

200 23 618 IV
SCI/LUB/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. Dezember 2023

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch B. _____ AG, Rechtsanwältin C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. Juli 2023



Sachverhalt:

A.

Die 1961 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), von Beruf ... und in dieser Funktion bis zu ihrer Kündigung per 31. Juli 2021 während Jahren in einem Teilzeitpensum angestellt, meldete sich im August 2021 unter Hinweis auf eine rezidivierende Depression seit dem Jahr 2006 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1, 15). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere holte sie die Akten der Krankentaggeldversicherung (act. II 13, 23) sowie Berichte der behandelnden Ärzte ein (act. II 10, 26) und veranlasste auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 29) ein psychiatrisches Gutachten, das am 8. Mai 2023 erstattet wurde (act. II 40). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 42, 48) verneinte die IVB mit Verfügung vom 6. Juli 2023 den Anspruch auf Leistungen der IV, da kein Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne bestehe (act. II 49).

B.

Mit Eingabe vom 5. September 2023 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin C. _____, Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Bern vom 6. Juli 2023 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei ab 1. Februar 2022 eine IV-Rente in gesetzlicher Höhe zuzusprechen.
3. Eventualiter zu Ziff. 2: Die Angelegenheit sei an die IV-Stelle zurückzuweisen und die IV-Stelle sei anzuweisen, weitere medizinische Abklärungen unter Wahrung der Parteirechte zu veranlassen (allenfalls unter externer medizinischer Begutachtung) und danach neu über den Rentenanspruch zu verfügen.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

Mit Beschwerdeantwort vom 2. Oktober 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf 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 6. Juli 2023 (act. II 49), mit welcher der Anspruch auf Leistungen der IV verneint wurde.

Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist das Rechtsverhältnis, welches – im Rahmen des durch die Verfügung bestimmten Anfechtungsgegenstandes – den aufgrund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bildet. Anfechtungs- und Streitgegenstand sind danach identisch, wenn die

Verwaltungsverfügung insgesamt angefochten wird (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 165; SVR 2010 BVG Nr. 14 S. 56 E. 4.1). Bezieht sich die Beschwerde nur auf einzelne der durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisse, gehören die nicht beanstandeten – verfügungsweise festgelegten – Rechtsverhältnisse zwar wohl zum Anfechtungs-, aber nicht zum Streitgegenstand (BGE 125 V 413 E. 2a S. 415). So wie die versicherte Person sich mit einer Verfügung durch Nichtanfechtung abfinden kann, so steht ihr auch die Befugnis zu, nur einzelne der verfügungsweise geregelten Rechtsverhältnisse durch Beschwerde richterlich überprüfen zu lassen (BGE 118 V 311 E. 3b S. 314). Den Parteianträgen kommt entsprechend dem Verfügungsgrundsatz für die Festlegung des Streitgegenstandes vorrangige Bedeutung zu. Die Beschwerdeführerin hat den Streitgegenstand beschwerdeweise auf die Rentenfrage beschränkt (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I 2), so dass vorliegend einzig der Rentenanspruch zu prüfen ist. Dies ergibt sich aus dem Rechtsbegehren; nichts Anderes ist der Begründung der Beschwerde zu entnehmen.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV [WE IV]) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) 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). Zwar hat sich die Beschwerdeführerin im August 2021 und damit vor Inkrafttreten der WE IV bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbe-

zug angemeldet (act. II 1). Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs – unter Berücksichtigung sowohl des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (attestierter Arbeitsunfähigkeit ab Februar 2021; act. II 13.2, 23.4, 26/2) als auch der Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (Anmeldung vom August 2022; act. II 1) – nach dem 1. Januar 2022, weshalb die diesbezüglichen Bestimmungen des IVG, des ATSG und der IVV in der ab dem 1. Januar 2022 gültigen Fassung Anwendung finden (vgl. Rz. 9100 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

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

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

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).

2.4 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

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

3.1.1 Im Austrittsbericht Psychosomatik der Klinik D._____ vom 3. Mai 2021 über die Behandlung vom 11. März bis 28. April 2021 wurden

als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine Hypercholesterinämie (ED 12. März 2021), eine substituierte Hypothyreose, eine leichte Dranginkontinenz und ein Status nach Unfällen 2016 und 2017 mit diversen Frakturen an den oberen Extremitäten erwähnt (act. II 10/4). Mit Stabilisierung des Zustandes habe die medikamentöse Behandlung (Escitalopram, Mirtazapin) im Verlauf schrittweise reduziert werden können. Unter der Therapie sei es zu einer Verbesserung der Symptomatik gekommen. Die Klinik habe einen beruflichen Wechsel unterstützt, so dass sich die Beschwerdeführerin entschlossen habe, ihre bisherige und langjährige Stelle zu kündigen. Noch während des Aufenthaltes habe sie in einer hospitieren können und die Zusage für diese neue Stelle erhalten. Das Wegfallen der Belastung durch die überfordernde Stelle habe eine grosse Erleichterung gebracht. Allerdings sei kurz vor Austritt nochmals die in den letzten Jahren angestaute Wut und Verzweiflung ins Bewusstsein gekommen mit einem intensiven Gefühl des "sich-alleine-gelassen Fühlens" während der langen Jahre andauernden Überforderung im Beruf mit resultierender Depression und Erschöpfung (act. II 10/6). Als weiteres Prozedere wurden das Weiterführen der psychotherapeutischen Behandlung, eine Krankschreibung zu 100 % für 14 Tage und der berufliche Wiedereinstieg/Neubeginn im August 2021 an einer mit einem Pensum von 50 % aufgeführt (act. II 10/7).

3.1.2 Im Bericht vom 8. September 2021 zuhanden des Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, F._____, ..., diagnostizierte die ambulant behandelnde Dr. med. G._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10 F33.1 = Diagnosecode für mittelgradige Episode; act. II 21/2). Es zeige sich wiederholt ein sehr ähnliches Muster. Wenn sich die Beschwerdeführerin nach einer Remission der depressiven Symptomatik jeweils wieder aufgefangen gehabt habe, habe sie sich nebst der beruflichen Arbeit erneut in vielerlei soziale und sportliche Aktivitäten gestürzt, habe zu Projekten angeregt und habe sich dann bald einmal spürbar besser, selbstwirksam und wieder zuversichtlich gefühlt. Therapiegespräche habe sie dann nur noch in grossen Abständen gewünscht. Bei Verschlechterung der Symptomatik oder zu Beginn von eigentlichen depressiven Episoden habe sie zuerst meist die

Anpassung bzw. Erhöhung der psychotropen Medikation gewünscht. Die aktuelle depressive Symptomatik habe nach der Wahrnehmung der Beschwerdeführerin mit dem Start des ... 2020 und der Anpassung der Medikation begonnen. Ab Januar 2021 sei sie dann häufiger vorstellig geworden. Zu diesem Zeitpunkt sei sie bereits derart erschöpft und die depressive Symptomatik so ausgeprägt gewesen, dass ab Februar 2021 eine vollständige Krankschreibung unumgänglich gewesen sei. In der Klinik D._____ scheine sich die Beschwerdeführerin schnell erholt zu haben und sie habe dann den folgenschweren Entscheid getroffen, ihre Anstellung zu kündigen. Nach Klinikaustritt habe für kurze Zeit subjektiv eine sehr gute Zeit bestanden. Bereits im Anschluss an den ersten "Schnuppertag" an einer ... im Juni 2021 habe sich die Beschwerdeführerin erneut sehr erschöpft und zunehmend verängstigt und verunsichert gefühlt. Von da an habe sich ihr Zustand rapide verschlechtert (act. II 21/3). Zwar verfüge die Beschwerdeführerin über viele Ressourcen und werde sich auch wieder erholen können, doch falle es ihr schwer, sich mit den für sie problematischen Themen und Bewältigungsstrategien auseinanderzusetzen und sich selber als gesundheitlich verletzlich wahrzunehmen. Aufgrund des beschriebenen wiederkehrenden Musters sei davon auszugehen, dass sie sich auch unter erneuten Belastungen und während der beruflichen Neuorientierung stark verausgaben könnte. Es sei deshalb von einer noch länger andauernden, vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Die Ferienfähigkeit sei insofern gegeben, als die Beschwerdeführerin glaubhaft versichert habe, sie kenne den Ort und habe sich dort immer sehr wohl gefühlt und sich jeweils gut erholt (act. II 21/4).

3.1.3 In der für die Krankentaggeldversicherung erstellten Kurzbeurteilung des Dr. med. H._____, F._____ ..., vom 14. September 2021 wurde als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.21) genannt. Grundsätzlich sei die Ferienfähigkeit gegeben, jedoch sei damit zu rechnen, dass kein Erholungseffekt eintrete. Es bestehe ein protrahierter Behandlungsverlauf und ein hoher Schweregrad der depressiven Symptomatik. Die Intervention im stationären Bereich in der Klinik D._____ scheine im Nachhinein keine nachhaltige Besserung bewirkt zu haben. Es könne noch mit einer Besserung gerechnet werden. Die bis-

herigen depressiven Episoden hätten eine Vollremission gezeigt. Aktuell sei nach acht Monaten weiterhin eine schwergradige Episode zu konstatieren. Es sei mit einer längeren Arbeitsunfähigkeit von 100 % zu rechnen. Ob eine volle Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit möglich sei, sei aktuell nicht absehbar (act. II 18/5). Hilfreich wäre vermutlich die Wiederaufnahme der alten Arbeitsstelle in der ... resp. die Perspektive dafür, in der die Beschwerdeführerin jahrelang tätig gewesen sei, mit ihr bekanntem Umfeld (act. II 18/6).

3.1.4 Im Bericht vom 24. Mai 2022 vermerkte Dr. med. G. _____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode bei Erschöpfungssyndrom (ICD-10 F33.1; Z73.0) und akzentuierte Persönlichkeitszüge vom ängstlich-selbstunsicheren Typ (act. II 26/4). Die Arbeitsunfähigkeit habe vom 1. Februar 2021 bis 31. Januar 2022 100 % betragen und vom 1. Februar 2022 bis laufend 85 %. Anfänglich habe die attestierte Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten als ... gegolten, nun für Aufgaben, die mit ...führung, Verantwortungsübernahme, Planung und Organisation verbunden seien (act. II 26/2). Das Befinden habe sich in den vergangenen Monaten nicht wirklich verbessert und stabilisiert. Sobald neue Herausforderungen sowie die Notwendigkeit Verantwortung zu übernehmen und Entscheidungen zu fällen anstünden, breche die Beschwerdeführerin psychisch ein, erlebe sich enorm unter Druck und überfordert, wirke dann öfters entscheidungs- und handlungsunfähig, mache sich grosse Sorgen über anstehende Aufgaben und Schritte – ohne in die Lösung kommen zu können, leide dafür umso mehr an Grübeln und Gedankenkreisen und erlebe sich selber als sehr beschämt, unfähig oder sogar als Last (act. II 26/4). Aktuell habe sie eine befristete Stelle als ... in einer ..., wo sie die Stelleninhaberin im Hintergrund und vor allem in der "Eins-zu-eins-Begleitung" unterstütze. Dass die Beschwerdeführerin nicht die Hauptverantwortung für den ... und das Wohl der ... tragen müsse, machten die Tätigkeiten überhaupt bewältigbar (act. II 26/5).

3.1.5 Im psychiatrischen Gutachten vom 8. Mai 2023 (act. II 40.1) diagnostizierte Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressi-

ve Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.0-1). Andere psychopathologische Befunde oder gar Diagnosen seien nicht zustellen, so explizit keine Persönlichkeitsstörung und auch keine akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1; act. II 40.1/26). Aufgrund der Anamnese und der Aktenlage müsse davon ausgegangen werden, dass depressive Episoden mindestens ab 2006 aufgetreten seien. Dabei habe ab spätestens März 2021 bis mindestens Mai 2022 eine mindestens mittelgradige depressive Episode bestanden. Die aktuelle ambulante psychiatrische und psychopharmakologische Behandlung sei leitliniengetreu. Dies werde auch durch die aktuelle Laboruntersuchung bestätigt. Die jetzige Tätigkeit als ... an einer ... in der ... Förderung, was lediglich den ... von kleinen Gruppen beinhalte und ...führung und ...gespräche sowie ähnliches ausschliesse, könne als ideal angepasste Tätigkeit bezeichnet werden. Einschränkungen bestünden durch die depressive Symptomatik (reduzierte Konzentration, Grübeln, leicht reduzierter Antrieb, und erhöhte Ermüdbarkeit; act. II 40.1/27). Aktuell sei von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Dieses Ausmass der Arbeitsunfähigkeit bestehe aktenanamnestisch seit mindestens Februar 2022. Davor sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aufgrund des Vorliegens einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode ab mindestens Februar 2021 auszugehen. Idealerweise sei eine weitere Reduktion der depressiven Symptome und eine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit zu erreichen und damit auch die Arbeitsfähigkeit zu steigern. Dies sollte mittels Verlaufsberichten in 9 bis 18 Monaten überprüft werden (act. II 40.1/28).

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 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Beurteilung massgeblich auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. I. _____ vom 8. Mai 2023 ab (act. II 40.1). Dieses erfüllt, was die Befunderhebung und die darauf basierende diagnostische Einschätzung sowie den Verlauf betrifft, die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor). Die gutachterlichen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehenden, fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet.

Der psychiatrische Gutachter legte unter Berücksichtigung der Aktenlage sowie der Untersuchungsergebnisse und unter Bezugnahme auf die Diagnosekriterien gemäss ICD-10 einleuchtend dar, dass bei der Beschwerdeführerin ab dem Jahr 2006 wiederholt depressive Episoden aufgetreten waren, wobei von März 2021 bis Mai 2022 eine mittelgradige depressive Episode bestand und gegenwärtig eine leicht bis mittelgradige Episode besteht (act. II 40.1/26). Dies korreliert auch mit dem Bericht der Klinik D. _____ vom 3. Mai 2021, in dem eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert wurde (act. II 10/4, 21/2, 26/4), sowie der gutachterlichen Befunderhebung im Rahmen der Untersuchung vom 3. Mai 2023 (Reduktion der Konzentration, Grübeln, Anhedonie und Affektlabilität, Schuld- und Insuffizienzgefühle, Reduktion des Antriebs und der Libido und erhöhte Ermüdbarkeit; vgl. hierzu auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Interna-

tionale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 176 ff.). Nicht zu überzeugen vermag diesbezüglich hingegen, wenn Dr. med. G. _____ im Bericht vom 8. September 2021 und der von der Krankentaggeldversicherung beigezogene Dr. med. H. _____ in der Kurzbeurteilung vom 14. September 2021 eine schwergradige depressive Episode diagnostizierten, lässt sich ihrer Befundung doch keine entsprechend schwere Ausprägung entnehmen und haben sie der Beschwerdeführerin gleichzeitig eine Ferienfähigkeit attestiert (act. II 18/5, 21/2, /5). Selbst mit Blick auf den Erholungseffekt von Ferien ist bei einer schweren depressiven Episode eine Ferienfähigkeit, insbesondere im Zusammenhang mit einer Reise ins Ausland, kaum denkbar. Zumal Patienten während einer solchen Episode kaum in der Lage sind, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen (vgl. a.a.O. DILLING et al., S. 179 i.V.m. S. 174).

Des Weiteren zeigte Dr. med. I. _____ nachvollziehbar auf, dass keine weiteren psychopathologischen Befunde zu erheben oder gar Diagnosen zu stellen sind, so namentlich keine Persönlichkeitsakzentuierung oder gar Persönlichkeitsstörung (act. II 40.1/26). Dies überzeugt ebenfalls, ist doch mit dem Gutachter festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren gute innerfamiliäre und freundschaftliche Kontakte unterhält und als ... tätig war und sie sich immer als mutig sowie reiselustig beschrieb (sie reiste im Jahr 2019 alleine mit einer Reisegruppe nach ... und ...; act. II 40.1/25 f Ziff. 6.1 und 6.3; vgl. auch E. 4.2.2 f.), was mit entsprechenden Diagnosen nicht vereinbar wäre (vgl. hierzu auch a.a.O. DILLING et al., S. 274 ff.).

An der gutachterlich-psychiatrischen Einschätzung vermag auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. med. G. _____ vom 24. August 2023 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 6) nichts zu ändern. Der Bericht enthält keine neuen Aspekte oder Elemente, namentlich hinsichtlich Verlauf und Befundlage, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Bei der von der behandelnden Psychiaterin als ab Mitte Oktober 2022 stark ausgeprägt bezeichneten depressiven Episode (act. I 6) handelt es sich nicht um eine längerdauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes und damit relevan-

te Veränderung (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV). Zum einen attestierte die behandelnde Psychiaterin durchgehend hohe Arbeitsunfähigkeiten; zum anderen erfolgte die vollumfängliche Krankschreibung lediglich für den Zeitraum vom 24. November bis 11. Dezember 2022, danach bescheinigte die Behandlerin wiederum die vorherige Arbeitsfähigkeit (act. I 6/2). Immerhin ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass die von Dr. med. G._____ attestierte Arbeitsunfähigkeit ab Februar 2022 – mit Ausnahme der erwähnten kurzzeitigen unbeachtlichen Verschlechterung – sich kontinuierlich verringerte, was zumindest einer schwergradigen depressive Episode entgegensteht (vgl. a.a.O. DILLING et al., S. 179 i.V.m. S. 174). Sodann ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Soweit die Beschwerdeführerin – ebenfalls unter Verweis auf den erwähnten Bericht von Dr. med. G._____ (act. I 6) – eine wesentliche Veränderung der Ausgangslage seit Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. Juli 2023 geltend macht (Beschwerde S. 6), ist darauf hinzuweisen, dass für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache die Verhältnisse bis zum Verfügungszeitpunkt massgebend sind. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) und haben deshalb in diesem Verfahren unberücksichtigt zu bleiben.

3.4 Der medizinische Sachverhalt ist rechtsgenügend abgeklärt. Weitere Sachverhaltserhebungen erübrigen sich (Beschwerde S. 2 Ziff. I, 3; 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).

4.

Gestützt auf das beweiskräftige psychiatrische Gutachten vom 8. Mai 2023 (act. II 40.1) ist ausgewiesen, dass im Februar 2022 (vgl. E. 2.1 hiavor) bis Mai 2022 eine mittelgradige depressive Episode, danach eine leicht- bis mittelgradige Episode vorlag (act. II 40.1/27). Zu prüfen bleibt deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und insbesondere die Frage der Massgeblichkeit der psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit Februar 2022 (act. II 40.1/28), mithin ob dieser auch aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann. Dabei hat das Gericht bei der Durchführung des (strukturierten Beweisverfahrens (vgl. BGE 141 V 281) insbesondere auch dem höchstrichterlich festgelegten Grundsatz, wonach eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten im Allgemeinen nicht auf eine invalidisierende Krankheit schliessen lässt und für das Gericht diesfalls Grund dafür besteht, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (vgl. BGE 148 V 49), Rechnung zu tragen.

4.1 Der Gutachter Dr. med. I. _____ hielt bezüglich der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität fest, dass sich keine Hinweise für Inkonsistenzen ergeben. Die Aktenlage sowie die Schilderung des Tagesablaufs und die aktuelle klinische Untersuchung seien konsistent; auch der Medikamentenspiegel spreche für eine ausreichende Medikamentencompliance (act. II 40.1/26 Ziff. 6.2). Hinweise, die auf eine bewusste Aggravation oder gar Simulation schliessen liessen, erwähnte er nicht.

4.2 Mit Bezug auf die Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergeben sich keine nennenswerten Interferenzen im Sinne von BGE 148 V 49 E. 6.2.2 S. 54:

Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Im Rahmen der Untersuchung konstatierte der Gutachter – nebst unauffälligen Befunden in den Bereichen äussere Erscheinung, Bewusstsein, Orientierung, Gedächtnis – eine eingeschränkte Konzentration und im formalen Denken ein Grübeln. Zudem beschrieb er eine leichte Anhedonie und Affektlabilität/Weinerlichkeit, Schuld- und Insuffizienzgefühle, Existenzängste, einen

leicht reduzierten Antrieb, eine erhöhte Ermüdbarkeit und etwas reduzierte(s) Libido und Sexualleben. Hinweise für Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen oder für Ich-Störungen bestanden keine (act. II 40.1/22 f. Ziff. 4.3, /27 Ziff. 8). Zudem war die Beschwerdeführerin in der Lage (bereits) ab Februar 2022 teilzeitliche Arbeitstätigkeiten als ... (... Förderung) auszuüben (act. I 6/1; act. II , 26/5, 40.1/19). Es ergeben sich damit keine Anhaltspunkte, die eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde nahelegten, als der gestellten Diagnose bereits inhärent ist (vgl. Entscheidung 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).

Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Durch die stationäre und ambulante sowie medikamentöse Behandlung konnte eine Teilremission der depressiven Symptomatik erreicht werden (ab März 2021 bis Mai 2022 mittelgradige depressive Episode und aktuell leicht- bis mittelgradige depressive Episode; act. II 40.1/27 Ziff. 7.1). Der begutachtende Psychiater bezeichnete denn auch die aktuelle ambulante psychiatrische und psychopharmakologische Behandlung als leitliniengetreu und erfolgreich. Zudem rechnete er mit einer weiteren Reduktion der depressiven Symptome und einer Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und damit auch einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit in den nächsten Monaten (act. II 40.1/27 f. Ziff. 7.1 und 8). Schliesslich gelang es der Beschwerdeführerin – nach der Kündigung ihrer langjährigen Stelle als ... per 31. Juli 2021 (act. II 15/2) – selbst eine neue Stelle als ... in einer ... zu finden (act. II 26/5, 40.1/19). Unter diesen Umständen liegt weder eine Behandlungs- noch eine Eingliederungsresistenz vor.

Was den Indikator Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) anbelangt, konstatierte der Gutachter neben der rezidivierenden depressiven Störung keine weiteren psychiatrischen Gesundheitsschädigungen (vgl. act. II 40.1/26). In somatischer Hinsicht haben die Unterarmfraktur links im Dezember 2016, die Schlüsselbeinfraktur links sowie die Ulnafraktur rechts, die operativ behandelt wurden, keine massgeblichen Folgen in die hier zu beurteilende Zeit hinein; die Eingriffe (inkl. Metallentfernungen

im Mai 2018 und November 2020) wie auch deren Verläufe waren komplikationslos bzw. unauffällig (act. II 10/10, /14 f., /18). Nichts Anderes ergibt sich hinsichtlich der arthroskopischen Teilmeniskektomie links im Februar 2020 (act. II 10/12).

Der Gutachter diagnostizierte schliesslich explizit keine Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302; act. II 40.1/26) und wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren gute innerfamiliäre und freundschaftliche Kontakte unterhält und auch an der vorletzten Arbeitsstelle während Jahrzehnten tätig war (act. II 40.1/25; vgl. auch E. 3.3 hiervor). Mithin bestehen keine Interferenzen durch psychiatrische oder somatische Komorbiditäten.

4.3 In Bezug auf den sozialen Kontext (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) hat die Beschwerdeführerin durchaus (persönliche, familiäre und soziale) Ressourcen. So gab die Beschwerdeführerin an, dass sie gemeinsam mit ihrem Mann seit 1996 im eigenen 5-Zimmer-Einfamilienhaus lebe. Die partnerschaftliche Beziehung sei gut wie auch der Kontakt zu den beiden Söhnen. Daneben unterhalte sie gute freundschaftliche Kontakte, sie habe zwei Freundinnen bereits seit der Kindheit und drei weitere seit einigen Jahren. Weiter gab sie an, dass sie im J. _____ Club sei, jedoch (dort) nur noch wenigen Aktivitäten nachgehe, in einer ... sei und ein Mal pro Woche spiele, sowie sich bei K. _____ ca. alle zwei Monate engagiere. Als Freizeitbeschäftigungen zählte sie das Spielen der ..., das Wandern oder Skitourenlaufen, Gartenarbeiten und das Lesen von Büchern, was jedoch aufgrund der Konzentrationsprobleme eingeschränkt sei, auf (act. II 40.1/20). Ein sozialer Rückzug liegt damit keineswegs vor. Vielmehr hält die soziale Einbettung zahlreiche mobilisierende Ressourcen bereit.

Daraus folgend ist bezüglich des Indikators der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) festzustellen, dass die Beschwerdeführerin ein aktives soziales Leben mit vielen Freizeitaktivitäten und Kontakten zu Dritten führt sowie über einen geregelten Tagesablauf und durchaus erhaltene Fähigkeiten verfügt (act. II 40.1/30). Mithin lassen sich das hohe nebenberufliche Aktivitätsniveau und die erhaltenen Fähig-

keiten bzw. Ressourcen der Beschwerdeführerin nicht mit der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50% vereinbaren, wären diesfalls doch auch im ausserberuflichen Bereich merkliche Einschränkungen zu erwarten. Soweit der Gutachter die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit aus dem von ihm durchgeführten Mini-ICF-APP-Rating ableitete, ist denn auch nicht nachvollziehbar, inwiefern bei dem von der Beschwerdeführerin geschilderten strukturierten Tagesablauf die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen oder in Anbetracht der aktiven Mitwirkung in einer ... und bei einer Gruppen-... die Gruppen- und Kontaktfähigkeit mittelschwer eingeschränkt sein soll (vgl. act. II 40.1/20 ff.).

4.4 Was den Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) anbelangt, ist mit Blick auf die seit etlichen Jahren bestehende fachärztliche, d.h. psychiatrische (sowohl stationäre als auch ambulante) und medikamentöse Behandlung (act. II 10/4 ff., 18/4, 21/2 ff., 26/2 ff., 40.1/5, /21) zwar ein gewisser Leidensdruck ausgewiesen. Dabei ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin – trotz den vom Gutachter seit mindestens 2006 festgestellten wiederholt depressiven Episoden (act. II 40.1/5, /25, /27) – ihre Arbeitstätigkeit als ... jeweils weiterführen konnte und entsprechend keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit eintrat (vgl. act. 21/3, II 40.1/6). Dies scheint aktuell nicht anders zu sein, auch wenn es im Februar 2021 zu einer weiteren psychischen Dekompensation gekommen war. Der Gutachter zieht denn auch gar eine (weitere) Reduktion der depressiven Symptome in Betracht und bezeichnete die aktuelle Behandlung, wie bereits erwähnt, als erfolgreich (act. II 40.1/27 f.).

4.5 In der Gesamtbetrachtung sind keine sachverhaltlichen Faktoren auszumachen, die vorliegend ein Abweichen vom höchstrichterlichen Grundsatz zur Beurteilung von leicht- bis mittelgradigen depressiven Störungen nach BGE 148 V 49 gebieten bzw. erlauben würden. Vor diesem Hintergrund kann der im psychiatrischen Gutachten attestierten Arbeitsunfähigkeit (act. II 40.1/27) unter rechtlichen Aspekten nicht gefolgt werden. Es bestand spätestens im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns im Februar 2022 (vgl. E. 2.1 hiervor) keine massgebliche Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit (mehr) und damit keine rentenbegründende Invalidität.

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 6. Juli 2023 (act. II 49) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

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

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

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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