

200 22 704 IV  
MAK/SCC/WSI

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 17. April 2024**

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichterin Wiedmer  
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 25. Oktober 2022



## Sachverhalt:

### A.

Die 1963 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) absolvierte die obligatorische Schule in .... Sie verfügt über keine Berufsausbildung; im Jahr 2018 arbeitete sie als ... (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 1, 12/3, 14/1 f.; C.\_\_\_\_\_ AG [act. II 18]) und war arbeitslos gemeldet (vgl. act. II 6.50, 12/3, 13/2). Am 12. Juni 2020 erlitt sie einen Unfall mit dem ... und zog sich eine Radiusfraktur am linken Handgelenk und eine Kontusion am linken Knie zu (act. II 6.47, 6.50, 23.65). Die D.\_\_\_\_\_ erbrachte die gesetzlichen Leistungen für den Nichtberufsunfall (act. II 6.28/1) und stellte die Heilbehandlungskosten- und Taggeldleistungen per 31. März 2022 ein (act. II 52).

Im April 2021 meldete sich die Versicherte bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an (act. II 1). Die IVB holte die Akten der D.\_\_\_\_\_ (act. II 6.1-6.50, 23.1-23.65, 35.1-35.32, 41.1-4.11, 51.1-51.20, 52, 54.1-54.21) und Berichte der behandelnden Ärzte (act. II 24, 31, 39, 82, 85) sowie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 6. April 2022 (act. II 60) ein. Danach veranlasste sie eine interdisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS E.\_\_\_\_\_ (MEDAS-Gutachten vom 29. Juli 2022 [act. II 89.1]; orthopädisches Teilgutachten vom 13. Juli 2022 [act. II 89.2]; psychiatrisches Teilgutachten vom 28. Juli 2022 [act. II 89.3]). Anschliessend führte sie ein Vorbescheidverfahren durch (act. II 90, 96, 100) und verneinte mit Verfügung vom 25. Oktober 2022 einen Anspruch der Versicherten auf eine Rente (act. II 101).

### B.

Am 21. November 2022 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 25. Oktober 2022 sei aufzuheben und ihr sei ab Oktober 2021 eine ganze Rente auszurichten.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2023 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 25. Oktober 2022 (act. II 101). 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.

**2.1** Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV [WEIV]) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die angefochtene Verfügung vom 25. Oktober 2022 (act. II 101) datiert nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020. Der frühest mögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs ist mit Blick auf die Anmeldung von April 2021 (act. II 1) und Art. 29 Abs. 1 IVG im Oktober 2021, d.h. vor dem 1. Januar 2022. Für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr vollendet haben gilt das bisherige Recht (Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 [WE der IV] lit. c). Der Rentenanspruch der 1963 geborenen Beschwerdeführerin ist deshalb nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen (vgl. Rz. 9101 und 9214 des Kreis Schreibens des Bundesamtes für Sozialversicherung [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228, 132 V 121 E. 4.4 S. 125).

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

teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

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

**2.2.2** 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).

**2.2.3** 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. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sach-

verständigen unglauwbürlich wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbstständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2021 IV Nr. 76 S. 257 E. 4.2.1).

**2.2.4** 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).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente.

**2.4** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**2.5** 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** In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht vom 22. September 2021 nannten Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, lic. phil. G.\_\_\_\_\_, Psychotherapeutin, H.\_\_\_\_\_, M.Sc. Psychologin, Spital I.\_\_\_\_\_, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende (act. II 31/3 Ziff. 2.5):

- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)
- Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ (ICD-10: F60.30)

Aktenanamnestisch bestünden seit Juni 2020 deutliche gesundheitliche Einschränkungen, dies sowohl durch somatische wie auch psychische Belastung (act. II 31/4 Ziff. 2.7). Eine ambulante Behandlung werde seit dem 25. Februar 2021 durchgeführt (act. II 31/2 Ziff. 1.1); diese sei weiterzuführen in ca. zwei- bis dreiwöchiger Frequenz (act. II 31/4 Ziff. 2.8). Gegenwärtig bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. II 31/5 Ziff. 4.1). Eine angepasste Tätigkeit könne nach erfolgreicher Genesung gegebenenfalls halbtags erfolgen (act. II 31/5 Ziff. 4.2). Einerseits könnten die multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren vor dem Hintergrund einer mittelgradigen depressiven Episode und andererseits der Leidensdruck, der durch die vielfältigen somatischen Beschwerden entstehe, eine Eingliederung in Zukunft in den ersten Arbeitsmarkt erschweren (act. II 31/6 Ziff. 4.4).

**3.1.2** Im Bericht vom 2. März 2022 nannte Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, D.\_\_\_\_\_, als Befund einen Status nach intraartikulärer distaler Radiusfraktur links im Juni 2020 mit Reposition und Osteosynthese am 18. Juni 2020, einen Status nach Osteosynthesematerialentfernung im Juni 2021 und eine sekundäre Radiokarpalarthrose Grad II nach Kellgren-Lawrence-Score (act. II 54.12 f.).

**3.1.3** Im Verlaufsbericht vom 2. Juni 2022 sprach Dr. med. F. \_\_\_\_\_ von einem stationären Gesundheitszustand (act. II 82/2 Ziff. 1). Die Einschränkungen beständen einerseits bei der wahrgenommenen Antriebs- und Kraftlosigkeit sowie der eingeschränkten Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit. Hinzu kämen körperliche Einschränkungen aufgrund der Schmerzen sowie der reduzierten Widerstands- und Durchhaltefähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer Anpassungsfähigkeit eingeschränkt und fühle sich durch kleinste Veränderungen rasch verunsichert, destabilisiert und reagiere mit impulsivem Verhalten gegenüber Dritten oder sich selbst (act. II 82/3 Ziff. 12). Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit könne bei ausreichender Stabilisierung halbtags erfolgen. Eine angepasste Tätigkeit könne er sich im sozialen Bereich vorstellen, da die Beschwerdeführerin über gute Kommunikation und grosse Hilfsbereitschaft verfüge und eine gewinnende Person sei, die gerne mit ... zusammenarbeite und dies bereits auch in ihrer Freizeit tue (act. II 82/3 Ziff. 13). Auf das Tragen, langes Sitzen oder Stehen und Verharren in einer gleichbleibenden Position sei aufgrund der somatischen Situation zu verzichten (act. II 82/3 Ziff. 14).

**3.1.4** Im Verlaufsbericht vom 24. Juni 2022 führte Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, die bisherige Arbeit im ... sei aufgrund der Knie- und der Handgelenksproblematik wahrscheinlich nicht mehr möglich. Eine angepasste Arbeit mit Wechselbelastung, ohne Heben von schweren Lasten, ohne Kniebelastung (nicht kauend, nicht dauerndes Treppen- oder Leiternsteigen) wäre wahrscheinlich, zumindest in einem Teilpensum, möglich. Zur genauen psychischen Einschränkung könne er nicht kompetent Stellung nehmen (act. II 85/4 Ziff. 13).

**3.1.5** Im MEDAS-Gutachten vom 29. Juli 2022 nannten die Dres. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende (act. II 89.1/5):

- Funktionsstörungen beider Kniegelenke bei Kniegelenkarthrose (ICD-10: M17.1)
- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei Folgendes (act. II 89.1/5):

- Geringe Funktionsstörungen des linken Handgelenkes nach operativ versorgtem Speichenbruch vom 15.6.2020 (ICD-10: S52.6)
- Neigung zu Wirbelsäulenbeschwerden ohne fassbare Funktionsstörung (ICD-10: M54.5)
- Abhängigkeit von Hypnotika (ICD-10: F13.2)

Die Gutachter hielten in der Konsensbeurteilung fest, in orthopädischer Hinsicht wirkten sich Funktionsstörungen beider Kniegelenke bei Kniegelenksarthrose einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus. Tätigkeiten mit häufigem Gehen und Treppensteigen seien dadurch erheblich erschwert. Bezüglich des operativ versorgten linken Handgelenks könne keine objektive Funktionsstörung von Bedeutung festgestellt werden. In psychischer Hinsicht sei eine mittelgradige depressive Episode diagnostizierbar. Bei bisher nicht vorhandener Remission sei dadurch die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eingeschränkt (act. II 89.1/3 f.).

Zur Konsistenz und Plausibilität führten die Gutachter an, inkonsistent seien die angegebenen Beschwerden an der linken Hand. Es sei weder eine Schwellung noch die angegebene Fehlstellung feststellbar. Die zunächst willentlich aufgehobene Beweglichkeit habe sich nach mehreren Gegenproben bis hin zu einer aktiv nahezu freien Beweglichkeit gebessert. Auch passe die fehlende Umfangsminderung links nicht zu einer im Alltag beibehaltenen Schonung. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung sei eine mittelgradige depressive Beeinträchtigung nachvollziehbar. Entsprechend sei in der Gegenübertragung auch eine mittelgradige psychische Beeinträchtigung aufspürbar. Das von der Beschwerdeführerin geschilderte alltägliche Funktionsniveau sei mit einer mittelgradigen depressiven Beeinträchtigung vereinbar, wobei dieses auch durch die leistungsorientierte Persönlichkeit der Beschwerdeführerin erklärbar sei. Die von ihr angegebenen psychotischen Symptome, welche überwiegend auf Nachfrage lediglich bejaht würden, könnten nicht nachvollzogen werden. So bleibe sie bei insistierenden Nachfragen ausweichend und vage, zeige keine zusätzliche affektive Beteiligung beim Vortrag dieser Symptome und bei der von ihr demonstrierten Angst, dass jemand aus dem Schrank kommen könnte. Auch seien diese nicht typisch für eine mittelgradige depressive Störung, allenfalls teilweise für eine schwer ausgeprägte depressive Störung, wobei ein schwerer Ausprägungsgrad bei der Beschwerdeführerin nicht bestehe. Auch entspreche das von ihr geschilderte Funktionsniveau nicht einem

Beeinträchtigungsausmass, welches beim Vorhandensein der von ihr vorgegebenen psychotischen Symptome bestehen müsste. Auch im Rahmen der orthopädischen Untersuchung zeigten sich Inkonsistenzen. Diese stellten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zielgerichtete Handlungen der Beschwerdeführerin dar, am ehesten resultierend aus der von ihr empfundenen Hilflosigkeit und mangelnden ihrerseits vorhandenen Möglichkeiten, ihre Problematik zu lösen. Eine Schmerzverarbeitungsstörung als mögliche Erklärung könne hingegen in psychiatrischer Hinsicht nicht diagnostiziert werden (act. II 89.1/3 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit führten die Experten aus, in psychiatrischer Hinsicht sei die Beschwerdeführerin zu 20 % arbeitsfähig, in orthopädischer Hinsicht zu 0 %, konsensuell zu 0 %. Psychiatrischerseits sei sie seit ca. Februar 2021 zu 25 % arbeitsfähig, orthopädischerseits sei sie seit Juli 2020 zu 0 % arbeitsfähig und konsensuell sei sie seit Juli 2020 zu 100 % arbeitsunfähig (act. II 89.1/6). Zum Zumutbarkeitsprofil bzw. zu den Funktionseinschränkungen hielten sie fest, in orthopädischer Hinsicht seien Tätigkeiten, welche häufiges Gehen und Treppensteigen abverlangten, nicht mehr möglich. Weiterhin sei der Beschwerdeführerin das Heben, Bewegen oder Hantieren von/mit Lasten über 10 kg nicht möglich. Sie sei bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Wissensanwendung mittelgradig, bezogen auf die Durchhaltefähigkeit mittel- bis höhergradig beeinträchtigt, ebenso bezogen auf Proaktivität und Spontanaktivitäten (act. II 89.1/5 f. Ziff. 4.5).

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit führten die Gutachter aus, in orthopädischer Hinsicht sei eine überwiegend sitzende (kurzzeitig stehend, gehend möglich) Arbeit während 8.5 Stunden zumutbar, ohne Treppen- und Leiternsteigen, ohne Heben, Bewegen oder Hantieren von/mit Lasten über 10 kg (100 % arbeitsfähig). In psychiatrischer Hinsicht sei die Beschwerdeführerin zu 25 % arbeitsfähig. Konsensuell bestehe eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 25 %. Diese Einschätzung gelte seit Februar 2021 mit einer 6-wöchigen Unterbrechung nach der Metallentfernung im Juni 2021 (act. II 89.1/7 Ziff. 4.6). Zur Begründung der Gesamtarbeitsfähigkeit hielten die Experten fest, konsensuell bleibe die Beschwerdeführerin nur in psychiatrischer Hinsicht eingeschränkt, wobei

diesbezüglich mittelfristig der Beschwerdeführerin das Erreichen einer Arbeitsfähigkeit von 100 % wieder möglich sei (act. II 89.1/7 Ziff. 4.7). Die psychiatrische Behandlung sei fortzusetzen, eine adäquate antidepressive Medikation sei geboten. Diesbezüglich sollte die Beschwerdeführerin motiviert werden (act. II 89.1/8 Ziff. 4.8).

## **3.2**

**3.2.1** 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).

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

**3.3** Das MEDAS-Gutachten vom 29. Juli 2022 (act. II 89.1) und die zugehörigen Teilgutachten (act. II 89.2, 89.3) erfüllen, was die Befunderhebung und die darauf basierende diagnostische Beurteilung betrifft, die An-

forderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise und erbringen vollen Beweis (vgl. E. 3.2.1 hiervor). Die Gutachter setzten sich einlässlich mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinander (act. II 89.2/6 ff., 89.3/12 ff.). Die Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten (act. II 89.2/4 ff., 89.3/4 ff.) getroffen worden. Basierend darauf haben die Experten die medizinischen Befunde (act. II 89.2/10 ff., 89.3/16 ff.) und die gestellten Diagnosen (act. II 89.2/15, 89.3/20) nachvollziehbar und einleuchtend dargelegt.

**3.3.1** In somatischer Hinsicht steht gestützt auf die Beurteilung der Sachverständigen fest, dass Funktionsstörungen beider Kniegelenke bei Kniegelenksarthrose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit), geringe Funktionsstörungen des linken Handgelenkes nach operativ versorgtem Speichenbruch vom 15. Juni 2020 und eine Neigung zu Wirbelsäulenbeschwerden ohne fassbare Funktionsstörung (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) vorliegen, und dass die Beschwerdeführerin aufgrund der fortgeschrittenen Femoropatellararthrose rechts (act. II 89.2/14 Ziff. 6.1) die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... nicht mehr ausüben kann (vgl. auch act. II 89.1/5, 89.2/16 Ziff. 8), dass ihr jedoch eine angepasste, überwiegend sitzende Tätigkeit ohne Treppen- oder Leiternsteigen, ohne Heben, Bewegen oder Hantieren von Lasten über 10 kg vollumfänglich (8.5 Stunden pro Tag) zumutbar ist (act. II 89.1/6 Ziff. 4.6; 89.2/16 Ziff. 8.2). Diese Beurteilung ist mit Blick auf die Befunde nachvollziehbar und überzeugt.

**3.3.2** In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierten die Gutachter eine mittelgradige depressive Episode, welche überwiegend wahrscheinlich durch die anhaltende partnerschaftliche Konfliktsituation und die für die Beschwerdeführerin aus ihrer Sicht nicht vorhandenen Möglichkeiten zur räumlichen Trennung unterhalten werde (act. II 89.3/19 Ziff. 6.1, 89.3/23 Ziff. 6.3), was überzeugt und einleuchtet. Der psychiatrische Gutachter setzte sich auch einlässlich damit auseinander, dass die Beschwerdeführerin sich – demonstrativ wirkend – mehrfach im Raum umgeschaut und auf Nachfrage geäussert hatte, sie habe Schatten gesehen und habe Angst, dass jemand aus dem alten Schrank herauskommen könnte (act. II 89.3/16 Ziff. 4.1, 89.3/21 Ziff. 6.3). Die Beschwerdeführerin habe die Nachfragen

bezüglich psychotischer Symptome zwar vordergründig bejaht, auf detaillierte Nachfragen sei sie jedoch ausweichend und vage geblieben, weshalb er von einem diskrepanten Verhalten ausgehe. Auch seien in den aktenkundigen psychiatrischen Berichten keine psychotischen Symptome erwähnt. Diese Beurteilung der geltend gemachten psychotischen Symptome ist nachvollziehbar und leuchtet ein. Die noch von den behandelnden Ärzten diagnostizierte Schmerzverarbeitungsstörung konnte der Gutachter ebenfalls nicht bestätigen, da die Beschwerdeführerin klinisch nicht nennenswert schmerzbedingt beeinträchtigt wirke und sich im Rahmen der orthopädischen Untersuchung Inkonsistenzen gezeigt hätten (act. II 89.3/23). Schliesslich stellte der Gutachter aufgrund der soziobiographischen und psychiatrischen Anamnese keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung fest. Die vom Behandler berichteten Impulsdurchbrüche wertete er als Folge einer erhöhten Reizbarkeit resultierend aus der depressiven Störung (act. II 89.3/19 Ziff. 6.1), was überzeugt.

**3.3.3** Desgleichen haben die Gutachter in überzeugender Weise in der Gesamtbeurteilung und in den einzelnen Teilgutachten zu den Belastungsfaktoren und Ressourcen Stellung genommen (act. II 89.1/5 Ziff. 4.4, 89.3/24 Ziff. 7.2). Insbesondere hat der psychiatrische Gutachter nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass die Beschwerdeführerin bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie der Wissensanwendung mittelgradig beeinträchtigt sei. Bezogen auf die Durchhaltefähigkeit, Proaktivität und Spontanaktivitäten sei sie mittel- bis höhergradig beeinträchtigt, sie könne sich jedoch an Regeln und Routinen anpassen, sei in Teams integrierbar, mobil und verkehrsfähig. Einleuchtend ist auch die Beurteilung zu den Ressourcen, wonach die Beschwerdeführerin gute Deutschkenntnisse habe und leistungsorientiert sei (act. II 89.3/24 Ziff. 7.2).

In somatischer und psychiatrischer Hinsicht attestierten die Gutachter in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 75 % (Arbeitsfähigkeit von 25 %), wobei sich diese Beurteilung ausschliesslich auf die psychiatrische Einschätzung abstützte, wonach sich die mittelgradige depressive Episode auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (75 % arbeitsunfähig). Denn der Beschwerdeführerin wäre in somatischer Hinsicht eine dem Zumutbarkeitsprofil angepasste Tätigkeit vollumfänglich zumutbar

(act. II 89.1/6 Ziff. 4.6). Der psychiatrische Gutachter beschrieb die Beschwerdeführerin zwar als mittelgradig beeinträchtigt (act. II 89.3/19 Ziff. 6.2, 89.3/24 Ziff. 7.2). Er stellte jedoch auch fest, dass eine Behandlung (lediglich) in zwei- bis dreiwöchiger Frequenz stattfinde (act. II 89.3/22 Ziff. 6.3) und dass keine antidepressive Medikation mehr erfolge, obwohl eine solche geboten wäre und die Beschwerdeführerin dazu motiviert werden sollte (act. II 89.3/23 Ziff. 7.1).

Für die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens muss zwar nicht zwingend eine schwere psychische Störung vorliegen. Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts ist aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht letztlich nicht die Schwere einer Erkrankung entscheidend, sondern deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, zumal sie in beruflicher Hinsicht unterschiedliche Folgen zeitigt (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 S. 54 f.). Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen jedoch nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch – wie hier – ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.2 S. 55, 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Attestieren die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne (allenfalls auf Nachfrage hin erfolgte) schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung nach Überprüfung anhand der rechtserheblichen Indikatoren die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 6. September 2022, 8C\_331/2022, E. 5.1). Nachfolgend ist somit anhand der rechtserheblichen Indikatoren zu überprüfen, ob die Feststellungen des MEDAS-Gutachtens (act. II 89.1) und im psychiatrischen Teilgutachten (act. II 89.3) in Bezug auf die attestierte Arbeitsfähigkeit von 75 % aus rechtlicher Sicht überzeugen.

#### 4.

**4.1** Zu prüfen ist auf der ersten Ebene, ob die obgenannte psychiatrische Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Gemäss den MEDAS-Gutachtern ergaben sich keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation (act. II 89.1/3 f. Ziff. 4.1, 89.3/19 Ziff. 6.1 f.). Inkonsistenzen stellten die Gutachter einerseits im Rahmen der orthopädischen Untersuchung fest im Sinne einer fehlenden Übereinstimmung zwischen den Beschwerdeangaben am linken Handgelenk und der objektivierbaren Funktionseinschränkung (act. II 89.1/4 Ziff. 4.2). Die vorgetragene Beschwerden und Einschränkungen von Seiten des Achsenorgans konnte der Orthopäde ebenfalls nicht durch Befunde abstützen (act. II 89.2/14 Ziff. 6.1). Andererseits wies der psychiatrische Experte darauf hin, dass die Beschwerdeführerin in Bezug auf die geschilderten psychotischen Symptome demonstrativ gewirkt habe, auf Nachfrage hin ausweichend und vage geblieben sei und keine affektive Beteiligung beim Vortrag dieser Symptome und der demonstrierten Angst gezeigt habe. Dennoch dürfte die Prüfung der ersten Ebene einen invalidisierenden Gesundheitsschaden in psychiatrischer Hinsicht nicht ausschliessen, womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 2.2.4 hiervor).

#### 4.2

**4.2.1** Auf der zweiten Ebene ergibt sich in der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.) mit Bezug auf den Komplex "Gesundheitsschädigung" (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) und zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) das Folgende: Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung stellte der Gutachter nebst unauffälligen Befunden eine leicht- bis mittelgradig eingeschränkte Konzentration und Aufmerksamkeit und eine ängstliche Verunsicherung fest. Die Beschwerdeführerin wirke herabgestimmt, kaum modellier- und auslenkbar (act. II 89.3/17 Ziff. 4.3). Der psychiatrische Gutachter erwähnte jedoch auch eine (noch) durchzu-

führende adäquate antidepressive Medikation (act. II 89.3/23 Ziff. 7.1). Gestützt auf das psychiatrische Teilgutachten sind die Befunde zwar mittelgradig ausgeprägt, jedoch wird die depressive Symptomatik durch die angespannte interaktionelle partnerschaftliche Situation, somit durch psychosoziale Faktoren aufrechterhalten (act. II 89.3/19 Ziff. 6.2, 89.3/23 Ziff. 6.3). Unter diesen Umständen ist eine erhebliche Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu verneinen.

Sodann ist zum Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad zu bemerken (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.), dass sich die Beschwerdeführerin seit Februar 2021 in ambulanter Behandlung befindet, wobei sie aktuell keine antidepressiven Medikamente einnimmt und dem psychiatrischen Gutachter unklar blieb, weshalb keine solche erfolgt, obwohl sie geboten wäre (act. II 89.3/23 Ziff. 7.1). Er hielt weiter fest, der behandelnde Psychiater Dr. med. F. \_\_\_\_\_ habe von suizidalen Gedanken und impulsiven Durchbrüchen berichtet (act. II 89.3/22 Ziff. 6.3). Ein stationärer Aufenthalt ist gemäss den Angaben der behandelnden Ärzte dennoch bisher nicht durchgeführt worden. Vielmehr beschränkt sich die psychiatrische Behandlung (lediglich) auf eine zwei- bis dreiwöchige Frequenz. Angesichts dessen und der fehlenden, jedoch gemäss dem psychiatrischen Gutachter gebotenen Einnahme antidepressiver Medikamente ist eine Behandlungsresistenz zu verneinen.

Rückschlüsse auf den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung ergeben sich auch aus der Eingliederung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 300). Die Beschwerdeführerin gab bei der gutachterlichen Untersuchung an, sie habe vor dem ...unfall im ... und im ...bereich gearbeitet. Gemäss dem psychiatrischen Gutachter habe sich die Beschwerdeführerin als sehr engagiert geschildert; sie habe bis vor zwei Jahren gern gearbeitet und auf beruflicher Ebene positive Erfahrungen machen können (act. II 89.3/14 Ziff. 3.2). Der psychiatrische Gutachter beschrieb die Beschwerdeführerin als anpassungsfähig, als in Teams integrierbar, mobil und verkehrsfähig (act. II 89.3/24 Ziff. 7.2). Diese Einschätzung zeigt, dass Ressourcen für eine berufliche Eingliederung, welche noch nicht stattgefunden hat, vorliegen. Eine Eingliederungsresistenz liegt nicht vor.

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, liegen in somatischer Hinsicht Funktionsstörungen beider Kniegelenke bei Kniegelenksarthrose, geringe Funktionsstörungen des linken Handgelenkes nach operativ versorgtem Speichenbruch sowie eine Neigung zu Wirbelsäulenbeschwerden ohne fassbare Funktionsstörung vor (act. II 89.1/5 Ziff. 4.3). In psychiatrischer Hinsicht gab es keine Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsstörung oder –akzentuierung (act. II 89.1/5 Ziff. 4.4) und auch keine Anzeichen einer Schmerzverarbeitungsstörung (act. II 89.3/23 Ziff. 6.3). Jedoch besteht eine Abhängigkeit von Hypnotika (Schlafmittel-/Benzodiazepin-Abusus; act. II 89.3/21 Ziff. 6.3), wobei eine Reduktion dieser Medikamente mit dem Ziel eines Entzugs als sinnvoll erachtet wurde (act. II 89.3/23 Ziff. 7.1). Der Meinung der Beschwerdegegnerin (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 8), wonach somatische Diagnosen, welche in angepassten Tätigkeiten keine Einschränkungen zeitigten, nicht als relevante ressourcenraubende Komorbidität anerkannt werden könnten, kann nicht gefolgt werden. Denn diese stützt sich nicht auf eine entsprechende bundesgerichtliche Rechtsprechung; vielmehr wird in BGE 143 V 418 E. 8.1 ausgeführt, das strukturierte Beweisverfahren stehe einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbeurteilung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiere. Beim Indikator "Komorbidität" ist somit ein Zwischenschritt mit Ausscheidung einzelner Beschwerden wegen fehlender invalidenversicherungsrechtlicher Relevanz nicht zielführend. Im vorliegenden Fall sind somit sämtliche Einschränkungen in die Prüfung der Komorbidität einzubeziehen, wobei im Rahmen einer Gesamtbetrachtung – mangels diesbezüglicher gutachterlicher Feststellungen – keine Anzeichen bestehen, dass ihnen zusätzliche ressourcenhemmende Wirkung beizumessen sind (vgl. auch act. II 89.3/24 Ziff. 7.2).

**4.2.2** Betreffend den Komplex "Persönlichkeit" (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist zu bemerken, dass die Experten der MEDAS eine Persönlichkeitsstörung oder akzentuierte Persönlichkeitszüge ausschlossen (act. II 89.1/5 Ziff. 4.4). Die Impulsdurchbrüche schätzte der psychiatrische Experte als erhöhte Reizbarkeit ein, resultierend aus der depressiven Störung (act. II 89.3/19 Ziff. 6.1). Gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin ging er davon aus, dass sie während der Kindheit und Jugend keine aus-

reichende sichere emotionale Beziehung im Elternhaus habe erleben können, dies gelte auch in der Beziehung zu ihrem ersten Ehemann (erzwungene Ehe). In der zweiten Ehe sei sie zudem massiven Entwertungen ausgesetzt. In der Schweiz habe sie sich jedoch sozial und beruflich gut integrieren und überwiegend wahrscheinlich positive Erfahrungen im beruflichen Umfeld machen können (act. II 89.3/18 ff. Ziff. 6.1, 6.3). Die Beschwerdeführerin habe von einem ausreichend aktiven Tagesablauf berichtet (act. II 89.3/15 Ziff. 3.2, 89.3/21 Ziff. 6.3) und der Experte ging von einer leistungsorientierten Persönlichkeit aus (act. II 89.3/24 Ziff. 7.2). Die partnerschaftliche Situation führt zwar dazu, dass die depressive Symptomatik aufrechterhalten wird (vgl. auch act. II 89.3/23 Ziff. 6.3), jedoch liegt kein kompletter sozialer Rückzug vor und auch ihre Persönlichkeit hält Ressourcen bereit.

**4.2.3** Zum Komplex "Sozialer Kontext" (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist festzustellen, dass aufgrund der geschilderten Eheprobleme (act. II 89.3/20 Ziff. 6.3) psychosoziale Belastungsfaktoren bestehen, welche durchaus als ressourcenhemmend einzustufen sind.

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

**4.3.1** Zum Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist den Ausführungen in der psychiatrischen Untersuchung zum Tagesablauf der Beschwerdeführerin zu entnehmen, dass sie zwischen sechs und sieben Uhr aufsteht, Kaffee trinkt und danach Hausarbeiten und Einkäufe erledigt. Mittags koche sie manchmal etwas, abends koche sie hingegen regelmässig. Zwischen 20 und 22 Uhr gehe sie schlafen (act. II 89.3/15 Ziff. 3.2). Gegenüber dem orthopädischen Gutachter äusserte sie, sie schlafe tagsüber oder sie lege sich hin, sie gehe hin und wieder kleinere Dinge einkaufen; soweit es möglich sei, reinige sie die Wohnung. Ihr Hobby sei es, ..., auch bei der .... Die Kraft hierzu habe sie aber nicht mehr (act. II 89.2/8 Ziff. 3.2). Die Gutachter hielten in der Gesamtbeurteilung dann fest, das von der Beschwerdeführerin geschilderte alltägliche Funktionsniveau sei mit einer mittelgradigen depressiven Beeinträchtigung vereinbar, wobei dies mit der leistungsorientierten Persönlichkeit erklärbar sei (act. II 89.1/4

Ziff. 4.2). Gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin zum Tagesablauf sowie der intakten Fähigkeit, aktiv als Autofahrerin am Strassenverkehr teilzunehmen (act. II 89.3/15) ist von verbleibenden Ressourcen auszugehen. Dieses Aktivitätsniveau lässt sich letztlich mit einer Arbeitsunfähigkeit von 75 % in psychiatrischer Hinsicht nicht in Einklang bringen.

**4.3.2** Hinsichtlich der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) ist festzustellen, dass alle zwei- bis drei Wochen eine therapeutische Behandlung stattfindet; gemäss Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters vom 2. Juni 2022 ist der Beschwerdeführerin die Einnahme von Brintellix verschrieben worden (10 mg morgens; act. II 82/3 Ziff. 7). Im psychiatrischen Teilgutachten vom 28. Juli 2022 wurde jedoch eine solche Medikamenteneinnahme nicht erwähnt (act. II 89.3/16 Ziff. 3.2). Der psychiatrische Gutachter hielt vielmehr fest, die Beschwerdeführerin nehme aktuell keine antidepressive Medikation mehr ein, wobei unklar bleibt, warum nicht, wäre doch eine adäquate antidepressive Medikation geboten (act. II 89.3/23 Ziff. 7.1). Zumal die therapeutischen Optionen bezüglich der psychischen Probleme bei weitem nicht ausgeschöpft sind (keine Antidepressiva und keine stationäre Behandlung), ist nicht von einem besonders grossen Leidensdruck auszugehen.

**4.4** Die Gesamtbetrachtung ergibt, dass die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren (vgl. E. 2.2.3 f. hiavor) nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt sind. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin der von den MEDAS-Gutachtern medizinisch attestierten Arbeitsunfähigkeit von 75 % auch in einer (den somatischen Beschwerden) angepassten Tätigkeit nicht gefolgt ist. Die Beschwerdegegnerin ist somit nicht in unzulässiger Weise und ohne ausreichende Begründung von der Einschätzung der Gutachter abgewichen. Der Umstand, dass der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von 75 % durch die MEDAS-Gutachter die rechtliche Relevanz abzusprechen ist, schliesst nicht aus, dass das MEDAS-Gutachten ein stimmiges Gesamtbild vermittelt und eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgebenden Indikatoren erlaubt.

**5.**

Aufgrund der vollen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit und der unter dem Niveau der Tabellenlöhne nach LSE erzielten Valideneinkommen (act. II 12) erübrigt sich die Vornahme eines Einkommensvergleichs. Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 25. Oktober 2022 (act. II 101) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

**6.**

**6.1** 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.

**6.2** Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**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

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öf-

fentlich-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.