

200 23 528 IV
LOU/BRO/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. Februar 2024

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. Juni 2023



Sachverhalt:

A.

Die 1969 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im August 2019 unter Hinweis auf chronische Gelenkschmerzen, Diabetes und „Hashimoto“ bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Nach Durchführen von erwerblichen und medizinischen Abklärungen verneinte die IVB mit Mitteilung vom 15. April 2020 (AB 37) den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Sodann lehnte die IVB – nach Einholung eines polydisziplinären Gutachtens bei der C._____ (MEDAS; AB 128.1 ff.) – einen im März 2021 gestellten Antrag auf Abgabe eines Elektrorollstuhls (AB 69) mit Verfügung vom 20. Juli 2022 (AB 136) ab. Eine hiergegen erhobene Beschwerde (AB 147 S. 3 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit unangefochten gebliebenem Urteil vom 3. April 2023, IV/2022/554 (AB 168), ab.

In Bezug auf andere IV-Leistungen stellte die IVB – nachdem sie das MEDAS-Gutachten (AB 128.1 ff.) dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung vorgelegt hatte (AB 133) – mit Vorbescheid vom 29. Juli 2022 (AB 139) die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 145) und Beizug einer Stellungnahme der MEDAS vom 14. Dezember 2022 (AB 159) verfügte die IVB am 8. Juni 2023 wie angekündigt (AB 171).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 10. Juli 2023 Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 8. Juni 2023 sei aufzuheben und die Sache sei zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. August 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 8. Juni 2023 (AB 171). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse 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). Mit Blick auf die Anmeldung vom August 2019 (AB 1) sind 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.

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

2.4 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 Zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

3.1.1 PD Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, diagnostizierte im Bericht vom 19. November 2018 (AB 25 S. 4 f.) Schulterschmerzen beidseitig, einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus und eine Adipositas. Er empfahl, unbedingt an aktiver Physiotherapie bzw. Eigenübungen zur Kräftigung der Schultergürtelmuskulatur festzuhalten. Dies sogar, falls durch die Kräftigungsübungen Schmerzen provoziert würden. Es bestehe kein Anlass für Angst vor irgendwelchen

strukturellen Schäden oder Läsionen, welche durch das Übungsprogramm verschlimmert werden könnten (S. 4).

In einem weiteren Bericht vom 19. Juli 2019 (AB 25 S. 2 f.) erachtete PD Dr. med. D._____ neu aufgetretene Ellbogenschmerzen medialseitig links als wahrscheinlich weichteil-bedingt und myogelotisch erklärbar. Eine strukturelle Läsion könne weitgehend ausgeschlossen werden. Insbesondere liege keine Partialläsion an der Entthese der Handflexoren vor. Auch der Nervus ulnaris sei morphologisch unauffällig (S. 2).

3.1.2 Dem Bericht von med. pract. E._____, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. März 2020 (AB 34) ist die Diagnose mittelschwere bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom mit multiplen somatischen Erkrankungen (ICD-10 F32.21; S. 3 Ziff. 2.5) zu entnehmen. Zusammen mit den somatischen Erkrankungen bestehe aus jetziger Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Theoretisch sei die Prognose aus rein psychiatrischer Sicht mittelfristig gut (S. 3 Ziff. 2.7). Die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung werde in regelmässigen Abständen weitergeführt. Eine stationäre Behandlung erscheine im Moment nicht indiziert (S. 3 Ziff. 2.8).

3.1.3 Im Bericht der Klinik F._____ des Spitals G._____ vom 20. Mai 2020 (AB 44) wurde festgehalten, beim multilokalen Beschwerdebild (Hüfte, Achillessehnen, Finger) müsse auch an eine rheumatische Erkrankung gedacht und abgeklärt werden (S. 1).

3.1.4 Dem Bericht der Klinik H._____ des Spitals G._____ vom 7. Juli 2020 (AB 58) ist zu entnehmen, dass das rheumatologische Konsilium keine Hinweise für eine entzündlich-rheumatologische Komponente ergeben habe. Neurochirurgisch-konsiliarisch sei sowohl die Kompression in der Hals- wie auch der Lendenwirbelsäule als nicht ausgeprägt beurteilt worden. Von schmerztherapeutischer Seite sei von invasiven Massnahmen wie Infiltrationen abgeraten und Physiotherapie u.a. mit „dry needling“ empfohlen worden. Es habe ein schmerzbedingtes Vermeidungsverhalten mit konsekutiv muskulärer Instabilität vorgelegen. Auszugehen sei von fibromyalgiformen Schmerzen. Die Patientin rauche täglich CBD, dies sollte im Hinblick auf das erhöhte kardiovaskuläre Risikoprofil dringend vermieden

werden. Sie habe sehr gut vom multimodalen Therapieangebot profitieren können, insbesondere von der Entspannung und dem Abstand von ihrem manchmal belastenden Familienalltag. Es bestünden sowohl körperliche als auch psychische Faktoren, die die Beschwerden beeinflussten. Die Patientin habe dies gut annehmen können (S. 3).

Im Bericht derselben Klinik vom 10. Dezember 2020 (AB 66) führten die Ärzte aus, die Patientin habe eine Besserung des Allgemeinzustandes durch ein erhöhtes Durchsetzungsvermögen, wenn sie mehr Zeit für sich brauche, geäußert. Die Schmerzen seien auf einer ähnlichen Intensität geblieben, jedoch mit weniger subjektiver Einschränkung (S. 3).

3.1.5 Dr. med. E. _____ berichtete am 5. März 2021 (AB 67 S. 2 f.) über einen stationären Gesundheitszustand (S. 2 Ziff. 1). Es bestehe eine mässig gute Prognose. Eine „restitutio ad integrum“ werde sich sehr wahrscheinlich nicht einstellen. Eine Stabilisierung auf niedrigem Niveau sei realistisch (S. 2 Ziff. 9). Geistige Einschränkungen bestünden keine. Die psychischen Einschränkungen seien im Rahmen der depressiven Erkrankung (S. 3 Ziff. 12). Nach Angaben der Patientin sei die bisherige Erwerbstätigkeit nicht mehr möglich (S. 3 Ziff. 13).

3.1.6 Im Austrittsbericht der Klinik H. _____ des Spitals G. _____ vom 21. Mai 2021 (AB 89) wurde festgehalten, formell sei die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen zu stellen. Über bekannte strukturelle Befunde hinausgehend fänden sich klinisch wie anamnestisch klare Hinweise auf eine generalisierte, von der Tendenz zu somato-sensorischer wie limbisch-affektiver Reizamplifikation charakterisierte zentrale Schmerzverarbeitungsstörung. Typisch sei neben der klammeralgotrisch objektivierbaren Hyperalgesie sowie der erhöhten emotionalen Reizbarkeit auch die Stressmodulation der Beschwerden und das Bild einer vegetativen Dysregulation. Aus psychosomatischer Sicht sei die genannte Entwicklung im Rahmen stressinduzierter Hypersensibilisierung vor dem Hintergrund entsprechender Risikofaktoren (Pain- und Action-proneness) zu verstehen. Zudem sei bei Hypermobilitätssyndrom auch aus konstitutionellen Gründen von einer erhöhten Schmerz-/Stress-Vulnerabilität auszugehen (S. 3).

3.1.7 Im Verlaufsbericht vom 19. August 2021 (AB 99 S. 2 ff.) führte Dr. med. E. _____ aus, der psychische Zustand der Patientin habe sich seit dem letzten Bericht nicht wesentlich verändert (S. 3 Ziff. 4). Angesichts des fortgeschrittenen Alters der Patientin, der Komplexität sowie des chronischen Charakters der Schmerzen sei es sicherlich schwierig. Zudem gebe es (noch) keine klare diagnostische Angabe zur Ursache der Beschwerden, die eine eindeutige Behandlungsindikation hergeben würde. Allerdings zeige die Patientin eine starke Resilienz und verfüge über (psychologische) Ressourcen, die ihr den Umgang mit den Schmerzen und deren Akzeptanz ermöglichen. So bestünden gute, stabile familiäre Verhältnisse, Unterstützung durch den Ehemann und andere Familienmitglieder sowie diverse Hobbies (Malen, Gestalten, ... [S. 4 Ziff. 9]). Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit und eine erhöhte Erschöpfbarkeit/Fatigue, die im Rahmen der chronischen Schmerzen aufträten. Allenfalls wirkten sich zusätzlich die subjektiv verminderte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit negativ auf die Leistungsfähigkeit aus. Die Patientin berichte, dass es ihr aufgrund der bestehenden andauernden Schmerzen unmöglich sei, ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit nachzugehen (S. 6 Ziff. 12). Aufgrund von Schmerzen sei es der Patientin nicht möglich, über einen längeren Zeitraum zu gehen, stehen oder sitzen. Dies sei für die Tätigkeit als ... jedoch essentiell. Eine berufliche Wiedereingliederung sei eher in einem anderen Arbeitsbereich möglich. Zumutbar sei vermutlich eine körperlich nicht belastende Tätigkeit, welche die Patientin selber einteilen und während derer sie ständig ihre Körperhaltung wechseln könne, z.B. in einem Call-Center (S. 6 Ziff. 13).

3.1.8 Dem MEDAS-Gutachten vom 3. Mai 2022 (AB 128.1 ff.) sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen (AB 128.1 S. 9 f. Ziff. 4.2):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Aktuell mittelgradig ausgeprägte depressive Episode mit umfangreichem somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11)
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Schmerzverarbeitungsstörung möglich (ICD-10 F45.4)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Sekundär insulinpflichtiger Diabetes mellitus (Typ unklar DD: MODY) ED 2001 (ICD-10 E13.90)
 - Insulin seit 12/2017, Insulinpumpentherapie seit 03/2018

- St. n. Schwangerschaftsdiabetes
- Aktuell im Labor: HbA1c 6.9 %
- Dyslipidämie (ICD-10 E78.5)
- Adipositas WHO Grad I (ICD-10 E66.00)
- Bildgebend bekannt ist eine
 - spondylodiscogene Neuroforamenstenose C5/6 beidseits (ICD-10 M48.02) und
 - eine relative Spinalkanalstenose C5-7, ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M48.02)
- Distale rezessale L2/3 Stenose rechts und Neuroforamenstenose L4/5 beidseits, ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M48.04)
- Ansatzendinose der Supraspinatussehne und Subscapularissehne sowie der langen Bizepssehne ohne Manschettenruptur und endgradiger Rotationsschmerzhaftigkeit (ICD-10 M75.1)
- Aktenanamnestisch Verdacht auf ein Carpal-tunnelsyndrom rechts
 - aktuell: Phalen/Tinnel-Test negativ, klinisch diffuse Sensibilitätsstörung im Handballen und in Dig. III-V rechts (nicht einem CTS entsprechend).

Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im allgemein-internistischen Teilgutachten fest, aus fachspezifischer Sicht bestünden keine wesentlichen Diagnosen im IV-Kontext (d.h. keine Diagnosen mit anhaltender/dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit). Der Diabetes sei aus Sicht der Explorandin mittels Insulinpumpentherapie im Wesentlichen im Griff (AB 128.3 S. 15 Ziff. 6.3).

In rheumatologisch-orthopädischer Hinsicht führte Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, orthopädischerseits könnten keine nennenswerten funktionellen Einschränkungen im Bereich des gesamten Bewegungsapparates festgestellt werden. Auf rheumatologischem Gebiet habe im entzündlichen Bereich bisher keine Auffälligkeit gefunden werden können (AB 128.4 S. 17 f. Ziff. 6.3).

Dem von Prof. Dr. med. K. _____, Facharzt für Neurologie, erstellten neurologischen Teilgutachten ist zu entnehmen, dass sich kein klares objektivierbares neurologisches Defizit habe nachweisen lassen, wenn auch die neuroradiologischen Befunde eine Affektion der Nervenwurzeln vermuten liessen. Hierdurch dürfte ein Teil der Rückenbeschwerden erklärbar sein. Das Problem sei jedoch, dass die Beschwerden eher diffus beklagt bzw. angegeben würden, so dass eine klare Zuordnung zu einer neurologisch begründeten Störung nicht möglich sei. Des Weiteren scheine auch eine funktionelle (psychogene) Überlagerung evident (AB 128.5 S. 11 f. Ziff. 6.3). Es zeige sich ein Hinweis für eine Verdeutlichungstendenz. So sei

aus neurologischer Sicht der Rollstuhl nicht notwendig (AB 128.5 S. 13 Ziff. 7.3.1).

Im psychiatrischen Teilgutachten hielt Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, die ganze Psychopathologie habe nach dem AMDP-System erfasst werden können. Es hätten sich keinerlei Störungen des Bewusstseins und der Orientierung gezeigt. Während des ganzen Gesprächs sei die Aufmerksamkeit gut gewesen und es hätten sich keine Defizite im Bereich Gedächtnis gefunden. Im formalen Denken sei die Explorandin stark auf ihre Defizite ausgerichtet gewesen, in einer allerdings durchaus nachvollziehbaren, adäquaten Art und Weise. Befürchtungen und Zwänge hätten sich abgesehen von den existenziellen und wirtschaftlichen Fragen keine feststellen lassen. Wahnphänomene hätten gefehlt. Sinnestäuschungen seien ebenso wie Ich-Störungen negiert worden. Im Bereich der Affekte sei sie herabgestimmt, niedergeschlagen und enttäuscht über die ganze Entwicklung in ihrer Biografie gewesen. Eine gewisse depressive Gestimmtheit sei zu bestätigen. Sie habe eine gute Krankheitseinsicht gezeigt. Die geschilderte Affektlabilität habe sich im Rahmen des Gesprächs nicht feststellen lassen, sie habe sich gut beherrscht und sich während der ganzen Diskussion absolut adäquat verhalten. Sie sei emotional durchaus noch schwingungsfähig gewesen und die Emotionen hätten den berührten Inhalten entsprochen. Antrieb und Psychomotorik seien in der Untersuchungssituation nicht einfach zu prüfen gewesen, schienen aber den durchschnittlichen Erwartungen zu entsprechen. Zirkadiane Besonderheiten hätten sich nicht feststellen lassen. Wieweit der soziale Rückzug nur pandemiebedingt oder Folge der Beschwerden sei, habe nicht eindeutig entschieden werden können. Das ganze soziale Netz sei sicher nicht umfangreich. Anamnestisch habe sie ein selbstschädigendes Verhalten bei allerdings fehlender Suizidalität bestätigt. Ein Krankheitsgefühl sei vorhanden. Die Kooperationsbereitschaft im Rahmen der Psychotherapien sei gut. Eine Pflegebedürftigkeit bestehe gemäss den Beschreibungen der Explorandin im häuslichen Alltag. So leiste der Ehemann Unterstützungsdienste nicht nur im Haushalt, sondern auch beim Transfer. Auf die Schlafstörungen sei eingegangen worden. Die Explorandin habe eine ausgeprägte Tagesmüdigkeit geschildert, die sich während der Untersuchung jedoch nicht habe feststellen lassen. Im Mini-ICF Ratingbogen habe

die Explorandin 27 von möglichen 52 Punkten erreicht. Das Resultat stelle eine deutliche Beeinträchtigung im alltäglichen Funktionsniveau dar. Defizite fänden sich vor allem bei den Spontanaktivitäten, bei der Durchhaltefähigkeit und bei der Gruppenfähigkeit. Die Mobilität sei stark eingeschränkt, wobei hier körperliche Aspekte mit eine Rolle spielten (AB 128.6 S. 6 f. Ziff. 4.3). Sie habe rezidivierende kleinere Traumata in der Kindheit und Jugend dargelegt. Man könne durchaus diskutieren, ob diese Traumata einer seelischen Belastung entsprächen, die innerhalb der Diagnosegruppe gemäss Ziff. F45 der ICD-10 verlangt würden zur korrekten Festlegung der einzelnen Leiden. Es sei daran zu erinnern, dass die Persönlichkeitseigenschaften des Ehemannes und die Krankheiten der beiden Söhne nicht zu unterschätzende Belastungen darstellten, sodass eine Schmerzverarbeitungsstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren nach ICD-10 F45.21 wohl durchaus diagnostiziert werden könnte. Die einzelnen Faktoren erreichten aber nicht den nach den Diagnosekriterien geforderten Schweregrad der Belastungen und aus der Summe verschiedener Teilfaktoren eine umfangreiche Gesamtbelastung abzuleiten, sei nicht unproblematisch. Zudem würden die Beschreibungen ihres Schulalltags und das selbstschädigende Verhalten die Aufmerksamkeit in Richtung POS sowie eine Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ weisen. Heute liessen sich diese beiden Aspekte jedoch nicht mehr klar und eindeutig gesondert diagnostizieren, sondern verschmölzen mit den im Vordergrund stehenden Schmerzaspekten und der depressiven Dimension. Es bestünden damit insgesamt vier Facetten einer erheblich beeinträchtigten Persönlichkeit und die einzelnen Aspekte müssten zu einem Gesamtbild zusammengefügt werden (AB 128.6 S. 7 f. Ziff. 7.1). Für die Explorandin selbst stünden im heutigen Zeitpunkt die körperlichen Beschwerden und Beeinträchtigungen im Vordergrund. Schon vor Jahren und wahrscheinlich ausgelöst durch die psychosoziale Gesamtsituation habe sie depressive Züge entwickelt und sich dann auch in ambulante Psychotherapie begeben. Es stehe fest, dass eine eindeutige und schwere depressive Phase vor rund 2 ½ Jahren aufgetreten sei. Damals habe mindestens vorübergehend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Ein stationärer Aufenthalt hätte vielleicht zu einer schnelleren Verbesserung des Gesundheitszustandes geführt. Die ganze familiäre Situation habe diesen Schritt jedoch nicht erlaubt, da sie nicht delegierbare Teilaufgaben in der Familie gehabt habe. Nach ihrer

heutigen Einschätzung, die sich mit der Einstufung des behandelnden Psychiaters decke, sei es unter der ambulanten Psychotherapie und aktuell unter 2 x 60 mg Cymbalta zu einer Teilremission der Beschwerden gekommen. Nach den Angaben der Explorandin sei die Psychotherapie unter den gegebenen Bedingungen medikamentös und durch Gespräche und ergänzt durch zwei Aufenthalte in der psychosomatischen Abteilung des Spitals G._____ absolut adäquat erfolgt. Nach dem Erwachsenwerden der Söhne sei eine Hospitalisation möglich geworden. Die ambulante Psychotherapie werde fortgesetzt. Aus Kapazitätsgründen des Psychiaters seien Sitzungen nur in mehrwöchigen Abständen möglich. Die psychiatrische Spitex sei aber engagiert und auch in dem Sinne würden die Behandlungsmöglichkeiten optimal ausgenutzt (AB 128.6 S. 8 f. Ziff. 7.2). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer Verweistätigkeit müssten die körperlichen Aspekte zwingend mitberücksichtigt werden. Etwas künstlich reduziert auf die psychiatrische Dimension wäre eine fünfzigprozentige Arbeitsfähigkeit medizinisch theoretisch noch möglich. Wie sich diese allerdings konkret und praktisch umsetzen lasse, sei eine ganz andere Frage. Das Verlassen des Hauses und das Zurücklegen eines längeren Weges sei nur möglich mit den Hilfsmitteln, die das Ehepaar selbst bezahlt habe, nachdem gemäss den Angaben der Explorandin die IV die Kostenübernahme abgelehnt habe. Dieser Umstand veranschauliche die praktischen Schwierigkeiten, wobei grundsätzlich natürlich jede Form der Arbeit auch zu sozialen Kontakten und einer tendenzmässigen Verbesserung der Depression führen dürfte. Ein Beginn von Integrationsmassnahmen in einer geschützten Werkstatt wäre dabei durchaus eine Option (AB 128.6 S. 10 Ziff. 8).

3.1.9 Im ADHS-Auswertungsbericht vom 18. Juli 2022 (AB 137 S. 2 ff.) erläuterte lic. phil. M._____, eidg. anerkannte Psychotherapeutin, in der Zusammenschau aller Befunde sei von einer gesicherten Diagnose einer ADHS nach ICD-10 F90.0 auszugehen. Die Ausprägung der psychischen Belastung sei wahrscheinlich einerseits auf dem Hintergrund der aktuellen Lebenssituation zu verstehen. Andererseits könne sie als Folge unbehandelter ADHS-Symptome gesehen werden. Die Komorbiditätsrate zwischen ADHS und Depression sei allgemein hoch und weit verbreitet (S. 5).

3.1.10 Im Schreiben vom 26. Juli 2022 (AB 145 S. 10) legten die Ärzte der Klinik N._____ des Spitals G._____ dar, in Zusammenschau der klinischen Befunde sei das Vorliegen einer zugrundeliegenden genetischen Erkrankung wahrscheinlich. Differentialdiagnostisch kämen verschiedene Bindegewebserkrankungen in Frage, wie z.B. ein Ehlers-Danlos-Syndrom. Zur Klärung der Ätiologie sei eine genetische Analyse in Auftrag gegeben worden.

In der Befundmitteilung vom 26. August 2022 (AB 145 S. 11 ff.) führten die Ärzte sodann aus, in der durchgeführten Panelanalyse der mit Bindegewebserkrankungen assoziierten Gene hätten keine klar pathogenen oder wahrscheinlich pathogenen genetischen Veränderungen nachgewiesen werden können, welche die klinische Symptomatik der Patientin erklären könnten. Die mögliche Verdachtsdiagnose eines Ehlers-Danlos-Syndroms habe somit nicht bestätigt werden können. Die Analyse habe jedoch eine Variante von unklarer Signifikanz im FBLN5-Gen c.604G>Ap.(Gly202Arg) ergeben. Die krankheitsverursachende heterozygote Variante in diesem Gen könne zu unterschiedlichen Krankheitsbildern führen (u. a. Cutis Laxa autosomal-dominante Form, Charcot-Marie-Tooth-Erkrankung Typ 1H und altersabhängige Makuladegeneration [S. 11]).

3.1.11 Im Schreiben der MEDAS vom 14. Dezember 2022 (AB 159 S. 1) wurde dargelegt, die neu eingereichten Arztberichte würden an der initialen versicherungsmedizinischen Einschätzung vom 3. Mai 2022 nichts ändern.

3.2 Seitens der Beschwerdeführerin wurden im vorliegenden Verfahren weitere Unterlagen aufgelegt:

3.2.1 Die Ergotherapeutin, O._____, legte in ihrem Bericht vom 14. März 2023 (Beschwerdebeilage [BB] 5) dar, die Beschwerdeführerin besuche seit Januar 2022 wöchentlich die Ergotherapie. Hierbei handle es sich um eine kompetenzzentrierte Gruppentherapie mit dem Schwerpunkt Handwerk und Spiel. Die Beschwerdeführerin habe vielfältige körperliche Einschränkungen. Sie habe permanent Schmerzen und es gebe keine schmerzfreien Intervalle. Nach Aussage der Klientin hätten die Schmerzen in ihrem achten Lebensjahr begonnen. Sie leide unter einer Gelenküberbeweglichkeit respektive -überdehnung, so dass sich z.B. während des

Schlafes das Schultergelenk auskugle. Sie könne nur noch kurze Strecken zu Fuss laufen und besitze seit ca. zwei Jahren einen Elektrorollstuhl. Im letzten Jahr habe sich die Patientin einer umfangreichen Diagnostik unterzogen und nach eigener Aussage seien EDS, CMT sowie ADHS festgestellt worden. Hinzu kämen seit Jahren Erschöpfungszustände und Depressionen, Diabetes und aktuell Probleme mit der Achillessehne. Nach Aussage der Klientin falle es ihr schwer, sich im Haushalt zu strukturieren und an einer Tätigkeit zu bleiben. Die Beschwerdeführerin habe im Oktober 2021 ihre ...-Ausbildung (recte wohl ...-Ausbildung) abgeschlossen und versuche nun trotz hoher Schmerzbelastung im eigenen Studio etwas dazuzuverdienen und sich damit eine gewisse Autonomie zu erhalten. Sie sei sehr motiviert und nehme zuverlässig an der Therapie teil (S. 1). Sie sei ideenreich, fantasievoll und offen für neue Handwerkstechniken. Im Verlauf des letzten Jahres habe sie verschiedene Betätigungsfelder erfolgreich ausprobiert. Sie könne bei einer fremden Technik nach kurzer Einführung selbstständig übernehmen und erlange recht schnell Versiertheit darin. Sie kämpfe mit Schlafproblemen und starker Antriebsarmut am Morgen. Sie benötige nach eigener Aussage feste Morgentermine, um überhaupt aus dem Bett zu kommen und den Tag in Angriff zu nehmen. Ein weiteres Problem liege darin, zu Hause nicht die nötige Ruhe zu finden, um an einer Tätigkeit zu bleiben und sie fertigzustellen. Hierbei sei sie auf den klaren und geschützten Rahmen in der Ergotherapie angewiesen. Bei guter Tagesform könne die Klientin in der Therapie mittlerweile über zwei Stunden konzentriert und ausdauernd tätig sein. Durch die kreative Betätigung könne sie das Gedankenkreisen zeitweise unterbrechen und finde Entspannungsmomente. Sie sei in der Gruppe als lebhaft, interessierte und hilfsbereite Person sehr geschätzt. Ihre Schnelligkeit und Ideenflut könne aber auch schon mal die anderen Teilnehmenden überfordern, so dass eine therapeutische Intervention nötig sei, um sie etwas zu bremsen. In der Spielrunde gehöre sie zu den kognitiv stärkeren Teilnehmerinnen. Sie habe eine gute Auffassungsgabe und Merkfähigkeit und sei offen für neue Spiele. Die Klientin nutze die Gruppentherapie auch dazu, um über Alltagsbelastungen und frustrierende Erlebnisse zu sprechen (S. 2).

3.2.2 Im Bericht vom 4. Juli 2023 (BB 3) führte med. pract. E. _____ aus, seit Dezember 2021 seien die folgenden zusätzlichen Diagnosen bestätigt worden:

1. Ehlers-Danlos-Syndrom
2. Charcot-Marie-Tooth-Gendefekt
3. Polyneuropathie
4. Chronic Fatigue Syndrom
5. ADHS
6. Posttraumatische Belastungsstörung

Diese neuen Erkenntnisse erklärten zumindest grösstenteils den schwierigen Behandlungsverlauf in Bezug auf die rezidivierenden depressiven Episoden. Die posttraumatische Belastungsstörung werde bei der Psychologin lic. phil. P. _____ behandelt, wobei alle zwei Wochen Termine stattfänden. Die Begutachtung müsse wiederholt werden, da einerseits Inkonsistenzen in der Beurteilung der einzelnen Gutachter vorlägen und andererseits die neu bestätigten Diagnosen nicht gewürdigt und in den Gesamtkontext einbezogen worden seien.

3.2.3 Im Bericht der Spitex (Fachbereich Psychiatrie) vom 5. Juli 2023 (BB 7) wurde unter anderem ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe grosse Mühe, sich die Arbeiten einzuteilen und müsse immer wieder auf ihre Grenzen angesprochen werden. Den Arbeiten im Haushalt sinnvoll nachzugehen, sei für sie sehr kräfteraubend. Einigen Arbeiten könne sie gar nicht nachgehen und benötige Unterstützung. Die chronische Erschöpfung gepaart mit den ADHS-Symptomen zehre seit Jahren an ihren Kräften. Sie habe enorm Mühe, Arbeiten strukturiert und sinnvoll zu gestalten. Je nach Tagesform seien einfachere Arbeiten möglich. Oft brauche sie jedoch viele Ruhepausen und klare Anleitungen. Die Schmerzproblematik sei ausgeprägt und führe immer wieder zu starken Schmerzen und Einschränkungen im Alltag. Während den wöchentlichen Einsätzen zeige sich die Beschwerdeführerin durch ihre schmerzbedingten und ausgeprägten Schlafstörungen oft erschöpft, unkonzentriert und psychisch instabil. Ausserdem leide sie vor allem morgens an ausgeprägten Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen. Diese schränkten sie in den Aktivitäten des täglichen Lebens stark ein. Dadurch brauche sie für alles viel Zeit, Energie und oft Unterstützung von aussen (S. 2). Der Ehemann sei seit einem medizinischen Vorkommen Anfang 2023 ebenfalls gesundheitlich eingeschränkt

und deshalb nur bedingt fähig, seine Ehefrau weiterhin adäquat zu unterstützen. Damit falle eine wichtige Unterstützung weg. Die Söhne der Beschwerdeführerin, welche inzwischen ausgezogen seien, hätten durch gesundheitliche Einschränkungen ebenfalls wenig Möglichkeiten, ihr zu helfen. Das Ehepaar unterstütze sich – wo es gehe – gegenseitig. Für einige Arbeiten brauche es unterdessen jedoch Hilfe und Unterstützung vom professionellen Helfernetz (S. 3).

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).

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). 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).

3.4 Mit unangefochten gebliebenem VGE IV/2022/554 (AB 168) ist im Zusammenhang mit dem beantragten Elektrorollstuhl eine Würdigung des MEDAS-Gutachtens (AB 128.1 ff.) erfolgt. Das Verwaltungsgericht erkannte den somatischen Teilgutachten (AB 128.3 ff.) vollen Beweiswert zu (AB 168 S. 14 ff. E. 3.4) mit dem Ergebnis, dass von keinen somatischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und keinen relevanten körperlichen Einschränkungen auszugehen war. Daran ändern die im Nachgang zum erwähnten Urteil eingereichten Akten nichts. Soweit der behandelnde Psychiater in seinem Bericht vom 4. Juli 2023 (BB 3) darlegt, es seien seit Dezember 2021 zusätzlich die somatischen Diagnosen eines Ehlers-Danlos-Syndroms, eines Charcot-Marie-Tooth-Gendefekts, einer Polyneuropathie sowie eines Chronic Fatigue Syndroms gestellt worden, vermag dieser den Beweiswert der somatischen Teilgutachten schon deshalb nicht zu erschüttern, weil er als Psychiater nicht über die hierfür notwendige fachärztliche Qualifikation verfügt (vgl. dazu Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. November 2021, 9C_458/2021, E. 3.3 mit Hinweisen). Fachärztliche Bestätigungen der angeblichen neuen Diagnosen liegen nicht in den Akten und auch die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin macht weder neue Diagnosen noch eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend. Vielmehr anerkennt sie implizit, dass den somatischen Teilgutachten Beweiswert zukommt, rügt sie beschwerdeweise doch einzig eine fehlerhafte Indikatorenprüfung. Im Übrigen wurden eine Fatigue sowie neuropathische Schmerzen bereits vor den gutachterlichen Untersuchungen (Ende 2021 bzw. Anfang 2022; AB 128.1 S. 5 Ziff. 2.1 ff.) diskutiert (vgl. AB 44 S. 1, 99 S. 6 und S. 16), jedoch vom neurologischen Experten nicht bestätigt (vgl. AB 128.5 S. 11 f. Ziff. 6.1 ff.), und die Verdachtsdiagnosen eines Ehlers-Danlos-Syndroms sowie eines Charcot-

Marie-Tooth-Gendefekts (AB 145 S. 10 ff.) bestanden bereits im Zeitpunkt des VGE IV/2022/554 und wurden vom Verwaltungsgericht entsprechend auch beachtet (AB 168 S. 16 f. E. 3.4.2). Demnach ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin an keiner (ausgewiesenen) somatischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit leidet, was von ihr denn auch nicht behauptet wird.

Hinsichtlich des psychiatrischen Teilgutachtens (AB 128.6) stellte das Verwaltungsgericht in VGE IV/2022/554 (AB 168) sodann fest, dass bei den nachvollziehbar erhobenen und dargestellten, im Wesentlichen unauffälligen objektivierbaren Befunden die vom Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % nicht nachvollziehbar sei. Der Gutachter stelle bei seinen Überlegungen zur daraus abzuleitenden Arbeits- und Leistungsfähigkeit unkritisch auf die Schilderungen der Beschwerdeführerin ab, ohne diese kritisch zu würdigen und ohne zu beachten, dass die somatisch orientierten Gutachter keine versicherungsmedizinisch relevanten Störungen hätten erheben können (AB 168 S. 18 E. 3.5.2). Sodann musste das Verwaltungsgericht nicht abschliessend beurteilen, ob die im ADHS-Auswertungsbericht vom 18. Juli 2022 (AB 137 S. 2 ff.) gestellte Diagnose einer ADHS (ICD-10 F90.0) zutrifft, da sich auch daraus offensichtlich keine Notwendigkeit für die Versorgung mit einem Elektrorollstuhl ableiten liess (AB 168 S. 19 E. 3.5.3). Dies ändert jedoch nichts daran, dass das Verwaltungsgericht dem psychiatrischen Teilgutachten (AB 128.6) hinsichtlich der objektiven Befunderhebung und der darauf basierenden diagnostischen Einschätzung grundsätzlich Beweiswert zuerkannte und dies in umfassender Prüfung vorliegend zu bestätigen ist. Die nach Erlass des VGE IV/2022/554 eingereichten medizinischen Unterlagen vermögen den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens nicht umzustossen. Soweit der behandelnde Psychiater bestätigt, es seien nach der gutachterlichen Untersuchung die Diagnosen einer ADHS sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung diagnostiziert worden (BB 3), ist festzuhalten, dass der begutachtende Psychiater diese Diagnosen nicht stellte, obwohl eine ADHS bzw. ein POS (Psycho-Organisches Syndrom) im Gutachten thematisiert (AB 128.6 S. 7 Ziff. 5 und S. 8 Ziff. 7.1) und rezidivierende kleinere Traumata in der Kindheit festgestellt wurden (AB 128 S. 7 Ziff. 7.1). Weder der behandelnde Psychiater noch eine andere Medizinalperson setzten

sich mit diesen Ausführungen des begutachtenden Psychiaters sowie der Tatsache auseinander, dass die Aufmerksamkeit während des ganzen Untersuchungsgesprächs gut war (AB 128.6 S. 6 Ziff. 4.3), und eine Begründung für die angebliche posttraumatische Belastungsstörung findet sich nicht. Sodann werden auch keine wichtigen Aspekte genannt, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, sodass die abweichende Einschätzung des Gutachten nicht in Frage zu stellen vermag (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang zudem, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte – wie vorliegend – lege artis vorgegangen ist (SVR 2020 IV Nr. 69 S. 241 E. 4.1, 2018 IV Nr. 77 S. 255 E. 6.3). Selbst wenn die Beschwerdeführerin jedoch seit ihrer Kindheit an einer ADHS leiden würde (vgl. hierzu AB 137 S. 2 ff.), wäre sie dadurch nicht massgebend in ihrer Erwerbstätigkeit eingeschränkt, schloss sie doch erfolgreich eine ..., eine Ausbildung zur ..., eine Ausbildung in ... sowie eine Ausbildung zur ... ab und arbeitete unter anderem mehrere Jahre als ... einer ... (AB 10 S. 2 f.). In Bezug auf die angeblich diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung ist sodann festzuhalten, dass die Rechtsprechung eine solche beweisrechtlich nur anerkennt, wenn sie nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere, Bedrohung oder katastrophentypischem Ausmass auftritt (SVR 2019 IV Nr. 83 S. 276 E. 4.1 mit Hinweisen). Ein solches Trauma ist vorliegend nicht ersichtlich und wird von der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin auch nicht vorgetragen. Was die vom psychiatrischen Gutachter genannten rezidivierenden kleineren Traumata in der Kindheit und Jugend (AB 128.6 S. 7 Ziff. 7.1) anbelangt, ist ausserdem anzufügen, dass Belastungsstörungen, welche erst Jahre oder gar Jahrzehnte nach dem angeschuldigten traumatisierenden Ereignis diagnostiziert werden, mangels schlüssiger Beweisbarkeit i.d.R. nicht bestätigt werden können (SVR 2014 IV Nr. 1 S. 2 E. 4.1.2 f. mit Hinweisen). Zudem erachtet die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters als schlüssig (Beschwerde S. 5) und bestätigt damit den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens (AB

128.6) hinsichtlich der Befunderhebung und der darauf basierenden diagnostischen Einschätzung.

3.5 Demnach bildet das MEDAS-Gutachten vom 3. Mai 2022 (AB 128.1 ff.) betreffend die objektive Befunderhebung und die diagnostische Beurteilung eine zuverlässige Grundlage für die rechtliche Würdigung des anspruchsrelevanten medizinischen Sachverhalts. Mithin sind als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine aktuell mittelgradig ausgeprägte depressive Episode mit umfangreichem somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) gestellt sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F45.4) als möglich erklärt.

Was die Arbeits- und Leistungsfähigkeit betrifft, erläuterten die Gutachter in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung, dass lediglich auf dem psychiatrischen Fachgebiet versicherungsmedizinisch relevante Diagnosen vorlägen. Diese bedingten eine reduzierte psychische Belastbarkeit der Explorandin und machten häufigere bzw. längere Erholungspausen notwendig (AB 128.1 S. 10 Ziff. 4.3). In der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % und in einer Verweistätigkeit von 50 % (AB 128.1 S. 12 Ziff. 4.7). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer Verweistätigkeit müssten die körperlichen Aspekte zwingend mitberücksichtigt werden. Etwas künstlich reduziert auf die psychiatrische Dimension wäre eine 50%ige Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch noch möglich. Wie sich diese allerdings konkret und praktisch umsetzen lasse, sei eine ganz andere Frage. Bereits das Verlassen des Hauses und das Zurücklegen eines längeren Weges sei nur möglich mit den Hilfsmitteln, die das Ehepaar selbst bezahlt habe. Dieser Umstand veranschauliche die praktischen Schwierigkeiten, wobei grundsätzlich natürlich jede Form der Arbeit auch zu sozialen Kontakten und einer tendenziellen Verbesserung der Depression führen dürfte. Ein Beginn von Integrationsmassnahmen in einer geschützten Werkstatt wäre dabei durchaus eine Option (AB 128.6 S. 10 Ziff. 8). Es ist nachfolgend (vgl. E. 4 hiernach) unter besonderer Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu depressiven Erkrankungen (vgl. BGE 148 V 49) zu prüfen, ob anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 der psychiatrisch attestierten Arbeits-

unfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit bzw. eine solche von 60 % in der angestammten Tätigkeit (AB 128.1 S. 12 Ziff. 4.7) auch aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast trägt (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416; vgl. E. 2.3.1 ff. hiervor).

4.

4.1 Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine aktuell mittelgradig ausgeprägte depressive Episode mit umfangreichem somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) gestellt sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F45.4) für möglich erklärt (AB 128.1 S. 9 f. Ziff. 4.2.1). Diesbezüglich sind auf der ersten Ebene (vgl. E. 2.3.2 hiervor) die klassifikatorischen Vorgaben erfüllt (vgl. hierzu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikationen psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 169 ff. und S. 233 f.). Während im internistischen, rheumatologisch-orthopädischen sowie psychiatrischen Teilgutachten Hinweise auf Aggravation oder Simulation verneint wurden (AB 128.3 S. 16 f. Ziff. 7.3.1, 128.4 S. 19 Ziff. 7.3.1, 128.6 S. 9 Ziff. 7.3), erwähnte der neurologische Gutachter Hinweise auf eine Verdeutlichungstendenz, da aus neurologischer Sicht ein Rollstuhl nicht notwendig sei (AB 128.5 S. 13 Ziff. 7.3.1), was jedoch keinen Ausschlussgrund im Sinne von BGE 131 V 49 darstellt. Es ist daher nachfolgend auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens vorzunehmen (vgl. E. 2.3.3 hiervor).

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

4.2.1 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 an-

hand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). In Bezug auf die Verhaltensbeobachtung legte der psychiatrische Sachverständige dar, die Beschwerdeführerin sei langsamen Schrittes sowie mit schwerfälligen Bewegungen ohne Rollstuhl und ohne Stöcke vom Wartebereich ins Besprechungszimmer gekommen. Sie habe die Sitzposition mehrfach verändert und intensive Schmerzen und Erleichterung durch Veränderung angegeben (AB 128.6 S. 6 Ziff. 4.1). Ausserdem führte er nebst unauffälligen Befunden an, im Bereich der Affekte sei die Beschwerdeführerin herabgestimmt, niedergeschlagen und enttäuscht über die ganze Entwicklung in ihrer Biografie. Eine gewisse depressive Gestimmtheit sei zu bestätigen. Zudem sei sie im formalen Denken stark auf ihre Defizite ausgerichtet, allerdings in einer durchaus nachvollziehbaren adäquaten Art und Weise (AB 128.6 S. 6 Ziff. 4.3). Es ergeben sich daher keine Anhaltspunkte, die eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde nahelegen, als den gestellten Diagnosen bereits inhärent sind (vgl. Entscheid des 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) und es kann nicht auf erhebliche Einschränkungen geschlossen werden.

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.). Die Beschwerdeführerin war vom 11. Mai bis 4. Juni 2020 sowie vom 19. März bis 9. April 2021 in stationärer und vom 4. August bis 16. Oktober 2020 in teilstationärer Behandlung in der Klinik H. _____ des Spitals G. _____ (AB 55 S. 3 ff., 58, 88). Im Übrigen geht aus den Akten hervor, dass sie neben der Betreuung durch die Psychiatrie-Spitex (BB 7) sowie regelmässiger Ergo- und Physiotherapie (AB 16, 128.3 S. 11 Ziff. 3.2.12, 128.4 S. 14 Ziff. 3.2.14; BB 5 f.) seit November 2019 eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, kombiniert mit einer antidepressiven Medikation (Cymbalta), erhält (AB 34 S. 2 ff., 99 S. 2 ff., 128.6 S. 9 Ziff. 7.2). Anfänglich fand die psychiatrische Behandlung ca. alle drei respektive zwei Wochen (AB 34 S. 2 Ziff. 1.2, 99 S. 4 Ziff. 7), im Zeitpunkt der Begutachtung jedoch nur noch „in mehrwöchigen Abständen“ (AB 128.6 S. 9 Ziff. 7.2), statt. Soweit sie sich zur Behandlung der posttraumatischen Belas-

tungsstörung zudem in psychologische Behandlung begeben hat (AB 167 S. 8; BB 3), ist anzumerken, dass eine posttraumatische Belastungsstörung vom Gutachter (zu Recht) nicht diagnostiziert wurde (vgl. E. 3.4 hiavor) und diese Therapie folglich nicht mitberücksichtigt werden kann. Überdies wurde diese Therapie lediglich rund neun Monate vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. Juni 2023 (AB 171) aufgenommen (AB 167 S. 8). In Bezug auf die Frage, ob die Therapie angepasst erfolgt ist, stützte sich der psychiatrische Gutachter unkritisch auf die Aussage der Beschwerdeführerin, wonach die Psychotherapie unter den gegebenen Umständen absolut adäquat erfolgt sei. Weder die Angabe, wonach häufigere Psychotherapie aufgrund der Kapazität des Psychiaters unmöglich gewesen sei, noch die angebliche familiäre Belastung, welche eine frühere stationäre Behandlung verunmöglicht habe (AB 128.6 S. 8 f. Ziff. 7.2), wurden vom begutachtenden Psychiater verifiziert. Jedenfalls Letzteres ist mit Blick darauf, dass die beiden angeblich von einer Autismus-Spektrums-Störung betroffenen Söhne (AB 34 S. 5 Ziff. 5, 132 S. 2) – denen es jedoch möglich war, die „normale“ Schule zu besuchen sowie eine Berufslehre im Bereich ... zu absolvieren, und die unterdessen verheiratet sind und nicht mehr bei der Beschwerdeführerin wohnen (AB 128.6 S. 3 Ziff. 3.2) – im Zeitpunkt der IV-Anmeldung im August 2019 (AB 1) bereits fast 22 Jahre alt waren, immerhin fraglich. Jedenfalls ergibt sich weder aus dem Gutachten noch den übrigen medizinischen Akten, dass die therapeutischen Optionen bisher ausgeschöpft wurden. Mithin liegt entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 6) keine ausgewiesene Behandlungsresistenz vor.

Was den Indikator Komorbiditäten (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) anbelangt, ist festzuhalten, dass sich der psychiatrische Gutachter dahingehend äusserte, dass bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die körperlichen Aspekte zwingend mitberücksichtigt werden müssten (AB 128.6 S. 10 Ziff. 8). Eine Wechselwirkung zwischen den psychischen und somatischen Diagnosen wird allerdings nicht postuliert und eine massgebende somatische Komorbidität besteht nicht, denn die Gutachter haben den somatischen Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (AB 128.1 S. 9 f. Ziff. 4.2.1 f.) oder ressourcenhemmende Wirkung beigemessen. Auch anderweitige Komorbiditäten sind nicht ersichtlich und werden von der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin nicht vorgetragen.

4.2.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter darlegte, die Beschreibungen der Beschwerdeführerin über ihren Schulalltag und das selbstschädigende Verhalten würden die Aufmerksamkeit Richtung POS und einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ lenken. Die beiden Aspekte liessen sich heute jedoch nicht mehr klar und eindeutig gesondert diagnostizieren, sondern verschmölzen mit den im Vordergrund stehenden Schmerzaspekten und der depressiven Dimension (AB 128.6 S. 8 Ziff. 7.1). Eine eigentliche Persönlichkeitsstörung wurde vom psychiatrischen Gutachter jedoch nicht diagnostiziert (vgl. AB 128.6 S. 7 Ziff. 6) und auch die von ihm erhobenen Untersuchungsbefunde (AB 128.6 S. 6 f. Ziff. 4.3) weisen nicht auf eine Persönlichkeitsstörung hin. Zudem sind den Akten keine Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass bei den früheren Arbeitsstellen grössere Schwierigkeiten bestanden. Auch anderweitige Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen sind nicht ausgewiesen. Vielmehr lebt die Beschwerdeführerin in einer langjährigen Beziehung (AB 128.6 S. 3 Ziff. 3.2). Vor diesem Hintergrund ist von weitgehend erhaltenen persönlichen Ressourcen auszugehen.

4.2.3 Der Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt keine Anhaltspunkte für eine gesundheitsbedingte Einschränkung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Während der psychiatrische Experte einen gewissen sozialen Rückzug festhielt (wobei offen blieb, ob dieser pandemiebedingt oder Folge der Beschwerden ist; AB 128.6 S. 6 Ziff. 4.3), führte der rheumatologisch-orthopädische Gutachter als Ressource eine umfassende soziale Integration der Beschwerdeführerin auf (AB 128.4 S. 13 Ziff. 3.2.13). Fest steht jedenfalls, dass eine weitgehend intakte familiäre Struktur besteht. So lebt die Beschwerdeführerin in einer langjährigen Ehe, ihre beiden verheirateten Söhne leben in ihrer näheren Umgebung und es besteht Kontakt zu ihrer Mutter (AB 128.6 S. 2 f. Ziff. 3.2). Trotz ihrer Aussage, kein Bedürfnis zu haben, mit Freundinnen zusammen zu sein (AB 128.6 S. 5 Ziff. 3.2), scheinen auch ausserfamiliäre Kontakte nicht vollständig abgebrochen worden zu sein. So wurde sie beispielsweise von einer Freundin zur internistischen Untersuchung gefahren (AB 128.3 S. 12 Ziff. 4.1). Überdies wurden durch die Ende 2021 gemachte ...-Ausbildung neue soziale Kontakte ermöglicht (AB 128.3 S. 9 Ziff. 3.2.7, 128.6 S. 5 Ziff.

3.2 und S. 8 Ziff. 7.1). Damit liegt kein (genereller bzw. alle Lebensbereiche betreffender) sozialer Rückzug vor. Vielmehr hält die soziale Einbettung durchaus mobilisierende Ressourcen bereit.

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

4.3.1 Betreffend den Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist festzuhalten, dass der psychiatrische Sachverständige keine Inkonsistenzen feststellte (AB 128.6 S. 9 Ziff. 7.3). Dem kann nicht gefolgt werden. Die Beschwerdeführerin füttert die Haustiere, geht mit den Hunden spazieren, macht kleinere Aktivitäten im Haus und Garten, kocht mit ihrem Ehemann zusammen, pflegt diverse Interessen und Freizeitbeschäftigungen (...), fährt kürzere Strecken mit dem Auto, war im Mai 2021 für zwei Wochen an der ..., schloss Ende 2021 eine ...-Ausbildung ab und machte sich damit (wenn auch in kleinem Pensum) selbstständig (AB 128.3 S. 9 Ziff. 3.2.7 und S. 10 f. Ziff. 3.2.12, 128.6 S. 5 Ziff. 3.2). Damit lassen sich die Freizeitaktivitäten und erhaltenen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin nicht mit der aus psychiatrischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit vereinbaren, wären diesfalls doch weitaus höhere Einschränkungen zu erwarten.

4.3.2 Schliesslich ist in Bezug auf den Indikator des behandlungs- und eingliederungsanamnestischen Leidensdrucks (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) und in diesem Zusammenhang die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin vom 11. Mai bis 4. Juni 2020 sowie vom 19. März bis 9. April 2021 in stationärer und vom 4. August bis 16. Oktober 2020 in teilstationärer Behandlung war (AB 55 S. 3 ff., 58, 88). Ausserdem ist sie in mehrwöchigen Abständen in ambulanter psychiatrischer Behandlung (inkl. antidepressiver Medikation; AB 128.6 S. 9 Ziff. 7.2), wird wöchentlich durch die Psychiatrie-Spitex betreut (BB 7) und geht in die Ergo- sowie Physiotherapie (AB 16, 128.3 S. 11 Ziff. 3.2.12, 128.4 S. 14 Ziff. 3.2.14; BB 5 f. [in Bezug auf die Behandlung der angeblichen posttraumatischen Belastungsstörung vgl. E. 4.2.1 hier- vor]). Mithin ist von einem gewissen Leidensdruck auszugehen. Gleichzeitig ist dessen Erheblichkeit jedoch insoweit zu relativieren, als die psychia-

trische Behandlung im Zeitpunkt der Begutachtung nur in mehrwöchigen Abständen stattfand (AB 128.6 S. 9 Ziff. 7.2) und erst nach der IV-Anmeldung im August 2019 (AB 1) aufgenommen worden war (vgl. AB 12 S. 2 unten, 34 S. 2 Ziff. 1.1).

4.4 Einzig der Indikator des behandlungs- und eingliederungsanamnestischen Leidensdrucks weist auf eine subjektiv erlebte Einschränkung hin (vgl. E. 4.3.2 hiervor). Die übrigen Indikatoren bzw. Komplexe sowie die Kategorie „Konsistenz“ stehen bei einer objektiven Würdigung der psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit von 60 % in der angestammten und von 50 % in einer angepassten Tätigkeit (AB 128.1 S. 12 Ziff. 4.7) entgegen. Mithin sind in der Gesamtbetrachtung die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens zu verneinen ist. In Bezug auf die hier massgebliche Diagnose der mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode korreliert diese Schlussfolgerung im Übrigen auch mit den höchstrichterlichen Grundsätzen zu derartigen Gesundheitsschädigungen leicht bis mittelgradiger Ausprägung (vgl. BGE 148 V 49), die nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten verlangt, die wie gezeigt jedoch gerade nicht vorliegen.

5.

Mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 8. Juni 2023 (AB 171) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht

kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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