

IV 200 2024 774
KOJ/SAW/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. Mai 2025

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Baumann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____

Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. Oktober 2024



Sachverhalt:

A.

Die 1977 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Januar 2022 unter Hinweis auf einen schweren Erschöpfungszustand und chronische Infekte bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) führte daraufhin medizinische sowie erwerbliche Erhebungen durch, gewährte ein Coaching zum Arbeitsplatz (act. II 29, 44) und holte bei der C._____ (nachfolgend MEDAS) ein polydisziplinäres (allgemein-internistisches, psychiatrisches, oto-rhinolaryngologisches und gastroenterologisches) Gutachten ein (vgl. Expertise vom 25. April 2024, act. II 104.1-104.6). Mit Vorbescheid vom 1. Mai 2024 (act. II 105) stellte die IVB der Versicherten mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nachdem die Versicherte hiergegen Einwand erhoben hatte (act. II 112), holte die IVB beim psychiatrischen MEDAS-Gutachter eine Stellungnahme ein (act. II 116) und verfügte am 10. Oktober 2024 wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Leistungsbegehren ab (act. II 117).

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 11. November 2024 Beschwerde. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Anordnung, über den Rentenanspruch ab Juli 2022 sei nach Einholung eines verwaltungsexternen psychiatrischen Gutachtens zu entscheiden.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. Dezember 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 13. Januar 2025 reichte die Beschwerdeführerin weitere Beilagen, insbesondere eine Stellungnahme des behandelnden Psychiaters vom 27. November 2024 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4), ein.

Die Beschwerdegegnerin nahm am 3. Februar 2025 zum Bericht des behandelnden Psychiaters Stellung und hielt an der 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; vgl. prozessleitende Verfügung vom 20. November 2024) 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 10. Oktober 2024 (act. II 117). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen 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.

Vorab ist in formeller Hinsicht eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs zu prüfen. Die Beschwerdeführerin macht sinngemäss eine unzureichende Begründung der angefochtenen Verfügung geltend, da sich die Beschwerdegegnerin nicht mit allen Einwänden auseinandergesetzt habe (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 12.1 und S. 7 Ziff. 13).

2.1 Die Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101). Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (in BGE 150 V 273 nicht publ. E. 4.1 des Urteils des Bundesgerichts [BGer] 9C_385/2023 vom 8. Mai 2024; BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; Urteil des BGer 9C_717/2023 vom 7. August 2024 E. 8.2, zur Publikation vorgesehen; SVR 2022 IV Nr. 37 S. 121, 8C_572/2021 E. 5.1).

2.2 Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, die Beschwerdegegnerin habe sich mit den Einwänden zum durchgeführten Beschwerdevalidie-

rungstest (Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome; nachfolgend SFSS) nicht genügend auseinandergesetzt, kann ihr nicht gefolgt werden. Die Beschwerdegegnerin hat zu den Einwänden der Beschwerdeführerin eine Stellungnahme beim psychiatrischen MEDAS-Gutachter, datiert vom 2. September 2024 (act. II 116), eingeholt. Dabei ging es insbesondere darum, ob auf die SFSS-Testergebnisse abgestellt werden kann oder nicht. Dies beschlägt indes nicht die formelle Frage einer allfälligen Gehörsverletzung, sondern die materielle Frage der Beweiswürdigung. Mit der angefochtenen Verfügung vom 10. Oktober 2024 (act. II 117) wurde die gutachterliche Stellungnahme der Beschwerdeführerin zur Kenntnis gebracht und gleichzeitig ausgeführt, dass gestützt darauf kein Anlass für ein Abweichen vom MEDAS-Gutachten bestehe (act. II 117 S. 2). Damit ist die Beschwerdegegnerin ihrer Begründungspflicht hinreichend nachgekommen, zumal die Beschwerdeführerin mit ausführlicher Begründung Beschwerde erheben und die Verfügung damit sachgerecht anfechten konnte (vgl. dazu BGE 142 III 433 E. 4.3.2 S. 436). Dass der Anspruch auf rechtliches Gehör anderweitig verletzt worden wäre, wird nicht geltend gemacht und ist auch nicht ersichtlich. Die Rüge der Beschwerdeführerin ist somit unbegründet.

3.

3.1 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).

3.2 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).

3.3 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).

3.4 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. 180, 9C_540/2020 E. 2.3).

4.

4.1 Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

4.1.1 Der behandelnde Psychiater Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 25. November 2020 (act. II 17 S. 2) ein Erschöpfungssyndrom bei erhöhtem Sympathikotonus (ICD-10 Z73.0, Z73.2).

Im Bericht vom 19. März 2022 (act. II 24) diagnostizierte er anhaltende und chronifizierte heftige Hustenattacken mit Erbrechen unklarer Ätiologie (DD Somatisierungsstörung ICD-10 F45.0), eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) und eine Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10 F40.01;

S. 4 Ziff. 2.5). Seit dem 1. Juni 2021 attestierte er eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.3).

4.1.2 Die Beschwerdeführerin war vom 9. bis zum 29. Juni 2022 in der Rehaklinik E._____ stationär hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 15. Juli 2022 (act. II 34 S. 2) wurde als Hauptdiagnose eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik aufgeführt. Die Patientin habe von der stationären Rehabilitation leicht bis mässig profitieren können und es sei zu einem überwiegend adaptiven Verlauf gekommen. Betreffend Arbeitssituation berichte die Patientin von Konflikten am Arbeitsplatz, Ärger und Unzufriedenheit ihrerseits. Selber denke sie, dass ein Arbeitsversuch in einer anderen ... der F._____ am besten wäre. Die eigentliche Arbeit liebe sie. Aus psychologischer Sicht könnte angesichts der bereits stark etablierten Symptomsituation ein Versuch in einer anderen ... eine Chance sein (S. 4).

4.1.3 Im Verlaufsbericht vom 23. September 2023 (act. II 41 S. 2) gab der behandelnde Psychiater an, der Gesundheitszustand habe sich verbessert. In Bezug auf die Diagnoseliste habe sich keine Änderung ergeben (S. 2 Ziff. 1 f.).

4.1.4 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 25. April 2024 (act. II 104.1-104.6) nannten die Gutachter keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine chronische Pharyngitis sicca, ein Globus nervosus und eine Hausstauballergie aufgeführt (act. II 104.1 S. 4 f. Ziff. 4.3).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (act. II 104.1) legten die Gutachter in Bezug auf die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität dar, aktuell könne im Rahmen der Medikamentenspiegelkontrolle die verordnete antidepressive Medikation nicht nachgewiesen werden, diese werde sehr wahrscheinlich nicht eingenommen. Die Angaben der Explorandin seien offenbar von Verzerrung geprägt. Gleichermassen sei im Rahmen eines Beschwerdevalidierungstests (SFSS) in allen Subskalen ein erhöhtes Ausmass an Pseudobeschwerden nachweisbar, hinweisend auf negative Antwortverzerrung. Die Motivation zur Angabe der Beschwerden sei aber nicht durch eine psychische Erkrankung erklärbar (S. 4 Ziff. 4.2).

Bezüglich der psychiatrischen Gesundheitsbeschwerden gaben die MEDAS-Gutachter an, es entstehe der Eindruck, dass bei der Explorandin ein komplexes Beschwerdebild vorliegen könnte. Beschrieben werde derzeit eine milde depressive Symptomatik mit sporadisch auftretenden Angstattacken (Atemnot, psychovegetative Schwächezustände), die Kriterien einer Panikstörung seien aufgrund der sehr niedrigen Frequenz aber nicht erfüllt. Aufgrund der Inkonsistenzen könne die Diagnose einer Depression nicht hinreichend sicher gestellt werden. Nach dem klinischen Eindruck ergäben sich keine wesentlichen Hinweise auf das Vorliegen einer versicherungsmedizinisch relevanten depressiven Symptomatik. Im Vordergrund stehe gemäss der subjektiven Beschwerdeschilderung derzeit eine ausgeprägte Erschöpfung. Aufgrund der Verzerrungstendenzen sei auch diese Symptomatik nicht hinreichend objektivierbar. Es liege zumindest eine Verdeutlichung vor. Eindrücklich seien die seit Jahren beschriebenen Halsschmerzen, welche durchaus (nach Ausschluss aller diagnostischen Möglichkeiten) als funktionell bezeichnet werden könnten. Die Diagnose einer funktionellen Störung könne aber aus psychiatrischer Sicht aufgrund der erheblichen Inkonsistenzen ebenfalls nicht sicher gestellt werden, da nicht ausreichend sicher beurteilt werden könne, inwieweit diese Symptomatik anderweitig motiviert vorgegeben werde oder tatsächlich vorhanden sei. Die Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung seien in keiner Weise erfüllt. Formal könne somit keine arbeitsrelevante psychiatrische Diagnose gestellt werden (S. 4 Ziff. 4.3).

Bezüglich der somatischen Gesundheitsstörungen hielten die MEDAS-Gutachter fest, es könnten weder aus allgemein-internistischer Sicht noch im gastroenterologischen oder oto-rhino-laryngologischen Fachbereich eine arbeitsrelevante Diagnose objektiviert bzw. quantitative Einschränkungen erklärt werden (S. 5).

Betreffend die Gesamtarbeitsfähigkeit führten die MEDAS-Gutachter zusammenfassend aus, aufgrund der fehlenden Objektivierbarkeit der vorgebrachten Symptome (Erschöpfung und Konzentrationsstörungen, Panikattacken), der erheblichen Inkonsistenzen und des klinischen Gesamteindrucks ergäben sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer versicherungsmedizinisch relevanten psychischen Erkrankung. Es ergebe sich aus

psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Gleichermassen könne auch für die Fachbereiche Gastroenterologie, Allgemeine Innere Medizin und Oto-Rhino-Laryngologie keine arbeitsrelevante Gesundheitsstörung objektiviert werden. Aus oto-rhino-laryngologischer Sicht bestehe eine Einschränkung des Zumutbarkeitsprofils nur in Vermeidung von trockener Luft oder Staubexposition. Sowohl die angestammte Arbeit als auch leidensadaptierte Tätigkeiten seien hinsichtlich der quantitativen Arbeitsfähigkeit als nicht objektivierbar eingeschränkt zu bewerten. Auch rückblickend ergäben sich keine Anhaltspunkte für psychisch oder somatisch objektivierbare Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Zeiten stationärer Massnahmen seien ausgenommen (S. 6 Ziff. 4.5).

4.1.5 Vom 10. Mai bis zum 1. Juni 2023 erfolgte eine stationäre Abklärung und Behandlung im Spital G._____. Im Austrittsbericht vom 9. Juni 2023 (act. II 98) wurden eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen, ein Vitamin-D-Mangel und eine Panikstörung mit Agoraphobie diagnostiziert (S. 1). Zur Behandlung der Panikstörung sei eine antidepressive Behandlung mit Venlafaxin indiziert worden. Bezüglich des chronischen Hustens mit Erbrechen habe sich während des Aufenthaltes eine Besserung der Symptomatik gezeigt, insbesondere sei es über die drei Wochen verteilt nur vereinzelt zu Hustenanfällen mit Erbrechen nachts gekommen (S. 3).

Vom 16. August bis zum 20. Oktober 2023 erfolgte zudem ein teilstationärer Aufenthalt im Spital G._____. Im Austrittsbericht vom 20. März 2023 (wohl: 20. März 2024; act. II 99) wurden eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen sowie eine Depression und Angst gemischt diagnostiziert (S. 1). Aufgrund der imponierenden ausgeprägten depressiven Symptomatik sei das Venlafaxin schrittweise bis auf 112,5 mg aufdosiert worden. Hierunter habe sich innerhalb kurzer Zeit eine deutliche Aufhellung der Stimmung gezeigt, welche dann auch subjektiv bestätigt worden sei (insbesondere bezüglich der Agoraphobie; S. 2).

4.1.6 Der behandelnde Psychiater Dr. med. D._____ gab im Bericht vom 17. Juni 2024 (act. II 112 S. 4 ff.) an, auf der Symptomebene seien die Bedrücktheit, das ständige Erschöpfungsgefühl und der ausgeprägte soziale Rückzug kombiniert mit Agoraphobie im Vordergrund. Der Schlaf sei

durch schwallartiges Erbrechen in der Nacht erheblich gestört. Die Patientin wirke zunehmend resigniert, weil sie denke, nichts mehr bewirken oder verändern zu können, versagt zu haben (S. 4). Diagnostisch sei von einem Burnout (ICD-10 Z73.0) als Stressfolgestörung auszugehen. Bei der Patientin fänden sich alle Kriterien der fortgeschrittenen Erkrankung. Im nunmehr gut dreijährigen Beobachtungs- und Behandlungszeitraum hätten wiederholt depressive Episoden (ICD-10 F33.1, F33.2) sowohl klinisch wie auch testdiagnostisch festgestellt werden können, ebenso habe die Patientin wiederholt sehr heftige Panikattacken (ICD-10 F40.01) gehabt (S. 5). Die Begutachtung habe in einem Zeitraum stattgefunden, in dem die Patientin in einem geschützten Rahmen nur einer geringen Belastung ausgesetzt gewesen sei, viel Unterstützung erhalten habe und dementsprechend symptomarm gewesen sei. Aus der gutachterlichen Momentaufnahme zu schlussfolgern, die Patientin sei remittiert, die bisher gestellten Diagnosen unbegründet zu nichtigen sowie den bisherigen Verlauf in seiner Schwere unkommentiert zu lassen, sei fragwürdig und entspreche nicht der zu erwartenden Sorgfaltspflicht eines Gutachters. Ein SFSS-Score von 33 sei höchst auffällig und könne als Simulation und Aggravation der Explorandin verstanden werden. Im vorliegenden Fall müsse aber berücksichtigt werden, dass die Explorandin den SFSS unbetreut im Wartezimmer ausgefüllt habe und mit ihren ungenügenden Deutschkenntnissen überfordert gewesen sei. Der Gutachter baue seine Konklusionen weitestgehend auf den SFSS auf, was als grober Fehler zu taxieren sei. Hinweise auf eine Verdeutlichung der Beschwerden könnten in keiner Weise daraus abgeleitet werden. Bezüglich der Blutuntersuchung müsse darauf hingewiesen werden, dass die Patientin rezidivierend erbreche, teils mehrmals täglich, was sich auch auf die Medikamentenaufnahme negativ auswirke. Daraus lasse sich in keiner Weise ein geringer Leidensdruck ableiten (S. 6).

4.1.7 Der psychiatrische MEDAS-Gutachter Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in der Stellungnahme vom 2. September 2024 (act. II 116) fest, es hätten am Tag der gutachterlichen Untersuchung keinerlei Sprachbarrieren bestanden. Es gebe keine Gründe, die dagegensprechen könnten, dass die Explorandin den Fragebogen allein ("unbetreut"), mit der Möglichkeit jederzeit nachzufragen, ausgefüllt habe. Weiter sei ihm nicht bekannt, dass die Explorandin so häufig und so

stark erbreche, dass dies den Venlafaxinspiegel auf einen Bereich unterhalb der Nachweisgrenze herabsetzen könnte. Weder in der psychiatrischen noch in der gastroenterologischen Untersuchung habe die Explorantin derartiges berichtet. In der gastroenterologischen Abklärung habe sie eine Vomitus-Frequenz von drei Mal in drei Wochen angegeben. Dies könne keinesfalls Einfluss auf den Venlafaxinspiegel haben. Es bleibe zudem die Frage offen, warum der behandelnde Psychiater weiterhin Venlafaxin verordne, wenn er die Meinung vertrete und von dieser auch überzeugt sei, der Wirkstoff werde nicht resorbiert (S. 1). Er sehe keine Veranlassung, seine gutachterliche Einschätzung zu ändern (S. 2).

4.1.8 Mit E-Mail vom 27. November 2024 (act. I 4) teilte der behandelnde Psychiater auf Anfrage der Beschwerdeführerin hin mit, seit seinem Bericht vom 17. Juni 2024 habe sich der Gesundheitszustand der Patientin sowohl quantitativ wie auch qualitativ verschlechtert. In Bezug auf die Diagnosenliste habe sich keine Veränderung ergeben. Zur Stellungnahme des psychiatrischen MEDAS-Gutachters hielt er fest, die Deutschkenntnisse der Patientin könnten problemlos objektiviert werden. Es bleibe dabei, dass sie bei der Beantwortung des Tests überfordert gewesen sei. Das Ergebnis müsse deswegen als nichtig bewertet werden. Betreffend der Venlafaxinmedikation sei diese installiert worden, als die Patientin zuerst in stationärer und dann in teilstationärer Behandlung gewesen sei, d.h. sehr eng begleitet worden sei. Es sei nicht glaubwürdig, dass sich die Patientin einerseits auf eine mehrmonatige stationäre und dann teilstationäre Behandlung einlasse, von der sie auch subjektiv angebe, viel profitiert zu haben, und gleichzeitig die verabreichte Medikation nicht einnehme (S. 1).

4.2

4.2.1 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 anzuge-

ben, 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).

4.2.2 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).

4.2.3 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, 8C_260/2020 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).

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 10. Oktober 2024 (act. II 117) massgeblich auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 25. April 2024 (act. II 104.1-104.6) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.2 hiavor) und erbringt vollen Beweis. Die darin enthaltenen Feststellungen

beruhen auf eingehenden persönlichen Untersuchungen und sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten (act. II 104.2) sowie unter Berücksichtigung der Angaben der Beschwerdeführerin getroffen worden. Die Ausführungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen wurden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Auf die MEDAS-Expertise ist somit abzustellen.

4.4 Im Hinblick auf die Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes haben die Gutachter differenziert und nachvollziehbar dargelegt, dass aus allgemein-internistischer, gastroenterologischer und oto-rhino-laryngologischer Sicht keine arbeitsrelevante Gesundheitsstörung objektiviert werden kann (vgl. act. II 104.1 S. 5 f. Ziff. 4.3 und 4.5, 104.3 S. 8 Ziff. 6.3, 104.5 S. 6 Ziff. 6.3 und S. 7 Ziff. 8.1, 104.6 S. 9 Ziff. 6.3). Diese Beurteilung überzeugt. In den Akten finden sich zudem keine Anhaltspunkte, welche eine andere Betrachtungsweise rechtfertigen würden, und von der Beschwerdeführerin wird insoweit denn auch nichts Gegenteiliges geltend gemacht (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. 10). Aus somatischer Sicht ist folglich kein invalidisierender Gesundheitsschaden erstellt.

4.5 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. H. _____ hat unter Hinweis auf die fehlende Objektivierbarkeit der vorgebrachten Symptome (Erschöpfung, Konzentrationsstörung und Panikattacken) und die erheblichen Inkonsistenzen sowie in Übereinstimmung mit den klinischen Befunden ebenfalls schlüssig und überzeugend aufgezeigt, dass keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen ist (vgl. act. II 104.1 S. 4 Ziff. 4.3 und S. 6 Ziff. 4.5 f., 104.4 S. 10 Ziff. 6.3 und S. 12 Ziff. 8.1). Dabei wies er insbesondere auf die Malcompliance der Beschwerdeführerin (Nichteinnahme von Medikamenten) hin (act. II 104.1 S. 4 Ziff. 4.2, 104.4 S. 8, 10 und 11), wobei er auch dem von ihr geschilderten und beschwerdeweise geltend gemachten regelmässigen Erbrechen (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 12.2) durchaus Rechnung getragen hat (act. II 116 S. 1).

Was der behandelnde Psychiater Dr. med. D. _____ und die Beschwerdeführerin hiergegen vorbringen, verfährt nicht:

4.5.1 In der Stellungnahme vom 17. Juni 2024 diagnostizierte der behandelnde Psychiater Dr. med. D. _____ vorab ein Burnout (ICD-10 Z73.0; act. II 112 S. 5) und damit – wie auch bereits in seinem Bericht vom 25. November 2020 (act. II 17 S. 2) – eine Z-codierte Diagnose. Diese fällt rechtsprechungsgemäss nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung und stellt grundsätzlich keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (vgl. Urteil des BGer 8C_804/2021 vom 1. Juni 2022 E. 4.1.3 mit Hinweisen). Soweit er zudem festhält, im nunmehr gut dreijährigen Beobachtungs- und Behandlungszeitraum hätten sowohl klinisch wie auch testdiagnostisch wiederholt "depressive Episoden (ICD-10 F33.1, F33.2)" festgestellt werden können (act. II 112 S. 5) und damit auf eine rezidivierende depressive Störung mit einer mittelgradigen (ICD-10 F33.1) oder gar schweren (ICD-10 F33.2) Episode hinweist, entspricht dies weder seinen Berichten noch der Aktenlage. Am 19. März 2022 diagnostizierte er eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0; act. II 24 S. 4 Ziff. 2.5) und im Verlaufsbericht vom 23. September 2023 gab er an, der Gesundheitszustand habe sich verbessert, in Bezug auf die Diagnoseliste sei jedoch keine Änderung eingetreten (act. II 41 S. 2 Ziff. 1 f.). Im Austrittsbericht der Rehaklinik E. _____ vom 15. Juli 2022 wurde – entgegen dem Kurz-Austrittsbericht vom 29. Juni 2022, in welchem noch eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) als Hauptdiagnose aufgeführt wurde (act. II 31 S. 2) – eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik erwähnt, dies jedoch ohne zugehörige ICD-10-Codierung (act. II 34 S. 2). Damit erfolgte diese Diagnosestellung nicht nach Massgabe eines international anerkannten diagnostischen Klassifikationssystems und folglich nicht lege artis (BGE 130 V 396 E. 5 f. S. 397 ff.). Eine solche Codierung fehlt denn auch im Bericht des Spitals G. _____ vom 20. März 2024 (act. II 99 S. 1), in welchem diagnostisch eine "Depression und Angst gemischt" aufgeführt wurde.

Soweit der behandelnde Psychiater den auffälligen SFSS-Score mit den ungenügenden Deutschkenntnissen der Beschwerdeführerin begründen will (act. II 112 S. 6), weist die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hin (vgl. Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 7), dass sämtliche Gutachter die Verständigung mit der Beschwerdeführerin in deutscher Sprache als gut bezeichnet haben (act. II 104.3 S. 6 Ziff. 4.2, 104.4 S. 7 Ziff. 4.2, 104.5 S. 4

Ziff. 4.2, 104.6 S. 7 Ziff. 4.2). Hinweise auf allfällige sprachliche Verständigungsschwierigkeiten finden sich zudem weder in anderen Arztberichten noch im Assessmentbericht vom 14. Februar 2022 (act. II 9 S. 1 ff.) oder in den Coachingberichten vom 4. August 2022 (act. II 36 S. 5 f.), vom 9. September 2022 (act. II 39) und vom 3. März 2023 (act. II 78 S. 2 ff.). Daran vermag der Hinweis der Beschwerdeführerin auf eine Sprachbarriere anlässlich einer telefonischen Erstabklärung der Krankenversicherung vom 23. Dezember 2021 (act. II 12.3) nichts zu ändern (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 12.1), wird diese doch gleichenorts dahingehend relativiert, als festgehalten wird, eine Sprachbarriere verhindere den Fall "etwas", sei "aber nicht gravierend". Gleich verhält es sich mit dem beschwerdeweise vorgebrachten Einwand, Dr. med. D._____ habe einen Kurs zur achtsamkeitsbasierten Stressreduktion (MBSR-Programm; vgl. <www.....ch> unter MBSR) aufgrund der "Sprachhürden" als nicht ideal erachtet (act. II 15; vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 12.1). Daraus kann nicht generell abgeleitet werden, die Beschwerdeführerin beherrsche die deutsche Sprache nicht hinreichend, um die Fragen der SFSS-Testdiagnostik – bei welcher jederzeit Nachfragen gestellt werden konnten (act. II 116 S. 1) – zu beantworten. Vielmehr ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin auf diverse Fragen verschiedener Versicherer per E-Mail in gut verständlichem deutsch sachbezogen und ohne weitere Rückfragen oder Missverständnisse antworten konnte (act. II 27 S. 1, 79 S. 1, 88 S. 1 f.). Im Übrigen finden sich in den medizinischen Berichten keine Hinweise dafür, dass die psychiatrische Behandlung der Beschwerdeführerin in einer Fremdsprache bzw. mit Hilfe eines Dolmetschers erfolgen würde.

Im Weiteren vermag auch die nachträgliche Stellungnahme von Dr. med. D._____ vom 27. November 2024 (act. I 4) die gutachterlichen Ausführungen nicht zu entkräften. Entsprechend der Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Stellungnahme vom 3. Februar 2025 (in den Gerichtsakten, S. 2 Ziff. 2) ist zunächst festzuhalten, dass der behandelnde Psychiater die behauptete gesundheitliche Veränderung seit seinem letzten Bericht vom 17. Juni 2024 weder näher ausgeführt noch belegt hat. Inwiefern sich der Gesundheitszustand quantitativ und qualitativ verschlechtert haben soll, bleibt daher unklar. Da in Bezug auf die Diagnoseliste keine Änderung eingetreten ist (act. I 4 S. 1), braucht dies auch nicht weiter ab-

geklärt zu werden. Im Weiteren ändert diese Stellungnahme nichts am Umstand, dass anlässlich der MEDAS-Begutachtung die verordnete Medikation – wie auch bereits in einer früheren Laboruntersuchung vom 7. November 2022 (act. II 56 S. 1 f) – nicht nachgewiesen werden konnte (act. II 104.2 S. 5), was für eine Malcompliance der Beschwerdeführerin spricht. Gestützt auf die schlüssigen Ausführungen des psychiatrischen Gutachters Dr. med. H. _____ in der Stellungnahme vom 2. September 2024 kann der unterhalb der Nachweisgrenze liegende Venlafaxinspiegel nicht durch das Erbrechen der Beschwerdeführerin erklärt werden. Dies weil die während der gastroenterologischen Abklärung angegebene Frequenz des Erbrechens von drei Mal in drei Wochen (act. II 104.6 S. 3 Ziff. 3.2) keinen Einfluss auf den Venlafaxinspiegel haben kann (act. II 116 S. 1). Die Angaben von Dr. med. D. _____, wonach die Beschwerdeführerin schwallartig und rezidivierend erbreche, "teils mehrmals täglich" (act. II 112 S. 4 und 6), finden in den übrigen Akten keinen Rückhalt. Vielmehr wurde auch im Bericht des Spitals G. _____ vom 9. Juni 2023 festgehalten, dass es während des Klinikaufenthaltes nur vereinzelt zu Hustenanfällen mit Erbrechen nachts gekommen sei (act. II 98 S. 3). Soweit die Beschwerdeführerin zudem geltend macht, die Beschwerden würden trotz Einnahme des Venlafaxins persistieren (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 12.2), entspricht dies nicht den medizinischen Akten. Im Austrittsbericht des Spitals G. _____ vom 20. März 2024 wurde angegeben, unter Einnahme des Venlafaxins habe sich innerhalb kurzer Zeit eine deutliche Aufhellung der Stimmung gezeigt, was auch subjektiv von der Patientin – insbesondere bezüglich der Agoraphobie – bestätigt worden sei (act. II 99 S. 2).

Schliesslich ist in Bezug auf die Berichte des behandelnden Psychiaters darauf hinzuweisen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass Hausärzte 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. 78, 8C_616/2014 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfor-

dernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4).

Aus dem Dargelegten folgt, dass die Berichte des behandelnden Psychiaters vom 17. Juni 2024 (act. II 112) und vom 27. November 2024 (act. I 4) nicht geeignet sind, Zweifel am Beweiswert der psychiatrischen Begutachtung zu erwecken. Gleich verhält es sich mit den übrigen im Recht liegenden Berichten. Auch diese vermögen den Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen nicht einzuschränken.

4.5.2 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Gutachter hätten sich nicht mit dem gescheiterten Eingliederungsversuch befasst und die dabei ermittelte maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % ungenügend berücksichtigt (vgl. Beschwerde, S. 7 Ziff. 14), kann ihr nicht gefolgt werden. Es ist festzuhalten, dass die abschliessende Beurteilung der aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit praxisgemäss den ärztlichen Fachkräften – hier vorab den Gutachtern – obliegt (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f.; Urteil des BGer 9C_441/2019 vom 28. Oktober 2019 E. 3.1). Zudem hat sich Dr. med. H. _____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten sehr wohl zur Eingliederungsmassnahme mit dem Arbeitscoaching geäussert und festgehalten, die durchgeführte Massnahme hätte möglicherweise optimaler verlaufen können, wenn ein anderer Arbeitsplatz gewählt worden wäre. Dies weil am angestammten Arbeitsplatz ein erhebliches Konfliktpotenzial vorhanden gewesen sei (act. II 104.4 S. 11 Ziff. 7.1). Diese Auffassung entspricht den Angaben der Beschwerdeführerin (act. II 34 S. 4) und korreliert mit den Ausführungen des behandelnden Psychiaters im Bericht vom 17. Juni 2024 (act. II 112 S. 6). Folglich steht fest, dass sich Dr. med. H. _____ mit der durchgeführten Eingliederungsmassnahme hinreichend auseinandergesetzt hat und die Ergebnisse der Eingliederung, die auf berufspraktischen Beobachtungen basieren, welche in erster Linie die erhobene, subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben (vgl. hierzu ergänzend Urteil des BGer 9C_646/2016 vom 16. März 2017 E. 4.2.2), die gutachterlichen Schlussfolgerungen nicht in Zweifel zu ziehen vermögen.

4.5.3 Schliesslich ist – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 8 Ziff. 16) – nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten nicht dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Qualitätssicherung vorgelegt hat. Die Beschwerdeführerin verkennt in diesem Zusammenhang, dass der RAD seiner Funktion nach den IV-Stellen lediglich beratend zur Verfügung steht (Art. 49 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Zu Recht hat die Beschwerdegegnerin darauf hingewiesen (vgl. Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 10), dass es im Ermessen und in der Verantwortung der IV-Stellen liegt, welche Dossiers sie zur Prüfung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen dem RAD unterbreiten (vgl. Urteile des BGer 8C_247/2024 vom 12. Dezember 2024 E. 4.1, 9C_858/2014 vom 3. September 2015 E. 3.3.1). Diese Rüge ist somit unbegründet.

4.6 Gestützt auf das Dargelegte ergeben sich weder aus den Berichten der behandelnden Ärzte noch aus den Vorbringen der Beschwerdeführerin konkrete Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit des polydisziplinären MEDAS-Gutachtens vom 25. April 2023 (act. II 104.1-104.6) sprechen. Damit erweist sich der Sachverhalt als rechtsgenügend abgeklärt. Insbesondere erfolgte mit der MEDAS-Begutachtung eine umfassende Abklärung des anspruchrelevanten medizinischen Sachverhalts, womit die Beschwerdegegnerin – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 8 Ziff. 17) – dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) hinreichend Rechnung getragen hat. Weitere Sachverhaltserhebungen – wie in der Beschwerde beantragt (vgl. Beschwerde S. 2, Rechtsbegehren Ziff. 2) – erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; Urteil des BGer 9C_298/2024 vom 14. August 2024 E. 5.2, zur Publikation vorgesehen; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

4.7 Zusammenfassend ist weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen. Folglich liegt keine Invalidität im Rechtssinne (vgl. E. 3.1 hiervor) vor und die Beschwerdegegnerin hat zu Recht einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung verneint. Die angefochtene Verfügung vom 10. Okto-

ber 2024 (act. II 117) ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen und dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss zu entnehmen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens 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 in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss 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.