

200 24 84 IV
SCI/SAW/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 2. Juli 2024

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Isliker
Gerichtsschreiberin Baumann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. Dezember 2023



Sachverhalt:

A.

Die 1987 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich erstmals im Januar 2006 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1.1 S. 121). Nach Einholung eines psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Mai 2007 (act. II 1.1 S. 63) sprach ihr die IV-Stelle D. _____ ab dem 1. November 2007 bei einem Invaliditätsgrad von 74% eine ganze Rente zu (act. II 1.1 S. 54). Diese wurde anlässlich von Rentenrevisionen am 1. Dezember 2008 (act. II 1.1 S. 38) und am 23. Februar 2010 (act. II 1.1 S. 15) bestätigt und das Dossier anschliessend der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdeführerin) überwiesen, da diese zufolge Umzugs der Versicherten in den Kanton Bern nun zuständig wurde (act. II 1.1 S. 1).

Im Juni 2012 leitete die IVB eine weitere Rentenrevision ein (act. II 3). Nachdem der Hausarzt angegeben hatte, die Versicherte habe inzwischen ein Kind und erwarte im Dezember 2012 das Zweite (act. II 6 S. 1 Ziff. 4), kam die IVB gestützt auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 5. Oktober 2012 (act. II 7 S. 2) zum Schluss, die Versicherte habe einen Statuswechsel vollzogen und verneinte mit Verfügung vom 17. Dezember 2012 (act. II 12) einen Rentenanspruch; dies bei einem mittels gemischter Methode (Status von 30% Erwerbstätigkeit und 70% Aufgabenbereich) ermittelten Invaliditätsgrad von 0%. Auf Einwand der Versicherten hin (act. II 13) und nach weiteren Abklärungen (act. II 15 S. 2) zog die IVB diese Verfügung in Wiedererwägung (act. II 18) und veranlasste ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, datiert vom 31. Dezember 2013 (act. II 28.1). Nach Einholung eines weiteren Abklärungsberichts Haushalt (act. II 30 S. 2) hob die IVB die ganze IV-Rente mit Verfügung vom 28. April 2014 (act. II 36) bei unverändertem Status (30% Erwerbstätigkeit / 70% Aufgabenbereich) und einem Invaliditätsgrad von 14% auf. Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Mit Neuanmeldung vom 29. März 2022 (act. II 40 S. 1) ersuchte die Versicherte erneut um IV-Leistungen. Die IVB führte erwerbliche und medizinische Abklärungen durch, insbesondere veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS F. _____ (nachfolgend MEDAS; Expertise vom 20. März 2023, act. II 110.1-110.9). Nachdem die Versicherte gegen die Gutachtensergebnisse Einwände erhoben hatte (act. II 120), holte die IVB beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eine Stellungnahme ein (act. II 126 S. 3 ff.) und liess einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb erstellen (act. II 130 S. 2). Mit Vorbescheid vom 26. Juli 2023 (act. II 132) stellte die IVB in Aussicht, bei einem Status 75% Erwerb und 25% Haushalt sowie einem Invaliditätsgrad von 25% den Rentenanspruch zu verneinen. Damit zeigte sich die Versicherte unter Hinweis auf Berichte und Testergebnisse der behandelnden Ärzte nicht einverstanden (act. II 135, 138, 142). Nach einer Stellungnahme der MEDAS-Gutachter vom 21. November 2023 (act. II 146 S. 2) verfügte die IVB am 19. Dezember 2023 (Akten der IVB [act. IIA] 148) dem Vorbescheid entsprechend.

C.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 29. Januar 2024 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und die Sache zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Eventualiter sei der Beschwerdeführerin eine IV-Rente in gerichtlich zu bestimmendem Umfang seit wann rechtens zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. Februar 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 29. April 2024 nahm die Beschwerdeführerin ergänzend Stellung und reichte einen weiteren Arztbericht zu den Akten (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 10).

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 19. Dezember 2023 (act. IIA 148). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine IV-Rente.

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). Er-

werbsunfähigkeit 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).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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 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.

2.3.1 Nach Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. 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).

2.3.2 Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, 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 (Betätigungsvergleich) festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen.

Gemäss Art. 27^{bis} Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) 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^{bis} 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^{bis} 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).

2.4

2.4.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV).

2.4.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades

auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.4.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist insbesondere bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

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

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

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der

Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung (act. II 40) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxismässig nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichszeitpunkte (vgl. E. 2.4.4 hiervor) bilden die Verfügung vom 28. April 2014 (act. II 36) – mit welcher die IVB einen Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 14% verneint hatte – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 19. Dezember 2023 (act. IIA 148). Seit dem Referenzzeitpunkt im April 2014 sind mehrere somatische Diagnosen gestellt worden, insbesondere wurde im November 2021 eine primär biliäre Cholangitis (PBC) diagnostiziert (act. II 52 S. 10). Damit ist es zu einer Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen gekommen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (act. II 110.7 S. 5 Ziff. 8), womit ein Neuanschuldungsgrund vorliegt. Folglich ist der Rentenanspruch frei zu prüfen (vgl. E. 3.4.5 hiervor).

3.2 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.2.1 Dr. med. C. _____ diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 29. Mai 2007 (act. II 1.1 S. 63 ff.) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung mit emotionaler Labilität (Impulsivität, Panikattacken und psychosomatischen Reaktionen, ICD-10 F61.0; S. 67 Ziff. 4.1). Die Explorandin habe vor dem Hintergrund ihrer traumatisierenden Kindheit anhaltende Verhaltensstörungen entwickelt. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von unter 30% (S. 68 Ziff. 2.5). Die bisherigen Rehabilitationsmassnahmen (Praktikum, berufliche Abklärung) seien gescheitert, da die Explorandin psychisch zu wenig stabil gewesen sei und bei geringer Mehrbelastung mit ihren bekannten Ängsten, psychosomatischen Störungen und anderen Funktionseinschränkungen reagiert habe (S. 68 f. lit. C Ziff. 1.2).

3.2.2 Im Verlaufsbericht vom 12. Dezember 2009 (act. II 1.1 S. 20 f.) berichtete der damals behandelnde Psychiater Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in diagnostischer Hinsicht habe sich nichts Erhebliches verändert. In Anbetracht der vergangenen Zeit und des aktuellen Alters der Patientin von 22 Jahren müsse allerdings mittlerweile von einer Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden. Mehrere niederschwellige Arbeitsversuche seien gescheitert (S. 20). Wegen der geschilderten Beeinträchtigungen bestehe keine Möglichkeit, die Patientin direkt auf dem Arbeitsmarkt zu integrieren. Sie sei weiterhin praktisch zu mindestens 80% arbeitsunfähig (S. 21).

3.2.3 Im psychiatrischen Gutachten vom 31. Dezember 2013 (act. II 28.1) hielt Dr. med. E. _____ mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, zum Untersuchungszeitpunkt leicht- bis mittelgradig ausgeprägt mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01/F33.11), und eine chronifizierte soziale Phobie (ICD-10 F40.1) vor dem Hintergrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit vorrangig emotional instabilen, selbstunsicheren und ängstlich-vermeidenden und dependenten Anteilen (ICD-10 F61.0) fest (S. 13). Es bestehe eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit für jedwede Tätigkeit. Im Vergleich zur rentenbegründenden Befundlage habe sich der Gesundheitszustand der Explorandin weder einschneidend noch nachhaltig verbessert (S. 17 Ziff. 1 f.).

3.2.4 Im Erstbericht des Spitals H. _____ vom 28. Dezember 2021 (act. II 52 S. 10 ff.) diagnostizierte Dr. med. I. _____, Facharzt für Gastroenterologie, insbesondere eine PBC (ED November 2021). Die klinische Untersuchung sei bis auf mehrere Teleangiektasien ohne richtungsweisende Befunde gewesen. Laborchemisch seien erhöhte Leberwerte aufgefallen. Die Synthesefunktion sei erhalten gewesen (S. 12). Am 23. März 2022 (act. II 52 S. 2) berichtete er über einen erfreulichen hepatologischen Verlauf. Die klinische Untersuchung sei unverändert gewesen bei laborchemisch besseren Resultaten. Inwieweit die persistierende Fatigue durch die Hepatopathie bedingt sei, werde sich im Verlauf zeigen (S. 4).

3.2.5 Vom 25. Februar bis 8. April 2022 war die Beschwerdeführerin in der Klinik J. _____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 22. April 2022 (act. II 50) wurden aus psychiatrischer Sicht eine rezidivierende depressive

Störung, ggw. schwergradige Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) und eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) nach schwerem emotionalem Missbrauch (ICD-10 Z61.2) diagnostiziert (S. 1). Die Patientin sei wegen einer psychischen Dekompensation eingetreten und habe über eine Überforderungssituation bei der Kindererziehung (drei Kinder), einen Paarkonflikt, eine schwierige berufliche Situation und über die vor kurzem erhaltene Diagnose der PBC berichtet. Die klinische Symptomatik sowie das BDI-Ergebnis kurz nach Eintritt hätten auf eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) hingewiesen. Aufgrund der Impulsivität, der affektiven Instabilität mit Neigung zu Ausbrüchen von Wut, des Musters instabiler zwischenmenschlicher Beziehungen, der starken Bemühungen nicht verlassen zu werden und der Gefühle von Leere seien die Kriterien einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ (ICD-10 F60.3), erfüllt (S. 2 f.).

3.2.6 Im Bericht vom 16. September 2022 hielt der die Beschwerdeführerin seit dem 27. April 2022 behandelnde Psychologe Dr. phil. K._____, eidg. anerkannter Psychotherapeut, einen stationären Gesundheitszustand fest (act. II 79 S. 2 Ziff. 1) und diagnostizierte eine posttraumatische Belastungsstörung, chronifiziert (ICD-10 F43.1), differentialdiagnostisch eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11, eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31) und einen Verdacht auf eine traumabedingte dissoziative Störung (S. 5).

3.2.7 Der behandelnde Psychiater Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab im Verlaufsbericht vom 17. September 2022 (act. II 81 S. 2 ff.) einen stationären Gesundheitszustand an und diagnostizierte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung bei andauerndem Ausgesetztsein von lebensbedrohlichen Situationen durch den Vater und Freunde (ICD-10 F62.0), eine dissoziative Störung mit Trance- und Besessenheitszuständen (ICD-10 F44.3), ein Depersonalisations- und Derealisationssyndrom (ICD-10 F 48.1) und eine rezidivierende depressive Störung, ggw. schwere Episode mit wahnhaften Symptomen (ICD-10 F33.3; S. 2 Ziff. 1

und 3). Es liege eine andauernde depressive und posttraumatische Symptomatik vor (S. 2 Ziff. 4).

3.2.8 Das MEDAS-Gutachten vom 20. März 2023 (act. II 110.1-110.9) basiert auf Untersuchungen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Gastroenterologie und Rheumatologie. In der Gesamtbeurteilung stellten die Gutachter die folgenden Diagnosen (act. II 110.2 S. 5 Ziff. 4.3):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Persönlichkeitsstörung kombiniert (ICD-10 F61.0)
2. Primär biliäre Zirrhose, PBC (ICD-10 K74.3)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Chronische Oligo- bis Polyarthralgien unklarer Ätiologie (ICD-10 M25.5)
2. Chronische Siccasymptomatik (ICD-10 M35)
3. Diskrete Fussfehlstatik mit leichtem Hallux valgus (ICD-10 R29.8)
4. Chronischer Nikotinabusus, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1)
5. Atopische Diathese mit Rhinokonjunktivitis (ICD-10 H10.8) und Asthma bronchiale (ICD-10 J45.0)
6. Funktionelle Darmbeschwerden (ICD-10 K58.0)
7. Status nach Coiling der Ovarialzysten beidseits bei vermutetem Pelvic obstruction Syndrom ohne Auswirkungen auf die Symptomatik (ICD-10 N94.0)

Aus allgemein-internistischer und rheumatologischer Sicht wurden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (act. II 110.4 S. 5 Ziff. 6.3, 110.6 S. 8 Ziff. 6.3).

In gastroenterologischer Hinsicht gab Dr. med. M._____, Facharzt für Gastroenterologie, an, mit dem rezidivierenden Pruritus, der klaren serologischen und laborchemischen Diagnostik als auch mit der differenzierten Bildgebung inklusive Fibroscan sei die Diagnose einer PBC ohne relevanten Leberumbau gesichert (act. II 110.7 S. 4 Ziff. 6.3 lit. a). Die von der Explorandin geltend gemachte Intensität der Beschwerden könne keinem pathophysiologischen Korrelat sicher zugeordnet werden. Bezüglich der chronischen Müdigkeit sei festzuhalten, dass die Leberfunktionsleistung vollständig erhalten sei und gestützt auf die spezialsonographischen Untersuchungen mit Fibroscan kein relevanter Umbau habe dargestellt werden können. Einzig der Pruritus könne bei deutlich erhöhten Cholestasepara-

metern in Korrelation mit einem Krankheitsgeschehen verstanden werden. Die chronisch rezidivierenden Abdominalbeschwerden entsprächen ebenfalls keiner strukturellen Läsion in abdomine. Damit müsse angenommen werden, dass hier funktionelle Beschwerden vorlägen, welche im Zusammenhang mit der Psychopathologie deutlich aggraviert von der Explorandin wahrgenommen und wiedergegeben würden (act. II 110.7 S. 4 Ziff. 6.2.1). Die Explorandin sei in sämtlichen Arbeitsprofilen in einem Arbeitspensum von 90% ohne Einschränkung der Leistung einsetzbar. Die 10%ige Rendementverminderung werde im Rahmen der PBC attestiert, da hier doch ein diskret gestörter Metabolismus der Ausscheidungsfunktionen via Galle vorliege (act. II 110.7 S. 5 Ziff. 8.1.1 f.).

Aus psychiatrischer Sicht führte Dr. med. N._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, es könne nicht mit wissenschaftlicher Sicherheit festgelegt werden, ob eine Persönlichkeitsstörung/andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastungen, eine dissoziative Störung, ein Depersonalisations- und Derealisationssyndrom oder eine affektive Störung vorliege. Er gehe jedenfalls davon aus, dass eine Auflistung sämtlicher Diagnosen nicht sinnvoll sei und auch nicht dem Grundgedanken der psychiatrischen Behandlung entspreche. Bei der Diagnoseauflistung von Dr. med. L._____ ergebe sich die Frage, unter welcher psychiatrischen Erkrankung die Explorandin nun eigentlich leide. Er schliesse sich der Diskussion des Vorgutachters Dr. med. E._____ an, welcher von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung spreche. Gestützt auf die vorliegenden Unterlagen könne er die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung als zusätzliche und komorbide affektive Erkrankung nicht nachvollziehen. In der Diagnose der Persönlichkeitsstörung bzw. womöglich der Persönlichkeitsänderung nach Traumatisierungen in Kindheit, Jugend und jungem Erwachsenenalter sei die Depressivität als Symptom miteinbezogen. Ebenso sei auch die ängstliche, dissoziative Symptomatik nicht eigenständig als zusätzliche Erkrankung zu benennen (act. II 110.5 S. 6 Ziff. 6.2.3). Auch eine affektive Störung könne nicht nachvollzogen werden, womöglich sei hier allerdings das durchgehend eingenommene Escitalopram hilfreich. Aktuell bestehe kein depressives Syndrom; deutlich habe die Explorandin Freudfähigkeit, Interessen und Aktivitäten benennen können. Es sei darauf hinzuweisen, dass sich ein sehr guter Verlauf

ergeben habe, was wesentlich der Partnerschaft ab dem Jahre 2009, der Migration ins ... zum Partner und dessen Kernfamilie (Eltern und Schwestern), dem insgesamt unterstützenden Hintergrund sowie dem Älterwerden der Explorandin zuzuschreiben sei (act. II 110.5 S. 7). Eine mit den bisherigen Tätigkeiten vergleichbare Arbeit könne die Explorandin zu insgesamt sechs bis sieben Stunden pro Tag ausüben. Bei dieser bereits beschränkten Präsenzzeit sei allenfalls noch eine geringgradige Minderung der Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen. Insgesamt sei die Explorandin zu 70% arbeitsfähig (act. II 110.5 S. 8 Ziff. 8.1.1 ff.). Die bisherigen Tätigkeiten (... , ... im ... , ...) erschienen als angepasst. Sicherlich werde keine Dreischichtarbeit und keine wechselnde Nachtarbeit empfohlen (act. II 110.5 S. 8 Ziff. 8.2.1).

Aus interdisziplinärer Sicht gaben die Gutachter an, die Explorandin sei insgesamt zu 70% arbeitsfähig resp. zu 30% arbeitsunfähig (act. II 110.2 S. 6 Ziff. 4.6.3). Die um 30% verminderte Arbeitsfähigkeit sei in erster Linie durch die psychischen Einschränkungen begründet. Die um 10% verminderte Leistungsfähigkeit aus gastroenterologischer Sicht könne nicht hinzuaddiert werden, da die Explorandin dieselben Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und zur Erholung nutzen könne (act. II 110.2 S. 6 Ziff. 4.5). Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne seit dem Zeitpunkt der Neuanmeldung bestätigt werden. Vorangehend habe sich seit dem Gutachten im Jahr 2013 eine deutliche psychische Besserung eingestellt. Die somatische Verschlechterung sei nur geringgradig (act. II 110.2 S. 7 Ziff. 4.6.4).

3.2.9 Vom 17. bis 27. März 2023 war die Beschwerdeführerin erneut in der Klinik J. _____ hospitalisiert. Dem Austrittsbericht vom 11. April 2023 (act. II 120 S. 5 ff.) sind die folgenden psychiatrischen Diagnosen zu entnehmen:

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) mit:

- klinischem ZSB: emotionale Instabilität, dissoziative Zustände mit Depersonalisation und dissoziativer Amnesie
- i.S. einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach ICD-11
- nach emotionalem Missbrauch in der Kindheit durch beide Elternteile

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol bei schädlichem Gebrauch (ICD-10 F10.2)

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0)

Bei der Patientin bestehe eine dissoziative Störung nach emotionalem Missbrauch in der Kindheit mit sekundärem Alkoholabusus im dissoziativen Zustand. Sie trete zur Stabilisierung und einem möglichen Alkoholentzug ein (S. 5 f.). Es sei eine Vitaminsubstitution mit Becozym und Benerva installiert worden; Entzugssymptome hätten sich keine gezeigt. Bereits kurz nach Eintritt habe die Patientin über eine deutliche Zustandsstabilisierung berichtet (S. 7).

3.2.10 Der Psychologe Dr. phil. K. _____ führte im Verlaufsbericht vom 14. Mai 2023 (act. II 120 S. 2 ff.) aus, seine Patientin könne die Depersonalisationsstörung inzwischen selber stoppen. Nachdem sie diese Kompetenz erlangt habe, sei interessanterweise die Amnesie plötzlich verstärkt hervorgetreten. Unter Stress habe plötzlich die Amnesie begonnen, während der sie immer sofort Alkohol getrunken habe bzw. trinke und dann Dinge mache, an die sie sich später nicht mehr erinnern könne. Die Amnesie bedeute einen Bewusstseinswechsel weg von der Perspektive der Erwachsenen hinein in die eines verletzten „Inneren Kindes“. Wichtig sei, dass dieser Wechsel nicht etwa unter Alkoholeinfluss geschehe, sondern vor dem Griff nach Alkohol (S. 2 f.). In den letzten Monaten habe die Patientin selber die innere Situation ihrer Anteile zu erforschen begonnen und habe so ein inneres Kind, das zum Alkohol greife, wenn sie dissoziiere, gefunden (S. 3). Nun sei sie bereit, damit zu beginnen, ihre Trauma-Erinnerungen systematisch zu verarbeiten und damit verbunden die dissoziierten Persönlichkeitsanteile aus ihren Rollen zu befreien und wieder in sich selbst zu integrieren (S. 4).

3.2.11 Im Verlaufsbericht vom 9. Juni 2023 (act. II 124) führte Dr. med. I. _____ aus, assoziiert mit der PBC sei häufig eine Fatigue. Diese sei aktuell bei seiner Patientin sehr stark ausgeprägt, so dass sie momentan nur gut zwei Stunden an einem gesamten Tag aktiv für den Haushalt tätig sein könne. Er erachte eine Arbeitszeit von sechs bis sieben Stunden pro Tag als unrealistisch.

3.2.12 Der RAD-Arzt Dr. med. O. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt mit Stellungnahme vom 4. Juli 2023 (act. II 126) fest, weder dem Bericht der Klinik J. _____ vom 11. April 2023 noch dem Verlaufsbericht von Dr. med. K. _____ vom 14. Mai 2023 seien im Vergleich zur MEDAS-Begutachtung relevante psychopathologische Änderungen resp. neue relevante medizinische Tatsachen zu entnehmen (act. II 126 S. 9). Weiterhin könne auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden (S. 10).

3.2.13 Auf Anfrage der Rechtsschutzversicherung der Beschwerdeführerin hin gab Dr. med. L. _____ am 23. September 2023 (act. II 138 S. 4 f.) an, seine Patientin sei zu 100% arbeitsunfähig (S. 4 Ziff. 1 und 3); das MEDAS-Gutachten spiegle keinesfalls die gesundheitliche Situation. Die partielle dissoziative Identitätsstörung nach ICD-11 (aktuell dissoziative Störungen, gemischt [ICD-10 F44.7]) sei als wesentliche psychiatrische Erkrankung nicht erkannt worden. Trotz seinem telefonischen Hinweis weigere sich Dr. med. N. _____ auf die Abklärung dieser Diagnose einzugehen (S. 5 Ziff. 12). Die Diagnosen im psychiatrischen und somatischen Bereich belasteten sich gegenseitig, sodass die jeweils attestierten Arbeitsunfähigkeiten zusammengerechnet werden müssten (S. 5 Ziff. 13).

Dr. med. I. _____ gab am 5. Oktober 2023 (act. II 138 S. 7 f.) gegenüber der Rechtsschutzversicherung der Beschwerdeführerin an, er teile die Einschätzung von Dr. med. M. _____ überhaupt nicht. Die Müdigkeit könne absolut durch ein somatisches Korrelat erklärt werden, da dieses mit klinischen Untersuchungen nicht graduierbare Symptom bei über 50% der PBC Patienten auftrete. Bei einem von fünf Patienten sei dieses sogar so schwerwiegend, dass nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sei (S. 7 Ziff. 12). Sowohl die psychischen als auch die somatischen Beschwerden wirkten sich auf die Leistungsfähigkeit der Patientin aus und seien potenzierend (S. 7 Ziff. 13).

3.2.14 Im Bericht vom 17. November 2023 (act. II 142 S. 2 ff.) hielt der Psychologe Dr. phil. K. _____ unter Verweis auf die Testergebnisse eines von ihm am 4. November 2023 durchgeführten TADS-I (Trauma und Dissoziative Symptome Interview) fest, dass die täglich vorkommenden

dissoziativen Symptome seiner Patientin am besten mit der partiellen dissoziativen Identitätsstörung (ICD-11 6B65) erklärt werden könnten (S. 7).

3.2.15 Die MEDAS-Gutachter Dr. med. N._____ und M._____ nahmen am 21. November 2023 (act. II 146 S. 2 ff.) zu den Berichten der Dres. med. L._____ und I._____ Stellung. Aus psychiatrischer Sicht hielt Dr. med. N._____ fest, seinerseits sei keine „Weigerung“ erfolgt, auf Diagnosen von Dr. med. L._____ einzugehen. Spätere Veränderungen im Befund oder eingehende Diskussionen müssten schriftlich der IV-Stelle mitgeteilt werden. Allerdings sei in der psychiatrischen MEDAS-Beurteilung inhaltlich explizit ausgeführt worden, dass eine Persönlichkeitsstörung der Explorandin nachvollzogen werden könne, welche über die Jahre des Lebens glücklicherweise eine positive Entwicklung genommen habe. Es ergebe sich weder formal noch inhaltlich durch die Einwände eine veränderte Beurteilung der medizinischen Zumutbarkeit der Arbeitsfähigkeit (S. 3). In gastroenterologischer Hinsicht gab Dr. med. M._____ an, in der Literatur bestehe Konsens darüber, dass die Fatigue ein Kardinalsymptom der PBC sei. Eine eigentliche Quantifikation der Fatigue, welche mit den Organschäden korreliere, könne nur in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung plausibilisiert werden. Gestützt auf die Aktenlage befinde sich die PBC, welche erst Ende 2021 diagnostiziert worden sei, noch in einem frühen Stadium. In den frühen Stadien der PBC, in denen die Leberarchitektur sowie die Leberfunktion noch erhalten seien, bestünden keine klinischen oder laborchemischen Parameter, die einer Objektivierung von assoziierten Symptomen wie der Fatigue dienen könnten. Die von der Explorandin erlebte subjektive Leistungsminderung korreliere nicht mit einer objektivierbaren, eklatanten Ressourcenminderung. Die von Dr. med. I._____ pauschal postulierte 30%ige Restarbeitsfähigkeit könne nicht nachvollzogen werden.

3.3

3.3.1 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 anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

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

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 19. Dezember 2023 (act. IIA 148) massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 20. März 2023 (act. II 110.1-110.9) und die gutachterliche Stellungnahme vom 21. November 2023 (act. II 146 S. 2) gestützt. Diese erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen an eine versicherungsexterne medizinische Expertise (vgl. E. 3.3 hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Untersuchungen (vgl. act. II 110.2 S. 2 Ziff. 1.3) und sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten (vgl. act. II 110.3) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind

einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand wurden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen (vgl. insbesondere act. II 126 S. 10) und beruht auf schlüssigen Einschätzungen anlässlich der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (act. II 110.2 S. 5 ff. Ziff. 4.3 ff.). Das von den Gutachtern erstellte Zumutbarkeitsprofil (act. II 110.2 S. 6 f. Ziff. 4.6 f.) trägt sowohl den körperlichen als auch den psychischen Einschränkungen der Beschwerdeführerin vollumfassend Rechnung. Dem Gutachten kommt somit voller Beweiswert zu, sodass darauf abzustellen ist. Demnach leidet die Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einer Persönlichkeitsstörung kombiniert (ICD-10 F61.0) und an einer PBC (ICD-10 K74.3). Dadurch besteht im Rahmen der bisher ausgeübten Tätigkeiten (... im ..., ...), die einer angepassten Arbeit entsprechen, sowie in jeder vergleichbaren Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70% (act. II 110.2 S. 6 f. Ziff. 4.6 f.).

3.4.1 Gestützt auf die Teilgutachten der Allgemeinen Inneren Medizin und der Rheumatologie sind keine Diagnosen mit Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit erstellt (act. II 110.4 S. 5 Ziff. 6.3, 110.6 S. 8 Ziff. 6.3); Gegenteiliges wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht.

3.4.2 Aus gastroenterologischer Sicht legte Dr. med. M._____ mit Blick auf den rezidivierenden Pruritus, die serologische und laborchemische Befund-erhebung sowie die differenzierte Bildgebung inklusive Fibroscan verständlich und schlüssig dar, dass bei der Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine PBC ohne Hinweis auf einen relevanten Leberumbau zu diagnostizieren ist (act. II 110.7 S. 4 f. Ziff. 6.3 lit. a). Zudem führte er aufgrund des im Rahmen der PBC diskret vorliegenden gestörten Metabolismus der Ausscheidungsfunktionen via Galle überzeugend aus, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10% in sämtlichen Arbeitsprofilen vorliegt (act. II 110.7 S. 5 Ziff. 8.1.1). Diese Beurteilung korreliert mit den diagnostischen Ausführungen von Dr. med. I._____ in den Berichten vom 28. Dezember 2021 (act. II 52 S. 10) sowie vom 23. März 2022 (act. II 52 S. 2) und findet Rückhalt in der RAD-Beurteilung von Dr. med. O._____ vom 4. Juli 2023 (act. II 126 S. 10).

Soweit der behandelnde Arzt Dr. med. I. _____ ausführt, die Beschwerdeführerin leide an einer sehr stark ausgeprägte Fatigue; sie könne momentan nur gut zwei Stunden pro Tag tätig sein (act. II 124), kann ihm nicht gefolgt werden. Vielmehr überzeugen die Darlegungen von Dr. med. M. _____, wonach – unter Berücksichtigung der vollständig erhaltenen Leberfunktionsleistung und der fehlenden Hinweise auf einen relevanten Leberumbau – funktionelle Beschwerden vorliegen, welche im Zusammenhang mit der Psychopathologie deutlich aggraviert von der Beschwerdeführerin wahrgenommen werden (act. II 110.7 S. 4 Ziff. 6.2.1). Unter Verweis auf die medizinische Literatur ergänzte Dr. med. M. _____ in der Stellungnahme vom 21. November 2023 (act. II 146 S. 3 f.) einleuchtend, dass eine eigentliche Quantifikation der Fatigue, welche mit Organschäden korreliert, nur im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung plausibilisiert werden kann. Vorliegend sei indessen eine PBC im Frühstadium ohne klinische oder laborchemische Parameter, die einer Objektivierung von assoziierten Symptomen wie der Fatigue dienen könnten, dokumentiert. Darauf ist abzustellen. Auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. med. P. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 14. April 2024 (act. I 10) vermag den Beweiswert der Beurteilung von Dr. med. M. _____ nicht zu erschüttern. So enthält dieser keine neuen Aspekte oder Elemente, welche im Rahmen der gastroenterologischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3).

3.4.3 Dr. med. N. _____ zeigte in seinem Teilgutachten – unter Darlegung der Anamnese, der psychiatrischen Untersuchungsbefunde und der Verhaltensbeobachtung während der Begutachtung (act. II 110.5 S. 1 ff. Ziff. 3 f.) – differenziert und nachvollziehbar auf, dass die diagnostischen Voraussetzungen für eine Persönlichkeitsstörung kombiniert (ICD-10 F61.0) erfüllt sind (act. II 110.5 S. 5 ff. Ziff. 6). Diese Beurteilung ist nicht nur in sich schlüssig, sondern ergibt mit den Ausführungen der beiden Vorgutachter Dres. med. C. _____ und E. _____ (act. II 1.1 S. 67 Ziff. 4 f.; 28.1 S. 13 ff.) sowie den Einschätzungen des früher behandelnden Psychiaters Dr. med. G. _____ (act. II 1.1 S. 20, 41, 110) aktuell wie im Längsschnitt ein stimmiges Gesamtbild und findet überdies Rückhalt in der RAD-Beurteilung von Dr. med. O. _____ vom 4. Juli 2023 (act. II 126 S.

10). Insbesondere mit Blick auf die auch von Dr. med. N._____ berücksichtigte Traumatisierung in der Kindheit und dem den diagnostischen Leitlinien entsprechend festgestellten Übergang dieser Traumatisierung in eine Persönlichkeitsstörung ausgangs Kindheit (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 276 und 284 f.) – und damit vor vielen Jahren – ist die von ihm vertretene Diagnostik nicht zu beanstanden. Weiter überzeugt, dass der psychiatrische MEDAS-Gutachter daraus eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 30% in den bisherigen Tätigkeiten, welche auch einer angepassten Arbeit entsprechen, so wie in jeder vergleichbaren Tätigkeit postuliert hat (act. II 110.5 S. 8 f. Ziff. 8). Darauf ist abzustellen.

Anders als die Beschwerdeführerin geltend macht (vgl. Beschwerde S. 4 ff. Ziff. 2 lit. b ff.), vermögen die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. L._____ sowie diejenigen des Psychologen Dr. phil. K._____ den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht in Frage zu stellen. Dr. med. N._____ hat nachvollziehbar dargelegt, weshalb er der langen Liste an Diagnosen des behandelnden Psychiaters nicht folgen kann (act. II 110.5 S. 6 Ziff. 6.2.3). Überzeugend und entsprechend den klinisch-diagnostischen Leitlinien (vgl. a.a.O. DILLING et al., S. 284) hat er darauf hingewiesen, dass die vorliegende Symptomatik nicht für die parallele Begründung verschiedener Diagnosen herangezogen werden kann. Die Symptomatik hat ihre Grundlage in der von ihm wie vom Vorgutachter Dr. med. E._____ diagnostizierten Persönlichkeitsstörung. Dass der MEDAS-Gutachter im Gegensatz zum Vorgutachter Dr. med. E._____ (act. II 28.1 S. 13 f.) und zum behandelnden Psychiater Dr. med. L._____ (act. II 81 S. 2 Ziff. 3) ein durchgehendes depressives Syndrom mit Krankheitswert nicht mehr erhoben hat, ist unter Berücksichtigung seiner Ausführungen, wonach die Beschwerdeführerin eine auslenkbare Stimmung habe, Freudfähig sei, eine günstige Entwicklung mit dem Ehemann habe aufbauen können, Interessen und Aktivitäten benennen könne und nicht an einem Lebensüberdruß leide (act. II 110.5 S. 5 Ziff. 4.3 und S. 7) sowie mit dem Verweis auf die Remission der Depression, mitbewirkt durch die medikamentöse Therapie (act. II 110.5 S. 2 Ziff. 3.2), ebenfalls schlüssig begründet. Kann durch eine (wie hier zumutbare) leitliniengerech-

te Therapie eine Symptomatik aufgehoben werden und entfällt damit eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, so ist dies zu berücksichtigen, was der psychiatrische MEDAS-Gutachter in nicht zu beanstandender Weise getan hat. Abgesehen davon, dass entsprechend der stichhaltigen Ausführungen von Dr. med. N._____ (act. II 110.5 S. 6 Ziff. 6.2.3) die Depressivität als Symptom bei der Persönlichkeitsstörung bereits einbezogen sein kann. Soweit der behandelnde Psychologe Dr. phil. K._____ als Hauptdiagnose eine PTBS, chronifiziert (ICD-10 F43.1), und differentialdiagnostisch eine komplexe PTBS nach ICD-11, aufgeführt hat (act. II 79 S. 5; 81 S. 5), kann ihm nicht gefolgt werden. Die Diagnose einer PTBS wurde weder vom früher behandelnden Psychiater Dr. med. G._____ (act. II 1.1 S. 20, 110) noch von den beiden Vorgutachtern Dres. med. C._____ und E._____ (act. II 1.1 S. 67 Ziff. 4; 28.1 S. 13) gestellt. Auch der aktuell behandelnde Psychiater Dr. med. L._____ nannte eine solche nicht (act. II 81 S. 2 Ziff. 3). Betreffend die diagnostische Abgrenzung der Persönlichkeitsstörung von der komplexen PTBS ist zudem auf die Diagnostik anlässlich des zweiten Aufenthalts der Beschwerdeführerin in der Klinik J._____ hinzuweisen, wo eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) i.S. einer komplexen PTBS nach ICD-11 festgehalten wurde (act. II 120 S. 5), womit die gutachterliche Einschätzung, dass keine Diagnosenhäufung vorgenommen werden kann, ebenfalls bestätigt wird. Ohnehin spielt die (genaue) diagnostische Zuordnung vorliegend insoweit eine untergeordnete Rolle, als gemäss der Rechtsprechung letztlich unabhängig von der diagnostischen Einordnung eines Leidens und unbesehen der Ätiologie ausschlaggebend ist, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit vorliegt (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. September 2023, 8C_121/2023, E. 4.2 mit Hinweisen). Soweit die Beschwerdeführerin sodann vorbringt, der psychiatrische MEDAS-Gutachter „weigere sich“, auf die Abklärung der von Dr. med. L._____ genannten Diagnosen einzugehen (vgl. Beschwerde S. 5 lit. c; act. II 138 S. 5 Ziff. 12), ist festzuhalten, dass Dr. med. N._____ im Rahmen seiner Stellungnahme vom 21. November 2023 (act. II 146 S. 2 f.) den Kontakt zum behandelnden Psychiater und sein Vorgehen nachvollziehbar dargelegt hat. Von einer „Weigerung“ kann daher keine Rede sein. Dr. med. N._____ hatte Kenntnis aller medizinischen Akten, insbesondere waren ihm die Annahmen des behan-

delnden Psychologen bekannt (act. II 110.3 S. 2 Ziff. 1.1). Zudem hat er die Beschwerdeführerin selbst untersucht (act. II 110.5 S. 1 ff. Ziff. 3 f.). Wenn er vor diesem Hintergrund mit kurzer Begründung festgehalten hat, dass er auch unter Berücksichtigung der Einwände des behandelnden Psychiaters seine Einschätzung bestätige, so ist dies nicht zu beanstanden.

In den Akten finden sich sodann keine Anhaltspunkte für einen (systematischen) Drogen oder Alkoholmissbrauch in früherer Zeit (vgl. etwa act. II 1.1 S. 65 Ziff. 2; 28.1 S. 8; 52 S. 3, 11). Insbesondere war ein solcher anlässlich der ersten Behandlung in der Klinik J._____, dauernd vom 25. Februar bis 8. April 2022, weder bei den Zuweisungsumständen noch in der Behandlung ein Thema (act. II 50 S. 1). Zudem gab die Beschwerdeführerin im Rahmen der MEDAS-Begutachtung an, ein übermässiges Konsumverhalten psychotroper Substanzen aus der Erfahrung ihres abhängigkeits-erkrankten Vaters abzulehnen (act. II 110.5 S. 2 Ziff. 3.2). Der in den Berichten vom Psychologen Dr. phil. K._____ vom 14. Mai 2023 (act. II 120 S. 2 ff.) und vom 17. November 2023 (act. II 142 S. 7 f.) beschriebene – offenbar inzwischen massive – Alkoholkonsum trat mit der aufdeckenden Psychotherapie ein, wobei nicht nachvollziehbar ist, weshalb der behandelnde Psychologe diesen als Faktum hinnimmt und die Auffassung vertritt, die mit Amnesie verbundenen Identitätswechsel würden nicht durch den Alkoholkonsum induziert, sondern der Identitätswechsel und mit ihm die Amnesie begännen immer vor dem „Griff zur Flasche“ (act. II 120 S. 2 f. und 142 S. 7). So wurde im Rahmen des zweiten Aufenthalts der Beschwerdeführerin in der Klinik J._____, dauernd vom 17. bis 27. März 2023, aufgrund des anamnestisch erhöhten Alkoholkonsums umgehend eine Vitaminsubstitution installiert und der Alkoholmissbrauch als Ursache und nicht als Folge der dissoziativen Entgleisung angesehen und behandelt. Dabei zeigten sich keine Entzugssymptome und es wurde schnell eine deutliche Zustandsstabilisierung erreicht (act. II 120 S. 7). Dass der Psychologe Dr. phil. K._____ davon ausgeht, dass die Beschwerdeführerin – kaum habe der Ehemann die Wohnung verlassen (act. II 120 S. 3) – dissoziiere und dann in vollständiger Urteilsunfähigkeit Alkohol bis zur (weiteren) Besinnungslosigkeit zu sich nehme, ist weder nachvollziehbar noch überzeugend. Gestützt auf die Berichte des Dr. med. G._____, der Klinik J._____ sowie unter Berücksichtigung der psychiatrischen Gutach-

ten der Dres. med. C._____, E._____ und N._____ ist vielmehr erstellt, dass die Beschwerdeführerin urteils- und handlungsfähig ist sowie selbstbestimmt auf den Konsum von Alkohol verzichten kann. Wäre der inzwischen aufgenommene Alkoholkonsum mit der aufdeckenden Therapie des behandelnden Psychotherapeuten vergesellschaftet, so wäre es an diesem, die Therapie unverzüglich anzupassen. Überzeugend ist denn auch, dass Dr. med. N._____ eine Traumatherapie ohne weitergehende aufdeckende Belastungen empfiehlt (act. II 110.5 S. 9 Ziff. 8.3.1).

Allein der Umstand, dass der federführend tätige Psychologe und der mitbehandelnde Psychiater mit der diagnostischen Einschätzung des Gutachters nicht einverstanden sind und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit postuliert haben (act. II 138 S. 4 Ziff. 1 und 3; 142 S. 5), ändert an der Massgeblichkeit des Gutachtens nichts (vgl. E. 3.3.2 hiervor). Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Beschwerdeführerin nach der Aufhebung der Rente im Jahr 2014 (act. II 36) beruflich eingliedern konnte, während mehreren Jahren neben den umfangreichen familiären Aufgaben mit drei Kindern einer Erwerbstätigkeit von rund 75% nachging und in dieser Zeit keine psychiatrische Behandlung in Anspruch nahm (act. II 110.5 S. 3, 8 Ziff. 8.1.4, 9 Ziff. 9; 130 S. 4 Ziff. 3.2). Damit überzeugt – entgegen der Auffassung von Dr. med. L._____ und Dr. phil. K._____ – die Auffassung von Dr. med. N._____, wonach eine Verbesserung in psychiatrischer Hinsicht seit der Begutachtung durch Dr. med. E._____ im Jahr 2013 zu verzeichnen ist (act. II 110.5 S. 9 Ziff. 9).

Nichts an der Massgeblichkeit des Gutachtens ändert schliesslich auch der Einwand, die Beschwerdegegnerin habe den Bericht vom Psychologen Dr. phil. K._____ vom 17. November 2023 (act. II 142 S. 2) mit den Ergebnissen des TADS-I Dr. med. N._____ nicht zur Stellungnahme unterbreitet und damit das rechtliche Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]) verletzt (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 2 lit. g und S. 10 f. Ziff. 4). Bei diesem Test handelt es sich um die Auflistung und Entgegennahme der primär von der Beschwerdeführerin dargestellten subjektiven Situation. Solche Erhebungen sind zu objektivieren (vgl. BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Den Testverfahren kommt im Rahmen einer psychiatrischen Abklärung denn auch höchstens eine ergänzende Funktion zu, entschei-

dend ist die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. Entscheid des BGer vom 1. Juni 2022, 8C_804/2021, E. 4.1.3). Die abweichende Auffassung des behandelnden Psychologen war dem psychiatrischen MEDAS-Gutachter bekannt und dieser hat die umfangreichen Akten sowie die ihm gegenüber gemachten Angaben der Beschwerdeführerin in nicht zu beanstandender Weise objektiviert und gewürdigt (act. II 110.5 S. 5 ff. Ziff. 6).

3.4.4 Gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 20. März 2023 ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin in ihren bisherigen Tätigkeiten, welche einer angepassten Arbeit entsprechen, sowie in jeder vergleichbaren Tätigkeit insgesamt zu 70% arbeitsfähig ist, wobei die Einschränkungen in gastroenterologischer und psychiatrischer Hinsicht nicht additiv begründet sind. Die MEDAS-Gutachter legten – entgegen der Auffassung der Dres. med. L. _____ und I. _____ (act. II 138 S. 5 Ziff. 13 und S. 7 Ziff. 13) – differenziert und überzeugend dar, dass die um 30% verminderte Arbeitsfähigkeit in erster Linie durch die psychischen Einschränkungen begründet ist und die aus gastroenterologischer Sicht um 10% verminderte Leistungsfähigkeit nicht zu einer weiteren Reduktion der Arbeitsfähigkeit führt, da die Beschwerdeführerin dieselben Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und zur Erholung nutzen kann (act. II 110.2 S. 6 Ziff. 4.5; vgl. zum Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen Entscheid des BGer vom 20. Juni 2013, 9C_295/2013, E. 4.4). Weiter braucht mit Blick auf das Ergebnis – so oder anders resultiert kein Rentenanspruch (vgl. E. 7 hiernach) – nicht geprüft zu werden, ob der aus psychiatrischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30% auch aus rechtlicher Sicht zu folgen ist, insbesondere ist eine Indikatorenprüfung entbehrlich, kann doch eine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte aus der Indikatorenprüfung nicht resultieren (Entscheid des BGer vom 10. August 2021, 8C_153/2021, E. 5.4.2). Auf dieser Grundlage ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4. Was den Status anbelangt (Ausmass der Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall; vgl. BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30; 2020 IV Nr. 72 S. 251 E. 4.1.1), nahm die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 24. Juli 2023 (act. II 130 S. 4 f. Ziff. 3 f.) an, die

Beschwerdeführerin wäre im hypothetischen Gesundheitsfall zu 75% erwerbstätig und zu 25% im Haushalt beschäftigt. Dieser Status wird nicht bestritten und es gibt aufgrund der Erwerbsbiographie, der familiären Verhältnisse sowie der Aussagen der Beschwerdeführerin gegenüber der Abklärungsfachperson (act. II 130 S. 4 f. Ziff. 3.2, 4.2) keinen Anlass, um davon abzuweichen. Insbesondere hat die Beschwerdeführerin hierfür denn auch den Tatbeweis erbracht; so war sie ab Juli 2015 über mehrere Jahre in einem Pensum von ca. 50% als ... tätig und ab dem 15. Juli 2021 zusätzlich auch in einem Pensum von ca. 20-30% als ... angestellt (act. II 127 ff., 130 S. 4 Ziff. 3.2). Der Invaliditätsgrad ist somit anhand der gemischten Methode zu bestimmen (vgl. E. 2.3.2 hiervor), d.h. im Aufgabenbereich mittels eines Betätigungsvergleichs (vgl. E. 5 hiernach) und im Erwerbsbereich mittels eines Einkommensvergleichs (vgl. E. 6 hiernach).

5.

5.1 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63; SVR 2018 IV Nr. 69 S. 224 E. 3.2).

5.2 Der Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 24. Juli 2023 (act. II 130 S. 2) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an derar-

tige Berichte (vgl. E. 5.1 hiervor) und überzeugt hinsichtlich der Feststellungen zu den Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Aufgabenbereich. Die Ausführungen der fachkundigen Abklärungsperson basieren auf eigenen, vor Ort und in Anwesenheit der Beschwerdeführerin durchgeführten Erhebungen und berücksichtigen die bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen. Der Abklärungsbericht ist zudem hinsichtlich der Gewichtung der Tätigkeitsbereiche ausreichend detailliert und den Einschränkungen sowie den Angaben der Beschwerdeführerin wird darin angemessen Rechnung getragen. Fehleinschätzungen, die entscheidungswesentlich sein könnten, werden nicht geltend gemacht und es liegen auch keine Anhaltspunkte für solche vor. Auf die Ergebnisse der Haushaltsabklärung ist demnach abzustellen; es besteht kein Anlass, in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen. Gestützt auf den Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb beträgt die mittels Betätigungsvergleich ermittelte Einschränkung – gewichtet mit einem Status von 25% im Aufgabenbereich – 2.03% (8.1×0.25 ; act. II 146/10; siehe auch E. 2.3.2 hiervor).

6.

6.1

6.1.1 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. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität keine berufliche Ausbildung beginnen oder abschliessen, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. In Abweichung von dieser Bestimmung sind geschlechtsunabhängige Werte zu verwenden (Art. 26 Abs. 6 IVV).

6.1.2 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 Leis-

tungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26^{bis} 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^{bis} Abs. 2 IVV). Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50% oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10% für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung).

6.1.3 Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend.

6.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV). Der frühest mögliche Rentenbeginn fällt unter Berücksichtigung der – bei eingeschriebenem Versand und Eingang bei der IVB am 1. April 2022 (act. II 40 S. 1) – im März 2022 erfolgten Neuanschreibung und der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG auf den 1. September 2022. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

6.3 Zur Berechnung des Valideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin anlässlich der Rentenaufhebung im Jahr 2014 – entsprechend dem Vorgehen der IV-Stelle D. _____ bei der Rentenzusprache im Jahr 2007 (act. II 1.1 S. 54) – auf die LSE ab (act. II 36 S. 1 i.V.m. 30 S. 6 Ziff. 3.9). In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. Dezember 2023 berechnete sie das Valideneinkommen anhand der Lohnangaben der zuletzt ausgeübten Tätigkeiten (act. IIA 148 S. 2 i.V.m. act. II 130 S. 6 Ziff. 5.3). Dem kann nicht gefolgt werden, denn die Beschwerdeführerin weist seit der Kindheit und damit bereits bei Antritt der beruflichen Ausbil-

derung zur ... bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen auf und musste ihre Lehre deswegen abbrechen (act. II 1.1 S. 110 und 112). Deshalb erhielt sie ab November 2007 eine ausserordentliche Rente der IV (act. II 1.1 S. 23). In der Folge war es ihr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, eine andere berufliche Ausbildung abzuschliessen, weshalb sie als sogenannte Frühinvalide zu betrachten gewesen wäre bzw. ist (vgl. Rz. 3329 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 148 V 385 E. 5.2 S. 391). Aufgrund der durchgängigen Persönlichkeitsstörung ist sie in ihrer Arbeitsfähigkeit weiter durchgehend in unterschiedlichem Mass eingeschränkt. Das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung hypothetisch erzielbare Einkommen ist folglich nach Massgabe von Art. 26 Abs. 6 i.V.m. Art. 25 Abs. 3 IVV nach dem Totalwert der Tabelle TA1_tirage_skill_level festzusetzen (vgl. Rz. 3330 KSIR).

Die Berechnung des Invalideneinkommens erfolgt ebenfalls auf der Basis der geschlechtsunabhängigen Werte der LSE (vgl. E. 6.1.2 hiervor). Soweit die Beschwerdegegnerin die Einkommen aus den früheren Tätigkeiten zugezogen hat (vgl. act. IIA 148 S. 2 und act. II 130 S. 6 Ziff. 5.3), kann ihr nicht gefolgt werden, da die Beschwerdeführerin diese Tätigkeiten nicht mehr inne hat (act. II 130 S. 4 Ziff. 3.2). Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (in BGE 148 V 321 nicht publizierte E. 6.2 des Entscheids des BGer vom 27. Juni 2022, 8C_104/2021), wobei ein Tabellenabzug ab dem 1. Januar 2022 gemäss Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV allein dann vorgesehen ist, wenn die funktionelle Leistungsfähigkeit 50% oder weniger beträgt (vgl. E. 6.1.2 hiervor; vgl. dazu auch BVR 2023 S. 552), was hier nicht zutrifft. Damit resultiert im erwerblichen Bereich ein Invaliditätsgrad von 30% resp. gewichtet mit einem Status von 75% ein solcher von 22.5% (30 x 0.75).

7. Zusammenfassend resultiert aus der Einschränkung im Haushalt (vgl. E. 5.2 hiervor) und im erwerblichen Bereich (vgl. E. 6.3 hiervor) ein

Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 25% (2.03% + 22.5%; vgl. zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 f. S. 123). Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.3 hiervor).

Selbst unter Berücksichtigung des erst ab dem 1. Januar 2024 und damit hier ausserhalb des Beurteilungszeitraums eingeführten Abzugs von 10% im Erwerbsbereich (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der ab 1. Januar 2024 gültigen Fassung; zur massgebenden Rechtslage BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) ergäbe sich im Ergebnis kein anderes Resultat. Diesfalls resultierte im erwerblichen Bereich ein Invaliditätsgrad von 37% ($100 - [100 \times 0.7 \times 0.9]$) resp. gewichtet mit einem Status von 75% ein solcher von 27.75% (37×0.75) und mit den Einschränkungen im Aufgabenbereich (vgl. E. 5.2 hiervor) ein rentenausschliessender Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 30% ($27.75\% + 2.03\%$).

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung im Ergebnis nicht zu beanstanden und die hiergegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

8.

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

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

8.2 Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

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 Eingabe der Beschwerdeführerin vom 29. April 2024 und den Beilagen)
 - 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.