

200 23 198 IV
LOU/IMD/LEA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. September 2023

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiber Imhasly

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. Februar 2023



Sachverhalt:

A.

Die 1991 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Januar 2021 unter Hinweis auf seit Mai 2020 bestehende starke Beschwerden im Bauchraum bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen; insbesondere beauftragte sie die D._____ (MEDAS) mit einer polydisziplinären Begutachtung (Gutachten vom 26. März 2022 [act. II 58.1-58.9]) und ihren Abklärungsdienst mit einer Haushaltsabklärung (Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 19. Dezember 2022 [act. II 74 S. 2 ff.]). Mit Vorbescheid vom 21. Dezember 2022 (act. II 75) stellte sie die Verneinung eines Rentenanspruchs bei einem Erwerbsstatus von 100 % Erwerbstätigkeit (act. II 74 S. 5 Ziff. 4.2) und einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad in Aussicht. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (act. II 77, 79) verfügte die IVB am 14. Februar 2023 (act. II 80) wie angekündigt.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch B._____, Rechtsanwalt C._____, mit Eingabe vom 20. März 2023 Beschwerde mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 14. Februar 2023 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei eine Invalidenrente zuzusprechen.
3. Eventualiter sei ein neues psychiatrisches Gutachten einzuholen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. April 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingaben vom 25. Mai bzw. vom 15. Juni 2023 nahmen die Parteien abschliessend Stellung.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 14. Februar 2023 (act. II 80). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 14. Februar 2023 (act. II 80), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung eines Rentenanspruchs mit Blick auf die im Januar 2021 erfolgte Anmeldung (act. II 1) vor dem 1. Januar 2022 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG), weshalb die diesbezüglichen Bestimmungen des IVG in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (Rz. 9101 des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 144 V 195 E. 4.2 S. 198).

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

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizini-

sche 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).

2.4 Gemäss aArt. 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.

2.5 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).

2.6 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 – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Bericht des Spitals E. _____ vom 19. Dezember 2019 (act. II 29 S. 10 f.) wurden eine unerwünschte Arzneimittelwirkung nach Olanzapineinnahme am 18. Dezember 2019 und Panikstörung und Agoraphobie gemischt (ICD-10 F40.01) diagnostiziert. Die Patientin sei mit dem Rettungsdienst bei Somnolenz nach erstmaliger Olanzapineinnahme zugewiesen worden. Sie sei wegen der bekannten Panikstörung zuletzt am Vortag beim Psychiater vorstellig geworden. Dieser habe ihr das Medikament versuchsweise verschrieben. Die Beschwerden seien bei Eintritt bereits deutlich und während der weiteren Überwachung vollständig regredient gewesen. Die Patientin habe gleichentags in gebessertem Allgemeinzustand wieder nach Hause entlassen werden können.

3.1.2 Aus dem Bericht des Spitals F. _____ vom 31. Juli 2020 (act. II 10 S. 2 ff.) geht hervor, dass am 28. Juli 2020 ein chirurgischer Eingriff mit Zystoskopie mit IC-Test, LSC-Resektion einer Paratubarzyste links sowie Mirenaeinlage durchgeführt wurde (vgl. act. II 11 S. 22 f.). Der initiale Verdacht auf Endometriose bei chronischen Unterbauchschmerzen habe intraoperativ nicht bestätigt werden können.

3.1.3 Im Bericht vom 19. März 2021 (act. II 27) führten die Ärzte des Spitals F. _____ aus, der Patientin sei Physiotherapie zur Deblockierung des Iliosakralgelenks auf der rechten Seite verordnet worden. Die Blockierung sei möglicherweise durch die Beckenbodenverspannung bedingt. Radiologisch habe sich im MRI keine Nervenwurzelirritation gezeigt, welche die Schmerzen erklären könnte. Eine andere Erklärung für die Beschwerden könnte auch eine Reizung der Nerven entlang des Beckenbodens sein.

3.1.4 Dem Bericht von Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. April 2021 (act. II 29 S. 3 ff.) sind die Diagnosen Panikstörung (ICD-10 F41.0), generalisierte Angststörung, rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.4), aktuell remittiert, und chronische Unterleibsschmerzen zu entnehmen. Es habe eine sehr schwierige Kindheitssituation bestanden, die Patientin sei in ... aufgewachsen. Sie leide unter einer "massivsten" Panikstörung, seit April 2020 habe sich diese deutlich gebessert. Wiederkehrend bestünden dissoziative Zustände, mit denen sie nun besser umgehen könne. Aktuell bestehe anhaltend eine affektive Störung mit Melancholie und Ängsten, erdrückt zu werden. Eine

Arbeitsunfähigkeit sei nie bestätigt worden, da die Patientin Sozialhilfeleistungen bezogen habe. Eine Arbeitsfähigkeit von 50 % sei denkbar. Es träten aber immer noch Phasen mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit auf; zwischen Mai und November 2018 sowie von Dezember 2019 bis April 2020 habe retrospektiv eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden.

3.1.5 Die Hausärztin Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 28. April 2021 (act. II 31 S. 2) aus, die Patientin werde seit längerer Zeit vom behandelnden Psychiater zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Aus somatischer Sicht gehe sie davon aus, dass aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik höchstens ein reduziertes und angepasstes Arbeitspensum möglich wäre. Dies sei jedoch aktuell sehr schwierig einzuschätzen, da keine Arbeitsversuche hätten stattfinden können.

3.1.6 Im Bericht des Spitals F._____ vom 5. Mai 2021 (act. II 38 S. 2 f.) wurde festgehalten, die Patientin leide unter einem Chronic pelvic pain Syndrom mit zum Teil neuropathischen und muskulären Schmerzanteilen. Zusätzlich komme es zu brennenden und krampfartigen Schmerzen der Blase, vor allem bei Miktion. Die Kombination aus medikamentösen und konservativen Therapieelementen habe eine leichte Schmerzverbesserung erzielt und sollte weiter ausgebaut werden.

3.1.7 Dr. med. I._____, Fachärztin für Urologie, diagnostizierte im Bericht vom 4. Juni 2021 (act. II 35) ein Blasenschmerzsyndrom, einen Verdacht auf Endometriose und eine Hypermenorrhoe mit anämisierenden Blutungen. Die Patientin beklage Harndrang, Blasenschmerzen und Beckenschmerzen bis ins linke Bein ziehend. Zur Arbeitsfähigkeit könnten keine Angaben gemacht werden.

3.1.8 Im Bericht des Spitals F._____ vom 14. September 2021 (act. II 41) wurde ausgeführt, die Patientin habe eine chronische Migräne mit visueller Aura. Im durchgeführten Schädel-MRI seien keine Hinweise für einen sekundären Kopfschmerz zu objektivieren gewesen. Es werde eine Basistherapie mit Gabapentin empfohlen.

3.1.9 Dem polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 26. März 2022 sind die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (act. II 58.1 S. 8 Ziff. 4.3 lit. b):

1. Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (ICD-10 F60.31)
2. Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)
 - Polyarthralgien mit Betonung der Hände anamnestisch bei moderater Hypermobilität (Beighton-Score 4/9) (ICD-10 M35.7)
 - Mischkopfschmerz (ICD-10 G44.8 mit Migräne-, Schmerzmittelübergebrauchs- und funktioneller Komponente)
 - episodische vaginale Schmerzen rechts bei anamnestischem Verdacht auf Neuralgie des Nervus pudendus rechts ohne anatomisches Korrelat
3. Painful bladder Syndrom (interstitielle Zystitis) (ICD-10 N30.1).

Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im allgemein-internistischen Teilgutachten fest, die Patientin mache keine spezifischen Beschwerden durch allgemeininternistische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geltend (act. II 58.3 S. 3 Ziff. 3.2.1). Auch retrospektiv fänden sich keine Hinweise für eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit das Fachgebiet betreffend (act. II 58.3 S. 5 Ziff. 7.1).

In psychiatrischer Hinsicht führte K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, die vom behandelnden Psychiater als dissoziativ beschriebenen Zustände seien nicht als solche, sondern als Depersonalisations- und Derealisationserleben zu werten. Die Explorandin habe angegeben, in solchen Situationen nicht handlungsfähig zu sein und alles um sich herum mitzubekommen, wenngleich auch in einer veränderten Weise. Zustände, an welche sie sich nicht habe erinnern können, bzw. in denen sie handlungsunfähig gewesen sei, seien nicht beschrieben worden. Die Diagnosen einer Panikstörung und einer generalisierten Angststörung seien entsprechend nicht zu stellen. Die Explorandin habe zwar angegeben, streckenweise Unruhezustände zu verspüren und unter Ängsten zu leiden. Diese Symptome rechtfertigten jedoch kriteriengeleitet nicht das Stellen der entsprechenden Diagnosen. Aus den vom behandelnden Psychiater gestellten Diagnosen einer Panikstörung, einer generalisierten Angststörung sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell remittiert, sei gesamthaft keine vollständige Arbeitsunfähigkeit abzuleiten. Der Bericht vom 22. April 2021 enthalte darüber hinaus keinen verwertbaren psychopatho-

logischen Befund gemäss AMDP (act. II 58.4 S. 6 f. Ziff. 6.2.3). In der Gesamtschau der biographischen Entwicklung vor allem in den ersten zehn Lebensjahren sei nicht davon auszugehen, dass die Explorandin in dieser Zeit eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung durchgemacht habe. Diagnostisch sei zunächst vom Bestehen einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus (ICD-10 F60.31) auszugehen. Die beschriebenen Stimmungsschwankungen seien in diesem Störungsbild inkludiert mit Gefühlen häufiger Anspannung bis hin zu Depersonalisations- und Derealisationserleben. Die beschriebenen depressiven Phasen seien nicht als ein eigenständiges Krankheitsbild anzusehen, die depressiven Einbrüche seien vielmehr als im Rahmen der in der Persönlichkeitsstörung inkludierten Stimmungsschwankungen anzusehen. Bezüglich der körperlichen Beschwerden hätten keine diese in ihrer Ausprägung und Lokalisation hinreichend erklärbaren pathoanatomischen Befunde erhoben werden können, was insbesondere die Rückenschmerzen und die chronischen Kopfschmerzen betreffe. Diagnostisch sei somit von einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) auszugehen. Weitere Diagnosen aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen seien nicht zu stellen (act. II 58.4 S. 7 Ziff. 6.3 lit. a). Die Explorandin sei in der Lage, ihren Haushalt über den Tag bis auf körperlich anstrengende Tätigkeiten angemessen zu gestalten, ebenso ihre beiden Kinder zu versorgen. Es würden soziale Kontakte gepflegt, die Explorandin gehe mehreren erfüllenden Freizeitaktivitäten nach. Sie sehe sich jedoch aufgrund ihrer körperlichen Beschwerden und der von ihr als dissoziativ vermittelten Zustände nicht in der Lage, einen Beruf auszuüben. Die Explorandin habe derzeit keine ausreichenden persönlichen Ressourcen, um vor allem mit ihren emotionalen Schwankungen angemessen umgehen zu können, es bestünden auch deutliche Insuffizienzgefühle (act. II 58.4 S. 8 Ziff. 7.2). In einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit sei die Explorandin zu einer Anwesenheit von sieben Stunden am Tag an fünf Tagen in der Woche in der Lage. Eine den Beschwerden angepasste Tätigkeit sollte davon geprägt sein, dass es der Explorandin möglich sei, ihre Zeit in einem akzeptablen Rahmen selber einzuteilen, in einem wohlwollenden Umfeld, durch welches sich die Explorandin nicht unter Druck gesetzt fühle. Sie sollte darüber hinaus die Möglichkeit haben, einem gegebenenfalls erhöhten Pausenbedarf nachgehen zu können. Aus psychia-

trischer Sicht bestehe in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (act. II 58.4 S. 9 Ziff. 8.2).

Dem von Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, erstellten rheumatologischen Teilgutachten ist zu entnehmen, dass keine hochgradige Pathologie am Bewegungsapparat fassbar sei. Die klinischen Befunde im Bereich der Wirbelsäule begründeten durchaus intermittierende Lumbalschmerzen. Intermittierende Arthralgien und/oder Periarthropathien könnten auf die moderate Hypermobilität zurückgeführt werden. Eine Behinderung im Beruf oder im Alltag lasse sich jedoch aus rheumatologischer Sicht nicht durch objektivierbare Befunde im Bereich des Bewegungsapparates begründen (act. II 58.5 S. 6 Ziff. 6.1). Die ausserordentlich hohe Schmerzintensität, welche anamnestisch geschildert werde, könne aus somatisch-rheumatologischer Sicht nicht erklärt werden (act. II 58.5 S. 6 Ziff. 6.2.2).

Dr. med. M. _____, Praktischer Arzt und Facharzt für Neurologie, gab im neurologischen Teilgutachten an, die geklagten Beschwerden seien organisch-neurologisch nicht hinreichend erklärbar, die Arbeitsfähigkeit sei gegeben (act. II 58.6 S. 5 f. Ziff. 6.2.1, 6.2.3). Betreffs der Kopfschmerzen sei ein sekundärer Kopfschmerz ausgeschlossen worden. Wenn jetzt von einem Mischkopfschmerz gesprochen werde, so sei hierbei neben der Migräne, welche sich auf die langjährige Anamnese stütze, auch der Schmerzmittelüberkonsum und die funktionelle Komponente zu berücksichtigen. Die angegebenen Schmerzen im Bereich der Scheide und der Schamlippen könnten neurologisch-organisch nicht hinreichend geklärt werden (act. II 58.6 S. 6 Ziff. 6.3 lit. a).

Betreffend die urologische Untersuchung hielt Dr. med. N. _____, Facharzt für Urologie, fest, die Problematik mit Schmerzen im Blasenbereich sei nachvollziehbar und mit einer interstitiellen Zystitis vereinbar (act. II 58.7 S. 4 Ziff. 6.2.2). Es bestehe die Problematik der Nykturie, der Pollakisurie, der Drangsymptomatik und der Harnblasenkrämpfe. Diese seien belastend und sicherlich nicht förderlich für die psychische Situation der Explorandin. Aus urologischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in angepasster Tätigkeit; eine Toilette sollte in direkter Erreichbarkeit am Arbeits-

platz vorhanden sein. Die Einschränkung von 20 % bestehe seit Mai 2020 (act. II 58.7 S. 5 f. Ziff. 8.2).

Dr. med. O. _____, Facharzt für Gynäkologie, legte dar, es habe keine spezifisch gynäkologische Pathologie festgestellt werden können (act. II 58.8 S. 5 Ziff. 6.3 lit. a).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, aus psychiatrischer Sicht beeinflussten die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus und die Somatisierungsstörung die Arbeitsfähigkeit der Explorandin. In der angestammten Tätigkeit als ... könne aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert werden. In einer besser angepassten, adaptierten Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Aus urologischer Sicht schränke das Painful bladder Syndrom die Arbeitsfähigkeit leicht ein. Aufgrund der genannten Diagnose könne aus urologischer Sicht eine um 20 % verminderte Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Erwerbstätigkeiten attestiert werden. Weder aus neurologischer, aus rheumatologischer, aus gynäkologischer noch aus allgemeininternistischer Sicht könne eine weitere Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Insgesamt bestehe somit aktuell aus polydisziplinärer Sicht einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit als ... und eine Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit von 70 % in besser angepassten, adaptierten Verweistätigkeiten (act. II 58.1 S. 8 Ziff. 4.3 lit. a). Nach vorangehend ungenügend dokumentierter Situation mit nicht nachgewiesener länger andauernder höhergradiger Arbeitsunfähigkeit könne die aktuelle Arbeitsfähigkeit seit dem Zeitpunkt der IV-Anmeldung im November 2020 (richtig: Januar 2021 [act. II 1]) angenommen werden (act. II 58.1 S. 19 Ziff. 4.6.4).

3.1.10 Im Schreiben vom 29. November 2022 (act. II 70 S. 2 ff.) hielt Dr. med. G. _____ fest, die vom psychiatrischen Gutachter K. _____ gestellte Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ sei eindeutig falsch, hierfür seien die Diagnosekriterien nicht erfüllt. Gleichzeitig werde das Vorliegen einer Panikstörung, einer generalisierten Angststörung und einer depressiven Störung verneint, was einer Negation seiner eigenen Beurteilung entspreche. Nicht zur Diskussion sei die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung ge-

kommen. Er habe diese Diagnose bisher nicht gestellt, sie sollte aber ganz sicher diskutiert werden. Die gutachterlichen Überlegungen zur Arbeitsfähigkeit halte er für willkürlich und nicht begründet. Zwar bestehe auf theoretischer Ebene durchaus eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit, diese könne aber nicht dauerhaft verwertet werden.

3.1.11 Dr. phil. P. _____, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin, führte im Bericht vom 27. Januar 2023 (act. II 79 S. 4) aus, die Patientin sei für die Abklärung einer Borderlinestörung zugewiesen worden. Für die Abklärung sei das halbstrukturierte Interview International Personality Disorder Examination (IPDE) eingesetzt worden. Damit die Diagnose einer Borderlinestörung gestellt werden könne, müssten mindestens fünf der neun möglichen Kriterien erfüllt sein. Die Patientin erfülle keines der neun Kriterien. Dies bedeute, dass weder eine Borderlinestörung noch eine Borderlineakzentuierung vorliege.

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 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).

3.2.3 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 Beweismwürdigung 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).

3.3 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 26. März 2022 (act. II 58.1-58.9) – basierend auf einer allgemein-internistischen, psychiatrischen, rheumatologischen, neurologischen, urologischen und gynäkologischen Untersuchung – erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2.2 f. hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich der interdisziplinären Konsensbeurteilung (vgl. act. II 58.1 S. 7 ff.). Das von den Gutachtern erstellte Zumutbarkeitsprofil (act. II 58.1 S. 10 Ziff. 4.7) trägt sowohl den körperlichen als auch den psychischen Einschränkungen der Beschwerdeführerin vollumfassend Rechnung. Dem Gutachten (inkl. Teilgutachten) kommt somit voller Beweiswert zu. Daran ändert die von der Beschwerdeführerin (einzig) am psychiatrischen Teilgutachten geäußerte Kritik nichts.

3.3.1 Praxisgemäss ist im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese entscheidend. Eine Fremdanamnese und (schriftliche oder mündliche) Auskünfte der behandelnden Arztpersonen sind häufig wünschenswert, aber nicht zwingend

erforderlich. Anfragen beim behandelnden Arzt oder bei der behandelnden Ärztin sind u.a. wertvoll, wenn sie erweiterte Auskünfte über Persönlichkeit und Compliance der zu explorierenden versicherten Person erwarten lassen. Die Notwendigkeit der Einholung solcher Fremdanamnesen ist in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens. Auch aus den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ergibt sich in dieser Hinsicht nichts anderes (SVR 2019 IV Nr. 41 S. 134 E. 5.2.2.1). Insofern schmälert die fehlende Rücksprache des psychiatrischen Gutachters K._____ mit dem behandelnden Psychiater Dr. med. G._____ (vgl. Beschwerde, S. 4 Ziff. 4) den Beweiswert des Gutachtens nicht. Die Beschwerdeführerin legte denn auch nicht dar und es ist nicht ersichtlich, welche weiteren Erkenntnisse mit einer Fremdanamnese hätten gewonnen werden können bzw. welche Aspekte diesbezüglich unberücksichtigt geblieben sind. Aus der Tatsache allein, dass die gutachterliche diagnostische Einschätzung von derjenigen des behandelnden Facharztes abweicht, lässt sich keine Notwendigkeit einer Rücksprache ableiten.

3.3.2 Der Gutachter hat sich mit den von Dr. med. G._____ gestellten Diagnosen auseinandergesetzt und begründet, weshalb er dessen Einschätzung nicht teilt (act. II 58.4 S. 6 f. Ziff. 6.2). Was die Diagnose einer komplexen Trauma-Folgestörung angeht, trifft zwar zu, dass der Gutachter diese während der Untersuchung erwähnte, sodann im Gutachten jedoch nicht darauf einging (Beschwerde S. 5, Ziff. 6). Allerdings führte er gegenüber der Beschwerdeführerin im Gespräch aus, dass sich die Symptome dieser Störung häufig mit denjenigen der von ihm diagnostizierten Persönlichkeitsstörung überschneiden würden (ab Minute 81 der Tonaufnahmen [Akten der Beschwerdegegnerin {act. IIA}]). Anders als in der Beschwerde vorgebracht (S. 5 Ziff. 6) flossen auch die von der Beschwerdeführerin während der Untersuchung erwähnten Flashbacks in das Gutachten ein (act. II 58.4 S. 2 Ziff. 3.2); eine Unterbrechung der diesbezüglichen Schilderungen der Beschwerdeführerin durch den Gutachter bzw. ein schneller Themenwechsel ist nicht auszumachen (ab Minuten 40 und 53 der Tonaufnahmen [act. IIA]). Entgegen der Darstellung des behandelnden Psychiaters (act. II 70 S. 5) und den Vorbringen in der Beschwerde (S. 6 Ziff. 7 2. Absatz) ist ein dissoziatives Erleben nicht zu diagnostizieren, verneinte

die Beschwerdeführerin dies doch explizit gegenüber dem Gutachter, nachdem dieser ihr den Unterschied zwischen dissoziativem Erleben und einem Derealisation- und Depersonalisationserleben erläutert hatte (ab Minute 14 der Tonaufnahmen [act. IIA]).

3.3.3 Der behandelnde Psychiater vermochte im Schreiben vom 29. November 2022 (act. II 70 S. 2 ff.) insgesamt keine Aspekte zu benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Allein der Umstand, dass er zu anderslautenden Einschätzungen gelangte, ist aufgrund der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen Facharztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht geeignet, die Schlüssigkeit des Gutachtens in Zweifel zu ziehen (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Darüber hinaus ist bezüglich der Ausführungen von Dr. med. G. _____ der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Soweit er im Schreiben vom 31. Januar 2023 (act. II 79 S. 2 f.) zur Begründung, dass keine "Borderlinestörung" vorliege, auf die Einschätzung von Dr. phil. P. _____ vom 27. Januar 2023 (act. II 79 S. 4) verwies, vermag deren kurzer Bericht bereits deshalb kein Indiz darzustellen, welches gegen die Zuverlässigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens sprechen würde, weil sie nicht über die massgebende fachärztliche Qualifikation verfügt (vgl. dazu Entscheid des BGer vom 6. Oktober 2014, 9C_139/2014, E. 5.2). Im Weiteren kommt Testverfahren im Rahmen psychiatrischer Begutachtungen höchstens ergänzende Funktion zu; entscheidend sind klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Entscheid des BGer vom 1. Juni 2022, E. 4.1.3).

3.3.4 Ohnehin kommt es invalidenversicherungsrechtlich regelmässig nicht auf die genaue Diagnose an, sondern darauf, welche Auswirkungen eine Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit hat (statt vieler: Entscheid des BGer vom 28. Mai 2019, 9C_867/2018, E. 5.2.1). Hierzu nahm der Gutachter denn auch fundiert Stellung. Er führte aus, die Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei einerseits auf die psychosomatischen Anteile der beklagten körperlichen Beschwerden und andererseits auf die emotionale Instabilität bei Überforderungserleben bis hin zu Depersonalisations- und Derealisationserleben zurückzuführen. Daneben sei auch der Umstand miteinzubeziehen, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sei, bis auf schwere körperliche Tätigkeiten ihren Haushalt und die Kinder fast vollumfänglich alleine versorgen zu können (act. II 58.4 S. 9 Ziff. 8.1.2 und 8.2.3). Die gutachterlichen Ausführungen zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit sind schliesslich auch mit Blick auf die Vorgaben des strukturierten normativen Prüfungsrasters gemäss BGE 141 V 281 schlüssig begründet, sodass von einer vertieften gerichtlichen Prüfung der Standardindikatoren abgesehen werden kann (BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 368 f.), wobei diese Frage letztlich offen bleiben kann, da aus einer Indikatorenprüfung keine höhere als die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit resultieren kann (Urteil des BGer vom 10. August 2021, 8C_153/2021, E. 5.4.2) und so oder anders ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad resultiert (vgl. E. 4.4 hiernach).

3.4 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt genügend abgeklärt. Von zusätzlichen medizinischen Sachverhaltserhebungen sind keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. 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) verzichtet werden kann. Auszugehen ist damit von einer medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit von 70 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit ab (spätestens) Januar 2021.

4.

4.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei

Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Aufgrund der im Januar 2021 erfolgten Anmeldung zum Rentenbezug (act. II 1) ist der (hypothetische) Beginn des Rentenanspruchs auf Juli 2021 festzusetzen (Art. 29 Abs. 1 IVG).

4.2 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 (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2022 IV Nr. 22 S. 71 E. 4.2).

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

sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3).

4.4 Die Beschwerdeführerin besuchte ..., aufgrund ... absolvierte sie die ... jedoch nicht. Eine Berufslehre schloss sie ebenfalls nicht ab (act. II 1 S. 5 Ziff. 5; 58.4 S. 3). Gemäss eigener Aussage besuchte sie 2011 eine fünfmonatige Ausbildung als ... (act. II 58.4 S. 3; 74 S. 4 Ziff. 3.1), wozu in den Akten allerdings keine weiteren Angaben zu finden sind. Unter diesen Umständen rechtfertigt es sich, das Valideneinkommen gestützt auf den Tabellenlohn gemäss LSE 2020, TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen, zu bemessen. Mit Blick darauf, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren nicht mehr erwerbstätig ist (vgl. act. II 9 S. 2) und die ihr (noch) zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.4 hiavor) nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen gestützt auf denselben Tabellenlohn zu bestimmen.

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Entscheid des BGer vom 27. Juni 2022, 8C_104/2021 [zur Publikation vorgesehen], E. 6.2).

Gründe für einen Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.3 hiervor) sind keine ersichtlich und werden von der Beschwerdeführerin denn auch nicht geltend gemacht. Dementsprechend resultiert bei einer gutachterlich bestimmten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % (act. II 58.1 S. 10 Ziff. 4.7.4) ein Invaliditätsgrad in gleicher Höhe. Dies berechtigt nicht zu einer Invalidenrente (vgl. E. 2.4 hiervor).

4.5 Nach dem Dargelegten wies die Beschwerdegegnerin das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht ab. Die gegen die Verfügung vom 14. Februar 2023 (act. II 80) erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____, Rechtsanwalt C. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber

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.