

200 23 540 IV  
JAP/LUB/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 16. Januar 2024**

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Lüthi

**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 1972 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im August 2022 unter Hinweis auf Depressionen, eine Angststörung, eine Isolation und ein Trauma seit Februar 2011 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere veranlasste sie auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 21 f.) ein polydisziplinäres Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_\_, das am 25. April 2023 erstattet wurde (act. II 43.1). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 45) verneinte die IVB mit Verfügung vom 8. Juni 2023 bei einem in Anwendung der gemischten Methode (85 % Erwerb und 15 % Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad von 26 % einen Rentenanspruch (act. II 46).

### **B.**

Mit Eingabe vom 14. Juli 2023 erhob die Versicherte Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Neuberechnung des Invaliditätsgrades sowie die Zusprache einer Rente der IV. Zugleich ersuchte sie um unentgeltliche Rechtspflege.

Am 18. Juli 2023 leitete die Beschwerdegegnerin eine Eingabe der D.\_\_\_\_\_ AG vom 14. Juli 2023, in welcher sie die Interessenvertretung der Beschwerdeführerin anzeigte und vorsorglich "Einsprache" gegen die Verfügung vom 8. Juni 2023 erhob sowie um Fristerstreckung zur Begründung des Rechtsmittels ersuchte, zuständigkeitshalber an das Verwaltungsgericht weiter.

Mit prozessleitender Verfügung vom 19. Juli 2023 nahm der Instruktionsrichter die D.\_\_\_\_\_ AG als Vertretung der Beschwerdeführerin auf. Zugleich verfügte er unter Verweis, wonach die Beschwerdefrist nicht er-

streckbar sei und die Beschwerdeführerin bereits eine den Anforderungen genügende Beschwerde erhoben habe, dass es der Beschwerdeführerin bzw. ihrer Vertretung nach dem ersten Schriftenwechsel freistehen werde, die Beschwerdebegründung zu ergänzen bzw. im Rahmen einer Replik zur Beschwerdeantwort Stellung zu nehmen.

Mit Eingabe vom 14. August 2023 notifizierte Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ gegenüber dem Verwaltungsgericht die Interessenvertretung der Beschwerdeführerin, zog gleichzeitig das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück und beantragte die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels nach Eingang der Beschwerdeantwort.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 22. August 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 23. August 2023 wurde das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben und der Beschwerdeführerin die Möglichkeit eingeräumt, eine Replik einzureichen.

In der Replik vom 22. September 2023 hielt die Beschwerdeführerin am bisherigen Antrag der Aufhebung der angefochtenen Verfügung fest und stellte zusätzlich das Begehren, die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Anordnung, über die Ansprüche der Beschwerdeführerin nach erreichtem stabilem Gesundheitszustand, gestützt auf ein neu einzuholendes, verwaltungsexternes psychiatrisches Gutachten neu zu entscheiden.

Mit Duplik vom 20. Oktober 2023 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

## **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 (act. II 46). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der IV.

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

**2.2** 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).

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** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbe-

reich 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.

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

**3.1.1** Im Austrittsbericht der Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 1. November 2021 über die stationäre Behandlung vom 26. August bis 7. Oktober 2021 wurden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) gestellt (act. II 11/12).

Bescheinigt wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 26. August bis 31. Oktober 2021 (act. II 3/2).

**3.1.2** Im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste F.\_\_\_\_\_ vom 9. August 2022 über die teilstationäre Behandlung vom 2. Mai bis 12. August 2022 wurden als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere Episode (ICD-10 F33.2), und ein Status nach langjährigem Alkoholabusus, gegenwärtig abstinent, genannt (act. II 6/1). Im Verlauf der teilstationären Behandlung habe sowohl objektiv wie subjektiv keine Abnahme der hohen psychovegetativen Erregung (Hyperarousal) sowie der Durchschlafstörungen beobachtet werden können. Die Beschwerdeführerin habe jedoch angegeben, dass ihr die Behandlung grundsätzlich gut getan habe, auch wenn es ihr jeden Tag sehr schwer gefallen sei, am Programm teilzunehmen und sie keine merkliche Verbesserung der Symptome wahrgenommen habe (act. II 6/3).

**3.1.3** Dr. phil. G.\_\_\_\_\_, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, diagnostizierte im Bericht vom 7. Oktober 2022 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung, bestehend seit dem ... des Ehemannes (ICD-10 F43.1) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.20; act. II 18/4 Ziff. 2.5). Es bestehe seit dem 14. April 2021 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. II 18/2 Ziff. 1.3). Eine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei nicht möglich (act. II 18/4 Ziff. 2.7).

**3.1.4** Im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste E.\_\_\_\_\_ vom 28. Februar 2023 über die stationäre Behandlung vom 11. Januar bis 13. Februar 2023 (act. II 41/5) wurden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), ein Diabetes mellitus Typ 2, mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: als entgleist bezeichnet (ICD-10 E11.81), und eine Lumboischialgie erwähnt (act. II 41/5). Zusammengefasst habe eine Teilremission der depressiven Symptomatik und der diffusen Ängste erreicht werden können, sodass die Beschwerdeführerin im gegenseitigen Einvernehmen sowie frei von akuter

Selbst- und Fremdgefährdung ins ambulante Setting habe austreten können (act. II 41/8). Attestiert wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 11. Januar bis 26. Februar 2023 (act. II 41/9).

**3.1.5** Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS H.\_\_\_\_\_ vom 25. April 2023 (act. II 43.1) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine gemischt ängstlich-depressive Störung (ICD-10 F41.2) diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2), gegenwärtig abstinent, ein Diabetes mellitus Typ 2, tablettspflichtig (ED Februar 2021; ICD-10 E11.90), eine gastroösophageale Refluxkrankheit (ICD-10 K21.0), ein Zustand nach Gastritis Typ B (ICD-10 K29.9), der Verdacht auf Schlafapnoesyndrom (ICD-10 G47.31), ein Zustand nach Operation eines Tuboovarialabszess links September 2016 (ICD-10 N70.9), ein Nikotinabusus (ICD-10 Z72.0), eine Adipositas, BMI 38.2 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.09), und ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit rezidivierenden Lumboischialgien (pseudoradikulär; ICD-10 M54.4; act. II 43.1/5 f. Ziff. 4.3).

Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, führte im psychiatrischen Teilgutachten aus, die Beschwerdeführerin habe jahrelang einen Äthylismus betrieben, sei aber seit mehreren Jahren glaubhaft abstinent. Weiter habe sich eine gemischt ängstlich-depressive Störung entwickelt, welche zeitweilig wohl auch das Ausmass einer zumindest mittelschweren depressiven Episode angenommen habe. Ferner sei die Angstsymptomatik in der Vergangenheit als mögliche posttraumatische Belastungsstörung interpretiert worden. Nach den aktuell erhobenen Befunden könne aber weder das Bild einer schweren depressiven Episode, noch das Bild einer posttraumatischen Belastungsstörung bestätigt werden (act. II 43.3/15 Ziff. 7.1). Die Beschwerdeführerin beschreibe sich als leistungsunfähig. Sie sei aber auf der Basis des erhobenen psychopathologischen Befundes durchaus in der Lage, sich an Regeln und Routinen anzupassen, weise eine ausreichende Umstellungsfähigkeit auf und sei auch in der Lage, erworbenes Wissen anzuwenden. Die Planung und Strukturierung von Aufgaben falle ihr allerdings schwer, wobei indes auch die fehlende Schulbildung zu berücksichtigen sei. Sie sei zu Spontanaktivitäten in der Lage. Die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit

seien reduziert, ebenso die Selbstbehauptungsfähigkeit. In der Interaktions- und Kontaktfähigkeit mit Dritten bestünden aber durchaus, trotz der von ihr geschilderten Ängste, Ressourcen. Dies gelte auch für die Gruppenfähigkeit. Die Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen erscheine nach den langjährigen, traumatischen Erlebnissen in einer früheren Ehe eingeschränkt. In den Bereichen Selbstpflege und -versorgung, Mobilität und Verkehrsfähigkeit bestünden ausreichende Ressourcen. Sie sei daher in der Lage, mit den ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen einfache Tätigkeiten mit geringer Verantwortung, möglichst gut vorstrukturiert und ohne besondere Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszuüben (act. II 43.3/15 Ziff. 7.2). Retrospektiv betrachtet, sei sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit – abgesehen von den Zeiten stationärer bzw. teilstationärer psychiatrischer Behandlung – eine Arbeitsfähigkeit von 70 % seit November 2020 ausgewiesen (act. 43.3/16 f. Ziff. 8).

Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erwähnte im internistischen Teilgutachten, internistische Erkrankungen, die versicherungsmedizinisch relevant seien, lägen nicht vor (act. II 43.4/6 Ziff. 6.1).

Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten fest, es bestehe eine tieflumbale Schmerzhaftigkeit mit einer Einschränkung der körperlichen Arbeitsschwere. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg unter Vermeidung von Zwangshaltungen (Vorbeuge) und von Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen wie Kälte, Hitze, Nässe und Zugluft durchzuführen. Die Arbeitsfähigkeit betrage sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit 100 %. Es ergäben sich aktuell und retrospektiv keine Anhaltspunkte für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 43.5/10 Ziff. 7 und 8).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, es hätten sich insbesondere aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht Inkonsistenzen in der Beschwerdeschilderung und den erhobenen Befunden ergeben. Insoweit seien die geschilderten Einschränkungen im Aktivitätsniveau des Alltags und der vorgetragenen Beschwerden nicht vollum-

fänglich nachvollziehbar und plausibel. Auch stehe der Nachweis der Medikation, lediglich in Spuren und zum Teil unter der Nachweisbarkeitsgrenze, im Kontrast zu der angegebenen aussergewöhnlichen Schmerzempfindung, auch wenn der nachgewiesene Spiegel bei dem von der Beschwerdeführerin eingeräumten Intervall die niedrigen Spiegel nicht gänzlich unplausibel erscheinen lasse. Es wäre zu erwarten gewesen, dass bei dem angegebenen hohen Schmerzniveau doch Analgetika in engmaschigerem Rhythmus eingenommen worden wären, zumal die Beschwerdeführerin angegeben habe, auf die Analgetika-Medikation angewiesen zu sein, um ihr Leben erträglich zu machen (act. II 43.1/6 Ziff. 4.3). Die Beschwerdeführerin sei in der Lage körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis maximal 15 kg unter Vermeidung von körperlicher Zwangshaltung und von Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen wie Kälte, Hitze, Nässe und Zugluft durchzuführen. Sie könne nur Tätigkeiten einfacher geistiger Natur verrichten, welche ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand entsprächen. Die Tätigkeiten sollten möglichst gut vorstrukturiert sein und keine besonderen Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit stellen. Die Teilarbeitsunfähigkeit ergebe sich lediglich aus der psychischen Störung (act. II 43.1/7 Ziff. 4.5). In der zuletzt ausgeübten (angegebene Arbeit als .../...) sowie in einer angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 70 % bzw. Arbeitsunfähigkeit 30 % bezogen auf ein Vollpensum. Retrospektiv sei abgesehen von Zeiten stationärer bzw. teilstationärer psychiatrischer Behandlung eine Arbeitsfähigkeit in dieser Grössenordnung seit November 2020 (erstmalig erwähnte Depression) ausgewiesen (act. II 43.1/7 f. Ziff. 4.6 f.).

**3.1.6** In dem als Beschwerde gegen die IV-Verfügung vom 8. Juni 2023 bezeichneten Bericht der psychiatrischen Dienste F. \_\_\_\_\_ vom 10. Juli 2023 stellte Dr. med. L. \_\_\_\_\_, stellvertretender Oberarzt, als Hauptdiagnosen nach ICD-10 eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere Episode ohne Symptome einer Psychose (ICD-10 F33.2), und eine psychische- und Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeitserkrankung, aktuell Vollremission, im Rahmen einer fehlgeleiteten Selbstmedikation mit/bei Traumafolgestörung (ICD-10 F10.2) bzw. nach ICD-11 eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-11 6B41), eine rezidivierende Depression,

aktuell schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-11 6A71.3), und eine Alkoholabhängigkeit, frühe Vollremission (ICD-11 6C40.22), als Bestandteil der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 1/3). Aus unerklärlichen Gründen seien die Diagnosen, welche im Rahmen des teilstationären Settings der psychiatrischen Dienste F.\_\_\_\_\_ sowie zweier stationärer Aufenthalte in der Klinik E.\_\_\_\_\_ gestellt und von den psychiatrischen Diensten F.\_\_\_\_\_ im Austrittsbericht bestätigt worden seien, im Gutachten nicht beachtet worden. Der Symptomkomplex um die Beschwerdeführerin sei mehrfach durch die Fachkliniken im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung sowie der rezidivierenden Depression interpretiert worden. Es sei klar ersichtlich, dass nach dem Austritt aus dem tagesstationären Setting die Ängste, Ein- und Durchschlaf- sowie Konzentrationsstörungen, Antriebsschwierigkeiten sowie Freud- und Interessenverlust erneut progredient gewesen seien, um im Rahmen der rezidivierend auftretenden Depression verstanden zu werden. Hinzu komme, dass im Rahmen des ... am Ex-Ehemann im Jahre ... durch dessen früheren ..., welchen die Beschwerdeführerin ebenfalls gut gekannt habe, es zur Traumatisierung mit Chronifizierung gekommen sei. Dieser sei mit der Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung Rechnung getragen worden. Aufgrund des im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung auftretenden stark ausgeprägten Vermeidungsverhaltens, verlasse die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren die Wohnung nur in Begleitung eines ihrer Kinder oder Angehörigen von Therapieeinrichtungen. Vor dem Hintergrund der langjährigen, anhaltenden Traumatisierung (sexuelle, physische sowie psychische Gewalt) könne nach dem ICD-11 die Diagnose einer komplexen Traumafolgestörung (ICD-11 6B41) gestellt werden. Da das MRI des Schädels keine Hinweise für eine Hirnatrophie, keine strukturellen Auffälligkeiten, Entzündungen oder Läsionen gezeigt habe, seien die Gedächtnisstörungen im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung zu interpretieren. Der aktuellen Hospitalisation gehe die Information des ... des ... des Ehemannes voraus, wobei die Beschwerdeführerin eine massive Krise mit klar depressiven Symptomen erlebt habe. Im Beisein von Fachpersonen oder der Kinder sei die Beschwerdeführerin rasch "beruhigbar", offen und freundlich und könne gut über ihre Ängste sprechen. Dieser Umstand habe den Gutachter vermutlich fälschlicherweise zum Stellen der im Gutachten

festgehaltenen Diagnosen veranlasst und nicht im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung (act. I 1/2).

**3.1.7** In dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste F.\_\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2023 über die stationäre Behandlung vom 15. Mai bis 27. Juli 2023 bestätigte Dr. med. L.\_\_\_\_\_ die im als Beschwerde bezeichneten Bericht der psychiatrischen Dienste F.\_\_\_\_\_ vom 10. Juli 2023 genannten Diagnosen (Akten der Beschwerdeführerin [act. IA] 2/1).

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

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

**3.3** Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS H.\_\_\_\_\_ vom 25. April 2023 (act. II 43.1) – basierend auf einer psychiatrischen (act. II 43.3), allgemein-internistischen (act. II 43.4) und orthopädisch-traumatologischen Untersuchung (act. II 43.5) – erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor). Die darin enthalte-

nen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (vgl. act. II 43.1). Dem Gutachten (inkl. Teilgutachten) kommt damit voller Beweiswert zu, so dass darauf abzustellen ist. Daran vermögen die beschwerdeführerischen Vorbringen nichts zu ändern.

**3.3.1** Dass sich die attestierte Gesamtarbeitsunfähigkeit allein aus der psychischen Störung ergibt (act. II 43.1/7 Ziff. 4.5) und die körperbezogenen Beschwerden nicht invalidisierend wirken, ist mit Blick auf die überzeugenden Schlussfolgerungen in den internistischen und orthopädischen Teilgutachten (act. II 43.4 f.) zwischen den Parteien zu Recht unbestritten.

**3.3.2** In der psychiatrischen Expertise (act. II 43.3) leitete Dr. med. I. \_\_\_\_\_ die Diagnose einer gemischt ängstlich-depressiven Störung (ICD-10 F41.2; act. II 43.3/14 Ziff. 6.3) anhand der erhobenen Anamnese und klinischen Befunde nachvollziehbar und überzeugend her (act. II 43.3/13 f. Ziff. 6.2). Die in der Stellungnahme der psychiatrischen Dienste F. \_\_\_\_\_ vom 10. Juli 2023 (act. II) daran geäußerte Kritik verfängt nicht.

Vorab ist der stellvertretende Oberarzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ im Medizinalberuferegister ohne Facharztstitel verzeichnet (act. I 1/4; vgl. <www.medregom.admin.ch>) und er hat einen eigentlichen Rollenwechsel vom behandelnden Arzt zum Parteivertreter vollzogen (vgl. auch Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 7). Die Stellungnahme wurde als "Beschwerde" betitelt und beantragt, die angefochtene Verfügung sei zu reevaluierten (act. I 1/1 f.). Damit ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen, was sich beweiskraftmindernd auf die Ausführungen des Ober-

arztes auswirkt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 18. Dezember 2019, 8C\_695/2019, E. 4.3).

Sodann sind dessen Ausführungen auch inhaltlich nicht geeignet, den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens zu erschüttern (Replik S. 2 Ziff. 2.2). Der Sachverständige orientierte sich sehr wohl an den massgebenden diagnostischen Kriterien (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 199 f.), setzte sich eingehend mit den divergierenden Diagnosen der behandelnden Ärzte auseinander und zeigte im Rahmen seiner differentialdiagnostischen Überlegungen schlüssig auf, dass – nebst der posttraumatischen Belastungsstörung – insbesondere auch weder eine eigentliche depressive Störung noch eine Angststörung vorlagen (act. II 43.3/13 f.). So führte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ betreffend die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nachvollziehbar aus, dass kein traumatisches Ereignis vorliege, weil die Beschwerdeführerin weder dem Ereignis direkt ausgesetzt gewesen sei noch als Augenzeugin beigewohnt habe; sie habe über ein Telefonat vom ... erfahren und sei zu diesem Zeitpunkt bereits seit mehreren Jahren von ihrem Ex-Ehemann getrennt bzw. geschieden gewesen. Auch das weitere Kriterium des wiederkehrenden Wiedererlebens des traumatischen Ereignisses mit entsprechenden dissoziativen Reaktionen oder traumatischen Albträumen, deren Inhalt in engem Kontext mit dem traumatischen Ereignis stehe, könne nicht bestätigt werden und es mangle auch an anerkannten physiologischen Reaktionen der Beschwerdeführerin, wenn sie mit dem ... des Ex-Ehemannes und den damaligen Umständen konfrontiert werde. Auch ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten traumaassoziierter externer Reize, Gedanken und Gefühle könne nicht bestätigt werden und die Angabe der Beschwerdeführerin, sie schaue in ihrer Freizeit gerne Horrorfilme, stehe ebenfalls in einem Kontrast zu etwaigem Vermeidungsverhalten (act. II 43.3/13 Ziff. 6.2; vgl. auch a.a.O. DILLING et al., S. 207 f.). Diese Einschätzung korreliert denn auch mit der einschlägigen bundesgerichtlichen Rechtsprechung. Eine posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1 (auch in der 2022 geltenden Fassung) setzt voraus, dass sie mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten nach einem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder

katastrophenartigem Ausmass auftritt, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren können die Schwelle zur Entwicklung dieses Syndroms zwar senken und den Verlauf erschweren, sind aber weder notwendig noch ausreichend, um dessen Auftreten erklären zu können (Entscheid des BGer vom 26. Juni 2013, 9C\_228/2013, E. 4.1.2). Eine weniger einschränkende Formulierung des Belastungskriteriums und damit die Berücksichtigung von Ereignissen, die weder eine aussergewöhnliche Bedrohung noch eine Katastrophe darstellen, dennoch aber im Erleben einer versicherten Person eine "Traumatisierung" auslösen können, mag therapeutisch Sinn machen. Hingegen verlangt die Leistungsberechtigung in der Invalidenversicherung zwangsläufig eine gewisse Objektivierung, weshalb solche Konstellationen ausser Betracht bleiben müssen (Entscheid des BGer vom 19. Mai 2014, 9C\_39/2014, E. 4.3, und 9C\_228/2013, E. 4.1.3). Zum Ausschluss einer schweren depressiven Störung legte der psychiatrische Experte dar, dass die Beschwerdeführerin zwar eine depressive Stimmungslage zeige, sie aber darin nicht vollständig gefangen sei. Ein vollständiger Interesse- und Freudverlust sowie ein dokumentierter, verminderter Antrieb konnte er nicht feststellen (act. II 43.3/9 Ziff. 4.3 und /13 Ziff. 6.2), womit der Ausschluss überzeugt (vgl. a.a.O. DILLING et al., S. 169 ff.). Ebenso überzeugt, dass die von der Beschwerdeführerin geschilderten Ängste, welche mit nur mässiger vegetativer Stigmatisierung vorgetragen wurden, gutachterlich im Rahmen der gemischt ängstlich-depressiven Störung eingeordnet wurden (act. II 43.3/13 Ziff. 6.2; vgl. a.a.O. DILLING et al., S. 199). Unter diesen Umständen kann von einer "Fehldiagnose" somit keine Rede sein (Replik S. 1 Ziff. 2.1). Dies auch vor dem Hintergrund, dass es bei der Beweiswürdigung zu beachten gilt, 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 der Fall – lege artis vorgegangen ist (BGE 145 V 361 E. 4.1.2 S. 365).

Des Weiteren stellt die Begutachtung auch keine Momentaufnahme dar (Replik S. 2 Ziff. 2.3), stützte sich der Sachverständige doch nicht allein auf die Erkenntnisse aus dem klinischen Explorationsgespräch, er bezog viel-

mehr auch die medizinischen Vorakten sowie die erhobene Anamnese mit ein (act. II 43.3/2 ff. Ziff. 3 f., /12 ff Ziff. 6.2.).

Ebenso wenig vermag der ins Recht gelegte Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste F.\_\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2023 (act. IA 2) etwas zu ändern. Mit den nunmehr nach ICD-11 statt ICD-10 gestellten Diagnosen (6B41 ≈ F43.1; 6A71.3 ≈ F33.2) setzte sich Dr. med. I.\_\_\_\_\_ bereits auseinander (act. II 43.3/12 ff. Ziff. 6.2). Zudem musste die bevorstehende ... des ... des ... am Ex-Ehegatten der Beschwerdeführerin aus dem ... für die Beschwerdeführerin bereits während der Begutachtung voraussehbar sein und ihre Furcht vor etwaigen diesbezüglichen Bedrohungen wurden im Gutachten ebenfalls bereits berücksichtigt (act. II 43.3/8 f. Ziff. 4.3). Selbst wenn eine nach der Begutachtung Anfang Mai 2023 (Information eine Woche vor Eintritt in die psychiatrischen Dienste F.\_\_\_\_\_; act. IA 2/1) eingetretene Gesundheitsverschlechterung ausgewiesen wäre (Replik S. 3 Ziff. 3), könnte sie erst nach drei Monaten berücksichtigt werden (vgl. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]), womit sie ausserhalb des bis zum 8. Juni 2023 (act. II 46) reichenden gerichtlichen Überprüfungshorizonts läge (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140).

**3.4** Der medizinische Sachverhalt erweist sich damit als rechtsgenügend abgeklärt. Weitere Sachverhaltserhebungen erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung (Replik S. 3 Ziff. 4; vgl. hierzu 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 das beweiskräftige polydisziplinäre Gutachten der MEDAS H.\_\_\_\_\_ vom 25. April 2023 (Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung [act. II 43.1] inkl. Teilgutachten [act. II 43.3-5]) steht damit fest, dass in der zuletzt ausgeübten sowie einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bzw. Arbeitsunfähigkeit von 30 % seit November 2020 (ausgenommen der Zeiten der stationären bzw. teilstationären Aufenthalte) besteht. Angesichts dieser ausgewiesenen Arbeitsfähigkeit erübrigt sich vorliegend die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach Massgabe von BGE 141 V 281 und 143 V 209 trotz Hinweisen auf Aggravation und Inkonsistenzen, insbesondere auch dem überzeugenden Hin-

weis der Gutachter auf die passive Entpflichtungs- und Versorgungswünsche der Beschwerdeführerin (act. II 43.1/5 Ziff. 4.2, 4.8). Denn unabhängig davon, ob auch aus rechtlicher Sicht von einem invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden mit Krankheitswert auszugehen und folglich auf die medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % abzustellen ist, resultiert kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (vgl. E. 4 hiernach).

#### **4.**

**4.1** Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, der Invaliditätsgrad für diesen Teil nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird der Invaliditätsgrad für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen.

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

**4.2.1** Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Unterlag das in den letzten Jahren vor Eintritt der Invalidität erzielte Erwerbseinkommen starken Schwankungen, so wird auf ein ange-

messenes Durchschnittseinkommen abgestellt (Art. 26 Abs. 1 IVV). Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV).

**4.2.2** Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Bei versicherten Personen nach Art. 26 Abs. 6 IVV sind in Abweichung von Art. 25 Abs. 3 IVV geschlechtsunabhängige Werte zu verwenden (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV). Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1<sup>bis</sup> IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung).

**4.2.3** Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV).

**4.3** Gemäss Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 1 IVV werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen die Invaliditätsgrade in Bezug auf die Erwerbstätigkeit (lit. a) und in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich (lit. b) zusammengezählt. Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit wird gemäss Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV das Einkommen ohne Invalidität auf eine Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % entspricht, hochgerechnet (lit. a), das Einkommen

mit Invalidität auf der Basis einer Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % entspricht, berechnet und entsprechend an die massgebliche funktionelle Leistungsfähigkeit angepasst (lit. b) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrades, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (lit. c). Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird nach Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt (lit. a) und der Anteil nach lit. a anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Abs. 2 lit. c und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Abs. 3 lit. b).

**4.4** Die Beschwerdegegnerin hat die Invaliditätsbemessung dergestalt vorgenommen, als sie in Anwendung der gemischten Methode – ausgehend von einem Status von 85 % Erwerb und 15 % Haushalt – im Bereich Erwerb beim Einkommensvergleich das Validen- und das Invalideneinkommen auf der Grundlage des gleichen Tabellenlohns gemäss Tabelle TA1 der LSE 2020, Totalwert, Kompetenzniveau 1, Frauen, unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bestimmte, und daraus einen Invaliditätsgrad von 30 % bzw. gewichtet 25.5 % ( $30 \% \times 0.85$ ) ermittelte, sowie im Bereich Haushalt von keiner (zusätzlich) rentenbegründenden Einschränkung ausging (act. II 46/1 f.).

Dieser Invaliditätsbemessung wird seitens der Beschwerdeführerin nicht widersprochen und gibt zu keinen Beanstandungen Anlass. Die Beschwerdeführerin gab anlässlich des Erstgesprächs gegenüber der Verwaltung an, dass sie im Gesundheitsfall im Umfang von 80 bis 90 % eine Erwerbstätigkeit ausüben würde (act. 12/2 Bst. b). Der festgelegte Status mit einem Anteil von 85 % Erwerb (Mittelwert; und 15 % Haushalt) ist damit nicht zu beanstanden. Dies zumal auch einerseits die Beschwerdeführerin gemäss ihrer Angabe, bestätigt durch den Auszug aus dem individuellen Konto (act. II 2), vor Eintritt des Gesundheitsschadens nicht bzw. höchstens sehr niederschwellig erwerbstätig war (act. II 12/2 Bst. a) und andererseits die Kinder seit Jahren nur noch einer geringen Betreuung bedürfen und inzwischen volljährig sind (act. II 1/4 Ziff. 3). Der Invaliditätsgrad ist folglich an-

hand der gemischten Methode zu berechnen. Ebenso wenig ist beim Einkommensvergleich das Abstellen auf denselben Tabellenlohn von Tabelle TA1 bei Validen- und Invalideneinkommen zu beanstanden, da die Beschwerdeführerin über keine berufliche Ausbildung verfügt und ihre letzte Anstellung schon etliche Jahre zurückliegt (act. II 1/7 f. Ziff. 5.3 f., 2/4, 12/1), während sie ihre zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht verwertet. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad (im Erwerbsbereich) dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (in BGE 148 V 321 nicht publ. E. 6.2 des Entscheids des BGer vom 27. Juni 2022, 8C\_104/2021), vorliegend somit 30 % bzw. gewichtet 25.5 % (vgl. E. 3.4 hiervor). In Anbetracht des gutachterlich formulierten Leistungsprofils, der freien Zeiteinteilung sowie unter Berücksichtigung der Schadenminderung in Form der Mithilfe der in der gleichen Wohnung lebenden (jüngsten) Tochter (act. II 43.3/6; vgl. Rz. 3613 f des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228), welche weitergeht als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung (BGE 133 V 504 E. 4.2 S. 509), bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die diagnostizierten Leiden im Haushalt rentenrelevant auswirken, was beschwerdeweise auch nicht moniert wird. Bei einer gewichteten Einschränkung von 25.5 % im erwerblichen Bereich und 0 % im Haushaltsbereich besteht bei einem Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 26 % (zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123) demnach kein Rentenanspruch (vgl. E. 2.3 hiervor).

## 5.

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 8. Juni 2023 (act. II 46) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

**6.**

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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

**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 (samt ...-Austrittsbericht vom 6. Oktober 2023 [act. IA 2])
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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