

200 20 362 IV  
KNB/BOC/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 14. Januar 2021**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiberin Bossert

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. April 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1974 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im November 1999 unter Hinweis auf eine psychische Behinderung bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Nachdem das Gesuch um berufliche Massnahmen zunächst mit Verfügung vom 1. Mai 2001 abgeschrieben worden war, da die Versicherte aus privaten Gründen damals keine beruflichen Massnahmen benötigte (act. II 16 - 22), gewährte die IVB mit Verfügung vom 21. Juni 2001 (act. II 26) vom 19. März bis 31. Dezember 2001 berufliche Massnahmen in Form von Vorbereitungskursen auf die Tätigkeit als .... In der Folge hat das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 16. Juli 2001, IV 59905 (act. II 28), das gegen die Verfügung vom 1. Mai 2001 eingeleitete Beschwerdeverfahren (vgl. act. II 27/5) als gegenstandslos geworden abgeschrieben. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte die IVB mit Verfügung vom 5. März 2002 bei einem Invaliditätsgrad von 15 % den Anspruch auf eine Rente (act. II 34 f.). Diese Verfügung blieb unangefochten.

### **B.**

Am 20. Oktober 2017 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf seit Jahren bestehende chronische Schulter-Arm-Schmerzen erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (act. II 36). Die IVB holte in der Folge die Akten der zuständigen Krankentaggeldversicherung, der C. \_\_\_\_\_, ein (act. II 40.1 - 40.5, 47.1 - 47.3, 50.1 - 50.5) und nahm erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor (act. II 44 f., 58). Insbesondere liess die IVB die Versicherte polydisziplinär durch die D. \_\_\_\_\_ (MEDAS) begutachten (Expertise vom 14. Dezember 2018 [act. II 78.1 - 78.5]). Daraufhin forderte die IVB die Versicherte mit Schreiben vom 7. Januar 2019 (act. II 79) zur Schadenminderung bzw. zur Durchführung einer ärztlich/psychiatrischen Behandlung inklusive Medikamenteneinnahme auf

unter Hinweis auf die Folgen im Unterlassungsfall. Weiter gewährte die IVB am 13. März 2019 eine berufliche Abklärung (Grundabklärung) vom 12. März bis 11. Juni 2019 in der Abklärungsstelle E.\_\_\_\_\_ in ... (act. II 88) und am 5. Juni 2019 (act. II 103) Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Ausbildungskurses (Deutschkurse) sowie am 11. Juni 2019 Arbeitsvermittlung (act. II 106). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte die IVB mit Verfügung vom 8. April 2020 bei einem Invaliditätsgrad von 36 % den Anspruch auf eine Rente (act. II 113 - 132, 134 f.). Ebenfalls nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verfügte die IVB am 8. Juni 2020 den Abschluss der Arbeitsvermittlung (act. II 133, 137).

### C.

Gegen die Verfügung vom 8. April 2020 betreffend Rentenanspruch (act. II 135) erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 19. Mai 2020 Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Sache durch die Beschwerdegegnerin erneut zu beurteilen und es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 24. Juli 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf zwei Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 1. und 2. Juli 2020 (act. II 142 f.) die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 29. Juli 2020 erhielt die Beschwerdeführerin Gelegenheit, eine Stellungnahme zur Beschwerdeantwort und zu den RAD-Berichten einzureichen.

Zwischenzeitlich reicht die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 21. September 2020 einen Verlaufsbericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt am Spital G.\_\_\_\_\_, vom 11. September 2020 (Akten der Beschwerdegegnerin [act. IIa] 1) ein. Diese Eingabe samt Verlaufsbericht wurde der Beschwerdeführerin am 22. September 2020 zur Berücksichtigung in ihrer (allfälligen) Stellungnahme zugestellt.

Mit Stellungnahme vom 28. September 2020 hielt die Beschwerdeführerin (sinngemäss) an den gestellten Rechtsbegehren fest.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 8. April 2020 (act. II 135). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

**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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.2** 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** Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtung

tungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.4** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat

die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**2.5** 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). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1).

**2.6** 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).

## **2.7**

**2.7.1** Wird ein Gesuch um Rentenrevision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die

Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

**2.7.2** 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).

**2.7.3** 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). 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).

**2.7.4** 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 Invali-

ditätsschätzungen 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).

**2.7.5** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – 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).

### **3.**

**3.1** Da die Verwaltung auf die Neuanmeldung vom 20. Oktober 2017 (act. II 36) eingetreten ist, ist die Eintretensfrage nicht richterlich zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Vorliegend ist durch einen Vergleich des Sachverhaltes zur Zeit der leistungsverweigernden Verfügung vom 5. März 2002 (act. II 35) mit demjenigen, der sich bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2020 (act. II 135) entwickelt hat, zu prüfen, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.7.3 und 2.7.5 hiavor).

**3.2** Der leistungsverweigernden Verfügung vom 5. März 2002 (act. II 35) lagen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte zu Grunde:

**3.2.1** Im Bericht der psychiatrischen Dienste H. \_\_\_\_\_ vom 13. Januar 2000 (act. II 7) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt:

- Chronisch rezidivierende migräniforme Kopfschmerzen
- Gelegentlich Lumbalgien
- Bedingt auch durch die Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde die Folgende angegeben:

- Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) auf dem Boden einer früher durchgemachten posttraumatischen Belastungsstörung nach politischer Verfolgung mit Gefängnisaufenthalt, Emigration und späteren Beziehungsverlusten (Scheidung, Trennung) mit rezidivierenden Somatisierungsstörungen

Zur Frage der Zumutbarkeit der bisherigen und einer leidensangepassten Tätigkeit wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei aktuell vor allen Dingen durch die körperlichen Beschwerden in Form von Kopfschmerzattacken teilweise eingeschränkt. Bezüglich der psychischen Konstitution bestehe die Einschätzung so, dass es bei einer kontinuierlichen Fortführung der ambulanten Psychotherapie weiter mit geringen Besserungen der körperlichen Verfassung sowie mit einer Stimmungsverbesserung zu rechnen sei.

**3.2.2** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 19. April 2000 (act. II 15) die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

- Psychosoziale Entwurzelungssymptomatik bei Flüchtlingsproblematik im Sinne einer Somatisierungsstörung und depressiver Symptomatik, Anpassungsstörung, bestehend seit zirka 1998

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gab Dr. med. I. \_\_\_\_\_ die Folgenden an:

- Multiple Beschwerden bei Somatisierungstendenz (Herzbeschwerden, chronisch rezidivierende Kopfschmerzen, migräniforme Kopfschmerzen, Schulter-Armsyndrom, Rückenweh)
- Status nach Laparotomien wegen Ovarialzysten

Dr. med. I. \_\_\_\_\_ hielt fest, es bestünden keine körperlichen und geistigen Einschränkungen, es handle sich um eine intelligente Patientin, jedoch bestehe eine völlige Blockierung durch eine psychosoziale Problematik, eine Organmanifestierung verschiedenster Art der psychischen Probleme (die Patientin sei Folteropfer, keine sexuelle Gewalt). Da es sich um eine körperlich an sich gesunde Frau handle, seien keine Einschränkungen im Rahmen einer normalen Tätigkeit zu vermerken, bei angepasster Arbeit wäre die Patientin voll einsetzbar.

**3.2.3** Im Bericht der psychiatrischen Dienste H. \_\_\_\_\_ vom 5. März 2001 (act. II 18) wurde die folgende Diagnose angegeben:

- Deutlich rückläufige Anpassungsstörung nach posttraumatischer Belastungsreaktion mit Angst und depressiver Reaktion gemischt bei zusätzlich psychokultureller Entwurzelungssymptomatik bei ... Herkunftsfamilie, was aktuell im Vordergrund steht, insbesondere die psychosoziale und sprachliche Integration.

Es wurde festgehalten, die körperlichen Einschränkungen könnten am besten von den Somatikern beurteilt werden (regrediente rezidivierende Kopfschmerzattacken, gelegentlich Kreuzschmerzen). Geistige Einschränkungen hätten nicht festgestellt werden können. Bezüglich der psychischen Verfassung habe bisher eine subdepressive Symptomatik als Reaktion auf die körperlichen Beschwerden und die psychosozialen Schwierigkeiten bestanden, welche aber auch seit Monaten rückläufig sei (nur noch selten dabei Angst). Gegen einen Versuch eines regelmässigen Schul- bzw. Ausbildungsversuches spreche wenig, allerdings sei noch mit einer leichten Einschränkung bei sprachlichen Kommunikationsschwierigkeiten und daraus folgend psychischer Belastung zu rechnen.

**3.3** Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 8. April 2020 (act. II 135) stützt sich im Wesentlichen auf die folgenden medizinischen Unterlagen:

**3.3.1** Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 14. Dezember 2018 basiert auf Untersuchungen in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Rheumatologie (act. II 78.1 - 78.5). In der Konsensbeurteilung wurden die folgenden (Haupt-)Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. II 78.1/7):

1. Rezidivierende depressive Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.0)
2. Somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Verdauungssystems (ICD-10 F45.32) (psychogenes Colon irritabile, psychogene Diarrhoe)
  - chronisch rezidivierende Diarrhoe unklarer Genese
3. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41)
4. Persönlichkeitsakzentuierung mit perfektionistischen und zwanghaften Anteilen (ICD-10 Z73.1)

5. Opfer politischer Verfolgung und Folter (ICD-10 Z91.4) mit vielen Symptomen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung
6. Chronisches Cervikocephal-Syndrom (ICD 10 M53.0) und Cervicospondylogenes Schmerzsyndrom in den rechten Arm (ICD 10 M53.1)
7. Chronisches Lumbovertebralsyndrom (ICD 10 M54.5)

Die Gutachter hielten fest (act. II 78.1/8), auf somatischem Gebiet leide die Beschwerdeführerin unter einer eingeschränkten Belastbarkeit am Bewegungsapparat aufgrund des chronischen zervikozephalen und zervikospodylogenen Schmerzsyndroms, v.a. den rechten Arm betreffend. Des Weiteren bestehe eine Minderbelastbarkeit im Lendenwirbelbereich. Die Beschwerdeführerin könne, bedingt durch diese Beschwerden, keine schweren Lasten mehr tragen und könne keine andauernden Zwangspositionen einnehmen. Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit des axialen Skelettes. Aufgrund der chronischen abdominalen Symptomatik mit wiederkehrenden imperativen Durchfällen und Bauchschmerzen sei die Beschwerdeführerin darauf angewiesen, eine Arbeit jederzeit für kurze Pausen (Toilettengänge) unterbrechen zu können. Auf psychiatrischem Fachgebiet bestehe insgesamt eine verminderte emotionale Belastbarkeit und ein erhöhter Pausen- und Erholungsbedarf. Betreffend Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielten die Gutachter fest (act. II 78.1/9), in Zusammenschau der somatischen und psychiatrischen Befunde sei die Beschwerdeführerin aufgrund der Minderbelastbarkeit am Bewegungsapparat, aber auch aufgrund der somatoformen autonomen Funktionsstörung des unteren Gastrointestinaltraktes für körperlich belastende Tätigkeiten im ...- und ... nicht mehr arbeitsfähig. Sie arbeite aktuell wieder im Pensum von 20 bis 30 % in einer .... Es sei davon auszugehen, dass diese Tätigkeit nicht optimal angepasst sei. Die Beschwerdeführerin könne diese Arbeit nur mit Einschränkungen im jetzigen Pensum durchführen, da sie aufgrund der Bauchbeschwerden und der imperativen Durchfälle darauf angewiesen sei, während der Arbeitszeit zu fasten. Unter der Voraussetzung, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitszeit für Toilettengänge unterbrechen könne, könnte sie das aktuell geleistete 30 % Pensum im ... fortführen. Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit für diese in reduziertem Pensum durchgeführte Tätigkeit ab Mai 2017 bestehe. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gaben die Gutachter an (act. II 78.1/9), für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit allen-

falls punktuell Heben und Tragen von Lasten bis max. 5 kg körpfernah und ohne die Notwendigkeit Zwangshaltungen einzunehmen und mit der Möglichkeit die Arbeit jederzeit für kurze Pausen und Toilettengänge unterbrechen zu können, bestehe aus gesamtmedizinischer Sicht eine 70 %ige Arbeitsfähigkeit. Die Einschränkung gegenüber einem Vollpensum könne dabei aufgrund der eingeschränkten emotionalen Belastbarkeit aufgrund der psychiatrischen Krankheitsbilder begründet werden. Diese Gesamtarbeitsfähigkeit könne retrospektiv ab dem Zeitpunkt der Krankschreibung der Explorandin ab Mai 2017 angenommen werden.

**3.3.2** Der Hausarzt Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 2. Mai 2019 (act. II 97) zu Händen der Abklärungsstelle E.\_\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin leide an einem chronischen cervicobrachialen Schmerzsyndrom rechts mit immer wiederkehrenden Schmerzexazerbationen bei grösserer Belastung des rechten Armes. Das sei der Hauptgrund gewesen, dass sie als ... nicht mehr arbeiten können. Am 10. April 2019 habe die Beschwerdeführerin ihn mit der typischen Symptomatik eines Tennisellbogens rechts aufgesucht, was im Rahmen des Overuse Syndromes des rechten Arms betrachtet werden müsse. Der Ausdruck Hilfshand sei von ihm nicht gebraucht worden. Er habe der Beschwerdeführerin geraten, den rechten Arm nun ruhig zu halten, lokal und systemisch einen Entzündungshemmer anzuwenden sowie eine Ellenbogenbandage zur Entlastung der Unterarmmuskulatur. Ruhigstellen heisse in diesem Sinn auch den rechten Arm nicht zu gebrauchen oder höchstens zur Unterstützung des linken Armes. Die Beschwerdeführerin sei körperlich durch die Problematik des rechten Armes sehr eingeschränkt, nur leichte Arbeiten mit dem rechten Arm seien möglich, kein Heben oder Tragen von mehr als 5kg sowie keine repetitiven Arbeiten. Inwieweit das umgesetzt werden könne, müsse die Abklärungsstelle E.\_\_\_\_\_ beurteilen. Auf jeden Fall sei es nicht ein psychiatrisches Problem, sondern ein rein anatomisches.

**3.3.3** Im Verlaufsbericht vom 1. Juni 2019 (act. II 102) berichtete Dr. med. J.\_\_\_\_\_ von einem stationären Gesundheitszustand. Als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gab er ein chronisches cervicobrachiales Schmerzsyndrom rechts an. Zu den objektiven Befunden hielt der Medizi-

ner fest, es bestünden klinische Befunde einer SSS-Tendinopathie und einer Epikondylitis humero-radialis rechts. Die Beschwerdeführerin berichte von invalidisierenden Schmerzen in der Schulter und am Ellenbogen rechts bei repetitiven Arbeiten mit dem rechten Arm länger als 30 Minuten, vor allem beim Heben und bei Drehbewegungen mit der Hand. Körperlich bestünden qualitativ und quantitativ Einschränkungen durch Arm/Schulter/Nackenschmerzen rechts. Geistig und psychisch bestünden keine Einschränkungen. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Zumutbar seien Arbeiten ohne Einsetzen des rechten Armes, kein Tragen/Heben/Greifen, Stehen, Sitzen und Gehen sei ohne Limite zumutbar.

**3.3.4** Im Bericht vom 15. Juli 2019 (act. II 110) führte der behandelnde Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

- Rezidivierende, teilweise invalidisierende, belastungsabhängige Schmerzen im Nacken-, Schulter- und Armbereich rechts mit zum Teil Spannungskopfschmerzen und pseudoradikulären Symptomen. Aktenanamnestisch als chronisches Zervikozephal-Syndrom und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bezeichnet und auch als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen beschrieben.
- Rezidivierende Diarrhoe und Stuhlinkontinenz, aktenanamnestisch als somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Verdauungssystems beschrieben.
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4).

Dr. med. F.\_\_\_\_\_ hielt fest, die Prognose betreffend Arbeitsfähigkeit sei günstig. Die in der Diagnoseliste des Gutachtens der MEDAS genannten psychischen Leiden seien gegenwärtig kompensiert, es könne davon ausgegangen werden, dass diese auch in Zukunft den weiteren beruflichen Werdegang nicht beeinträchtigen würden. Die Beschwerdeführerin habe keinerlei depressive Symptome gezeigt, die genannte rezidivierende depressive Störung dürfe als remittiert bezeichnet werden. Die Beschwerdeführerin selbst berichte über Trauer nach dem Tod ihrer Mutter, an Depressionen habe sie nie gelitten. Sie leide nicht mehr an den Folgen der traumatischen Erlebnisse vor ihrer Flucht, sie habe früher Symptome im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung gehabt. Ebenfalls fehlten Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung. Die bisherige Tätigkeit

(im ...) sei 60 - 90 Minuten pro Tag zumutbar. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei 8 - 9 Stunden zumutbar.

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin (act. II 111) führte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ am 25. September 2019 (act. II 112) ergänzend zum Bericht vom 15. Juli 2019 (act. II 110) aus, im erwähnten Bericht beschreibe er unter Punkt 3.1, dass die Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit im ... nur während ca. maximal 60 - 90 Minuten/Tag habe ausführen können, weil danach limitierende Schmerzen aufgetreten seien. Eine länger dauernde Ausübung der bisherigen Tätigkeit erachte er deshalb in Punkt 4.1 auch nicht als zumutbar. Unter 4.2 beantworte er die Frage nach einer "dem Leiden angepassten Tätigkeit" resp. wie viele Stunden dann zumutbar wären. Eine solche dem Leiden angepasste Tätigkeit übe die Beschwerdeführerin gegenwärtig nicht aus. Sie strebe an, eine Umschulung zu machen, die ihr eine solche Tätigkeit eröffnen könnte. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes liege nicht vor.

**3.3.5** Dr. med. J.\_\_\_\_\_ gab im Bericht vom 19. Februar 2020 (act. II 130) an, das geforderte Belastungsprofil sei definitiv nicht zumutbar. Körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Armarbeit seien möglich, ebenso leichte Handarbeit. Heben und Tragen von Lasten bis maximal 5kg körpernah seien überhaupt nicht möglich auch ohne Zwangshaltung oder auch mit kurzen Pausen. Alle schweren bis mittelschweren Körperarbeiten, leichte bis schwere Armarbeiten und schwere bis mittelschwere Handarbeiten seien absolut zu vermeiden, um eine längere Arbeitstätigkeit schmerzfrei oder schmerzarm und ohne erhöhtes Risiko für einen Arbeitsausfall aufrecht zu erhalten. Die Einschränkungen seien vor allem körperlich. Durch chronische Schmerzzustände sei mit einer psychischen Verschlechterung zu rechnen. Die Beschwerdeführerin sei psychisch in ihrer Arbeit nicht eingeschränkt, ebenso nicht intellektuell. Eine Arbeitsaufgabe in der angestammten Erwerbstätigkeit (.../...) sehe er nicht. Die Arbeitsfähigkeit sei durch die körperliche Anforderung am Arbeitsplatz bestimmt. Beim geforderten Belastungsprofil sei auch eine Teilarbeitsfähigkeit nicht gegeben. Eine Arbeit mit leichter Handarbeit und Körperarbeit ohne Armarbeit, ohne Zwangshaltungen und mit der Möglichkeit für kurze Pausen sei für 40 - 50 % denkbar zum jetzigen Zeitpunkt. Bei optima-

ler Arbeitsplatzsituation und dem entsprechenden Arbeitstraining ohne Rückfälle wäre eine Reevaluation und allenfalls Steigerung nach frühestens einem Jahr möglich.

**3.3.6** Der RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 6. April 2020 (act. II 134) aus, im Rahmen der Anhörung werde geltend gemacht, dass auf die Beurteilung der polydisziplinären Begutachtung vom Oktober 2018 nicht abgestützt werden könne, da gemäss Angaben des Hausarztes mit Bericht vom 19. Februar 2020 der rechte Arm bei körperlichen Tätigkeiten nicht mehr eingesetzt werden könne. Dies werde auch im hausärztlichen Bericht vom 1. Juni 2019 so festgehalten. In beiden Berichten würden keine konkreten Einschränkungen genannt und auch keine Befunde, welche allfällige Einschränkungen objektivieren könnten. Auffallend sei aus Sicht des RAD, dass trotz einer als invalidisierend bezeichneten Tendinopathie und Epicondylitis keine entsprechende Therapie genannt werde und bei diesem langwierigen Verlauf auch kein Beizug eines Facharztes, um mittels entsprechender Therapie die Beschwerden und auch die gemäss Angaben des Hausarztes eingeschränkte Funktionalität zu verbessern. Im Widerspruch zu den Angaben des Hausarztes in beiden zitierten Berichten werde im Schlussbericht der Grundabklärung, welche vom 12. März bis 11. Juni 2019 durchgeführt worden sei, festgehalten, dass die Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung ihrer Beschwerden und der damit verbundenen vermehrten Pausen insgesamt eine Leistung von 70 % erbracht habe, was auch der gutachterlichen Einschätzung vom Oktober 2018 entspreche. Die Beschwerdeführerin habe erwähnt, dass sie auch bei sehr leichten Tätigkeiten mit Gewichten zwischen 100 und 270g Schmerzen habe, wobei nicht das Gewicht das Problem sei, sondern die repetitiven Armbewegungen. In seinem Schreiben vom 2. Mai 2019 zuhanden der Abklärungsstelle E.\_\_\_\_\_ bestätige der Hausarzt allerdings, dass der Beschwerdeführerin Gewichte von weniger als 5kg zumutbar seien, dies ebenfalls im Widerspruch zu seinen Berichten vom 1. Juni 2019 und 19. Februar 2020. Zusammenfassend könne hier aus Sicht des RAD festgehalten werden, dass die Argumente des Hausarztes in seinem Schreiben vom 19. Februar 2020 die gutachterliche Einschätzung vom Oktober 2018 bezüglich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit nicht zu

widerlegen vermöchten. In psychiatrischer Hinsicht hielt der RAD-Arzt fest, im Bericht des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 15. Juli 2019 werde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die rezidivierende depressive Störung zum Zeitpunkt des Berichtes remittiert (F33.4) sei. Insbesondere werde in diesem Bericht darauf hingewiesen, dass die in der Diagnoseliste des Gutachtens der MEDAS genannten psychischen Leiden gegenwärtig kompensiert seien. Somit könne aus Sicht des RAD hier festgehalten werden, dass sich verglichen zum Zeitpunkt der polydisziplinären Begutachtung vom Oktober 2018 zumindest im psychiatrischen Fachgebiet mittlerweile eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit eingestellt habe. Auf Seite 12 des Berichtes der psychiatrischen Teil-Begutachtung vom Oktober 2018 sei festgehalten worden, dass neben der leichten depressiven Symptomatik die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen wie auch die sich gegenseitig ungünstig beeinflussenden Komorbiditäten zu berücksichtigen seien. Vor diesem Hintergrund sei der Beschwerdeführerin bei aus rein somatischer Sicht zugestandener uneingeschränkter Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus polydisziplinärer Sicht eine schliesslich 70%ige Arbeitsfähigkeit zugestanden worden. Vor diesem Hintergrund sei die Argumentation des Rechtsvertreters im Rahmen der Anhörung, die entsprechenden Einschränkungen seien in der Arbeitsfähigkeit der Versicherten nicht ausreichend berücksichtigt worden, nicht nachvollziehbar. Für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit allenfalls punktuellm Heben und Tragen von Lasten bis maximal 5 kg körpernah und ohne die Notwendigkeit, Zwangshaltungen einzunehmen, und mit der Möglichkeit, die Arbeit jederzeit für kurze Pausen und Toilettengänge unterbrechen zu können, bestehe eine 70 %ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum.

**3.3.7** Der behandelnde Psychiater Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 15. Mai 2020 (act. I 3) die folgenden Diagnosen auf:

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit/bei  
– schwerer Traumatisierung durch Staatsgewalt im Herkunftsland
2. Rezidivierende teilweise invalidisierende belastungsabhängige Schmerzen im Nacken-Schulter- und Armbereich rechts mit zum Teil Spannungskopfschmerzen und pseudoradikulären Symptomen
3. Rezidivierende Diarrhoe und Stuhlinkontinenz

Dr. med. F.\_\_\_\_\_ hielt fest, nach wie vor beständen Schmerzen am Bewegungsapparat: Belastungsabhängige Schmerzen der oberen Extremität und des Schulter- und Nackenbereiches. Diese führten schon nach kurzer physischer Belastung zu Dekompensation und verunmöglichten nach wie vor die Ausübung des gelernten Berufes im .... Zusätzlich leide die Beschwerdeführerin an Stuhlinkontinenz. Im vergangenen Jahr sei die Beschwerdeführerin besonderen psychosozialen und familiären Belastungen ausgesetzt gewesen, was ihren psychischen Zustand deutlich verschlechtert habe: Sie habe an Schlafstörungen, Gereiztheit, negativen Gedanken, Sorgen, Existenzängsten, Antriebsmangel und Zeichen allgemeiner Erschöpfung gelitten. Die Beschwerdeführerin habe die Belastungen weitgehend aus eigener Kraft kompensieren können. Unterstützende psychotherapeutische Gespräche hätten stattgefunden. Trotz deutlicher Zustandsverschlechterung habe eine gewisse Zuversicht bestehen können. Diese wäre nötig, um beruflich und privat Perspektiven zu entwickeln. Gelegentliches Aushelfen im ... sei kaum mehr möglich gewesen. Gegenwärtig fehle eine berufliche Perspektive, die auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zielen könnte. Ein kurzfristiger Einsatz als ... im Herbst 2019 habe die Beschwerdeführerin beschwerdebedingt wieder sistieren müssen. Eine Beschäftigung im angestammten Beruf sei wegen der chronifizierten Beschwerden am Bewegungsapparat und der Stuhlinkontinenz weiterhin nicht möglich, alternative berufliche Tätigkeiten stünden nicht in Aussicht. Trotz der deutlichen psychischen Verschlechterung fielen auch die vorbestehenden Beschwerden ins Gewicht und konsolidierten die gegebene Arbeitsunfähigkeit. Die bei Beginn der Behandlung noch hinsichtlich beruflicher Perspektiven zuversichtliche Patientin scheine durch den neuen depressiven Einbruch resigniert. Die für die Behandlung der psychogenen Anteile der Beschwerden nötige Stabilität habe nicht erreicht werden können.

**3.3.8** Der RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, führte in der Stellungnahme vom 1. Juli 2020 (act. II 142) aus, gesamthaft beurteilt sei das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Störung aufgrund eines fehlenden psychopathologischen Befundes in der Stellungnahme des behandelnden Psychiaters vom Mai 2020 nicht nachvollziehbar. Im Befundbericht des Psychiaters vom September

2019 sei die depressive Symptomatik noch als remittiert beurteilt worden. Auch werde eine Verschlechterung der chronischen Schmerzen im Rahmen des Kapitels F der ICD 10 im Vergleich zur Begutachtung aus dem Jahr 2018 nicht nachvollziehbar dargestellt. Durchgehend würden zudem relevante psychosoziale Belastungen benannt. Aus psychiatrischer Perspektive seien daher die erheblichen Verschlechterungen des psychischen Gesundheitszustandes anhand der vorliegenden Befundberichte in den Akten nicht nachvollziehbar. Weitere Abklärungen seien daher – da keine hinreichenden Anknüpfungstatsachen auf eine objektivierte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes aus invalidisierenden Gründen bestünden – nicht notwendig. Aus psychiatrischer Sicht könne daher an der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2020 festgehalten werden.

**3.3.9** In der Stellungnahme vom 2. Juli 2020 (act. II 143) gab der RAD-Arzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zu den funktionellen Einschränkungen an, aus rein somatischer Sicht bestehe eine eingeschränkte Belastbarkeit am Bewegungsapparat aufgrund des chronischen zerviko-zephalen und zervikospondylogenen Schmerzsyndroms, v.a. den rechten Arm betreffend. Zudem bestehe eine Minderbelastbarkeit im Lendenwirbelbereich. Die Beschwerdeführerin könne, bedingt durch diese Beschwerden, keine schweren Lasten mehr tragen und keine andauernden Zwangspositionen einnehmen. Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit des axialen Skelettes. Aufgrund der chronischen abdominalen Symptomatik mit wiederkehrenden imperativen Durchfällen und Bauchschmerzen sei die Beschwerdeführerin darauf angewiesen, eine Arbeit jederzeit für kurze Pausen (Toilettengänge) unterbrechen zu können. Zu den Ressourcen hielt Dr. med. K. \_\_\_\_\_ fest, in den Akten würden sehr gute Deutschkenntnisse, Bikulturalität, Weiterbildungen in der ... und ehrenamtliches Engagement beschrieben. Die Beschwerdeführerin sei sozial sehr gut integriert. Betreffend Leistungsprofil hielt der RAD-Arzt fest, aus rein somatischer Sicht bestehe für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit allenfalls punktuelltem Heben und Tragen von Lasten bis maximal 5 kg körpernah und ohne die Notwendigkeit, Zwangshaltungen einzunehmen, und mit der Möglichkeit, die Arbeit jederzeit für kurze Pausen und Toilettengänge unterbrechen zu können, eine 70 %ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100 %-Pensum. Hinsichtlich der psychiatrischen Perspektive verwies Dr.

med. K.\_\_\_\_\_ auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 1. Juli 2020 (act. II 142; vgl. E. 3.3.8 hiervor).

**3.3.10** Im Verlaufsbericht vom 11. September 2020 (act. IIa 1), der zwar nach Verfügungserlass datiert, indes Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlaubt und daher zu berücksichtigen ist (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4 [Umkehrschluss]), hielt der behandelnde Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin habe sich vom Februar 2019 bis Juni 2020 in seiner ambulanten psychiatrischen Behandlung befunden. In Folge Stellenwechsel seinerseits müsse er die Behandlung beenden. Die Beschwerdeführerin werde weiter ambulant im Hause behandelt. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ hielt weiter fest, es habe keine Besserung erzielt werden könne. Dies veranlasse die Beschwerdeführerin zu einer beruflichen Neuorientierung. Er habe die Beschwerdeführerin durch neue familiäre Belastungssituationen (Scheidung) begleitet. Sie habe stets über ausreichend persönliche Ressourcen verfügt, um sich psychisch zu stabilisieren. Die auftretende Belastung habe mentalisiert und kompensiert werden können. Phasenweise habe sich der Gesamtzustand verschlechtert, der Verlauf könne nicht als günstig bezeichnet werden.

#### 4.

**4.1** Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (Beschwerdeantwort S. 3) sind im relevanten Vergleichszeitraum vom 5. März 2002 bis 8. April 2020 (vgl. E. 3.1 hiervor) gesundheitliche Veränderungen eingetreten, die geeignet sind, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen. Die Gutachter der MEDAS wiesen diesbezüglich auf eine seit 2013 bestehende Schmerzsymptomatik im Bereich des Unter- und Oberbauchs, einhergehend mit rezidivierenden Durchfällen, hin, was sie als somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Verdauungssystems einordneten; gemäss den Gutachtern hat sich diesbezüglich der Gesundheitszustand gegenüber der letztmaligen Verfügung von 2002 verschlechtert (act. II 78.1/6). Auch hinsichtlich der Beschwerden am Bewegungsapparat, insbesondere bezüglich des chronischen cervicospondylogenen Schmerzsyndroms mit Betonung

des rechten Armes erwähnten die Gutachter der MEDAS seit 2002 eine Zustandsverschlechterung (act. II 78.1/6 und 78.1/10). Schliesslich hielten die Gutachter zudem fest, aus psychiatrischer Sicht habe sich die gesundheitliche Situation seit dem Zeitpunkt der Verfügung von 2002 verschlechtert (act. II 78.1/10). Folglich ist das Vorliegen eines Neuanmeldungsgrundes zu bejahen und es hat eine freie Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen (vgl. 2.7.4 hiervor).

## **4.2**

**4.2.1** 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).

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

**4.2.3** 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).

**4.3** In medizinischer Hinsicht ist primär auf das überzeugende und schlüssige Gutachten der MEDAS vom 14. Dezember 2018 (act. II 78.1 - 78.5) abzustellen. Das Gutachten ist voll beweiskräftig, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet (vgl. E. 4.2.2 hiavor). Hinsichtlich einer leidensangepassten Arbeit ist somit für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit allenfalls punktuellen Heben und Tragen von Lasten bis maximal 5kg körpernah und ohne die Notwendigkeit Zwangshaltungen einzunehmen und mit der Möglichkeit die Arbeit jederzeit für kurze Pausen und Toilettengänge unterbrechen zu können, aus gesamtmedizinischer Sicht von einer 70 %igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen. Dabei kann die Einschränkung gegenüber einem Vollpensum mit der eingeschränkten emotionalen Belastbarkeit aufgrund der psychiatrischen Krankheitsbilder begründet werden. Dies gilt gemäss den Gutachtern der MEDAS ab dem Zeitpunkt der Krankschreibung der Beschwerdeführerin ab Mai 2017 (act. II 78.1/9).

**4.3.1** In somatischer Hinsicht bestreitet die Beschwerdeführerin unter Bezugnahme auf die Berichte des Hausarztes Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 1. Juni 2019 (act. II 102) und 19. Februar 2020 (act. II 130) die vom Gutachten der MEDAS attestierte zumutbare Arbeitsleistung (Beschwerde S. 3 ff.), wonach eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit allenfalls punktuellen Heben und Tragen von Lasten bis maximal 5kg körpernah möglich sei. Laut Dr. med. J. \_\_\_\_\_ sei generell das Heben und Tragen von Lasten nicht möglich. Zwar erwähnt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ in den Berichten vom 1. Juni 2019 (act. II 102) und 19. Februar 2020 (act. II 130), dass kein Tragen/Heben/Greifen mit dem rechten Arm möglich sei bzw.

Heben und Tragen von Lasten bis maximal 5kg körpernah seien überhaupt nicht möglich auch ohne Zwangshaltung oder auch mit kurzen Pausen. Im Bericht vom 2. Mai 2019 (act. II 97) führte Dr. med. J.\_\_\_\_\_ jedoch noch aus, es seien nur leichte Arbeiten mit dem rechten Arm möglich, kein Heben und Tragen von mehr als 5kg sowie keine repetitiven Arbeiten, was im Wesentlichen mit der Einschätzung der Gutachter der MEDAS übereinstimmt (act. II 78.1/9). Dr. med. J.\_\_\_\_\_ hat in den Berichten vom 1. Juni 2019 (act. II 102) und 19. Februar 2020 (act. II 130) nicht ausgeführt bzw. nicht begründet, weshalb abweichend vom Bericht vom 2. Mai 2019 (act. II 97) plötzlich generell das Heben und Tragen von Lasten mit dem rechten Arm auch punktuell bis 5kg körpernah nicht mehr möglich sein soll. Zudem darf und soll das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Folglich vermögen die Ausführungen von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ in den Berichten vom 1. Juni 2019 (act. II 102) und 19. Februar 2020 (act. II 130) das Gutachten der MEDAS nicht in Zweifel zu ziehen, was auch vom RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 6. April 2020 (act. II 134) so festgehalten wurde. Somatisch ist somit sowohl ab Mai 2017 (act. II 78.1/9) wie auch – mangels erheblicher objektiv ausgewiesener somatischer Veränderungen – bis zum Verfügungszeitpunkt am 8. April 2020 (act. II 135) von der überzeugenden Einschätzung im Gutachten der MEDAS auszugehen.

Auch der Bericht der Abklärungsstelle E.\_\_\_\_\_ vom 20. Juni 2019 (act. II 115) vermag daran nichts zu ändern (vgl. Beschwerde S. 4 f.). Denn die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit obliegt in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin, nicht den Fachleuten der Berufsberatung/beruflichen Eingliederung (vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 21. Februar 2018, 8C\_802/2017, E. 5.1.1, und 15. April 2015, 9C\_396/2014, E. 5.4). Zwar wurde von Seiten der Abklärungsstelle E.\_\_\_\_\_ mit dem Hausarzt Kontakt aufgenommen (act. II 115/4). Es ergab sich aber eine grosse Diskrepanz zum von den Gutachtern formulierten Zumutbarkeitsprofil. Dies obschon die Beschwerdeführerin mit wesentlich leichteren Gewichten als

von den Gutachtern (und vom Hausarzt) angegeben arbeitete. Die Abklärung der Abklärungsstelle E.\_\_\_\_\_ war nicht ärztlich begleitet und von einer engen Zusammenarbeit zwischen den Ärzten (namentlich denjenigen, welche das objektiv mögliche Zumutbarkeitsprofil formulierten) und den Fachleuten der beruflichen Abklärung kann keine Rede sein (vgl. Entscheid des BGer vom 6. Mai 2020, 8C\_30/2020, E. 5.2.1). Die Abklärungsfachperson hat vorab auf die subjektiven Schmerzangaben der Beschwerdeführerin abgestellt. Zudem meldete sich die Beschwerdeführerin während der dreimonatigen Abklärung an 22 Tagen krank (act. II 115/5) und sie beanspruchte im Verlauf der Abklärung deutlich längere Pausen als noch zu Beginn (act. II 115/4); dies obwohl sie sich – immer wieder – als motiviert erklärte. Der Bericht der Abklärungsstelle E.\_\_\_\_\_ vom 20. Juni 2019 (act. II 115) vermag vorliegend keine ernsthaften Zweifel am Gutachten der MEDAS zu begründen.

**4.3.2** Auch in psychiatrischer Hinsicht ist von der gutachterlichen Einschätzung auszugehen, wonach (maximal) eine 30 %-ige Arbeitsunfähigkeit besteht (act. II 78.1/9, 78.4/12). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 5) hat keine Addition von psychischen und somatischen Einschränkungen zu erfolgen, da die aus gesamtmedizinischer Sicht attestierte 30 %-ige Arbeitsunfähigkeit sowohl die somatischen als auch die psychiatrischen Einschränkungen abdeckt.

**4.3.3** Hat sich die sachverständige Person bei der Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 orientiert und genügt ihr Gutachten den allgemeinen Anforderungen an den Beweiswert ärztlicher Berichte (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232), sind die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit von den Organen der Rechtsanwendung grundsätzlich zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. E. 2.3 und 2.4 hiavor) soll nicht stattfinden (Entscheid des BGer vom 22. Oktober 2019, 9C\_520/2019, E. 7.1). Vorliegend erfüllt das Gutachten der MEDAS vom 14. Dezember 2018 (act. II 78.1 - 78.5) – wie erwähnt – die an den Beweiswert eines medizinischen Berichtes gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.2.2 und 4.3 hiavor) und der psychiatrische Gutachter hat sich an den normativen

Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 orientiert (vgl. act. II 78.4). Vor allem hat er die Anforderungen der Rechtsprechung erfüllt, wonach der Sachverständige substantiiert darzulegen hat, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Insbesondere hat der medizinisch-psychiatrische Sachverständige darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflicherwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 368). Somit ist auch unter dem Gesichtspunkt der Indikatorenprüfung auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gemäss Gutachten der MEDAS vom 14. Dezember 2018 (act. II 78.1 - 78.5) abzustellen.

**4.3.4** Auch im Zeitraum seit der Begutachtung Ende 2018 bis zum massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2020 (act. II 135) hat sich im Vergleich zur Begutachtung in psychiatrischer Hinsicht keine wesentliche Veränderung ergeben. Der behandelnde Psychiater Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 15. Juli 2019 (act. II 110) aus, die in der Diagnoseliste des Gutachtens der MEDAS genannten psychischen Leiden seien gegenwärtig kompensiert. Wenn Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 15. Mai 2020 Gegenteiliges ausführt und sogar von einer Verschlechterung (seit der Begutachtung 2018) bzw. anstatt von einer leichten depressiven Episode von einer mittelgradigen depressiven Episode berichtet, überzeugt dies nicht. Denn wie der RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 1. Juli 2020 (act. II 142) schlüssig festhält, sei gesamthaft beurteilt das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Störung aufgrund eines fehlenden psychopathologischen Befundes in der Stellungnahme des behandelnden Psychiaters vom Mai 2020 nicht nachvollziehbar. Im Befundbericht des Psychiaters vom September 2019 (richtig: Juli 2019) sei die depressive Symptomatik noch als remittiert beurteilt worden. Auch werde eine Verschlechterung der chronischen Schmerzen im Vergleich zur Begutachtung aus dem Jahr 2018 nicht nachvollziehbar dargestellt. Des Weiteren ist mit dem RAD-Arzt darauf hin-

zuweisen, dass die von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ genannten IV-fremden psychosozialen/familiären Belastungen unberücksichtigt zu bleiben haben (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2).

Zudem hat höchstens (allenfalls) insoweit eine Veränderung im psychiatrischen Bereich stattgefunden, als nach der von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 15. Juli 2019 (act. II 110) erwähnten Verbesserung – d.h. die im Gutachten der MEDAS genannten psychischen Leiden seien kompensiert – diese wiederum wie im Gutachten der MEDAS attestiert aufgetreten sind, so dass im Querschnitt nach vorübergehender Verbesserung somit wiederum höchstens eine 30 %-ige Arbeitsunfähigkeit bis zum Verfügungszeitpunkt im April 2020 gegeben war, dies – wie erwähnt – entgegen der Einschätzung des behandelnden Psychiaters.

An diesem Ergebnis ändert auch der von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des vorliegenden Verfahrens eingereichte Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 11. September 2020 (act. IIa 1) – worauf auch der Anwalt der Beschwerdeführerin in der Stellungnahme vom 28. September 2020 Bezug nimmt – nichts. Darin werden wiederum – nicht zu berücksichtigende – psychosoziale Umstände (familiäre Belastungssituation [Scheidung]) erwähnt und es wird darauf verwiesen, dass die Beschwerdeführerin stets über ausreichend persönliche Ressourcen verfügt habe, um sich psychisch zu stabilisieren; die auftretende Belastung habe mentalisiert und kompensiert werden können, was gegen das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode spricht. Auch die vom behandelnden Psychiater erwähnte Indikation für eine ambulante Therapie (als Behandlungsansatz) ändert daran nichts.

## **5.**

Gestützt auf das Zumutbarkeitsprofil gemäss Gutachten der MEDAS ist der Einkommensvergleich vorzunehmen:

**5.1** Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf

sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2019 BVG Nr. 16 S. 64 E. 4.4.2).

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).

## **5.2**

**5.2.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

**5.2.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurch-

schnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3).

**5.3** Der Beschwerdeführerin wurde ab dem 1. April 2017 von ärztlicher Seite eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit attestiert (act. II 38) und die Neuanmeldung zum Leistungsbezug erfolgte im Oktober 2017 (act. II 36). In Anwendung von Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 2.5 hiervor) fällt der frühestmögliche Rentenbeginn somit auf Anfang April 2018. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. 5.1 hiervor).

#### **5.4**

**5.4.1** Für die Bestimmung des Valideneinkommens ist auf das bei der M.\_\_\_\_\_ GmbH, N.\_\_\_\_\_, im Jahr 2016 erzielte Einkommen im Betrag von Fr. 60'250.-- (act. II 45/6) abzustellen, da die Beschwerdeführerin diese Stelle im Gesundheitsfall noch inne hätte (vgl. act. II 78.3/4 f.). Indexiert auf das Jahr 2018 resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 60'727.70 (Tabelle T1.2.15 Nominallohnindex, Frauen 2016 - 2018, Ziff. 55/56, Beherbergung und Gastronomie, Index Jahr 2016: 100.9 Punkte, Index Jahr 2018: 101.7 Punkte).

**5.4.2** Das Invalideneinkommen ist anhand statistischer Daten zu bestimmen, da die Beschwerdeführerin nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine ihr zumutbare Tätigkeit aufgenommen hat (vgl. E. 5.2.2 hiervor). Auszugehen ist dabei von den LSE 2016, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1, im Betrag von Fr. 4'363.-- monatlich bzw. Fr. 52'356.-- jährlich. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche

Arbeitszeit im Abschnitt Total im Jahr 2016 von 41.7 Stunden resultiert ein Betrag von Fr. 54'581.15 (Fr. 52'356.-- : 40 h x 41.7 h). Die Indexierung auf das Jahr 2018 ergibt einen Betrag von Fr. 55'068.50 (Tabelle T1.2.15 Nominallohnindex, Frauen 2016 - 2018, Total, Index Jahr 2016: 100.8 Punkte, Index Jahr 2018: 101.7 Punkte). Unter Berücksichtigung der gutachterlich attestierten 30 %-igen Einschränkung (act. II 78.1/9) resultiert ein Betrag von Fr. 38'547.95 (Fr. 55'068.50 x 0.7). Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend festgehalten hat (Beschwerdeantwort S. 3), umfasst die 30 %-ige Arbeitsunfähigkeit alle Einschränkungen, weshalb kein leidensbedingter Abzug zu gewähren ist. Auch die übrigen relevanten Merkmale (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie [vgl. act. II 1/8] und Beschäftigungsgrad [vgl. E. 5.2.2 hiervor]), führen nicht zur Gewährung eines solchen Abzuges.

**5.5** Die Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Vergleichseinkommen ergibt einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von gerundet 37 % ( $100 / \text{Fr. } 60'727.70 \times [\text{Fr. } 60'727.70 - \text{Fr. } 38'547.95] = 36.52 \%$ ; zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1).

**5.6** Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung im Ergebnis als rechtens und ist die Beschwerde abzuweisen.

## **6.**

**6.1** Gemäss aArt. 69 Abs. 1bis IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 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). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**6.2** Bei diesem Verfahrensausgang 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
  - 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.