

200 19 909 IV
KNB/SVE/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. Oktober 2021

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsanwalt C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 31. Oktober 2019



Sachverhalt:

A.

Im September 2011 meldete sich die 1974 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) unter Hinweis auf psychische Probleme bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 3). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen und verneinte mit Verfügung vom 23. April 2012 (AB 26) mangels Gesundheitsschaden einen Leistungsanspruch. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Die Versicherte meldete sich im Oktober 2014 erneut zum Leistungsbezug an (AB 31), woraufhin die IVB wiederum medizinische und erwerbliche Abklärungen tätigte. Mit Vorbescheid vom 23. Juni 2015 (AB 71) stellte die IVB in Aussicht, das Leistungsbegehren abzuweisen, wogegen die Versicherte Einwand erhob (AB 72, 76). Nach weiteren medizinischen Abklärungen veranlasste die IVB eine polydisziplinäre Begutachtung im D. _____ (MEDAS, nachfolgend MEDAS; Expertise vom 30. August 2016 [AB 98.1]) und gewährte berufliche Massnahmen in Form eines Belastbarkeitstrainings vom 9. Oktober 2017 bis 21. Januar 2018 in der Abklärungsstelle E. _____ in ... (AB 111, 121). Am 16. Mai 2018 verfügte die IVB dem Vorbescheid vom 20. März 2018 (AB 128) entsprechend den Abschluss beruflicher Massnahmen (AB 136). Diese Verfügung blieb unangefochten. Weiter holte sie beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 138) eine Stellungnahme ein und veranlasste zudem eine psychiatrische Begutachtung (Expertise vom 7. Juli 2019; AB 152.1). Mit Vorbescheid vom 25. Juli 2019 (AB 153) stellte die IVB in Aussicht, das Leistungsbegehren mangels Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung abzuweisen. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 156) verfügte sie am 31. Oktober 2019 (AB 158) dem Vorbescheid entsprechend.

B.

Hiergegen erhob die Beschwerdeführerin, vertreten durch B._____, Rechtsanwalt C._____, mit Eingabe vom 3. Dezember 2019 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 31. Oktober 2019 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei ab 1. Juni 2015 eine ganze und ab 1. Oktober 2016 eine halbe Invalidenrente auszurichten.
3. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und sie sei von allfälligen Vorschuss- und Sicherheitsleistungen zu befreien. Zudem sei ihr die unentgeltliche Rechtsverteidigung durch den Unterzeichnenden zu gewähren.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 10. Januar 2020 auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin zur Kenntnis gebracht wurde.

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 31. Oktober 2019 (AB 158), mit welcher der Anspruch auf IV-Leistungen verneint wurde. Die Beschwerdeführerin hat den Streitgegenstand beschwerdeweise auf die Rentenfrage beschränkt, so dass vorliegend einzig der Rentenanspruch zu prüfen ist.

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

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

2.

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

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

ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c).

2.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

2.4.1 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 deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer

Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.4.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch 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 (bzw. anspruchrelevant höhere) 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 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – 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).

2.4.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts 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 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

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 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom Oktober 2014 (AB 31) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Praxisgemäss ist die Eintretensfrage durch das Gericht daher nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der rentenverneinenden Verfügung vom 23. April 2012 (AB 26), als letztmals eine allseitige Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen erfolgte (vgl. E. 2.4.3 hiervor), mit demjenigen bei Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2019 (AB 158) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 23. April 2012 (AB 26) stützte sich im Wesentlichen auf den Bericht von Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und der Psychologin lic. phil. G._____ vom 3. Januar 2012 (AB 22), in welchem festgehalten wurde, dass die Beschwerdeführerin seit Oktober 2011 wieder voll arbeitsfähig und die Gesprächspsychotherapie beendet worden sei. Zuvor war sie wegen einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) bei psychosozialer Belastung (Trennung vom Ehemann) psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt worden (AB 13 S. 7 f.).

3.3 Was den Gesundheitszustand bzw. die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 23. April 2012 (AB 26) betrifft, ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

3.3.1 Im Austrittsbericht des Spitals H._____ hielten Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie die Psychologin lic. phil. J._____ über die teilstationäre Behandlung in der Klinik K._____ in ... vom 30. September bis 7. November 2014 (AB 57 S. 9) als Diagnosen eine rezidivierende depressive Episode, teilremittiert (ICD-10 F33.1), einen Verdacht auf dissoziative Amnesie (ICD-10 F44.0) sowie Gewalt in der Beziehung zum Ex-Ehemann (ICD-10 Z63.0) fest.

3.3.2 Die Psychologin lic. phil. G._____ diagnostizierte im undatierten Verlaufsbericht (Posteingang: 6. Februar 2015; AB 63) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Episode, mittelgradig seit April 2011 (ICD-10 F33.1), eine dissoziative Amnesie (ICD-10 F44.0), eine ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) und eine abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7; S. 1 Ziff. 1.1). Seit Beginn der Behandlung im Juni 2011 komme es nach Phasen der Stabilisierung immer wieder zu psychischen Einbrüchen ausgelöst durch Schwierigkeiten in partnerschaftlichen Beziehungen und durch Probleme in der Arbeitssituation (Ziff. 1.4).

3.3.3 Im Gutachten vom 19. Mai 2015 (AB 70.2) zu Handen der Krankentaggeldversicherung der Beschwerdeführerin hielt Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (lit. A S. 9 Ziff. 4.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine testmässige intellektuelle Minderbegabung, grenzwertige neurokognitive Einschränkungen, eine Lese-/Schreibschwäche, Defizite der emotionalen Reifung mit Tangierung von Selbstwertgefühl und emotionaler Belastbarkeit, unter Belastung Tendenz zu Anpassungsstörungen (aktuell Status bei voll remittierter Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion ICD-10 F43.21) und dissoziativen Störungen (ICD-10 F44.0) unbekannter Genese, wobei eine leichte perinatale organische Schädigung denkbar sei, einen Status nach Gewalterfahrungen in der Beziehung zum Ehemann (ICD-10 Z63.0) sowie einen Verdacht auf Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) im Dienste des Krankheitsgewinns (S. 10 Ziff. 4.2). Vom retrospektiven Verlauf her habe es sich um eine Anpassungsstörung

mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) gehandelt. Aktuell bestehe subjektiv und objektiv keine depressive Störung mehr und auch die Dissoziationen hätten sich gebessert. Es bestünden keine Anhaltspunkte hinsichtlich einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD10 F60.6, F60.7; lit. B S. 10 f.). Versicherungsmedizinisch liessen sich auf den aktuellen Zustand keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit stützen (S. 12). Ab sofort sei eine Wiederaufnahme der Arbeit zu 70 % zumutbar. Aufgrund der ängstlichen, regressiven Selbstlimitierungen erscheine es jedoch günstig, die Arbeits- und Vermittlungsfähigkeit initial durch geeignete IV-Eingliederungsmassnahmen zu trainieren. Dabei sei das Ziel die Erhaltung der weiteren Vermittelbarkeit auf dem freien Arbeitsmarkt in einem Umfang von mehr als 70 % (S. 14 lit. C Ziff. 7.1).

3.3.4 Die Psychologin lic. phil. G._____ hielt im Bericht vom 12. August 2015 (AB 76 S. 3) fest, aufgrund der Persönlichkeitsstörung bleibe die Prognose bezüglich der Arbeitsfähigkeit ungünstig. Die Beschwerdeführerin sei in einer ihr angepassten Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt nicht in der Lage, mehr als 50 % zu arbeiten.

3.3.5 Im MEDAS-Gutachten vom 30. August 2016 (AB 98.1) hielten Prof. Dr. med. M._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. N._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und der Psychologe lic. phil. O._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen fest (S. 38 Ziff. 7.1):

- PTBS (Status nach Problemen in der Beziehung zum Ehepartner);
- leichte Intelligenzminderung (Intelligenzquotient [IQ] 84) mit leichter neuropsychologischer Störung.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie folgende Diagnosen fest (Ziff. 7.2):

- Adipositas (BMI 37.5);
- arterielle Hypertonie (Echokardiographie 19. Oktober 2015: grenzwertige linksventrikuläre Hypertrophie, normale linksventrikuläre Ejektionfraktion);
- Verdacht auf Gonarthrose rechts (Status nach zwei arthroskopischen Menishektomien 1997 und 2007);
- Verdacht auf chronische Bronchitis bei Nikotinabusus;
- Spannungskopfschmerzen und Verdacht auf Migräne ohne Aura;
- Status nach Hysterektomie bei Uterus myomatosus und Zystenentfernung am Ovar links bei Follikelzyste (Januar 2015);
- Urininkontinenz seit circa 1996;
- Status nach Antirefluxoperation bei Doppelnieren rechts (November 1977);

- rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradig;
- Tabakabhängigkeit.

Aus internistischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit (S. 21 Ziff. 4.1.6).

Aus neuropsychologischer Sicht lasse sich eine kognitive Verlangsamung bei unterdurchschnittlicher Intelligenz (IQ 84) feststellen (S. 39 Ziff. 8.1).

Psychiatrischerseits beschreibe die Beschwerdeführerin eine Symptomatik mit zunächst affektiven Störungen und im Verlauf immer weiteren psychischen Phänomenen wie Dissoziationen, Alpträumen, Flashbacks, Angstattacken, Spannungszuständen und selbstverletzendem Verhalten. Sie sei vermehrt erschöpfbar, gleichzeitig elf Stunden im Bett und zeige einen deutlich gestörten Tag-Nachtrhythmus. Nach ihren Angaben sei sie letztendlich dreizehn Stunden am Tag im Bett, ziehe sich zurück und zeige eine deutliche Angstvermeidung. Damit erfülle sie die symptomatischen Kriterien einer Belastungsstörung. Als auslösend könne die Bedrohungssituation in der Ehe angesehen werden. Sie sei vom Ehemann mehrfach mit der Waffe bedroht, vergewaltigt und auch nach der Trennung noch belästigt worden. Die Flashbacks gingen mit vegetativer Symptomatik einher und hätten inhaltlich die Todesangst in der Bedrohung durch den (oft alkoholisierten) Ehemann zum Thema. Differentialdiagnostisch könnte auch eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung diskutiert werden, die jedoch mangels entsprechender Symptomatik in der Kindheit und Jugend eher unwahrscheinlich sei (S. 26 Ziff. 4.2.5). Im Vordergrund stehe aktuell nicht eine depressive Episode, welche maximal leichtgradig ausgeprägt sei, sondern die PTBS (S. 27 Ziff. 4.2.5.2). Der Krankheitsverlauf sei noch nicht so lang, dass die Chronifizierung hingenommen werden müsse (S. 30 Ziff. 4.2.9). Die Beschwerdeführerin lebe zurückgezogen mit wenigen Kontakten. Sie sei jedoch in der Lage stabile Beziehungen zu führen. Die leichte Intelligenzminderung stelle eine weitere Belastung dar. Die persönlichen Ressourcen erschienen gering (S. 40 Ziff. 8.2).

Zusammenfassend seien aus rein somatischer Sicht die angestammten, bisher durchgeführten Tätigkeiten als ... oder ... vollschichtig möglich. Aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht sei aufgrund der verminderten Flexibilität, der verminderten Stressbelastbarkeit und der reduzierten

intellektuellen Leistungsfähigkeit von einer um 50 % geminderten Arbeitsfähigkeit ab Gutachtensdatum auszugehen (S. 41 Ziff. 9.1). Aus psychiatrischer Sicht sollte eine gut strukturierte Tätigkeit, die Pausen ermöglicht, angestrebt werden. Dabei sollte die Beschwerdeführerin eher in kleinen (übersichtlichen) Betrieben tätig werden mit gutem sozialen Klima. Adaptierte Tätigkeiten beinhalteten körperlich leichte, wechselbelastende, kognitiv einfache nicht überfordernde überschaubare Tätigkeiten, ohne Stress und Hektik, wobei hier ebenfalls von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (S. 42 Ziff. 9.2). Eine bessere/genauere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit solle nach Vorliegen einer neurologischen Untersuchung inkl. MRI Neurocranium (bei Verdacht auf Organizität bei Prüfung der Intelligenz [S. 42 Ziff. 10.1]) und nach durchgeführter beruflicher Abklärung erfolgen (S. 43 Ziff. 10.3). Die aktuelle Arbeitsfähigkeitseinschätzung sei eine theoretische Überlegung. Allenfalls liesse sich auch eine höhere Arbeitsfähigkeit erreichen, dies jedoch erst nach Absolvierung geeigneter IV-Eingliederungsmassnahmen (Ziff. 11). Die Prognose sei offen (Ziff. 12).

3.3.6 Der RAD-Arzt med. pract. P. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 14. Februar 2017 (AB 103 S. 9) fest, es handle sich hier anscheinend in psychiatrischer Hinsicht um ein sehr unterschiedlich interpretierbares Krankheitsgeschehen. Ausgeschlossen sei eine internistische Begründung für eine Arbeitsunfähigkeit. In Bezug auf eine hirnorganische Mitbeteiligung (neurologische und bildgebende Untersuchung) seien in versicherungsmedizinischer Hinsicht aus einer solchen Abklärung keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Der Ausprägungsgrad der PTBS erscheine relativ gering. Negativ modifizierend kämen der niedrige Intelligenzgrad sowie die Fähigkeit zur Krankheitsverarbeitung und zur Beteiligung an therapeutischen Massnahmen hinzu. Die Subsumierung unter die Diagnose einer PTBS bei gleichzeitig bestehender Minderbegabung habe mangels anderweitiger, vielleicht noch besserer Diagnosekriterien bis dato den höchsten Plausibilitätsgrad. Keiner der Gutachter oder Behandler streite grundsätzlich relevante Leistungseinschränkungen ab. Aufgrund der methodischen Schwierigkeit bei der Klassifizierung der Krankheitssymptome sei auf das MEDAS-Gutachten abzustellen, da es die grösste Explorationstiefe erreiche und mit geringen Ausnahmen konsistent sei.

Derselbe RAD-Arzt hielt in der Stellungnahme vom 9. Oktober 2018 (AB 138 S. 5) fest, das Zumutbarkeitsprofil entspreche dem Beschrieb der Abklärungsstelle E._____. Gemäss diesem habe man die Beschwerdeführerin psychisch instabil und wenig belastbar erlebt. Die neue Arbeit habe bei ihr nebst der Haushaltsführung und der Nebentätigkeit Überforderung ausgelöst. Ziel der Massnahme sei eine Steigerung der Präsenzzeit von zwei Stunden an fünf Tagen der Woche auf vier Stunden an fünf Tagen der Woche gewesen. Sie sei bereits mit einem Pensum von zwei Stunden gefordert gewesen. Nach drei bis vier Wochen und einer problematischen Anfangszeit habe sich das Startpensum eingependelt. Eine Steigerung auf zweieinhalb Stunden habe keinen zusätzlichen Druck ausgelöst. Erst als sie über drei Stunden pro Tag in die IM kommen sollte, habe sie sich überfordert gefühlt. In Absprache mit ihrer Psychologin sei sie für vier Tage krank geschrieben worden und habe anschliessend erneut mit zweieinhalb Stunden pro Tag begonnen. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin zu wenig belastbar, um einer Anstellung im ersten Arbeitsmarkt nachgehen zu können (vgl. hierzu auch AB 121 S. 4). Der RAD-Psychiater hielt abschliessend fest, ein Gutachten würde allenfalls medizinisch-theoretische Aussagen machen. Eine Langzeitbeobachtung könne dadurch jedoch nicht geleistet werden. Da die medizinischen Fakten durch das (MEDAS-) Gutachten klar seien, könne der Fall auch nach Aktenlage bewertet werden.

3.3.7 Im psychiatrischen Fachgutachten vom 7. Juli 2019 (AB 152.1) hielt Dr. med. Q._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 15 Ziff. 7.4). Aktuell biete die Beschwerdeführerin sowohl auf Beschwerde- als auch auf Befundebene kein affektives Syndrom an. Bei fehlenden Defiziten in der Affektivität, Psychomotorik und Hedonie sei die vordiagnostizierte rezidivierende depressive Störung als remittiert zu beurteilen (ICD-10 F33.4). Andere nach ICD-10 diagnostizierbare psychische Störungen inkl. Suchtleiden lägen nicht vor. Insbesondere könnten die Vordiagnosen einer PTBS und einer Minderbegabung nicht bestätigt werden (S. 12 Ziff. 6). Die Eingangskriterien einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 seien nicht erfüllt, vor allem bestehe keine erhebliche und dauerhafte Abweichung im Denken, Handeln und Fühlen. Die Persönlichkeitsstruktur imponiere mit unreifen Zügen, welche zusammen mit unterdurchschnittlicher Intelligenz zum re-

gressiven Verhalten, insbesondere in den Situationen, welche von ihr als mit Zwang und Druck behaftet wahrgenommen würden, prädisponierten (S. 13 Ziff. 7.1). Der Therapieverlauf sei erfreulich gewesen, die wichtigste Rolle scheine die Dauermedikation mit dem Antidepressivum gespielt zu haben. Die bisherigen Behandlungen seien angemessen gewesen und hätten zu guten Erfolgen geführt. Die Prognose sei insbesondere aufgrund der gut wirksamen und verträglichen Dauermedikation günstig (Ziff. 7.2). Die im Gutachten vom 19. Mai 2015 (vgl. AB 70.2) aufgeführten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bezögen sich auf versicherungsfremde, konstitutionelle Faktoren wie niedriger IQ und Defizite in emotionaler Reifung mit Tangierung von Selbstwertgefühl. Insgesamt könnten die Ausführungen nicht als versicherungspsychiatrisch reliabel erachtet werden (S. 14 Ziff. 7.3). Im psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten (vgl. AB 98.1 S. 22 ff. Ziff. 4.2) werde das Vorliegen einer PTBS bescheinigt, wobei im Gutachten kein Ereignis geschildert werde, welches das A-Kriterium einer PTBS erfüllen würde. Die beschriebene „Bedrohungssituation in der Ehe“ entspreche dessen Definition nicht. Die Diagnosestellung sei offensichtlich nicht nach ICD-10 Kriterien erfolgt. Konform dazu habe die Beschwerdeführerin in der aktuellen Untersuchung, mit offenen Fragen exploriert, keinerlei Symptome einer PTBS wie Flashbacks, Intrusionen, Hyperarousal geschildert und kein kognitives Vermeiden gezeigt. Die Angabe, bei IQ 84 handle es sich um eine Minderbegabung, sei unzutreffend, weil der Cut-off-Wert für eine nach ICD-10 diagnostizierbare Minderintelligenz bei IQ 70 läge. Demnach handle es sich bei der niedrigen Intelligenz um ein konstitutionelles, versicherungsfremdes Phänomen. Die Neigung zum Regressionsverhalten werde nicht als versicherungsfremder Faktor, sondern als eine Funktionseinschränkung qualifiziert. Konkrete, nachvollziehbare Defizite, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angestammter und angepasster Tätigkeit verminderten, würden nicht dargelegt (S. 14 f. Ziff. 7.2). Vielmehr könne die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit an achteinhalb Stunden pro Tag mit einer Arbeitsfähigkeit von 100 % arbeiten. Ausgenommen seien Tätigkeiten, welche nachts und im frequenten Schichtbetrieb ausgeführt werden müssten. Seit dem Gutachten von 2016 (vgl. AB 98.1) sei es zu einer relevanten Verbesserung der psychischen Gesundheit gekommen. Da eine reliable Verlaufsdokumentation fehle,

gelte das Zumutbarkeitsprofil ab Datum der aktuellen Untersuchung (21. Februar 2019; S. 16 Ziff. 8).

3.4 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).

Externen Beurteilungen, die nach Art. 44 ATSG im Verwaltungsverfahren eingeholt wurden, ist bei überzeugendem Beweisergebnis volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung auf-

drängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5).

3.5

3.5.1 Was den somatischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin betrifft, sind gestützt auf die medizinischen Akten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erstellt (vgl. AB 98.1 S. 38 Ziff. 7, 138 S. 4).

3.5.2 In psychiatrischer Hinsicht ist vorab festzuhalten, dass sich der an die Beschwerdegegnerin gerichtete Vorwurf des unzulässigen „Gutachtens-Shopping“ (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. II Ziff. 9 f.) – d.h. die Einholung einer unzulässigen „second opinion“ bei Dr. med. Q. _____ (vgl. BGE 141 V 330 E. 5.2 S. 339, 138 V 271 E. 1.1 S. 274) – als haltlos erweist. So brachte die bereits damals durch die B. _____ vertretene Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Anordnung der Begutachtung keinerlei Einwendungen gegen die Begutachtung an sich und die Person des Dr. med. Q. _____ (vgl. Beschwerde S. 8 Ziff. II Ziff. 10, wonach eine allfällige Verlaufsbeugutachtung bei der MEDAS hätte eingeholt werden sollen) vor (AB 140 ff.). Werden entsprechende Rügen erst nach Vorlage des fraglichen Gutachtens erhoben, sind sie nach dem Grundsatz von Treu und Glauben als verspätet einzustufen und es kann darauf nicht näher eingegangen werden (BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69; 138 V 271 E. 1.1 S. 274 f.). Wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, war die erneute psychiatrische Begutachtung denn auch sachlich geboten und es ist auf das Fachgutachten von Dr. med. Q. _____ vom 7. Juli 2019 (AB 152.1) abzustellen. Dieses erweist sich als voll beweiskräftig, da es die von der Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen erfüllt. Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf den notwendigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, setzt sich ausführlich mit den bei den Akten liegenden fachärztlichen Ein-

schätzungen auseinander und ist in den Schlussfolgerungen überzeugend (vgl. E. 3.2 hiervor).

3.5.3 Entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin kommt Dr. med. Q._____ im Gutachten vom 7. Juli 2019 (AB 152.1) nicht als einziger Arzt im Vergleich mit den MEDAS-Ärzten zu einem diametral entgegengesetzten Ergebnis, indem er sie als gesund einschätze (Beschwerde S. 8 Ziff. II Ziff. 11). Bereits Dr. med. L._____ hatte in seinem Gutachten vom 19. Mai 2015 das Fehlen einer psychiatrischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten – was dem festgestellten Mangel an einem Gesundheitsschaden in der Verfügung vom 23. April 2012 entspricht –; einzig aufgrund der IV-rechtlich unbeachtlichen Selbstlimitierung erachtete er die Wiederaufnahme der Arbeit im Umfang von bloss 70 % als angebracht. Die Einschätzung der MEDAS-Psychiaterin im Gutachten vom August 2016 stellt objektiv betrachtet denn auch einzig eine unterschiedliche Beurteilung des – im Vergleich zum April 2012 – im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustands dar, bestand doch beispielsweise die leichte Intelligenzminderung im April 2012 in gleicher Weise. Eine bloss unterschiedliche Beurteilung ist unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel nach ständiger Praxis unerheblich (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Soweit die MEDAS-Gutachterin festhielt, es liege eine „leichte Intelligenzminderung“ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor, gilt es überdies zu beachten, dass eine Intelligenz im unteren Normalbereich (IQ zwischen 70 und 84; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 6. Mai 2021, 9C_5/2021, E. 3.3) keine gesundheitliche Beeinträchtigung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG ist. Wie Dr. med. Q._____ folglich zutreffend festhielt (vgl. AB 152.1 S. 14 Ziff. 7.3), sind der IQ von 84 bzw. dessen Folgen bei der Feststellung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit ausser Acht zu lassen.

Was die von der MEDAS-Psychiaterin – entgegen den Gutachtern Dres. med. L._____ und Q._____ – festgehaltene Diagnose der PTBS (AB 98.1 S. 38 Ziff. 7.1) betrifft, wurde von ihr weder deren Schweregrad (vgl. S. 27 Ziff. 4.2.5.2) aufgezeigt noch inwiefern diese die funktionelle Leistungsfähigkeit konkret einschränkt. Vielmehr hielt sie in allgemeiner Weise fest, die Beschwerdeführerin erfülle die symptomatischen

Kriterien einer PTBS (S. 26 Ziff. 4.2.5), wobei sie sich einzig auf die anamnестischen Angaben stützte, ohne die Authentizität der geschilderten Kernbeschwerden in der klinischen Untersuchung zu prüfen. Zudem ist gemäss den diagnostischen Leitlinien eine PTBS auch nur dann zu diagnostizieren, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V [F], 10. Aufl. 2015, S. 208), was vorliegend gemäss den echtzeitlichen Berichten nicht der Fall war (vgl. AB 8.4 S. 1 f., 13 S. 1 f); insbesondere enthalten diese keinerlei Hinweise auf die typischen Merkmale einer PTBS (Nachhallerinnerungen; Flashbacks; vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT/SCHULTE-MARKWORT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 6. Aufl. 2016, S. 136). Nicht ausser Acht zu lassen ist weiter, dass die Diagnose einer solchen – bis auf einen von Dr. med. R._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin geäusserten Verdacht auf eine posttraumatic stress disorder (PTSD; posttraumatische Belastungsstörung [PTBS]; vgl. hierzu AB 83), wozu ihm jedoch als Internist die Fachkompetenz fehlt (vgl. zur Bedeutung der fachärztlichen Qualifikation der Ärzte hinsichtlich des Beweiswertes ihrer Aussagen: Entscheide des BGer vom 13. November 2018, 8C_584/2018, E. 4.1.1.2, und vom 22. März 2010, 8C_83/2010, E. 3.2.3) – von keinem anderen behandelnden Arzt thematisiert resp. auch nur in Erwägung gezogen worden wäre. Nicht nachvollziehbar erscheint im Übrigen auch, dass die Diagnose erstmals mehr als fünf Jahre nach der Trennung vom Ehemann (vgl. AB 8.4), nachdem die Beschwerdeführerin zwischenzeitlich während mehr als zwei Jahren wieder voll arbeitsfähig war (vgl. AB 22 Ziff. 7, 27, 98.1 S. 36 Ziff. 5), gestellt wurde. Dr. med. Q._____ legte schliesslich einleuchtend dar, dass es an den Symptomen einer PTBS fehle (vgl. AB 152.1 S. 14 Ziff. 7.3).

Was schliesslich die von der Psychologin lic. phil. G._____ postulierte Persönlichkeitsstörung anbelangt, wurde diese Diagnose nicht nur von Dr. med. Q._____, sondern auch von Dr. med. L._____ und der MEDAS-Psychiaterin verworfen (AB 70.2 S. 11, 98.1 S. 26 Ziff. 4.2.5).

Die Einschätzung von Dr. med. Q. _____ vom Juli 2019, wonach ein psychischer Gesundheitsschaden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fehle, korreliert – wie erwähnt – mit derjenigen von Dr. med. L. _____ vom Mai 2015, der einen solchen ebenfalls ausgeschlossen hatte.

3.5.4 Dass nach dem MEDAS-Gutachten eine weitere psychiatrische Begutachtung geboten war, ergibt sich schliesslich auch aus dem MEDAS-Gutachten (AB 98.1) selbst, wurde doch festgehalten, dass die aktuelle Arbeitsfähigkeitseinschätzung von 50 % eine theoretische sei und sich allenfalls in adaptierten Tätigkeiten – nach Absolvierung geeigneter IV-Eingliederungsmassnahmen – auch eine höhere Arbeitsfähigkeit erreichen liesse (S. 43 Ziff. 11) und die Prognose offen sei (Ziff. 12) sowie eine bessere resp. genauere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach durchgeführter beruflicher Abklärung erfolgen solle (Ziff. 10.3). Das MEDAS-Gutachten liess somit gar keine abschliessende Beurteilung zu.

Daran ändert auch nichts (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. II Ziff. 7), dass der RAD-Arzt med. pract. P. _____ in seinem Aktenbericht vom 9. Oktober 2018 (AB 138 S. 5) – d.h. ohne die Beschwerdeführerin persönlich untersucht zu haben – festhielt, die medizinischen Fakten seien durch das MEDAS-Gutachten klar. Dies wurde durch den Gutachter Dr. med. Q. _____ – und mit Blick auf den Gutachter Dr. med. L. _____ – überzeugend widerlegt.

Auch die Abklärungsergebnisse der Abklärungsstelle E. _____ vom 9. Oktober 2017 bis 21. Januar 2018 (vgl. Abklärungsbericht vom 23. Januar 2018 [AB 121]) vermögen daran nichts zu ändern. Denn die abschliessende Beurteilung der sich aus einem allfälligen Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit obliegt in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin, nicht den Fachleuten der Berufsberatung/beruflichen Eingliederung (vgl. Entscheide des BGer vom 8. Januar 2019, 8C_334/2018, E. 4.2.1, und vom 21. Februar 2018, 8C_802/2017, E. 5.1.1). Auf die in der Abklärungsstelle E. _____ gezeigte reduzierte Leistung – die sogar noch deutlich unter der MEDAS-Einschätzung lag – kann nicht abgestellt werden, ist diese doch auf die bereits durch Dr. med. L. _____ festgehaltene Selbstlimitierung zurückzuführen.

3.5.5 Ebenso enthalten auch die weiteren, sich in den Akten befindenden, allgemein gehaltenen ärztlichen Berichte keine Befunde, die im Rahmen der Begutachtung durch Dr. med. Q. _____ nicht berücksichtigt worden wären. Sie vermögen folglich auch keine Zweifel an dessen Einschätzung zu wecken. Vielmehr ist gestützt auf die gutachterliche Einschätzung von Dr. med. Q. _____ erstellt, dass die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit während achteinhalb Stunden an fünf Tagen pro Woche arbeitsfähig ist, mit Ausnahme von nächtlichen und im frequenten Schichtbetrieb auszuführenden Tätigkeiten (AB 152.1 S. 15 Ziff. 8).

3.5.6 Hinsichtlich des Verlaufs hielt Dr. med. Q. _____ fest, es sei seit dem Gutachten von 2016 an einem nicht näher zu bestimmenden Zeitpunkt zu einer relevanten Verbesserung der psychischen Gesundheit gekommen (AB 152.1 S. 16 f. Ziff. 8), um gleichzeitig die dort gestellte Diagnose überzeugend und schlüssig zu verwerfen. Retrospektiv erachtete er einzig die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung als begründet (S. 15 Ziff. 7.3), zeigte jedoch nachvollziehbar auf, dass diese remittiert ist (S. 12 Ziff. 6), wobei diese schon anlässlich des MEDAS-Gutachtens als leicht und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingeschätzt worden war (AB 98.1 S. 38 Ziff. 7.2).

Insgesamt ist – auch mit Blick auf das Gutachten von Dr. med. L. _____ – erstellt, dass im Vergleichszeitraum seit der Verfügung vom 23. April 2012 (AB 26) keine langandauernde krankheitswertige Störung aufgetreten ist.

3.6 Zusammenfassend ist seit der Verfügung vom 23. April 2012 (AB 26) in den medizinischen Verhältnissen keine wesentliche Veränderung eingetreten. Auch hinsichtlich der erwerblichen oder anderer tatsächlicher Verhältnisse ist eine solche nicht auszumachen (vgl. E. 2.4.3 hiervor). Doch selbst wenn eine umfassende Prüfung erfolgen würde (vgl. E. 2.4.4 hiervor), änderte sich am Ergebnis nichts. Im massgeblichen Überprüfungszeitraum ist ein langandauernder invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt (vgl. E. 3.5.4 ff. hiervor). Da von weiteren medizinischen Abklärungen keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten sind, kann darauf in anti-

zipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

4.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 31. Oktober 2019 (AB 158) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist aufgrund der Akten und angesichts der sozialhilferechtlichen Unterstützung ausgewiesen (vgl. Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 3a, 3b). Das Verfahren war im Zeitpunkt der Gesuchseinreichung insbesondere nicht als von vornherein aussichtslos zu bezeichnen und eine anwaltliche Verbeiständung war geboten, so dass der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren ist unter Beiordnung von Rechtsanwalt C. _____ als amtlicher Anwalt.

5.2 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 82a ATSG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und

unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungs-pflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

5.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

5.4 Festzusetzen bleibt indes das amtliche Honorar von Rechtsanwalt C._____.

Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Stundenansatz amtlicher Anwältinnen und Anwälte gemeinnützig tätiger Rechtsberatungsstellen unter Beachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 135 I 1 E. 7.3 S. 3; SVR 2010 IV Nr. 3 S. 6 E. 5.4) auf Fr. 130.-- festgesetzt. Dieser allgemeingültige pauschalisierte Stundenansatz wird im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter www.justice.be.ch).

Die Kostennote von Rechtsanwalt C._____ vom B._____ vom 30. Oktober 2019 ist nicht zu beanstanden. Entsprechend dem geltend gemachten Aufwand von 8.2 Stunden ist das amtliche Honorar auf Fr. 1'066.-- (8.2 h x Fr. 130.--/h) zuzüglich Spesenpauschale von 5 % in der Höhe von Fr. 53.30 und Mehrwertsteuer von Fr. 86.20, somit auf total Fr. 1'205.50 festzusetzen und Rechtsanwalt C._____ aus der Gerichtskasse zu vergüten. Die Beschwerdeführerin hat dem Kanton Bern diese Kosten nach den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO – d.h. sobald er

innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist – nachzubezahlen (Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt C. _____ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Dem amtlichen Anwalt C. _____ wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'205.50 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzte Entschädigung vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.