

200 23 20 IV  
JAP/SVE/WSI

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 2. Mai 2023**

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiberin Schwitter

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Dezember 2022



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1970 geborene, zuletzt als selbständigerwerbende ... in eigenem Laden tätig gewesene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im April 2015 unter Hinweis auf ein Trauma nach Überfällen auf das Geschäft und Depressionen zum Leistungsbezug bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2). Nachdem die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen getätigt und dabei insbesondere eine psychiatrische Untersuchung durch Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesiologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD; Untersuchungsbericht vom 7. Dezember 2015 [AB 27]), veranlasst hatte, verneinte sie mit Verfügung vom 15. August 2016 (AB 51) einen Anspruch auf IV-Leistungen. Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 52 S. 2 ff.) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 11. Dezember 2017, IV/2016/861 (AB 55), insoweit gut, als es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache an die IVB zur weiteren medizinischen Abklärung mittels eines zumindest psychiatrischen Gutachtens und anschliessend neuer Verfügung zurückwies. In der Folge tätigte die IVB zunächst weitere medizinische Abklärungen (vgl. AB 63, 65 f.) und gewährte der Versicherten Integrationsmassnahmen (Belastbarkeitstraining vom 11. Juni bis 9. September 2018 [AB 78], Aufbaustraining vom 10. September bis 9. Dezember 2018 [AB 82]). Nach Aufforderung zur Mitwirkung (AB 97) schloss sie mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 7. Oktober 2019 (AB 105) die beruflichen Eingliederungsmassnahmen ab bzw. trat auf das entsprechende Leistungsgesuch nicht ein, da die Versicherte gemäss eigenen Angaben nicht in der Lage sei, mit einer Pensumssteigerung auf 100 % an solchen teilzunehmen. Ferner veranlasste die IVB eine polydisziplinäre Abklärung durch die MEDAS D.\_\_\_\_\_ (MEDAS; Gutachten vom 7. Juni 2021 [AB 143.1 ff.]). Gestützt auf diese Expertise forderte sie die Versicherte mit Schreiben vom 17. Juni 2021 (AB 145) erneut zur Schadenminderung auf, indem sie die gutachterlichen Therapieempfehlungen umzusetzen habe. Mit Vorbescheid vom 27. Oktober 2022 (AB 172) stellte die IVB der Versicherten in Aussicht, einen Rentenanspruch zu ver-

neinen. Zur Begründung führte sie aus, bei fehlender subjektiver Eingliederungsbereitschaft hätte aus rein medizinischer Sicht eine rentenausschliessende Arbeitsfähigkeit von 100 % erreicht werden können. Am 7. Dezember 2022 (AB 173) verfügte sie dem Vorbescheid entsprechend.

## **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt und Notar B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 9. Januar 2023 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 7. Dezember 2022 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei rückwirkend seit dem frühestmöglichen Rentenbeginn eine Rente in gesetzlicher Höhe nebst Zins zu 5 % zuzusprechen.
2. Eventualiter sei die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 7. Dezember 2022 aufzuheben. Es sei ein gerichtliches Gutachten einzuholen und sodann gestützt darauf eine Neuurteilung des Leistungsanspruchs vorzunehmen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 10. Februar 2023 auf Abweisung der Beschwerde.

Zu der von der MEDAS eingereichten Stellungnahme vom 21. März 2023 (in den Gerichtsakten; vgl. prozessleitende Verfügung vom 15. März 2023) äusserten sich die Parteien mit Schlussbemerkungen vom 6. bzw. 19. April 2023.

## **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 7. Dezember 2022 (AB 173). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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

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

## **2.**

**2.1** Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen 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 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). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 7. Dezember 2022 (AB 173), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs mit Blick auf die Anmeldung vom April 2015 (AB 2) vor dem 1. Ja-

nuar 2022 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG), weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung massgebend sind (Rz. 9100 f. des Kreis-schreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen [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).

**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 medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist,

ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**2.3.1** 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).

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

**2.3.3** 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 Stan-

dardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**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 in medizinischer Hinsicht – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Der Hausarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Verlaufsbericht vom 24. Dezember 2020 (AB 115 S. 2 ff.) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen eine rheumatoide Arthritis, eine chronische Zervikobrachialgie (aktuell für das Schmerzgeschehen kaum von Bedeutung), eine chronische Schmerzerkrankung mit überwiegend psychischen Faktoren (myofasziale Schmerz- ausweitung) begünstigt durch artikuläre Hypermotilität/Bandlaxität, eine Depression, ein Sulcus-Ulnaris-Syndrom beidseits, ein chronisches lumbales Syndrom, eine Hashimoto-Thyreoiditis sowie eine chronische Hepatitis B (S. 2 Ziff. 3). Ferner führte er aus, unter der aktuellen Medikation bestünden keine Anhaltspunkte für eine Arthritisaktivität (vgl. S. 2 Ziff. 4 und S. 3 Ziff. 9). Er attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 11).

**3.1.2** Im MEDAS-Gutachten vom 7. Juni 2021 (AB 143.1 ff.) führten Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheu-

matologie, sowie med. pract. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in der Konsensbeurteilung im Wesentlichen folgende Diagnosen auf (AB 143.1 S. 8 Ziff. 4.2):

**Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:**

- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1).

**Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:**

- Seronegative rheumatoide Arthritis (EM 01/19, ED 02/19; ICD-10 M13.0);
- intermittierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5);
- aktenanamnestisch intermittierendes cervicales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0);
- chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom Typ Fibromyalgie (ICD-10 R52.9/M79.0);
- anamnestisch intermittierendes allergisch bedingtes Asthma bronchiale (ICD-10 J45.0);
- anamnestisch Rhinokonjunktivitis pollinosa für multiple Pflanzen (ICD-10 H10);
- substituierte Hypothyreose bei Status nach Hashimoto Thyreoiditis (ICD-10 E06);
- aktenanamnestisch chronische Hepatitis B (ICD-10 B18).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sechs bis acht Stunden pro Tag anwesend sein. Es bestehe jedoch eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit mit erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement. Insgesamt werde die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum daher auf 60 % eingeschätzt. In Bezug auf den zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit könne nach aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab März 2014 ab dem Zeitpunkt der IV-Anmeldung im April 2015 über die Zeit gemittelt eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und spätestens ab Dezember 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 60 % angenommen werden (S. 10 Ziff. 4.6). Hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit hielten die Gutachter fest, im Wesentlichen seien für die ungelernete Beschwerdeführerin Tätigkeiten, welche nicht komplex und körperlich wenig anstrengend seien, möglich. Einzig grob manuell belastende, zum Beispiel industrielle Fertigungstätigkeiten, seien ungünstig. Im Weiteren sei theoretisch eine gute Arbeitsplatzergonomie anzustreben. Sonstige qualitative Einschränkungen beständen keine. In einer solchen Tätigkeit sei eine maximale Präsenz von sechs bis acht Stunden pro Tag möglich, wobei eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit mit erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement bestehe. Insgesamt werde die Arbeits- und Leistungsfähigkeit daher auf 60 %

eingeschätzt. Der zeitliche Verlauf der Arbeitsfähigkeit entspreche demjenigen in der angestammten Tätigkeit (S. 10 f. Ziff. 4.7). Wegweisend zur Beurteilung der Gesamtarbeitsfähigkeit seien die psychiatrischen Diagnosen mit einer globalen Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 40 % unter Voraussetzung der dargelegten qualitativen Arbeitsplatzbedingungen (S. 11 Ziff. 4.8).

Im internistischen Teilgutachten (AB 143.3) attestierte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ eine vollständige Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (S. 6 Ziff. 8.1 f.).

Med. pract. G.\_\_\_\_\_ legte im psychiatrischen Teilgutachten (AB 143.4) in Bezug auf die Herleitung der Diagnosen dar, es zeige sich das Bild einer depressiv herabgesetzten Stimmungslage mit einem verminderten Antrieb und einer von negativistischen Gedanken geprägten Grundhaltung. Diagnostisch sei von einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) auszugehen. Bezüglich der erlittenen Traumata fänden sich in der Untersuchung keine Symptome mehr, aus welchen heraus kriteriengeleitet eine Traumafolgestörung zu diagnostizieren wäre. Insbesondere liege die akten-anamnestisch beschriebene posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) mittlerweile nicht mehr vor. Es hätten sich zudem keine Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsstörung, für ein psychotisches Geschehen oder eine Suchterkrankung gefunden (S. 5 Ziff. 6.3). Hinsichtlich des bisherigen Verlaufs zeigte der psychiatrische Experte auf, dass die Beschwerdeführerin nach den Raubüberfällen auf das eigene ... eine PTBS entwickelt habe, welche früh einer stationären traumaspezifischen Behandlung zugeführt worden sei. Unter dieser habe erreicht werden können, dass sich die damals ausgeprägten Symptome, insbesondere ein Vermeidungsverhalten, gebessert hätten (S. 6 Ziff. 7.1 f.). Im Gefolge der PTBS habe sich eine bis heute bestehende mittelgradige depressive Symptomatik entwickelt (S. 7 Ziff. 7.4). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit führte der Psychiater aus, da die Beschwerdeführerin keinen Beruf erlernt habe, sei die Arbeitsfähigkeit bezüglich einfachen und körperlich weniger anstrengenden Anlerntätigkeiten (wenig Komplexität, körperlich nicht schwere Aufgaben [S. 8 Ziff. 8.2]) zu beurteilen. Die Beschwerdeführerin

sei in der Lage, an einem entsprechenden Arbeitsplatz acht Stunden am Tag an fünf Tagen in der Woche anwesend zu sein. Während dieser Anwesenheitszeit bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 40 % aufgrund der in der mittelgradigen Depression inkludierten Symptome wie Antriebsminderung, depressiv herabgesetzte Stimmungslage sowie einer insgesamt negativ geprägten Grundhaltung, was zu einer insgesamt verminderten psychischen Gesamtbelastbarkeit führe. Insgesamt bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (S. 7 f. Ziff. 8.1 f.). Es habe über längere Zeit eine antidepressive Medikation bestanden, welche jedoch vor längerer Zeit auf Wunsch der Beschwerdeführerin beendet worden sei. Aktuell finde eine ambulante Gesprächspsychotherapie mit einer Frequenz von monatlichen Sitzungen statt. Die derzeitige Behandlung sei als nicht ausreichend einzuschätzen (S. 6 Ziff. 7.2). Es sollte insofern eine Intensivierung der ambulanten therapeutischen Massnahmen erfolgen, als eine Sitzungsfrequenz von wöchentlichen Konsultationen stattfinde mit einer suffizienten antidepressiven medikamentösen Behandlung. Prognostisch sei davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand in Richtung des Wiedererlangens einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ein halbes Jahr nach Einleitung der empfohlenen Therapiemassnahmen verbessert haben sollte. Sollte nicht innerhalb von drei Monaten nach Einleitung der empfohlenen Therapiemassnahmen eine spürbare Verbesserung der depressiven Symptomatik zu verzeichnen sein, wäre als nächster Behandlungsschritt die Einleitung einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sinnvoll (S. 8 Ziff. 8.3; vgl. auch S. 9 Ziff. 8.5).

Im rheumatologischen Teilgutachten (AB 143.5) führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ aus, es bestehe unzweifelhaft eine entzündlich-rheumatische Systemerkrankung Typ seronegative rheumatoide Arthritis mit Erstdiagnose im Februar 2019. Es sei eine adäquate immunsupprimierende Behandlung begonnen worden. Der klinisch-rheumatologische Status zeige keinerlei Hinweise für eine aktive rheumatoide Arthritis. Die Feststellung des behandelnden Rheumatologen, Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, im Bericht vom 27. April 2021, wonach sich dieses Krankheitsbild in Remission

befinde, könne klar bestätigt werden. Die intermittierenden Lumbalgien könnten im Rahmen einer gewissen degenerativen Diskopathie vor allem im Segment L4/5 durchaus erklärt werden, negativ begünstigt durch eine muskuläre Dekonditionierung. Die beklagten ausgedehnten multilokulären Schmerzen könnten primär im Sinne eines chronischen multilokulären Schmerzsyndroms interpretiert werden, differenzialdiagnostisch Typ Fibromyalgie, wie dies in den Akten von verschiedenen Ärzten bereits mehrfach postuliert worden sei. Relevante sonstige periphere pathoanatomische Befunde könnten insgesamt nicht festgestellt werden (S. 6 Ziff. 7.1). In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Rheumatologisch theoretisch könne einzig in den ersten Monaten des Jahres 2019 von einer aufgehobenen Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgrund der damals manifesten rheumatoiden Arthritis ausgegangen werden. Im folgenden Verlauf hätten nur passagere entzündliche Aktivitäten am peripheren Skelett bestanden. Seit mindestens sechs Monaten bestehe jedoch keine weitere klinische Aktivität mehr, so dass die obigen Angaben mit Sicherheit seit Herbst 2020 gälten (S. 7 f. Ziff. 8.1). In Bezug auf eine angepasste Tätigkeit führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführerin seien sämtliche körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeiten in der freien Wirtschaft möglich. Einzig grob manuell belastende wie zum Beispiel industrielle Fertigungstätigkeiten seien ungünstig. Es bestünden keine Einschränkungen in Bezug auf die Gehfähigkeit, bei einer sitzenden Tätigkeit sei eine gute Arbeitsplatzergonomie anzustreben. Stundenlang anhaltende sitzende oder stehende Tätigkeiten seien ungünstig, ebenso stereotype monotone Rotationsbewegungen vor allem des Achsenskelettes. In einer solch angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 8 Ziff. 8.2).

**3.1.3** Der behandelnde Psychologe Dr. phil. I. \_\_\_\_\_, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, hielt im Verlaufsbericht vom 1. März 2022 (AB 158) fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verbessert (S. 2 Ziff. 2). Hinsichtlich Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte der Psychologe einen Status nach PTBS (ICD-10 F43.1), bestehend seit Frühjahr 2014 nach einem zweiten Raubüberfall auf das Geschäft, vollständig remittiert, sowie eine rezidivierende depressive

Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.10), auf (Ziff. 3). Die Beschwerdeführerin sei zu 100 % arbeitsunfähig (S. 4 Ziff. 11).

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

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung auf das MEDAS-Gutachten vom 7. Juni 2021 (AB 143.1 ff.). Dieses erfüllt – jedenfalls was die erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen betrifft (vgl. E. 3.3.2 hiernach) – die von der höchstrichterlichen

Rechtsprechung gestellten Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb grundsätzlich darauf abzustellen ist. Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet.

In formeller Hinsicht steht die irrtümliche elektronische Unterzeichnung der Konsensbeurteilung durch Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, anstelle von med. pract. G.\_\_\_\_\_ der Beweiskraft nicht entgegen. Es ist ausgewiesen, dass der ursprünglich in Aussicht genommene (AB 131, 133) und später durch med. pract. G.\_\_\_\_\_ ersetzte (AB 135 f.) Dr. med. J.\_\_\_\_\_ nicht an der Begutachtung beteiligt war und sowohl das klinische Explorationsgespräch als auch die gutachterliche Beurteilung durch den richtigen psychiatrischen Sachverständigen erfolgte (vgl. prozessleitende Verfügung vom 15. März 2023; Stellungnahme der MEDAS vom 21. März 2023 [in den Gerichtsakten]).

**3.3.1** In somatischer Hinsicht bestehen gestützt auf das internistische Teilgutachten (AB 143.3) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 4 Ziff. 6.1, S. 5 Ziff. 7.1), was durch die Beschwerdeführerin zu Recht nicht bestritten wird (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. IV Ziff. 2.1). Zwar erachtete der Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in Abweichung zu dieser Einschätzung die rheumatoide Arthritis, die Hashimoto-Thyreoiditis und die chronische Hepatitis B als die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussend (AB 115 S. 2 Ziff. 3). Allerdings begründete er die postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. S. 3 Ziff. 11) in somatischer Hinsicht insbesondere mit den chronischen Schmerzen im Nackenbereich mit Ausstrahlung zum Schultergürtel und den lumbalen Schmerzen (Ziff. 12 f.).

Dr. med. F.\_\_\_\_\_ legte aus rheumatologischer Sicht unter Berücksichtigung der bildgebenden Vorbefunde, der klinischen Untersuchung (vgl. AB 143.5 S. 3 ff. Ziff. 4.3) und in Würdigung der

Berichte der behandelnden Ärzte nachvollziehbar dar, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der damals manifesten rheumatoiden Arthritis in den ersten Monaten des Jahres 2019 (Erstdiagnose im Februar 2019, erstmalige Inaktivität im April 2019 [vgl. S. 5 f. Ziff. 6.2]) vollständig arbeitsunfähig war, seither unter immunsupprimierender Behandlung jedoch nur passagere entzündliche Aktivitäten am peripheren Skelett bestanden und schliesslich im Zeitpunkt der Begutachtung mindestens seit sechs Monaten keine weitere klinische Aktivität mehr vorlag (S. 6 Ziff. 7.1 und S. 8 Ziff. 8.1.4). Diese Beurteilung steht in Einklang mit der Einschätzung des behandelnden Rheumatologen Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 115 S. 5); gemäss des rheumatologischen Gutachters auch mit dessen letzter Einschätzung im Bericht vom 27. April 2021 (in den Gerichtsakten; vgl. dazu auch die prozessleitende Verfügung vom 15. März 2023), welchen die Beschwerdeführerin zur Exploration mitbrachte. Ferner zeigte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ schlüssig auf, dass trotz der intermittierenden Lumbalgien bzw. des multilokulären Schmerzsyndroms in einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit (ohne grobe manuelle Belastung, ohne stundenlang anhaltende sitzende oder stehende Tätigkeit sowie ohne stereotype monotone Rotationsbewegungen vor allem des Achsenskeletts) aus rheumatologischer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit besteht. Daran vermag auch die Einschätzung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, gemäss welchem die Beschwerdeführerin wenig Kraft in den Händen haben soll (AB 115 S. 2 Ziff. 5; Beschwerde S. 5 Ziff. IV Ziff. 2.1), nichts zu ändern. Dieser Umstand ist mit dem Zumutbarkeitsprofil vereinbar und auch die Beschwerdeführerin selbst sah sich anlässlich der Begutachtung in der Lage, einer leichten Tätigkeit nachgehen zu können (AB 143.4 S. 3 Ziff. 3.2). Soweit die Beschwerdeführerin rügt, die Gutachter hätten „in keinster Weise schlüssig und nachvollziehbar begründet“, weshalb die „somatischen Beschwerden angeblich keinerlei Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit haben sollen“ (Beschwerde S. 6 Ziff. IV Ziff. 2.2), verkennt sie, dass in der angestammten Tätigkeit – wie hiervor dargelegt – zunächst eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (AB 143.5 S. 8 Ziff. 8.1.4) und dass im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils (S. 8 Ziff. 8.2.1) sämtlichen infolge der somatischen Diagnosen bestehenden funktionellen Einschränkungen umfassend Rechnung

getragen wurde. Im Übrigen bringt die Beschwerdeführerin keine konkreten Aspekte vor und liegen den Akten denn auch keine medizinischen Einschätzungen zugrunde, die Zweifel an dieser gutachterlichen Beurteilung zu wecken vermögen. Damit ist auf die überzeugende Schlussfolgerung von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ abzustellen, wonach aus rheumatologischer Sicht keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vorliegen (AB 143.5 S. 5 Ziff. 6.1, S. 8 Ziff. 8.2).

**3.3.2** Im psychiatrischen Teilgutachten (AB 143.4) setzte sich med. pract. G. \_\_\_\_\_ im Rahmen der diagnostischen Herleitung mit den psychiatrischen Vordiagnosen, dem bisherigen Behandlungsverlauf und den Befunden der gutachterlichen Exploration auseinander. Mit Blick auf die Befunderhebung (namentlich: in depressiver Weise herabgesetzte Stimmungslage bei vermindertem Antrieb und mässiger Modulationsfähigkeit; S. 5 Ziff. 4.3) überzeugt, dass der Experte die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1; S. 5 Ziff. 6.1) stellte. Ebenso zeigte med. pract. G. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar auf, dass es an den für eine Traumafolgestörung spezifischen Symptomen wie Flashbacks oder im Zusammenhang mit den Traumata stehenden Albträumen oder Ängsten mit entsprechendem Vermeidungsverhalten fehlt (vgl. hierzu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 207 f.) und insbesondere deshalb die aktenanamnestisch beschriebene PTBS mittlerweile nicht mehr vorliegt (AB 143.4 S. 5 Ziff. 4.3 und 6.3). Diese Einschätzung des psychiatrischen Sachverständigen steht denn auch in Einklang mit der Beurteilung des behandelnden Psychologen Dr. phil. I. \_\_\_\_\_, welcher ebenfalls von einer Depression mittelgradiger Episode ausgeht und die PTBS als vollständig remittiert erachtet (AB 158 S. 2 Ziff. 3). Die psychiatrische Einschätzung ist – jedenfalls was die erhobenen Befunde und die Diagnosestellung angeht – zudem unbestritten. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 6 Ziff. IV Ziff. 3.2) genügen die gutachterlichen Angaben denn auch, um im Rahmen der Beweiswürdigung zu prüfen, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch im Lichte der

normativen Vorgaben widerspruchsfrei und schlüssig nachgewiesen sind (vgl. E. 4 hiernach).

**3.3.3** Nach dem Dargelegten klärte die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt mit dem beweiskräftigen MEDAS-Gutachten vom 7. Juni 2021 (AB 143.1 ff.) rechtsgenügend ab. Demnach kann in antizipierter Beweiswürdigung auf ergänzende medizinische Abklärungen sowie das offerierte Parteiverhör verzichtet werden (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I Rechtsbegehren Ziff. 2 und S. 13 Ziff. IV Ziff. 7; 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).

Gestützt auf die gutachterliche Konsensbeurteilung ist in Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand erstellt, dass die Beschwerdeführerin in den ersten Monaten des Jahres 2019 aufgrund der rheumatoiden Arthritis (Erstdiagnose im Februar 2019, klinische Inaktivität im April 2019) vollständig arbeitsunfähig war, wobei – unter der Prämisse der erfüllten Wartezeit i.S.v. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG – eine drei Monate andauernde Verschlechterung i.S.v. Art. 88a Abs. 2 IVV weder gestützt auf das Gutachten noch auf die Berichte des behandelnden Rheumatologen Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 115 S. 5 ff.) ausgewiesen ist. Ebenfalls lassen sich den Akten keine Hinweise auf eine Veränderung des Gesundheitszustandes nach der Begutachtung bis zum Verfügungszeitpunkt entnehmen (vgl. hierzu auch AB 167).

#### **4.**

**4.1** Zu prüfen bleibt damit, ob anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 der psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab April 2015 bzw. von 60 % ab Dezember 2020 in einer angepassten Tätigkeit (vgl. AB 143.1 S. 10 Ziff. 4.6.4 und 4.7.5) auch aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416; vgl. E. 2.3.1 ff. hiervor).

**4.2** Was die Prüfung der ersten Ebene betrifft (vgl. E. 2.3.1 f. hiervor), sind die klassifikatorischen Vorgaben hinsichtlich der diagnostizierten affektiven Störung eingehalten (vgl. AB 143.4 S. 5 Ziff. 6.3 sowie E. 3.3.2 hiervor). Hinweise auf aggravierende oder simulierende Darstellungstendenzen konnte der Experte keine feststellen (S. 6 Ziff. 7.3.1). Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus, womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 2.3.3 hiervor).

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

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

Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 ff.). Im Rahmen der Untersuchung konstatierte med. pract. G. \_\_\_\_\_ – nebst unauffälligen Befunden – insbesondere eine in depressiver Weise herabgesetzte Stimmungslage bei einem verminderten Antrieb und einer allenfalls mässigen Modulationsfähigkeit (AB 143.4 S. 5 Ziff. 4.3). Es ergeben sich daher keine Anhaltspunkte, die eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde nahelegten, als der gestellten Diagnose bereits inhärent ist (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. Mai 2019, 9C\_755/2018, E. 4.2.1, mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 5.2.2 S. 425).

Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenzen als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Betreffend die bisherige Behandlung führte der Sachverständige aus, die nach den Raubüberfällen entwickelte PTBS sei früh einer stationären traumaspezifischen Behandlung zugeführt worden, unter welcher eine Besserung der damals ausgeprägten Symptome habe erreicht werden können. Zudem habe über längere Zeit eine antidepressive Medikation bestanden, welche auf Wunsch der

Beschwerdeführerin beendet worden sei. Aktuell fänden ambulante Gesprächspsychotherapietermine mit einer Frequenz von monatlichen Sitzungen statt, welche als nicht ausreichend einzuschätzen sei. Leitliniengemäss sollte die mittelgradige depressive Episode mit einer wöchentlichen Sitzungsfrequenz gesprächspsychotherapeutisch in Kombination mit einer suffizienten thymoleptischen Medikation behandelt werden (AB 143.4 S. 6 Ziff. 7.2). Zudem legte med. pract. G. \_\_\_\_\_ dar, sofern sich mit dieser Intensivierung der Therapie keine spürbare Verbesserung der Therapie abzeichne, wäre zu diesem Zeitpunkt die Einleitung einer stationären fachpsychiatrischen Behandlung notwendig (S. 9 Ziff. 8.5; vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. IV Ziff. 3.3 lit. b). Mithin sind die Therapiemöglichkeiten offensichtlich nicht ausgeschöpft und es liegt keine Behandlungsresistenz vor. Ferner verliefen das Aufbau- und das Belastbarkeitstraining erfolgsversprechend (AB 85, 90) und weitere Eingliederungsmassnahmen wurden allein aufgrund der subjektiven Eingliederungsunfähigkeit nicht zugesprochen (AB 98, 105, 162 S. 2), so dass keine Eingliederungsresistenz vorliegt (vgl. E. 5.3 hiernach).

Was den Indikator Komorbiditäten (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) anbelangt, führte der Gutachter aus, die PTBS habe erfolgreich behandelt werden können. In deren Folge habe sich eine bis heute bestehende mittelgradige depressive Symptomatik entwickelt (AB 143.4 S. 7 Ziff. 7.4). Eine Wechselwirkung zwischen den somatischen Beschwerden und den psychischen Symptomen postulierten die Sachverständigen nicht.

**4.3.2** Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) stellte der Gutachter keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung fest (AB 143.4 S. 5 Ziff. 6.3).

**4.3.3** In Bezug auf den Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zwar sozial zurückgezogen lebt, jedoch kein ausgeprägter sozialer Rückzug vorliegt. So hielt der Experte fest, sie bewohne zusammen mit ... eine Dreizimmerwohnung. Sie stehe zwischen acht und neun Uhr auf, nehme ihre Medikamente, esse etwas und gehe bei schönem Wetter spazieren. Ansonsten bleibe sie meistens zu Hause und ... . Sie bereite, wenn es gehe, die Mahlzeiten über den Tag zu. Den Haushalt erledige sie zusammen mit

Hilfe ..., kleinere Einkäufe erledige sie selber. Arzttermine nehme sie selbständig wahr. Abends ... sie noch ..., esse etwas und unterhalte sich mit ..., bis sie zwischen elf und ein Uhr ins Bett gehe. Vor Corona sei sie regelmässig in einen ... gegangen, was jedoch seither nicht mehr gehe. Auch pflege sie wegen Corona derzeit keine sozialen Kontakte (AB 143.4 S. 3 f. Ziff. 3.2). Gegenüber Dr. med. F. \_\_\_\_\_ gab die Beschwerdeführerin zudem an, ab und zu eine Freundin zu treffen, um ausserhäusliche Aktivitäten durchzuführen (AB 143.5 S. 2 Ziff. 3.2.1). Mithin verfügt sie über verschiedene, wenn auch geringe, persönliche, familiäre und soziale Ressourcen.

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

**4.4.1** Betreffend den Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) verfügt die Beschwerdeführerin – wie unter E. 4.3.3 hiervoor dargelegt – über gewisse Ressourcen. Diese stehen jedoch nicht im Widerspruch zur gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % (ab April 2015) bzw. 40 % (ab Dezember 2020), ist doch gemäss höchstgerichtlicher Rechtsprechung auch bei einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ein bestimmtes Mass an (Freizeit-) Aktivität zulässig (Entscheid des BGer vom 11. Mai 2020, 9C\_765/2019, E. 4.4.3).

**4.4.2** Was den Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) anbelangt, zeigte der Gutachter zwar auf, dass die Beschwerdeführerin bereits 2014 stationär behandelt worden sei (AB 143.4 S. 2 ff. Ziff. 3.2), worunter sich die Symptome der PTBS gebessert hätten. Ferner habe über eine längere Zeit eine antidepressive Medikation bestanden, welche jedoch vor längerer Zeit auf Wunsch der Beschwerdeführerin abgesetzt worden sei. Aktuell finde eine ambulante Gesprächspsychotherapie mit einer Frequenz von monatlichen Sitzungen statt, welche als nicht ausreichend einzuschätzen sei (S. 6 Ziff. 7.2). Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, es sei trotz Intensivierung der ambulanten Therapiemassnahmen und Installation einer medikamentösen Therapie zu keiner Besserung gekommen (Beschwerde S. 7 Ziff. IV Ziff. 3.3 lit. b), ist darauf hinzuweisen, dass gemäss gutachterlicher Empfehlung für diesen Fall eine stationäre Behandlung in-

diziert ist (vgl. AB 143.4 S. 9 Ziff. 8.5). Mithin ist zwar von einem Leidensdruck auszugehen, gleichzeitig bestehen jedoch insoweit Zweifel an dessen Erheblichkeit, als die Beschwerdeführerin im Begutachtungszeitpunkt keine Medikamente ein- und nur monatliche Gesprächspsychotherapietermine wahrnahm und sich trotz gutachterlicher Empfehlung mangels angeblicher Besserung keiner stationären Behandlung unterzog.

**4.5** In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Es fehlt an einem stimmigen Gesamtbild für die Annahme einer rechtlich relevanten psychischen Funktionseinbusse (vgl. hierzu BGE 145 V 361 E. 4.4 S. 369), weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens – jedenfalls ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns – auch in dieser Hinsicht zu verneinen ist. Vor diesem Hintergrund kann der im MEDAS-Gutachten psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit (AB 143.1 S. 10 f. Ziff. 4.6 ff, 143.4 S. 7 f. Ziff. 8) unter rechtlichen Aspekten nicht gefolgt werden. Diese Schlussfolgerung korreliert denn auch mit den höchstrichterlichen Grundsätzen zu derartigen Gesundheitsschädigungen leicht- bis mittelgradiger Ausprägung (vgl. BGE 148 V 49).

## **5.**

**5.1** Der somatische Gesundheitsschaden begründet gestützt auf das von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ formulierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. AB 143.5 S. 8 Ziff. 8.2) offensichtlich ebenfalls keine Invalidität. Zusammen mit der Beschwerdegegnerin ist folglich ein invalidisierender Gesundheitsschaden zu verneinen. Abschliessend ist dennoch das Folgende festzuhalten:

**5.2** Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Gründen vermag keinen Rentenanspruch zu begründen. Die Invalidenversicherung hat nicht dafür einzustehen, dass Versicherte infolge ihres Alters, wegen mangelnder Ausbildung oder Verständigungsschwierigkeiten keine entsprechende Arbeit finden; die hieraus sich ergebende „Arbeitsunfähigkeit“ ist nicht invaliditätsbedingt (BGE 107 V 17 E. 2c S. 21; AHI 1999 S. 238 E. 1). Soweit die

Beschwerdeführerin folglich geltend macht, sie fände wegen mangelnder Ausbildung oder Verständigungsschwierigkeiten keine entsprechende Arbeit mehr (Beschwerde S. 11 Ziff. IV Ziff. 5.2), vermag dies nach dem hier vor Dargelegten keinen Rentenanspruch zu begründen. Ferner stünde auch das Alter der Beschwerdeführerin angesichts ihres Jahrganges (1970) einer Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt offensichtlich nicht entgegen.

**5.3** Überdies ist mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens die Frage nach der subjektiven Eingliederungsbereitschaft obsolet (vgl. Beschwerde S. 9 Ziff. IV Ziff. 5.2 f.). Dennoch ist festzuhalten, dass entsprechend dem Grundsatz „Eingliederung statt Rente“ solange keine Rente zugesprochen werden darf, als eine Eingliederung einen rentenanspruchserheblichen Erfolg verspricht, denn gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG haben nur 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. Im Übrigen enthält das IVG seit der Änderung vom 19. Juli 2020, welche hier intertemporalrechtlich allerdings nicht anwendbar ist (vgl. E. 2.1 hiervor), nunmehr auch ausdrücklich fest, dass eine Rente nicht zugesprochen wird, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1<sup>bis</sup> und 1<sup>ter</sup> nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Der Beschwerdeführerin wurden Integrationsmassnahmen in Form eines Belastbarkeits- und Aufbautrainings zugesprochen (vgl. AB 78, 82, 85, 90; vgl. hierzu auch IV-Protokoll S. 8 ff. [in den Gerichtsakten]). Nach Aufforderung zur Mitwirkung (AB 97) schloss die Beschwerdegegnerin die beruflichen Eingliederungsmassnahmen mit unangefochten in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 7. Oktober 2019 (AB 105) ab bzw. trat auf das Gesuch nicht ein, weil die Beschwerdeführerin sich nicht in der Lage sah, an Eingliederungsmassnahmen mit einer Steigerung des Pensums auf 100 % teilzunehmen (vgl. AB 98) und damit in unentschuldbarer Weise nicht mitwirkte. Im Nachgang zur Begutachtung forderte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin sodann dahingehend zur Schadenminderung auf, als sie die gutachterlichen Therapieempfehlungen (vgl. AB 143.4 S. 8 Ziff. 8.3.2) umzusetzen habe (AB 145), woraufhin die Frequenz der Psychotherapie erhöht und eine Behandlung mit einem Antidepressivum

etabliert wurde (vgl. AB 146, 148 f., 158). In der Folge nahm die Beschwerdegegnerin denn auch erneut eine Abklärung betreffend berufliche Eingliederungsmöglichkeiten auf (vgl. AB 159). Im Rahmen des entsprechenden Assessments vom 14. Juni 2022 stellte die Beschwerdeführerin jedoch unmissverständlich klar, dass sie nicht mehr arbeiten wolle (vgl. AB 162; IV-Protokoll S. 14, Eintrag vom 19. August 2022 [in den Gerichtsakten]). Vor diesem Hintergrund bestehen durchaus gewichtige Anhaltspunkte, dass – wie die Beschwerdegegnerin annimmt – durchgehend die subjektive Eingliederungsbereitschaft fehlte. Dies stünde einem Rentenanspruch selbst unter der Prämisse, wonach der attestierten 50%igen bzw. 40%igen Arbeitsunfähigkeit auch aus rechtlicher Sicht zu folgen wäre, entgegen.

## **6.**

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 7. Dezember 2022 (AB 173) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **7.**

**7.1** 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.

**7.2** Entsprechend dem Verfahrensausgang 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 und Notar 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.