

200 23 230 IV  
JAP/BRO/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 4. August 2023**

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichterin Wiedmer  
Gerichtsschreiberin Brunner

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. März 2023



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1965 geborenen A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurden aufgrund eines Geburtsgebrechens (Epilepsie) von der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) medizinische Massnahmen zugesprochen (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II, act. IIA] act. II 1.1 S. 19, S. 27, S. 37 und S. 45).

Im Februar 2009 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf ein Morton Neurom erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 8). Nach diversen Abklärungen und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 32 f., 36) verneinte die IVB mit Verfügung vom 1. Februar 2010 (act. II 44) einen Anspruch auf Leistungen der IV. Im April 2020 meldete sich die Versicherte ein weiteres Mal zum Leistungsbezug an und machte eine Erschöpfung geltend (act. II 56). Nachdem die Versicherte ihre Arbeit wieder aufgenommen hatte, wies die IVB das erneute Leistungsbegehren mit Verfügung vom 6. Januar 2021 (act. II 77) ab.

Im September 2021 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine massive Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Sensibilitätsstörung sowie diverse Symptome einer Schmerzerkrankung) abermals bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 78 S. 1). Die IVB tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen, insbesondere veranlasste sie eine polydisziplinäre (neurologische, internistische, rheumatologische, psychiatrische, neuropsychologische) Begutachtung durch die MEDAS C. \_\_\_\_\_ (MEDAS-Gutachten vom 7. Dezember 2022 [act. IIA 157.1 ff.]). Gestützt darauf stellte sie mit Vorbescheid vom 13. Dezember 2022 (act. IIA 159) die Abweisung des Rentengesuchs bei einem Invaliditätsgrad von 17 % in Aussicht, wogegen die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Einwand erhob (act. IIA 166, 168). Nach Einholen einer Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. IIA 170 S. 3 ff.) verfügte die IVB am 13. März 2023 dem Vorbescheid entsprechend (act. IIA 171).

## **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 31. März 2023 Beschwerde. Er beantragt, die angefochtene Verfügung vom 13. März 2023 sei aufzuheben und es sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines psychiatrischen „Verlaufsgutachtens“ und neuer Verfügung zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Mai 2023 beantragt die Beschwerdegegnerin die 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 13. März 2023 (act. IIA 171). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

**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 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201] und 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 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Vorliegend erfolgte die Neuanmeldung im September 2021 (act. II 78). Demnach liegt gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenbeginns nach dem 1. Januar 2022, womit das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht zur Anwendung gelangt (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. Mai 2023, 8C\_674/2022, E. 2.1 mit Hinweis).

**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 Tätigkeitsbe-

reich, 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** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

## **2.4**

**2.4.1** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

**2.4.2** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit

den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

**2.4.3** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

**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** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom September 2021 (act. II 78) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Praxismässig ist die Eintretensfrage durch das Gericht daher nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Ob im Vergleich zum Referenzzeitpunkt im Januar 2021 (act. II 77) in revisionsrechtlicher Hinsicht eine relevante Gesundheitsveränderung eingetreten ist (vgl. dazu etwa act. IIA 157.1 S. 9 f. Ziff. 4.9/2, 157.5 S. 12 Ziff. 8.4/1; vgl. hierzu E. 2.4.2 f. hiavor), kann offen gelassen werden, da ein Rentenanspruch – wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird – auch bei in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassender (freier) Prüfung (vgl. hierzu E. 2.4.2 in fine hiavor) zu verneinen ist.

**3.2** Zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bzw. ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

**3.2.1** Die Beschwerdeführerin war vom 29. März bis 19. April 2021 in stationärer psychosomatischer Rehabilitation im Spital D.\_\_\_\_\_. Im Austrittsbericht vom 25. Mai 2021 (act. II 78 S. 8 ff.) diagnostizierten die Ärzte des Spitals D.\_\_\_\_\_ insbesondere eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, eine Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), sowie eine Epilepsie unklarer Ätiologie (ES 1965 ED 1966 [S. 8]). Beim Klinikeintritt habe die Patientin über diffuse bis ins Gesicht ziehende Kopfschmerzen berichtet. Diese Symptome hätten vor drei Jahren begonnen und seien seither ständig vorhanden. Der Beginn der Symptomatik stehe in zeitlichem Zusammenhang mit dem Wechsel der antiepileptischen Medikation. Epilepsieanfälle habe die Patientin zuletzt vor vierzehn Jahren gehabt. Die Schmerzen würden als brennend und variabel mit einer Intensität von 3-10/10 beschrieben und würden am Abend und in der Nacht zunehmen. Als Begleitsymptome würden eine Licht- und Lärmempfindlichkeit sowie Medikamenten- und Nahrungsmittelunverträglichkeiten beschrieben. Die Schmerzen würden sich durch das Waschen der Haare, bei starkem Licht sowie beim Tragen von Kopfhörern verschlechtern. Durch Ablenkung würden sich die Symptome verbessern. Die Patientin habe verschiedene Analgetika (inkl. Tramal) ausprobiert, die keine Verbes-

serung gebracht hätten. Zudem berichte sie von Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit sowie höherer Stressanfälligkeit (S. 9). Formell sei die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen im Sinne einer somatischen Belastungsstörung zu stellen. Die Patientin zeige ein äusserst heterogenes, über bekannte strukturell-degenerative Veränderungen hinausgehendes und von der Tendenz zur Reizamplifizierung auf somatosensorischer wie limbisch-affektiver Ebene charakterisiertes Beschwerdebild. Leitsymptome seien eine stressmodulierte, zephal betonte Schmerzstörung, eine ausgeprägte viszerale Hypersensibilität, neurokognitive Einschränkungen sowie eine deutliche Verminderung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Rahmen persistierender Erschöpfung bei nicht erholsamem Schlaf. Reaktiv bestehe ausserdem eine klinisch relevante anxio-depressive Entwicklung vor dem Hintergrund hoher Eigenansprüche und Kontrollbedürftigkeit. Aus psychosomatischer Sicht sei die genannte Entwicklung im Rahmen stressinduzierter Hypersensibilisierungsprozesse zu verstehen, wobei psychobiographisch entsprechende Vulnerabilitätsfaktoren imponierten. Klammersalgometrisch lasse sich passend dazu eine Hyperalgesie objektivieren. Klinisch fielen zudem funktionelle, nicht dermatomgebundene somatosensorische Defizite auf, ein bei zentralen Schmerzstörungen häufig zu beobachtendes Epiphänomen (S. 10).

Nach einem stationären Aufenthalt in der Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 5. Mai bis 1. Juni 2021 (act. II 87 S. 18 ff.) war die Beschwerdeführerin vom 9. Juli bis 29. Oktober 2021 (act. II 94 S. 2 ff.) und vom 9. Februar bis 19. Mai 2022 in teilstationärer Behandlung im Spital D. \_\_\_\_\_. Im Austrittsbericht vom 5. Juli 2022 (act. II 126 S. 1 ff.) legten die Ärzte des Spitals D. \_\_\_\_\_ insbesondere dar, die Patientin sei während des Aufenthalts weiterhin stark belastet durch die Schmerzsymptomatik wahrgenommen worden, welche sich auch stressmoduliert variabel während der verschiedenen Tage gezeigt habe. Insbesondere auffallend seien neurokognitive Einschränkungen (Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen) sowie eine Schmerzausweitung im Sinne einer sensiblen Hemisymptomatik linksseitig mit Veränderung des Hautkolorits (vegetative Blutungs- und Regulierungsstörung) sowie verminderter Hauttemperatur linksseitig gewesen. Eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt werde eher kritisch gesehen. Grund

dafür seien die deutlichen Einschränkungen im Alltag. Längeres Sitzen von mehr als zehn Minuten sei aufgrund der Schmerzsymptomatik nicht möglich. Auch längeres Stehen führe zu einer Aggravation der Beschwerden. Zudem bestünden neurokognitive Einschränkungen, welche zumindest teilweise im Rahmen der zentralen Hypersensibilisierung erklärbar seien, welche sich im Arbeitsalltag mit Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie einer erhöhten Fehleranfälligkeit manifestieren könnten (S. 3 unten).

**3.2.2** Im MEDAS-Gutachten vom 7. Dezember 2022 (act. IIA 157.1 ff.) stellten die Experten in interdisziplinärer Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen (act. IIA 157.1 S. 7 Ziff. 4.3.1 f.):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit
  - Unspezifischem chronischem Schmerzsyndrom der linken Körperseite, zervikozephal, lumbal sowie periartikulär am rechten Knie und rechten Vorfuss, einhergehend mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden.

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- primär generalisierte Epilepsie, aktuell ohne Medikation anfallsfrei
- Kombinationskopfschmerz (ICD-10 G44.8) mit
  - muskulären und psychosomatischen Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44.2) und
  - Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz (ICD-10 G44.4)
- Insomnie, vermutlich psychophysiologisch und bei obstruktivem Schlafapnoesyndrom
- neuropathische Schmerzen und Hyperästhesie im Interdigitalnervenbereich der rechten Grosszehe bei Status nach CRPS am rechten Fuss nach Mortonscher Neurom-Operation
- Hypästhesie im Zehenbereich D2-4 rechts bei Status nach CRPS am rechten Fuss nach Mortonscher Neurom-Operation
- Akten- und eigenanamnestisch Asthma bronchiale (ICD-10 J45.0)
- Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom (ICD-10 G47.3)
- 1994 ED Endometriose
- 1994 Entfernung einer Ovarialzyste rechts
- 2004 Entfernung einer benignen Raumforderung aus der linken Mamma
- Saisonale Rhinokonjunktivitis; bekannte Sensibilisierung gegenüber Eschen- und Olivenbaumpollen
- Bekannte Hämorrhoiden
- 2019 bildgebend Zeichen der Sinusitis maxillaris beidseits
- 06/2019 laparoskopische Hysterektomie
- Laktose-, Histamin-Unverträglichkeit
- 08/2021 Keratokonjunktivitis sicca beidseits; S.n. Blepharitis beidseits
- 02/2022 ED Neurodermitis

- 06/2022 COVID19-Erkrankung

In Bezug auf die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit führten sie sodann aus, Einschränkungen entstünden durch die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und einer affektiven Labilisierung, die zu einer leicht verminderten Flexibilität und Umstellungsfähigkeit und einer leicht verminderten Widerstands- und Durchhaltefähigkeit führe. Daher bestehe keine Belastbarkeit für häufig wechselnde und wenig strukturierte Tätigkeiten, Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck und mit erhöhten Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit. Weiter bestehe durch die Schmerz- und Hyperpathie-Symptomatik am rechten Fuss bzw. rechten Bein eine Einschränkung für langes Stehen und Gehen, dem Bewegen mittelschwerer oder schwerer Lasten sowie dem Überwinden von Höhendifferenzen (Treppen in geringem Umfang seien ausgenommen). Tätigkeiten im Sitzen seien aber bei flexiblem Bewegungswechsel zum kürzeren Stehen und Gehen möglich. Wegen der Lungenerkrankung solle regelmässige Exposition gegenüber Kälte, Nässe und Zugluft sowie gegenüber atemwegsreizender Stoffe vermieden werden. Durch die Epilepsie, die (aktuell ohne Medikation) noch in Heilungsbewahrung sei, und das noch nicht behandelte Schlafapnoesyndrom entfielen Tätigkeiten mit Eigen- und Fremdgefährdung, Überwachungsfunktionen und auch erwerbliche Fahr-, Steuer- und Regelungstätigkeiten. Eine Ressource sei, dass Arbeiten ohne Einschränkung der zeitlichen Präsenz allerdings bei geringer Leistungsminderung noch möglich sei. Gut adaptiert sei eine vorstrukturierte Tätigkeit, ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit, welche vorwiegend im Sitzen mit selbstbestimmbarem Bewegungswechsel ohne Überwinden von Höhendifferenzen und in lufthygienisch einwandfreier Umgebung sowie ohne spezielle Gefährdungen erbracht werden könne (S. 8 Ziff. 4.4). Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergäben sich letztlich nur auf psychiatrischem Gebiet, sodass die psychiatrische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch der Arbeitsfähigkeit insgesamt entspreche (S. 8 Ziff. 4.5). Die Arbeitsfähigkeit betrage sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (empfohlene Anpassungen: gut strukturierte Tätigkeit mit ausreichend Zeitlimit, nur geringe Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit, vorwiegend sitzende Tätigkeiten mit selbstbestimmbarem Bewegungswechsel zum kürzeren

Stehen und Gehen, kein Überwinden von Höhendifferenzen [Treppen in geringem Umfang ausgenommen], lufthygienisch einwandfreie Umgebung, kein Bewegen von Lasten, keine Tätigkeiten mit Eigen- und Fremdgefährdung oder Überwachungsfunktion, keine erwerbliche Fahr-, Steuer- und Regelungstätigkeiten) 90 %. Dabei bestehe keine eingeschränkte zeitliche Präsenz, jedoch eine Leistungsminderung von 10 %. Ab Beginn der Hospitalisation vom 17. März 2021 bis zum Klinikaustritt am 29. Oktober 2021 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Danach sei die Arbeitsfähigkeit stufenweise angestiegen und habe entweder schon vor oder zumindest aber zum Begutachtungszeitpunkt 90 % betragen (S. 8 f. Ziff. 4.6 f.).

Dipl.-Psych. F.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, legte im neuropsychologischen Teilgutachten vom 11. November 2022 (act. IIA 157.7) dar, aus neuropsychologischer Sicht ergäben sich aus der Zusammenschau der Verhaltensbeobachtung, des Testprofils und der auffälligen Ergebnisse in der Beschwerdenuvalidierung konvergent deutliche Hinweise für eine unzureichende Leistungsbereitschaft in der Testung sowie für eine nicht authentische Beschwerdenschilderung (S. 8).

Im neurologischen Teilgutachten vom 8. November 2022 (act. IIA 157.2) legte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, insbesondere dar, die Beschwerdeschilderung sei sehr dramatisch, teilweise begleitet von Weinen bis hin zu einem längeren Weinkrampf gewesen. Teilweise sei monologartig gesprochen worden, wobei immer sehr weit ausgeholt und wenig detailliert, sondern mehr vage, aber redundant berichtet worden sei, selbst bei einfach zu beantwortenden Fragen. Die Darstellung der Symptome sei wenig fassbar und atypisch für eine somatische Beschwerdeverursachung. Dementsprechend hätten die berichteten Symptome nur partiell somatischen Störungsmustern zugeordnet werden können. Allerdings gebe es keine Abweichungen zum Dossier und es zeigten sich Einschränkungen nicht nur im beruflichen, sondern identisch auch im privaten Bereich. Während der ganzen Untersuchung sei ein deutliches Schonverhalten demonstriert worden mit vorsichtigen Bewegungen, Aufstehen und Absitzen im häufigen Wechsel und Dauerschonung des linken Armes. Dieser sei ständig adduziert und meist gestützt vom rechten Arm bewegungslos an

den Körper angepresst gehalten worden. Es seien jedoch keine Muskelatrophien zu sehen gewesen. Im Seitenvergleich habe sich am linken Arm eine etwas stärkere venöse Verfärbung gezeigt. Der Arm sei allerdings während der gesamten Untersuchung nicht bewegt worden, sondern sei nach unten positioniert gewesen, sodass dieses Phänomen am ehesten durch mangelnde Zirkulation und hydrostatisch bedingt sei. Bei auf Zufallsniveau liegenden Befunden, Verhaltensauffälligkeiten in der Testung und starken Auffälligkeiten im SRSI zur Validierung der Beschwerdenschilderung, sei von nicht authentischen neuropsychologischen Befunden und auch nicht von einer authentischen Beschwerdendarstellung auszugehen. Ausserdem sei die Voruntersuchung versicherungsmedizinisch nicht verwertbar. Die Medikation mit Escitalopram zeige einen Wirkspiegel des Präparates selbst und dessen Metaboliten im untersten therapeutischen Bereich (S. 7 Ziff. 6.2). Medizintheoretisch seien unter Berücksichtigung der neurologischen Funktionen die Fähigkeiten der Explorandin nicht eingeschränkt. Insbesondere lägen keine Sinnesbehinderungen und keine hirnbedingten neurokognitiven Funktionseinschränkungen vor. Die Kraft und Koordination der Extremitäten sei nicht dauerhaft neurologisch im Sinne von Paresen bzw. einer Ataxie gestört. Auch sei die Rumpfsicherheit regelrecht. Die Kopfschmerzsymptomatik sei behandelbar. Aufgrund der CRPS-Folgen am rechten Fuss mit teils schmerzhaften Sensibilitätsstörungen und einer Minderbeweglichkeit der mittleren 3 Zehen ergäben sich Einschränkungen für Tätigkeiten mit häufigem Gehen und Stehen, die rheumatologisch zu definieren seien. Weitere Einschränkungen ergäben sich aus neurologischer Sicht nicht. Aktuell empfehle sich allerdings in der Situation der abgesetzten antikonvulsiven Medikation für die Dauer eines Jahres auf Tätigkeiten mit Eigen- und Fremdgefährdung sowie auf das Führen eines Fahrzeuges zu verzichten (S. 10 Ziff. 7.2).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 8. November 2022 (act. IIA 157.5) erläuterte die psychiatrische Expertin, die Explorandin stelle ihre Beschwerden dramatisch dar, wobei die Beschwerden teilweise nicht vollständig nachvollzogen werden könnten. Beispielsweise sei es nicht nachvollziehbar, dass sie aufgrund von Konzentrationsstörungen nicht zeichnen, aber – wenn auch nur für kurze Strecken – Autofahren könne. Während der Begutachtung sei das Zustandsbild deutlich geschwankt, je

nachdem welches Thema gerade besprochen worden sei. Hinsichtlich der von ihr geäusserten Konzentrationsstörungen entstehe der Eindruck, die Explorandin präsentiere zwar punktuell beispielsweise Wortfindungsstörungen, könne aber über weite Strecken des Gespräches sehr flüssig und detailliert berichten, weshalb nicht der Eindruck einer objektivierbaren Konzentrationsstörung bestehe. Dieser Eindruck werde durch die auffälligen Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung bestätigt. Es scheine sicher zu sein, dass die Explorandin unter Schmerzen leide und diese psychisch belastend für sie seien. Wie gross das Ausmass des Leidens und die daraus entstehenden Einschränkungen seien, könne allerdings unter den gegebenen Umständen nicht exakt ermittelt werden (S. 8 Ziff. 6.2). Auch wenn die Explorandin im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung auffällige Werte bei der Beschwerdvalidierung erziele, weshalb die angegebenen Konzentrationsstörungen nicht hätten objektiviert werden können, werde das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren anhand des präsentierten klinischen Bildes und anhand der Anamnese und der vorliegenden Berichte für überwiegend wahrscheinlich gehalten. Die Explorandin verfüge zwar über ein weitgehend normales soziales Umfeld, im Hinblick auf die finanzielle Situation sei jedoch ein deutlicher Leidensdruck nachvollziehbar. So habe sie bei diesem Thema jedes Mal bitterlich zu weinen begonnen und sich belastet gezeigt. Es sei daher von einem Einfluss der finanziellen Situation auf den Verlauf der Schmerzen auszugehen. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren werde wie vordiagnostiziert bestätigt. Zusätzlich berichte die Explorandin von Angst vor den eigenen Körperreaktionen, weshalb sie teilweise auch Panikgefühle verspüre. In den Akten finde sich ein Hinweis auf eine Panikattacke im März 2022, weshalb die Explorandin in die Rettungsstelle gegangen sei. In diesem Zusammenhang habe sie ebenfalls von ihren körperlichen Beschwerden berichtet und es sei nicht von einer eigenständigen Diagnose aus dem Bereich Angst und Panik auszugehen, sondern von einer affektiven Labilisierung im Rahmen der chronischen Schmerzstörung. Affektive Schwankungen und Schwankungen des Antriebs würden ebenfalls im Rahmen dieser Diagnose eingeordnet, weshalb die Diagnose Angst und depressive Reaktion, gemischt, aktuell nicht vergeben werde. Dass die Explorandin ihre Beschwerden auf eine dramatische Weise berichte, könn-

te für eine histrionische Persönlichkeitsakzentuierung sprechen. Die aktuelle Situation im Rahmen der Begutachtung werde aber als aussergewöhnliche und belastende Situation gewertet, weshalb das leicht hysterische Verhalten der Explorandin nicht im Rahmen einer Persönlichkeitsakzentuierung gewertet werde. Persönlichkeitszüge seien dauerhaft und träten nicht nur unter bestimmten Bedingungen auf. In den Akten fänden sich ebenfalls keine Hinweise auf eine Akzentuierung der Persönlichkeit (S. 9 f. Ziff. 6.3.1).

Weder der internistische noch der rheumatologische Gutachter attestierte eine Arbeitsunfähigkeit (act. IIA 157.3 S. 8 Ziff. 8.1 f., 157.4 S. 6 Ziff. 8.1 f.).

**3.2.3** Im Bericht vom 2. Februar 2023 (act. IIA 168 S. 3 f.) erläuterten die Behandler der Klinik H.\_\_\_\_\_, im psychiatrischen Gutachten sei die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren richtigerweise bestätigt worden. Auch sei die Persönlichkeit der Patientin, welche im Gutachten als „dramatisch“ und „hysterisch“ bezeichnet worden sei, gewürdigt und in dessen Pathologie richtig erkannt worden. Im Gegensatz zur gutachterlichen Einschätzung, wonach dieses Verhalten nicht im Rahmen einer Persönlichkeitsakzentuierung zu werten, sondern nur im Rahmen des Gutachtens zu beobachten sei, werde die Ansicht vertreten, dass dieses Verhalten in persistenter Weise seit Beginn der Behandlung und in verschiedenen Situationen in sehr rigider Art und Weise Bestand habe. Die Patientin imponiere in ihrer dramatisch anmutenden Selbstdarstellung und der Darstellung ihrer Schmerzen und ihres Leidensdruckes in annähernd sämtlichen Therapiesitzungen mit dem Referenten, was als Ausdruck der Defizite in der emotionalen Regulation der Patientin gesehen werde. Diese strukturelle Pathologie zeige sich auch im Alltag in Interaktionen mit dem Ehemann, Familienmitgliedern und ausserhalb des Systems, was häufig zu interaktionellen Konflikten führe, besonders dann, wenn die Patientin sich nicht gesehen fühle. Die Verstärkung solcher Verhaltensweisen werde als Ausdruck einer Dekompensation im Rahmen des Arbeitsplatzverlustes und zunehmenden äusserlichen Alterserscheinungen gesehen, was der Patientin grosse Mühe bereite. Die Patientin habe bereits in frühester Kindheit bis zum fünften Lebensjahr andauernde Hospitalisationen erlebt. Durch die damit zusammenhängenden Beschwer-

den und die daraus entstandene Rolle innerhalb des Systems habe sie weitgehend dysfunktionale Prägungen erworben. In der Rolle des „kranken Kindes“ hätten emotionale Bedürfnisse, insbesondere nach Autonomie, nicht adäquat befriedigt werden können, was zu dauerhaften strukturellen Störungen geführt habe. Erschwerend zu diesen Bindungstraumata werde die frühe Beziehung zum aktuellen Ehemann interpretiert. Dieser habe die Rolle des fürsorglichen Behüters des „kranken Kindes“ nahtlos übernommen. Die Patientin habe aufgrund dieser Entwicklung keine adäquate Autonomie entwickeln und entsprechend selbstwirksame Erfahrungen machen können. Diese Defizite habe sie lange durch übermässige Beschäftigung äusserlich attraktiv und jugendlich zu wirken, sowie durch Überleistung am Arbeitsplatz und damit zusammenhängenden positiven Verstärkungen seitens Vorgesetzten und Mitarbeitenden kompensiert. Diese Überleistung habe auf Dauer zu körperlichen und psychischen Beschwerden und schliesslich zu einer Dekompensation im März 2021 geführt. Die ausgeprägte Reaktion auf die Beendigung des Arbeitsverhältnisses werde als starke Kränkung interpretiert und zeige das Ausmass der Kompensation während all den Jahren der Arbeitsfähigkeit. Die im Gutachten genannten raschen Affektschwankungen zeichneten die Interaktionen entsprechend häufig aus und würden als eines der Symptome einer histrionischen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F60.4 interpretiert. Aufgrund dieser Persönlichkeitsstörung und der daraus resultierenden Symptomatik werde die Beurteilung der aktuellen Arbeitsfähigkeit von 90 % als nicht nachvollziehbar eingeschätzt. Eine erneute Beurteilung mit besonderem Augenmerk auf Achse-II-Störungen sei indiziert. Es werde einerseits eine psychodiagnostische Abklärung einer Achse-II-Störung und engmaschige Massnahmen zur Wiedereingliederung und zur Objektivierung der Einschätzung der effektiven Arbeitsfähigkeit empfohlen.

**3.2.4** Der RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in der Stellungnahme vom 9. März 2023 (act. IIA 170 S. 3 ff.) fest, die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 seien nicht erfüllt. Gemäss ICD-10 begännen Persönlichkeitsstörungen immer in der Kindheit und Jugend, manifestierten sich auf Dauer im Erwachsenenalter, zeigten ein andauerndes und gleichförmiges Verhaltensmuster und seien meist mit deutlichen Einschränkungen der

beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden, wofür es unter anderem unter Berücksichtigung der beruflichen Ausbildung und Laufbahn keine Hinweise gebe. Eine histrionische Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 sei nicht nur durch Dramatisierung und theatralisches Verhalten gekennzeichnet, sondern unter anderem auch durch Suggestibilität/leichte Beeinflussbarkeit, oberflächliche und labile Affektivität sowie ein ständiges Verlangen nach aufregenden Erlebnissen und Aktivitäten, in denen die betreffenden Personen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stünden. Zudem seien die betroffenen Personen unangemessen verführerisch in Erscheinung und Verhalten und hätten ein übermässiges Interesse an körperlicher Attraktivität. Für diese Merkmale seien in den Akten keine Hinweise auszumachen. Insgesamt erschienen die Kriterien für eine histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4) nicht ausreichend ausgewiesen. Es könne weiterhin auf das Gutachten abgestellt werden (S. 5 Ziff. V).

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

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

**3.3.2** 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).

**3.3.3** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2).

**3.4** In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 13. März 2023 (act. IIA 171) auf das MEDAS-Gutachten vom 7. Dezember 2022 (act. IIA 157.1 ff.). Dieses erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 3.3.1 f. hiavor). Die Beurteilungen der Gutachter sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf einlässlichen Explorationen und wurden in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden vorgenommen. Sie überzeugen inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie die Beurteilungen der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Ebenso flossen die Teilgutachten – soweit erforderlich – in die interdisziplinäre Beurteilung ein.

Schlüssig ist namentlich, dass der neurologische Gutachter bei jahrelanger Anfallsfreiheit ohne anfallsunterdrückende Medikation (vgl. beispielsweise

act. II 87 S. 30 oben; act. IIA 157.1 S. 5 Ziff. 4.1, 157.2 S. 8 Ziff. 6.3.1) der seit der Kindheit bestehenden Epilepsie keinen massgebenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimass (act. IIA 157.2 S. 9 Ziff. 6.3.2 f.), was denn auch nicht bestritten wird. Insbesondere wurden während der im Frühjahr 2021 durchgeführten 72stündigen Telemetrie zur Abklärung von möglichen subklinisch verlaufenden epileptischen Anfällen als Ursache der von der Beschwerdeführerin geschilderten Schmerzen keine anfallsverdächtigen Ereignisse aufgezeigt (act. II 87 S. 30). Ausserdem konnte der neurologische Gutachter keine anderweitige neurologische Ursache für das geschilderte Schmerzgeschehen ausmachen (act. IIA 157.2 S. 8 Ziff. 6.3.1). Ebenso wenig fanden der internistische (act. IIA 157.3) sowie rheumatologische (act. IIA 157.4) Gutachter ein hinreichendes klinisches Korrelat bzw. bildgebender Befund für die geschilderten Schmerzen. Eine hiervon abweichende Beurteilung findet sich nicht in den Akten. Folglich überzeugt, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in ihrer bisherigen Tätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt ist (vgl. act. IIA 157.1 S. 8 Ziff. 4.5). Zu Recht stellt sie die Beweiskraft der somatischen Gutachten denn auch nicht in Abrede, sondern richtet ihre Kritik einzig gegen das psychiatrische Teilgutachten (act. IIA 157.5; Beschwerde S. 3 Ziff. 9 und S. 7 f. Ziff. 23 ff.). In Bezug auf dieses ist vorab zu betonen, dass die Herleitung und Diskussion der von der psychiatrischen Gutachterin gestellten Diagnose (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [ICD-10 F45.41]; act. IIA 157.5 S. 8 ff. Ziff. 6.3.1 f.) überzeugt und auch die behandelnden Ärzte des Spitals D.\_\_\_\_\_ sowie der Klinik E.\_\_\_\_\_ die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen stellten (act. II 78 S. 8, 87 S. 18). Die von der Beschwerdeführerin einzig vorgebrachte Kritik, wonach mit Blick auf die Stellungnahme der Klinik H.\_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2023 (act. IIA 168 S. 3 f.) eine allfällige Persönlichkeitsstörung nicht hinreichend abgeklärt (Beschwerde S. 8 Ziff. 24) und daher ihre Leistungsfähigkeit zu hoch eingeschätzt worden sei (Beschwerde S. 3 Ziff. 9), verfährt nicht. Mit dieser divergierenden medizinischen Beurteilung der Behandler der Klinik H.\_\_\_\_\_ setzte sich der RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 9. März 2023 (act. IIA 170 S. 3 ff.) auseinander und zeigte schlüssig auf, dass insbesondere mit Blick auf die berufliche Ausbildung der Beschwerdeführerin sowie ihrer Laufbahn die Kriterien für eine Persön-

lichkeitsstörung gemäss ICD-10 nicht erfüllt seien, zumal eine solche Störung immer in der Kindheit oder Jugend beginne und sich auf Dauer im Erwachsenenalter manifestiere. Betroffene zeigten ein andauerndes und gleichförmiges Verhaltensmuster und seien meist in der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt (vgl. hierzu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 276 f.). Zudem sei eine histrionische Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 nicht nur durch Dramatisierung und theatralisches Verhalten gekennzeichnet, sondern unter anderem auch durch Suggestibilität/leichte Beeinflussbarkeit, oberflächliche und labile Affektivität, sowie ein ständiges Verlangen nach aufregenden Erlebnissen und Aktivitäten, in denen die betreffende Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehe. Ausserdem seien die betreffenden Personen unangemessen verführerisch in Erscheinung und Verhalten und hätten ein übermässiges Interesse an körperlicher Attraktivität (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 280 f.). Auch diese Kriterien seien bei der Beschwerdeführerin nicht erfüllt (act. IIA 170 S. 5 Ziff. V). Im Übrigen ist zu betonen, dass vor der Begutachtung im November 2022 (act. IIA 157.1 ff.) eine Persönlichkeitsstörung nicht zur Diskussion stand. Insbesondere war eine histrionische Persönlichkeitsstörung während den stationären Aufenthalten im Spital D.\_\_\_\_\_ bzw. der Klinik E.\_\_\_\_\_ vom 29. März bis 19. April bzw. vom 5. Mai bis 1. Juni 2021 offenbar kein Thema (vgl. act. II 78 S. 8 ff., 87 S. 18 ff.). Des Weiteren lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen Facharztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). So werden in der Stellungnahme der Klinik H.\_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2023 (act. IIA 168 S. 3 f.) keine wichtigen Aspekte genannt, die unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Überdies ist zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater bzw. der begutachtenden Psychiaterin daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische In-

interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte – wie hier der Fall – lege artis vorgegangen ist (SVR 2020 IV Nr. 69 S. 241 E. 4.1, 2018 IV Nr. 77 S. 255 E. 6.3). Letztlich ist zu betonen, dass es für die Belange der Invalidenversicherung nicht auf die Diagnose ankommt, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (Entscheid des BGer vom 17. August 2022, 8C\_287/2022, E. 5.1.2 mit Hinweisen). Hinweise, dass die psychiatrische Gutachterin die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht lege artis beurteilte, liegen nicht vor.

**3.5** Dem Vorstehenden zufolge bildet das MEDAS-Gutachten vom 7. Dezember 2022 (act. IIA 157.1 ff.) eine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung des anspruchrelevanten medizinischen Sachverhalts. Dieser ist somit hinreichend abgeklärt, weshalb auf weitere Beweisvorkehrungen, insbesondere das beantragte psychiatrische „Verlaufsgutachten“ (Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren), verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung: BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

Gestützt auf die Expertise liegt somit sowohl in der angestammten als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit spätestens im Explorationszeitpunkt im November 2022 (act. IIA 157.1 S. 8 Ziff. 4.6) eine rein psychisch begründete Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 10 % vor (act. IIA 157.1 S. 7 Ziff. 4.3.1 und S. 8 Ziff. 4.5 f.). Im Übrigen ist zu beachten, dass aus einer Indikatorenprüfung (vgl. BGE 141 V 281) keine höhere Arbeitsunfähigkeit resultieren kann als die gutachterlich attestierte (Entscheid des BGer vom 23. September 2022, 8C\_230/2022, E. 5.2.3.2 mit Hinweisen). Vor diesem Hintergrund erübrigt sich deshalb vorliegend eine Prüfung anhand der Indikatoren, ist doch ein Rentenanspruch selbst dann zu verneinen, wenn dessen Prüfung die gutachterlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 10 % zugrunde gelegt wird (vgl. E. 3.6 hiernach; vgl. auch BGE 145 V 215 E. 7 S. 228, wonach aus Gründen der Verhältnismässigkeit dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden kann, wo es nicht nötig oder geeignet ist).

**3.6** Weder das von der Beschwerdegegnerin herangezogene Valideneinkommen noch der herangezogene lohnstatistische Wert beim Invaliden-

einkommen werden von der Beschwerdeführerin beanstandet. Der gestützt hierauf vorgenommene Einkommensvergleich mit einem rentenausschliessenden (vgl. E. 2.3 hiervor) Invaliditätsgrad von 17 % (act. IIA 171 S. 1 f.) gibt denn auch zu keinen Bemerkungen Anlass.

#### **4.**

Nach dem Dargelegten ist die Verfügung vom 13. März 2023 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

#### **5.**

**5.1** 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.

**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 dem der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.