtens; act. II 75/4).

**3.1.4** In der "methodenkritischen" Stellungnahme zum psychiatrischen MEDAS-Gutachten führte Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, die eigentliche psychiatrische Exploration sei

sehr umfassend gewesen und erscheine vollständig. Hinsichtlich der psychiatrischen Untersuchung ergäben sich einige (formale) Mängel, die allerdings nicht zentral erschienen. Problematisch sei, dass die umfangreichen Vorberichte in Bezug auf die gut belegte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nicht ausreichend berücksichtigt und die Beschwerden der Beschwerdeführerin als demonstrativ und plakativ interpretiert worden seien, was in Widerspruch zu den Vorakten und zum neurologischen Teilgutachten stehe. Die psychiatrische Gutachterin habe sich in der Folge auf die Hypothese konzentriert, dass neben der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung nur demonstrative Beschwerden/Symptome bzw. manipulatives Verhalten vorhanden seien. Das Wechselspiel zwischen der Schmerzstörung und der weiteren psychischen Komorbidität (Persönlichkeitsstörung oder auch PTBS) sei daher nicht hinreichend diskutiert worden. So bleibe unklar, inwieweit die Beschwerdeführerin angesichts der psychischen Komorbidität über hinreichende Ressourcen verfüge, um mit den Schmerzen adäquat umzugehen. Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (Arbeitsunfähigkeit von 0 bis 20 %) sei sehr restriktiv und nicht ausreichend begründet. Die Feststellung, dass diese fast vollständige Arbeitsfähigkeit erst nach einem längeren Leistungstraining mit gleichzeitiger Psychotherapie erreichbar sein solle, verdeutliche die Unklarheiten der gutachterlichen Einschätzung (Beschwerdebeilagen [act. I] 5).

## **3.2**

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

**3.2.2** Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich im konkreten Einzelfall danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht allein schon deshalb, weil einem Teilgutachten der Beweiswert abgesprochen wird. Dies hat auch umgekehrt zu gelten, wenn sich die Schlussfolgerungen im Hauptgutachten, das nicht in einer interdisziplinären Konsensbesprechung der beteiligten Fachärzte entstand, nicht nachvollziehen und sich nicht mit den Teilgutachten vereinbaren lassen, die Beurteilungen in allen Teilgutachten jedoch als schlüssig zu bezeichnen sind. Eine Beweiswürdigung, welche überzeugenden Teilkonsilien vollen Beweiswert zuerkennt, kann somit nicht allein deshalb als bundesrechtswidrig bezeichnet werden, weil einem weiteren Teil des Gutachtens die Beweiskraft fehlt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

**3.2.3** 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).

**3.3** Das MEDAS-Gutachten vom 26. März 2021 (act. II 58), die Teilgutachten (act. II 58.3-6) und die Stellungnahme vom 14. Januar 2022 (act. II 75) erfüllen die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Berichts (vgl. E. 3.2.1 hiervor). Die darin enthaltenen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen. Die Gutachter hatten Kenntnis der Berichte der behandelnden Ärzte (act. II 58.2/5 ff.). Basierend darauf wurden die medizinischen Befunde, die Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (kombinierte Persönlichkeitsstörung mit deutlichen ängstlich vermeidenden Anteilen und zusätzlich histrionischen Zügen und Migräne ohne Aura [act. II 58.1/9

Ziff. 4.2.1]) und die daraus gezogene Schlussfolgerung, der Beschwerdeführerin sei eine angepasste Tätigkeit zu 70 % zumutbar (act. II 58.1/10 Ziff. 4.7), nachvollziehbar und einleuchtend dargestellt. Die Gutachter äusserten sich überzeugend zu den Belastungsfaktoren und den Ressourcen (act. II 58.1/9 Ziff. 4.5). Aus allgemein-internistischer Sicht ergab sich laut Teilgutachten keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit, was von der Beschwerdeführerin zu Recht auch nicht bestritten wird (act. II 58.1/10 Ziff. 4.7; act. II 58.3/18 Ziff. 8.1.2). Gemäss dem orthopädischen Teilgutachten ergaben sich keine Auffälligkeiten (act. II 58.4/17 Ziff. 4.3.1). Weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit wurde eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. II 58.4/20), was von der Beschwerdeführerin zu Recht auch nicht bestritten wird. Im neurologischen Teilgutachten wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin unter einer Migräne leide. Überlagert werde die Symptomatik durch die bestehende psychische Komorbidität (act. II 58.5/15 Ziff. 7.1). Es wurde ihr aus neurologischer Sicht wegen der chronischen Migräne eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % attestiert (act. II 58.5/17 Ziff. 8.1.2), was überzeugt und von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten wird. Die Beschwerdeführerin macht hingegen geltend, das psychiatrische Teilgutachten und in der Folge die Konsensbeurteilung erweckten erhebliche Zweifel.

**3.3.1** Bezüglich der Kritik zur angeblichen Addition der Arbeitsfähigkeit von Haushalt und Erwerb ist festzustellen, dass sich die Sachverständige im psychiatrischen Gutachten (S. 30 Ziff. 8.1.1) zum Status äusserte: "Die Tätigkeit der Beschwerdeführerin war bis zur Krankschreibung aufgeteilt in Berufstätigkeit und Familienverantwortung. In beiden Bereichen sollte die Beschwerdeführerin lernen wieder aktiv zu werden. Ziel wäre sicher eine 40 % Erwerbstätigkeit sowie die Übernahme von mindestens 40 % Verantwortung in der Familie und im Haushalt". Weiter führte sie zur Frage nach der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bezogen auf ein 100 %-Pensum aus, "80 % zusammengenommen Familienverantwortung und Erwerbstätigkeit" (S. 30 Ziff. 8.1.3). Es ist zwar nicht von der Hand zu weisen, dass die Gutachterin den Status und die Arbeitsfähigkeit miteinander vermischte, wobei die Frage des Status nicht von ihr, sondern von der Beschwerdegegnerin zu beantworten ist, geht es doch dabei darum, in welchem Pensum die Beschwerdeführerin als Gesunde arbeiten würde.

Diese Vermischung vermag jedoch nicht, das Gutachten in Zweifel zu ziehen. Aus den Antworten der Sachverständigen geht ohne Weiteres hervor, dass insgesamt eine Arbeitstätigkeit von 80 bis 100 % zumutbar ist (act. II 58.6/31 Ziff. 8.1.3, 8.2.4). Dies hat sie zudem mit ihrer elektronischen Unterschrift unter die Konsensbeurteilung bestätigt (act. II 58.1/13 Ziff. 6). Die Einschätzung überzeugt auch mit Blick auf die erwähnten Diskrepanzen, die Beschwerdeführerin könne sich entgegen ihren Angaben sehr wohl für ihre Rechte einsetzen, wie sie mit ihrem Verhalten anlässlich der Begutachtung gezeigt habe (act. II 58.6/15 Ziff. 4.1, act. II 58.6/28 f. Ziff. 7.3.1 + 7.4). Schliesslich wurde die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mit den Angaben in der Stellungnahme vom 14. Januar 2022 untermauert (act. II 75/2).

**3.3.2** Die Beschwerdeführerin moniert ferner, die Arbeitsfähigkeit betrage zurzeit 0 % und das psychiatrische Teilgutachten könne nur so verstanden werden, dass sie eine Arbeitsfähigkeit von 40 bis 50 % erst nach einem Jahr erreichen könne (Beschwerde S. 3 Ziff. III/5). Im psychiatrischen Teilgutachten führte die Sachverständige aus, die "Explorandin braucht eine Führung und ein Programm um wieder in die Arbeit ein[zu]steigen zu können. Das Problem ist die Motivation. Bei geeigneter Motivation kann die Explorandin sofort in ein Leistungstraining einsteigen. Eine Erwerbstätigkeit von 40 % wäre innerhalb von 12 Monaten erreichbar" (act. II 58.6/31 Ziff. 8.1.4; vgl. auch Ziff. 8.2.5). Dem Einwand der Beschwerdeführerin kann nicht gefolgt werden, denn in der Konsensbeurteilung wurde zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit erwähnt, dass die Restarbeitsfähigkeit ab dem 1. Juni 2019 gelte und die Motivation ein Problem darstellen dürfte (act. II 58.1/11 Ziff. 4.7), was die Gutachterin mit ihrer elektronischen Unterschrift unter die Konsensbeurteilung bestätigte (act. II 58.1/13 Ziff. 6). Mithin wurde in der Konsensbeurteilung kein Vorbehalt einer vorgängig durchzuführenden Eingliederungsmassnahme oder einer stufenweisen Arbeitsgewöhnung gestellt. Die fehlende Motivation der Beschwerdeführerin ist subjektiv von ihr abhängig und als IV-fremd nicht zu berücksichtigen (act. II 58.6/31 Ziff. 8.1.4, 8.2.5). Die psychiatrische Gutachterin ging zudem davon aus, dass eine Tätigkeit, wie sie die Beschwerdeführerin bereits ausübte (im M. \_\_\_\_\_), ideal wäre (act. II 58.6/31 Ziff. 8.2.1). Das vorzudringliche Ziel der psychotherapeutischen Massnahmen sollte gemäss der

psychiatrischen Gutachterin sein, dass die Beschwerdeführerin Verantwortung übernehme und ihr vermittelt werden solle, dass sie dies könne und dies ihre Lebensqualität verbessere (act. II 58.6/31 Ziff. 8.3.2). Dies bedeutet nicht, dass aus therapeutischer Sicht Einschränkungen für die Eingliederung der Beschwerdeführerin vorlägen; das von der psychiatrischen Gutachterin erwähnte zwölfmonatige "Leistungsstraining" steht der Zumutbarkeit einer sofortigen Verwertung der Restarbeitsfähigkeit nicht entgegen. Die Rückfrage bei den Gutachtern ergab denn auch, dass es sich dabei um einen blossen Vorschlag für eine "Hilfestellung" zur langsamen Integration handle (act. II 75/4).

**3.3.3** Die Beschwerdeführerin kritisiert weiter, dass die Diagnose einer PTBS abgelehnt worden sei, obwohl die behandelnden Ärzte diese nicht angezweifelt hätten (Beschwerde S. 6 Ziff. III/9). Die Diagnose einer ängstlich-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung sei zweifelhaft (Beschwerde S. 6 Ziff. III/8). Die psychiatrische Gutachterin hatte Kenntnis der Vorakten (act. II 58.6/7 Ziff. 2), sie setzte sich mit den Untersuchungsbefunden (act. II 58.6/15 ff.) auseinander und zeigte nachvollziehbar auf, dass die Befunde als ängstlich-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung zu interpretieren sind (act. II 58.6/20 ff. Ziff. 6.3.1 bzw. 6.3.3). Die Herleitung der Diagnose und die Begründung, weshalb eine ängstlich-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) und keine PTBS (ICD-10 F43.1) vorliegt, beruhen auf einer vierstündigen Untersuchung, sie sind einleuchtend und überzeugend. In der Stellungnahme vom 14. Januar 2022 wurde die Diagnose nochmals bestätigt (act. II 75/3). Die Sachverständige setzte sich zudem ausführlich mit den von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), anamnestisch einer PTBS (ICD-10 F43.1) und anamnestisch einer depressiven Störung (ICD-10 F33) nachvollziehbar auseinander (act. II 58.6/22 ff.). Die Kritik daran ist unbegründet; insbesondere wurde am 14. Januar 2022 nochmals ausführlich dazu Stellung genommen, weshalb die klassifikatorischen Voraussetzungen für eine PTBS nicht vorliegen (act. II 75/3 f.). Es wurde überzeugend dargelegt, dass eine PTBS nicht 28 Jahre nach dem Trauma diagnostiziert werden könne, sondern bei Persistieren der Symptome die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F62.0) gestellt werden müsse. Entgegen der Meinung der Beschwerde-

fürerIn hat die Gutachterin nicht ohne triftige Gründe die Diagnose einer PTBS abgelehnt; vielmehr äusserte sie sich nachvollziehbar zur Frage der Trigger (Kriterium C) und zur auffallenden und hoch ambivalenten Emotionalität, welche aber deutlich im Zusammenhang mit Anforderungen stünden (Kriterium D betreffend), welche die BeschwerdeführerIn nicht erfüllen könne (vgl. act. II 58.6/23). In der Stellungnahme vom 14. Januar 2022 erfolgte noch eine nachvollziehbare Auseinandersetzung mit dem Zeitfaktor (act. II 75/3 f.). Zur Begründung, weshalb die PTBS erst mehrere Jahre nach dem Trauma aufgetreten sei, beruft sich die BeschwerdeführerIn einzig auf eine Triggerung durch die Aufnahme sexueller Aktivitäten mit der Heirat, ohne sich weiter mit dem Zeitfaktor auseinanderzusetzen (Beschwerde S. 7 Ziff. III/9). Die behandelnden Ärzte kritisieren zwar die Diagnose einer ängstlich-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (act. II 65; vgl. auch Beschwerde S. 6 Ziff. III/8) und gehen weiterhin vom Vorliegen einer PTBS sowie einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus, jedoch ohne letzteres fundiert zu begründen (act. II 65/13). Die BeschwerdegegnerIn bringt zu Recht vor, dass es invalidenversicherungsrechtlich grundsätzlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf ankommt, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Massgebend ist in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 28. Juni 2018, 9C\_273/2018, E. 4.2). Die Befunde sind einleuchtend dargetan und werden durch das strukturierte Interview ergänzt (act. II 58.6/15 ff.). Die Kritik an den von der Gutachterin gestellten Diagnose überzeugt deshalb nicht. Vielmehr ist die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit und das Zumutbarkeitsprofil in der Konsensbeurteilung einleuchtend begründet worden und stützt sich im Übrigen nicht nur auf die psychiatrische Beurteilung (Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit von 30 % aus neurologischer Sicht; vgl. act. II 58.1/7 ff.).

**3.3.4** Die BeschwerdeführerIn moniert ferner, im psychiatrischen Teilgutachten fehle es an "fremdanamnestischen Informationen" (Beschwerde S. 7 Ziff. III/10). Dieser Kritik ist nicht zu folgen, denn die BeschwerdegegnerIn hat zu Recht vorgebracht, dass die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese entscheidend ist (vgl. Beschwerdeantwort S. 5 lit. Cb

Ziff. 16). So gilt es zum Erfordernis der Einholung von Fremdanamnesen festzuhalten, dass ärztliche Experten diesbezüglich über einen grossen Ermessensspielraum verfügen (Entscheid des BGer vom 9. Juli 2021, 9C\_527/2020, E. 3.3). Auch aus den Qualitätsrichtlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP; abrufbar unter <www.psychiatrie.ch>, Rubrik: SGPP/Fachleute und Kommissionen/Leitlinien; vgl. auch SZS 2016 S. 435 ff.) ergibt sich in dieser Hinsicht nichts Anderes (vgl. Entscheid des BGer vom 14. Oktober 2019, 8C\_318/2019, E. 4.2.2.1).

**3.3.5** Auch das Vorbringen, die Beschwerdeführerin habe fälschlicherweise die Motivation als nicht vorhanden beschrieben und ihr eine "Opferrolle" zugeschrieben (Beschwerde S. 7 Ziff. III/11), ist nicht stichhaltig. Auch wenn die Sachverständige ausführte, die Beschwerdeführerin füge sich in ihre "Opferrolle" und erfahre dadurch Entlastung, ging sie ebenso davon aus, dass die Persönlichkeit und die Probleme der Beschwerdeführerin geprägt seien von der Persönlichkeitsstörung und äusserte sich eingehend zu den Gründen des Verhaltens der Beschwerdeführerin (vgl. act. II 58.6/26 f.). Die Sachverständige kam nachvollziehbar zum Ergebnis, dass der Beschwerdeführerin mehr zugetraut und zugemutet werden müsste (act. II 58.6/28), was auch ein Ziel der psychotherapeutischen Massnahmen sein sollte (act. II 58.6/32 Ziff. 8.3.2). Diese Ausführungen überzeugen. Der Einwand bezüglich des vorzeitigen Abbruchs der stationären Behandlung in der Klinik P.\_\_\_\_\_ (wegen einer schnarchenden Zimmernachbarin, Beschwerde S. 7 Ziff. III/12) wurde so im Bericht vom 20. Januar 2020 nicht genannt (act. II 54/3 ff.). Vielmehr habe die Beschwerdeführerin den stationären Aufenthalt abgebrochen, weil sie u.a. wegen dem schlechten Gewissen der Familie gegenüber gelitten habe (Vorweihnachtszeit). Im Bericht der Klinik P.\_\_\_\_\_ vom 20. Januar 2020 wurde auch eine Neigung zur Aufopferungsbereitschaft, Überforderung sowie den Erwartungen anderer genügen zu wollen, beschrieben und es wurden psychosoziale Belastungen (Krankheit des Sohnes, belastende Beziehung zu Eltern und Ehemann) erwähnt (act. II 54/6). Damit ist die Beschwerdargumentation nicht stichhaltig.

**3.3.6** Die Beschwerdeführerin argumentiert gestützt auf die von ihrem Rechtsvertreter veranlasste methodenkritische Stellungnahme von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ vom 21. März 2022 (act. I 5), es würden wichtige Aspekte genannt, welche im MEDAS-Gutachten unerkannt bzw. ungewürdigt geblieben seien. Dem MEDAS-Gutachten läge ein Nachtrag gegenüber, der allem widerspräche (Beschwerde S. 11 Ziff. III/17). Bei der Stellungnahme von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ handelt es sich um eine blosser Aktenbeurteilung. Er bestätigte zwar, dass die gutachterliche Befragung durch die psychiatrische MEDAS-Gutachterin detailliert sei und die Untersuchung hinreichend ausführlich sowie die eigentliche psychiatrische Exploration sehr umfassend und vollständig gewesen seien (act. I 5/3 f.). Dr. med. O. \_\_\_\_\_ kritisierte jedoch das gutachterliche Ermessen in Bezug auf die Untersuchungsmethode (act. I 5/2 f.), was nicht überzeugt (vgl. Entscheide des BGer vom 23. April 2019, 8C\_8/2019, E. 5.2.1, vom 27. September 2017, 8C\_820/2016, E. 5.5). Bezüglich der inhaltlichen Aspekte gab er dann seine eigenen Einschätzungen – mangels eigener Untersuchung der Beschwerdeführerin – zu den Berichten der behandelnden Ärzte ab und kritisierte vor allem die psychiatrische Beurteilung des MEDAS-Gutachtens, womit er seine Meinung an Stelle derjenigen der psychiatrischen Gutachterin zum Ausdruck brachte (act. I 5/5 f., 8 [Schlussfolgerungen]). Damit spricht die nach der Verfügung vom 17. März 2022 (act. II 79) von der Beschwerdeführerin eingeholte Aktenbeurteilung vom 21. März 2022 (act. I 5) nicht gegen die Zuverlässigkeit des auf ausführlichen Untersuchungen beruhenden beweiskräftigen MEDAS-Gutachtens vom 26. März 2021 (act. II 58.1) bzw. der Stellungnahme vom 14. Januar 2022 (act. II 75).

**3.4** Nach dem Gesagten basiert die angefochtene Verfügung in medizinischer Hinsicht richtigerweise auf den Beurteilungen der MEDAS-Sachverständigen. Damit erübrigt sich – entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 11 Ziff. III/17) – in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4) die Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen. Die attestierte Restarbeitsfähigkeit gilt bereits ab 1. Juni 2019 und daraus resultiert auch kein Rentenanspruch (vgl. E. 7 hiernach). Vor diesem Hintergrund ist die Durchführung eines strukturierten

Beweisverfahrens im Sinne der Rechtsprechung von BGE 141 V 281 obsolet. Es kann damit insbesondere offenbleiben, ob eine psychiatrisch bedingte 100%ige Arbeitsunfähigkeit "bis in einem Jahr" einer solchen rechtlichen Prüfung standhielte (vgl. gegenteiliger Meinung vgl. Beschwerdeantwort S. 4 lit. C lit. b Ziff. 12).

#### **4.**

**4.1** 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 in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung). Ob eine versicherte Person als ganztägig 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. 251 E. 4.1.1).

**4.2** Die Beschwerdegegnerin ging von einem Status von 60 % Erwerbstätigkeit und 40 % Haushalt aus (act. II 60/6). Dabei stützte sie sich auf die Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Haushaltsabklärung vom 11. Juni 2011. Diese gab an, sie sei gerne Hausfrau, als Gesunde hätte sie jedoch, als ihr jüngerer Sohn (...) in die 7. Klasse gekommen sei, zu einem Pensum von 60 % arbeiten wollen, damit sie in finanzieller Hinsicht "etwas mehr Luft" hätten (act. II 60/6 Ziff. 3.3; vgl. dazu auch act. II 10/2). Die Festlegung des Status ist unbestritten nicht zu beanstanden. Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad nach der gemischten Methode zu ermitteln (vgl. E. 2.3 hiavor).

## **5.**

**5.1** Die behandelnden Ärzte attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, während die MEDAS-Gutachter (spätestens) ab 1. Juni 2019 (act. II 58.1/11 Ziff. 4.7) in der angestammten Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgingen. Unter Berücksichtigung der Anmeldung im März 2020 wäre der frühestmögliche Rentenbeginn (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) am 1. September 2020.

## **5.2**

**5.2.1** 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 2021 UV Nr. 26 S. 125 E. 6.1). 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 2019 UV Nr. 40 S. 153 E. 6.2.3).

**5.2.2** Die Beschwerdeführerin verfügt über einen Berufsabschluss als ... EFZ und bildete sich zur dipl. ... bzw. dipl. ... weiter (act. II 1/5 Ziff. 5.2 f., 11/6, 58.3/9 Ziff. 3.2.6, 58.4 Ziff. 3.2.6, 58.6/9 Ziff. 3.2.6, 60/4 Ziff. 3.1). Zwar wurden die letzten Arbeitsverhältnisse mit niederschweligen Beschäftigungsgraden (act. II 7/2, 60/5 Ziff. 3.2) offenbar aus gesundheitlichen Gründen aufgelöst (act. II 58.5/9 Ziff. 3.2.6 f., 58.6/11), da diese jedoch von kurzer Dauer waren und darüber hinaus unklar ist, ob das Arbeitspensum bei den konkreten Arbeitgebern im hypothetischen Gesundheitsfall auf 60 % hätte erhöht werden können, ermittelte die Beschwerdegegnerin das

Valideneinkommen zu Recht anhand der LSE 2018, Tabelle TA1. Weil die Beschwerdeführerin zudem als Gesunde im medizinischen Bereich gearbeitet hätte (act. II 60/6 Ziff. 3.3), ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf den Wert der NOGA-Wirtschaftszweige Ziff. 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen), Kompetenzniveau 2, ausmachend Fr. 5'170.--, abstellte. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden (betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 86 [Gesundheitswesen], 2018), aufgerechnet auf ein Jahr und indexiert auf das Jahr 2020 (Nominallohnindex, Frauen, 2016-2020, Ziff. 86-88 [Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen], 2018: 101.3; 2020: 103.3) ergibt dies ein Valideneinkommen von Fr. 65'795.50 (Fr. 5'170.-- / 40 x 41.6 x 12 / 101.3 x 103.3).

### **5.3**

**5.3.1** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne der LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2021 Nr. 51 S. 168 E. 3.2).

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 135 V

297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3).

**5.3.2** Der Beschwerdeführerin ist seit dem 1. Juni 2019 eine angepasste Tätigkeit zu 70 % zumutbar (act. II 58.1/10 f. Ziff. 4.7). Letztere muss möglichst reiz- und stressarm sein sowie eine selbstständige Arbeitseinteilung gestatten (act. II 58.5/17 Ziff. 8.2.1); ideal ist eine Bürotätigkeit mit einer guten Struktur sowie einer wohlwollenden und bestätigenden Führung (act. II 58.6/31 Ziff. 8.2.1). Da die Beschwerdeführerin keine angepasste Tätigkeit ausübt, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht das hypothetische Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE 2018, Tabelle T17, ermittelt. Bei einem monatlichen Bruttolohn von Fr. 5'835.-- (BFS 2020, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht, privater und öffentlicher Sektor [Bund, Kantone, Gemeinden, Körperschaften] zusammen, 2018, Ziff. 4 Bürokräfte und verwandte Berufe, Total, Frauen), angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 45-96 Sektor III Dienstleistungen, 2018), aufgerechnet auf ein Jahr, indexiert auf das Jahr 2020 (BFS 2020, Nominallohnindex, Frauen 2016-2020, Ziff. 45-96 Sektor III Dienstleistungen, 2018: 101.7; 2020: 103.7) und unter Berücksichtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 51'097.10 (Fr. 5'835.-- / 40 x 41.7 x 12 / 101.7 x 103.7 x 0.7). Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn von 10 %, was nicht zu beanstanden ist. Damit ergibt sich ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 45'987.40 (Fr. 51'097.10 x 0.9).

**5.4** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 65'795.50 und einem Invalideneinkommen von Fr. 45'987.40 resultiert ein Invaliditätsgrad von 30.10 % ( $[(\text{Fr. } 65'795.50 - \text{Fr. } 45'987.40) \times 100 / \text{Fr. } 65'795.50]$ ) und bei einem Status im Erwerb von 60 % gewichtet von 18.06 % ( $30.10 \times 0.6$ ).

## 6.

**6.1** Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63; SVR 2018 IV Nr. 69 S. 224 E. 3.2).

**6.2** Anlässlich der Erhebung vom 11. Juni 2021 an Ort und Stelle ermittelte die Abklärungsfachperson anhand des Betätigungsvergleichs eine Einschränkung von 22.7 % (act. II 60/10 ff. Ziff. 7), was bei einem Status im Haushalt von 40 % einen gewichteten Invaliditätsgrad von 9.08 % ergibt ( $22.7 \times 0.4$ ). Die Beschwerdegegnerin hat die Ausführungen des MEDAS-Gutachtens berücksichtigt und festhalten, dass die Beschwerdeführerin einige Haushaltstätigkeiten mit Pausen und in einer reiz- und stressarmen Umgebung sowie an "guten Tagen" erledigen könne. Zudem hat sie korrekterweise die den Familienangehörigen obliegende Schadenminderungspflicht (BGE 133 V 504 E. 4.2 S. 509; SVR 2011 IV Nr. 11 S. 30 E. 5.5) bei der Bemessung der Höhe der Einschränkungen im Aufgabenbereich berücksichtigt. Der diesbezüglich angerechnete Umfang der zumutbaren Mithilfe erscheint sachgerecht. Insbesondere ist zu beachten, dass der vollzeitbeschäftigte Ehemann der Beschwerdeführerin auch bei guter Gesundheit seiner Ehefrau – die in diesem Fall im Umfang von 60 % erwerbstätig wäre – einen Teil der Hausarbeit übernehmen müsste. Im Krankheitsfall geht die zumutbare Mithilfe der Familienangehörigen zudem weiter als

der übliche Umfang. Die Einschätzung ist nicht zu beanstanden und es liegen keine Gründe vor, um in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person einzugreifen.

## 7.

Bei einem Invaliditätsgrad im Erwerb von 18.06 % und einem Invaliditätsgrad im Haushalt von 9.08 % resultiert ein Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 27 %. Damit hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Rente. Die angefochtene Verfügung vom 17. März 2022 sind somit nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen

## 8.

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

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

**8.2** Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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