

200 20 415 IV
SCP/SCM/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. Februar 2021

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. April 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1968 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Mai 2015 – nach mehreren vorausgehenden Leistungsbegehren (vgl. Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1.1/25-30, 1.1/56-61, 15) – unter Hinweis auf ein Augenleiden, Diabetes und eine Schulterentzündung erneut bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (act. II 30). Nach Vornahme erwerblicher und medizinischer Abklärungen samt Einholung eines polydisziplinären Gutachtens bei der C._____ GmbH (MEDAS) vom 4. Juli 2016 (act. II 73.1) sowie Erstellung eines Abklärungsberichts Haushalt vom 17. März 2017 (act. II 80) sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 17. November 2017 (act. II 100) bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine vom 1. November bis 31. Dezember 2015 befristete halbe Rente zu und verneinte einen darüber hinausgehenden Rentenanspruch.

Im Januar 2018 beantragte die Versicherte unter Hinweis auf eine psychische Erkrankung und Schizophrenie abermals Leistungen der IVB (act. II 96), woraufhin Letztere bei der MEDAS ein bidisziplinäres (psychiatrisch-endokrinologisches) Verlaufsgutachten erstellen liess (Gutachten vom 4. April 2019 [act. II 141.1]). Nach Eingang mehrerer Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 144-145, 152, 158) und Beantwortung von Rückfragen durch die MEDAS-Gutachter (act. II 156) sowie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 159, vgl. zuvor act. II 146, 150) verneinte die IVB mit Verfügung vom 29. April 2020 (act. II 162) bei einem Invaliditätsgrad von 20 % einen Anspruch auf eine Invalidenrente.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, am 2. Juni 2020 Beschwerde. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihr die zustehenden IV-

Rentenleistungen, ausgehend von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 %, seit wann rechtens, zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Juli 2020 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Nach Durchführung eines ersten Zirkulationsverfahrens erhob der Instruktionsrichter am 27. August sowie am 11. und 22. September 2020 weitere Beweismassnahmen (im Gerichtsossier). Am 25. September 2020 gingen beim Gericht die vollständigen Behandlungsunterlagen des Psychiatriezentrums D. _____ (act. III) und am 28. September 2020 diejenigen des Spitals E. _____ (act. IIIA) ein.

Auf die prozessleitende Verfügung sowie das instruktionsrichterliche Schreiben vom 1. Oktober 2020 nahm der MEDAS-Gutachter Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 16. November 2020 (jeweils im Gerichtsossier) Stellung zu den (weiteren) medizinischen Unterlagen.

Mit Eingabe vom 4. Dezember 2020 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Ergänzung der Beschwerdeantwort.

Am 8. Januar 2021 hielt die Beschwerdeführerin 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 Staats-

anwaltschaft (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 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 29. April 2020 (act. II 162). 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).

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).

2.2.1 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).

2.2.2 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. 2.2.1 S. 287).

2.2.3 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).

2.3 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.

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). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (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).

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

2.4.3 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 Januar 2018 (act. II 96) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft, womit die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der befristeten Rentenzusprache vom 17. November 2017 (act. II 100) und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 29. April 2020 (act. II 162) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen. Gegebenenfalls ist anschliessend der Leistungsanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. E. 2.4 hiervor).

3.2 Der Verfügung vom 17. November 2017 (act. II 100) lag im Wesentlichen das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 4. Juli 2016 (act. II 73.1) zugrunde (vgl. act. II 87/16 Ziff. 5.1). Darin stellten die Experten die folgenden Diagnosen (act. II 73.1/24 Ziff. 5):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Diabetes mellitus Typ I, Erstdiagnose 1975 (ICD-10 E10)
- Verminderte Sehfähigkeit links, aufgehobene Sehfähigkeit rechts
- Frozen Shoulder (Capsulitis constrictiva) rechts (ICD-10 M75)
- Intermittierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Dysthymia (ICD-10 F34.1)
- Status nach CTS-Operation rechts 01/2010 (ICD-10 G56.0)

In der interdisziplinären Konsensbesprechung kamen die Gutachter zum Schluss, dass sich die ophthalmologischerseits und internistischerseits attestierten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (vgl. act. II 73.1/10 Ziff. 3.4, 73.1/21 Ziff. 4.2.5) nicht aufaddierten, da sie lediglich zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit führten und mit einem erhöhten Pausenbedarf einhergingen. Körperlich schwere Tätigkeiten seien nicht mehr und Tätigkeiten im G. _____ zu 50 % zumutbar, wobei ... nicht durchgeführt werden könnten. Für alle anderen körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten in Schulterneutralstellung ohne Anforderungen an Stereosehen oder an ein intaktes Gesichtsfeld, in möglichst stressfreier Umgebung, ohne Tätigkeiten auf

Gerüsten oder an gefährlichen Maschinen, ohne Notwendigkeit ein Motorfahrzeug zu führen, bestehe seit Mai 2016 eine ganztags verwertbare Arbeitsfähigkeit von 70 %, dies zufolge eines erhöhten Pausenbedarfs von 10 bis 15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement (act. II 73.1/26-27 Ziff. 6.2, 6.3 und 6.9).

3.3 Zum Verlauf des Gesundheitszustands bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 29. April 2020 (act. II 162) ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Vom 6. bis 13. November 2017 und vom 15. November bis 27. Dezember 2017 wurde die Beschwerdeführerin im Spital E. _____ stationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 3. Januar 2018 (act. II 105/4-6, 110) stellten die Ärzte die nachstehenden Diagnosen:

- Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1)
DD: schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
DD: paranoide Schizophrenie
- Selbstunsichere Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)
- Diabetes mellitus Typ I
- Amaurose rechts, Status nach Endophthalmitis

Im Anschluss daran war die Beschwerdeführerin vom 3. bis 23. Januar 2018 in der Tagesklinik für Krisenintervention des Spitals E. _____ zur weiteren psychischen Stabilisierung in Behandlung (Austrittsbericht vom 24. Januar 2018 [act. II 97]). Vom 23. Januar bis 2. Februar 2018 erfolgte im Psychiatriezentrum D. _____ (Austrittsbericht vom 20. Februar 2018 [act. II 107]) und vom 2. Februar bis 6. März 2018 im Spital E. _____ (Austrittsbericht vom 23. Februar 2018 [act. II 106]) eine stationäre Behandlung. Im Bericht des Spitals E. _____ vom 28. Juli 2018 (act. II 126) hielten die Behandler fest, dass seit 14. März 2018 eine ambulant integrierte psychiatrische Behandlung in zweiwöchentlicher Frequenz aufgenommen worden sei, welche weitergeführt werde.

3.3.2 Im bidisziplinären Verlaufsgutachten vom 4. April 2019 (act. II 141.1) stellten die Experten der MEDAS nach einer psychiatrischen sowie einer endokrinologischen Untersuchung die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 141.1/6 Ziff. 4.2):

- Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1)

- Diabetes mellitus Typ 1, Erstdiagnose 1975 (ICD-10 E11)

In der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, dass sowohl die bisherige Tätigkeit wie auch eine angepasste Tätigkeit entsprechend dem Belastungsprofil der letzten Untersuchung (vgl. act. II 73.1/26 Ziff. 6.2) während fünf bis sechs Stunden täglich zumutbar sei, wobei bezogen auf ein 100 %-Pensum eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 % bestehe. Körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten seien nicht möglich. Dieses Zumutbarkeitsprofil gelte seit Dezember 2018. Für die Zeit vor November 2017 könne auf die im letzten Gutachten festgestellte Arbeitsfähigkeit verwiesen werden (vgl. act. II 73.1/26 Ziff. 6.2), ab November 2017 sei die Arbeitsfähigkeit vollständig aufgehoben (act. II 141.1/7 Ziff. 4.6 und 4.7). Die Gesamtarbeitsunfähigkeit sei begründet durch die Kombination der psychischen (40 % [act. II 141.2/7 Ziff. 8.1 und 8.2]) und endokrinologischen (30 % [act. II 141.3/4-5 Ziff. 8.1 und 8.2]) Einschränkungen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit eingeschränkt; wegen vermehrter Pausen durch die Blutzuckerkontrollen entstehe eine leichte Kumulation der Arbeitsunfähigkeit, da die psychiatrisch mögliche Arbeitstätigkeit regelmässig unterbrochen werden müsse (act. II 141.1/7 Ziff. 4.8).

3.3.3 In den RAD-Stellungnahmen vom 11. Juli 2019 (act. II 144-145) hielten die Dres. med. H._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, die erstmals am 3. November 2017 attestierte Diagnose einer schizoaffektiven Störung, welche im psychiatrischen Verlaufsgutachten übernommen worden sei, habe zu keinem Zeitpunkt unter Zugrundelegung der ICD-10-Diagnosekriterien und unter Berücksichtigung der Ausschlusskriterien und Differentialdiagnosen objektiv gesichert werden können. Gleich verhalte es sich mit einer anderen leistungsrelevanten Diagnose im psychiatrischen Fachgebiet. Unter ausschliesslicher Betrachtung des psychiatrischen Fachgebietes bestünden keine quantitativen und qualitativen Leistungseinschränkungen, so dass auch der abschliessenden Leistungsbeurteilung im psychiatrischen Verlaufsgutachten nicht gefolgt werden könne (act. II 144/13). Das endokrinologische Verlaufsgutachten sei nachvollziehbar und schlüssig und im Vergleich zum Vorgutachten ergäben sich keine wesentlichen Unterschiede. Die im Rahmen der Konsensbeurteilung vorgenomme-

ne „leichte Kumulation der Arbeitsunfähigkeit“ sei aus somatischer Sicht nicht haltbar (act. II 144/14, 145-4-5).

3.3.4 Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin (vgl. act. II 152, 154) führten die Gutachter der MEDAS, Dres. med. F. _____ und J. _____, Fachärztin für Endokrinologie-Diabetologie sowie Allgemeine Innere Medizin, am 16. November 2019 aus, eine schizoaffektive Störung sei aufgrund der vorliegenden Berichte und der psychiatrischen Untersuchung anlässlich der Begutachtung sehr wohl begründet und gesichert (act. II 156/1-2). In der Konsensbeurteilung seien die psychiatrische und endokrinologische Arbeitsunfähigkeit teiladdiert worden, so dass sich eine um 10 % höhere Arbeitsunfähigkeit, also eine Gesamtarbeitsunfähigkeit von 50 % ergeben habe. Zwischen dem Vorgutachten von 2016 und dem Verlaufsgutachten von 2019 liege die psychotische Dekompensation, die auch in den Akten klar dokumentiert sei (act. II 156/3).

3.3.5 In einer weiteren Stellungnahme vom 6. Februar 2020 (act. II 158) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ fest, eine erhöhte Ermüdbarkeit, mit welcher eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründet werde, sei anlässlich der Begutachtung nicht objektiv erhoben worden. Zudem seien differentialdiagnostische Vigilanzschwankungen in zeitnahe Kontext zu den Blutzuckerschwankungen vom psychiatrischen Gutachter nicht diskutiert worden. Selbst wenn eine schizoaffektive Psychose vorläge, sei die Leistungsbeurteilung nach dem natürlichen Verlauf nicht plausibel und auch nicht faktenbasiert objektiviert worden. Es sei medizinisch nicht plausibel, allein aus der von den Behandlern aktenkundig attestierten Diagnose einer „schizoaffektiven Psychose“ und dem hypothetischen Wiederauftreten von psychotischen Symptomen eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von 40 % herzuleiten (act. II 158/3). Hier liege keine Behinderung vor, die sich auf eine andere besonders nachhaltig auswirke, vielmehr handle es sich um zwei nebeneinander bestehende Funktionsbeeinträchtigungen im psychischen und somatischen Bereich, die sich in ihrer Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit überschneiden würden und somit insgesamt nicht zu einer Zunahme des Ausmasses der Gesamtbeeinträchtigung Anlass geben könnten. Die auf 50 % veranschlagte Gesamtarbeitsfähigkeit sei nicht

nachvollziehbar und an der RAD-Stellungnahme vom 11. Juli 2019 könne festgehalten werden (act. II 158/4).

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).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Ver-

lauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 41 E. 4.2.2).

3.5

3.5.1 Aus somatischer Sicht überzeugt, wenn der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ am 11. Juli 2019 festhielt, verglichen mit dem Vorgutachten aus dem Jahr 2016 ergäben sich keine wesentlichen Unterschiede des Gesundheitszustandes (act. II 145/4-5). Der Diabetes mellitus Typ I existiert bereits seit über 40 Jahren und die Beschwerdeführerin ist diesbezüglich seit jeher in regelmässiger ärztlicher Behandlung (vgl. act. II 1.1/37, 50/35-37, 62, 141.3/3 Ziff. 7.2). Dabei attestierten die MEDAS-Gutachter sowohl anlässlich der Exploration im Jahr 2016 als auch 2019 eine Leistungseinschränkung von 30 % aufgrund der stark schwankenden Blutzuckerwerte und häufigen Hypoglykämien (act. II 73.1/9-10 Ziff. 3.4, 141.3/4 Ziff. 8). Den Einschränkungen aus ophthalmologischer Sicht sowie denjenigen im Zusammenhang mit den im Jahr 2016 beklagten Schulterbeschwerden wurde bereits damals im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils Rechnung getragen (vgl. act. II 73.1/21 Ziff. 4.2.5, 73.1/24 Ziff. 4.3.5, 73.1/25 Ziff. 6.2) bzw. das im Jahr 2019 erstellte Zumutbarkeitsprofil schliesst körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten aus (act. II 141.1/7 Ziff. 4.7.1). Hinweise auf weitere die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränkende somatische Leiden werden zu Recht nicht geltend gemacht. Vielmehr wurde die Neuanschuldung im Januar 2018 einzig mit einer gemäss Angaben der Beschwerdeführerin seit 2016 bestehenden psychischen Erkrankung bzw. Schizophrenie begründet (act. II 96/6 Ziff. 6.1), dies unter Beilage des Austrittsberichts des Spitals E. _____ vom 24. Januar 2018 (act. II 96/8 Ziff. 10, 97).

3.5.2 In psychiatrischer Hinsicht ist das Folgende zu beachten: Die Beschwerdeführerin wurde am 3. November 2017 bei zunehmender Dekompensation und Visionen dem Spital E. _____ zugewiesen (act. II 105/7). Es folgte zunächst eine stationäre Behandlung (vom 6. bis 13. November 2017 und vom 15. November bis 27. Dezember 2017 [act. II 105/4]) und hierauf eine tagesklinische Behandlung (vom 3. bis 23. Januar 2018; act. II 97/1). Im Rahmen des Aufenthaltes in der Tagesklinik traten starke Schwankungen des Blutzuckerspiegels auf bzw. aufgrund einer diesbezüg-

lichen Entgleisung erfolgte ein stationärer Eintritt ins Psychatriezentrum D._____ (vom 23. Januar bis 2. Februar 2018; act. II 97/2, 107). Am 2. Februar 2018 trat die Beschwerdeführerin zur stationären Behandlung erneut ins Spital E._____ über (act. II 106). Am 6. März 2018 konnte sie in deutlich gebessertem Zustand austreten (act. II 106/2). Ob mit diesen in einem Zeitraum von vier Monaten (3. November 2017 bis 6. März 2018) und mit einem Unterbruch vom 3. bis 23. Januar 2018 stattgehabten stationären Aufhalten eine hinreichend schwere und auf Dauer angelegte, mithin revisionsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustands (vgl. E. 2.4.1 hiavor) eingetreten ist, erscheint fraglich (vgl. hierzu auch E. 3.6 hiernach). Anlässlich der Zuweisung Anfang November 2017 gab die Beschwerdeführerin an, bereits seit rund zwei Jahren an Visionen religiöser Art zu leiden (act. II 105/4, 105/7). Auch berichtete die Beschwerdeführerin bereits im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung vom April bzw. Mai 2016 von Erlebnissen mit Gott (act. II 73.1/12) bzw. gab sie an, keinen Psychiater zu brauchen, da Jesus ihr Psychiater sei (act. II 73.1/11). Selbst wenn jedoch zu Gunsten der Beschwerdeführerin von einer revisionsrechtlich relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes ausgegangen wird, änderte sich bei einer hierauf folgenden freien Prüfung des Rentenanspruchs (vgl. E. 2.4.3 hiavor) am Ergebnis nichts.

3.6 Bezüglich des MEDAS-Verlaufsgutachtens vom 4. April 2019 (act. II 141.1) ist insbesondere die Diagnose einer schizoaffektiven Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1; act. II 141.1/6 Ziff. 4.2, 141.2/5 Ziff. 6.1), umstritten.

Im Rahmen der Klärung der Eintrittsumstände vom 3. November 2017 erschienen den Behandlern der Psychiatrie des Spitals E._____ die geschilderten Symptome am ehesten mit einer paranoiden Schizophrenie vereinbar. Differentialdiagnostisch erwogen sie eine schizoaffektive Störung (Bericht vom 27. November 2017; act. II 105/7-8). Nach stationärer Behandlung hielten die Ärzte eine schizoaffektive Störung für am wahrscheinlichsten (Bericht vom 3. Januar 2018; II 105/5), welche Diagnose Eingang in den Bericht vom 23. Februar 2018 (act. II 106/1-2) sowie denjenigen des Psychatriezentrums D._____ vom 20. Februar 2018 fand (act. II 107/2). Dies beurteilte der RAD am 27. April 2018 denn auch als

nachvollziehbar (act. II 109/2). Indessen klang die wahnhaftige Symptomatik unter Behandlung im Januar 2018 ab (act. II 105/2; vgl. auch act. II 107/3, wonach Anfang Februar 2018 ebenfalls keine Hinweise auf Wahn vorlagen). Ebenso traten im Rahmen der im Spital E. _____ ab dem 2. Februar 2018 stattgehabten stationären Behandlung zu keinem Zeitpunkt psychotische Symptome auf und der Austritt erfolgte – bezogen auf das zwischenzeitlich vorliegende depressive Geschehen – am 6. März 2018 in deutlich gebessertem Zustand (act. II 106/2). Bezogen auf die ab Mitte März 2018 in zweiwöchentlicher Frequenz aufgenommene ambulant integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung verneinten die Ärzte das Vorliegen einer wahnhaften Symptomatik (Bericht vom 28. Juli 2018; act. II 126/2 Ziff. 1.1 und 1.2). Damit im Einklang stehend erhob der psychiatrische Gutachter anlässlich der Untersuchung vom 17. Dezember 2018 (act. II 141.2/1) ebenfalls keine Hinweise auf Wahnideen, Sinnestäuschungen oder Halluzinationen (act. II 141.2/4 Ziff. 4.3), mithin keine schizophrener Symptome (act. II 141.2/5 Ziff. 6.3), und hielt fest, die psychotische Symptomatik sei nicht mehr floride, sogar remittiert (act. II 141.2/6 Ziff. 7.2 und 7.3.3). Indessen erhob er eine ausschließlich depressive Symptomatik, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freude, aber auch durch erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und einen verminderten Selbstwert mit Insuffizienzgedanken (act. II 141.2/4 Ziff. 4.3, 141.2/5 Ziff. 6.3, 141.2/6 Ziff. 7.3.3). Dabei hielt er fest, aus psychiatrischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit eingeschränkt, wobei es vor allem zu einer erhöhten Ermüdbarkeit komme und auch ein Wiederauftreten psychotischer Symptome möglich wäre, wenn nicht auf die verminderte Belastbarkeit Rücksicht genommen werde (act. II 141.1/7 Ziff. 4.6.2, 4.7.3 und 4.8, 141.2/7 Ziff. 8.1.2).

Der RAD verneinte das Vorliegen der vom psychiatrischen Gutachter gestellten Diagnose einer schizoaffektiven Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1; act. II 144/10-14, 158; vgl. hierzu auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 151 ff.; 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. 108 f.).

Letztlich kommt es jedoch nicht in erster Linie auf die genaue diagnostische Zuordnung des Gesundheitsschadens an, sondern darauf, welche Auswirkungen dieser auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt, mithin ist die Arbeitsfähigkeit primär gestützt auf ärztliche Befunde zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und den daraus folgenden körperlich-funktionellen Belastbarkeitsgrenzen festzulegen (vgl. u.a. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 14. Oktober 2020, 8C_515/2020, E. 4.2.1, und vom 22. Juli 2019, 9C_857/2018, E. 4.2.1). Da sowohl der Gutachter (act. II 141.2/4 Ziff. 4.3, 141.2/5 Ziff. 6.3, 141.2/6 Ziff. 7.3.3 bzw. siehe Ausführungen hiervor) wie auch die Behandler des Spitals E._____ (Aufmerksamkeit und Gedächtnis reduziert, im formalen Denken grüblerisch, körperbezogene Ängste, im Affekt niedergestimmt, affektinkontinent, Insuffizienzgefühle [act. II 126/3 Ziff. 2.4]) Befunde aus dem depressiven Formenkreis erhoben haben, ist ungeachtet dessen, ob im Begutachtungszeitpunkt vom Dezember 2018 (act. II 141.2/1) tatsächlich eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1), oder allenfalls allein eine depressive Episode vorlag, anhand der Standardindikatoren zu ermitteln, ob der psychiatrischerseits attestierten Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % ab November 2017 (act. II 141.1/7 Ziff. 4.6.4 und 4.7.5) bzw. von 40 % ab Dezember 2018 (act. II 141.2/7 Ziff. 8.1 und 8.2) aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann (vgl. E. 2.2 hiervor).

4.

4.1 Zunächst ist festzuhalten, dass keine Ausschlussgründe im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung vorliegen (vgl. E. 2.2.2 hiervor). Insbesondere stellten die Experten keine wesentlichen Inkonsistenzen fest (act. II 141.1/7 Ziff. 4.5). Damit hat auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen (E. 2.2.3 hiervor).

4.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

4.2.1 Mit Bezug auf den Komplex „Gesundheitsschädigung“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

4.2.1.1 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Die schizophrene Symptomatik war im Untersuchungszeitpunkt im Dezember 2018 nicht mehr vorhanden (vgl. act. II 141.2/4 Ziff. 4.3, 141.2/5 Ziff. 6.3, 141.2/6 Ziff. 7.2 und 7.3.3), hingegen stellte der Gutachter eine depressive Stimmung mit verminderter Freude bei durchaus erhaltenen Interessen fest. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis waren intakt und das Denken war formal geordnet. Ausserdem war die Beschwerdeführerin anlässlich der Exploration wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert und die Anamnese konnte gut erhoben werden (act. II 141.2/4 Ziff. 4.3). Die erhöhte Ermüdbarkeit am Tag (act. II 141.2/4 Ziff. 4.3) wurde einzig anamnestisch erhoben. Der Gutachter bezeichnete die depressive Symptomatik denn auch als „noch nicht vollständig remittiert“ (act. II 141.2/5 Ziff. 6.3). Ausserdem ist zu beachten, dass die gesundheitlichen Probleme durch psychosoziale Faktoren mitbestimmt wurden und werden (finanzielle Probleme und Abhängigkeit vom Sozialdienst [act. II 73.1/13 Ziff. 4.1.3.1, 141.1/6 Ziff. 4.4]; Konflikte innerhalb einer christlichen Gemeinschaft [act. II 110/4, 141.2/3], mit der Mutter [act. II 107/3, 110/4] sowie der Tochter [act. II 107/3]; vgl. auch act. II 73.1/15 Ziff. 4.1.3.5), welche sich grundsätzlich nicht invaliditätsbegründend auswirken (vgl. hierzu BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552, 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2, 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). So gab die Beschwerdeführerin gegenüber dem Gutachter denn auch an, dass sie schon denke, dass die „Psychose“ (vom November 2017) mit dem möglichen Auszug der Tochter zu tun gehabt habe (act. II 141.2/3).

Eine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist unter diesen Umständen zu verneinen.

4.2.1.2 Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Von Anfang November 2017 bis Anfang März 2018 war die Beschwerdeführerin in stationärer Behandlung (vgl. E. 3.5.2 und 3.6 hiervor). Nach dem Austritt in deutlich gebesser-

tem Zustand (act. II 106/2) befindet sie sich seit 14. März 2018 in zweiwöchentlicher Frequenz in ambulant integrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (act. II 126/2 Ziff. 1.1 und 1.2, 141.2/2). Der psychiatrische Gutachter empfahl die Weiterführung bzw. Intensivierung der therapeutischen Behandlung (act. II 141.2/6 Ziff. 7.2), womit er von einem Erhalt bzw. allenfalls gar einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ausging (act. II 141.2/8 Ziff. 8.3.2). Mithin kann unter diesen Umständen nicht von einer Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten bzw. einer ausgewiesenen Behandlungsresistenz die Rede sein, zumal das Krankheitsbild vom Verlauf der psychosozialen Lebensumstände geprägt und unterhalten wird.

In Bezug auf die Eingliederung ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin seit 2002 vom Sozialdienst unterstützt wird und zuletzt von 2012 bis 2016 teilzeitlich in einem Beschäftigungsprogramm in geschütztem Rahmen tätig war (act. II 141.1/5-6 Ziff. 3.3). Gegenüber dem Gutachter konnte sie nicht angeben, zu wieviel Prozent und ab wann sie wieder arbeiten könnte, der Experte empfahl jedoch soziotherapeutische Massnahmen und beurteilte diese als hilfreich und auch zumutbar (act. II 141.2/4 Ziff. 3.2, 141.2/6 Ziff. 7.2, vgl. auch act. II 141.1/8 Ziff. 4.10). Vor diesem Hintergrund kann nicht von einer Eingliederungsresistenz gesprochen werden.

4.2.1.3 Was den Indikator „Komorbiditäten“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) angeht, ist zu beachten, dass in somatischer Hinsicht ein Diabetes mellitus Typ 1 mit Auswirkung auf das Sehvermögen besteht (ICD-10 E11; act. II 141.3/3 Ziff. 6.1), welcher zu einer Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 30 % führt (act. II 141.3/4-5 Ziff. 8). Dabei postulierten die Gutachter eine leichte Kumulation der psychiatrischerseits und endokrinologischerseits attestierten Arbeitsunfähigkeit (act. II 141.7 Ziff. 4.8). Der psychiatrische Experte erachtete eine psychische Überlagerung im Rahmen der affektiven Symptomatik mit verstärkten somatischen Beschwerden für möglich (act. II 141.2/5 Ziff. 6.3). Damit ist zumindest von geringfügigen Wechselwirkungen auszugehen.

4.2.2 Betreffend den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) stellte der psychiatrische Gutachter zwar eine deutliche Verunsicherung fest (act. II 141.2/6 Ziff. 7.2), ohne jedoch eine diesbezügliche

Diagnose aufzuführen (vgl. hierzu die von den Behandlern festgestellten selbstunsicheren Persönlichkeitszüge [ICD 10 Z73.1; act. II 97/1, 105/2, 105/4, 106/1, 107/2, 110/3, 126/3 Ziff. 2.6]). Insbesondere schloss er eine Persönlichkeitsstörung aus (vgl. act. II 141.2/5 Ziff. 6.3).

4.2.3 Zum Komplex „Sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin mit ihrer erwachsenen Tochter und zwei Katzen zusammenlebt. Von ihren Kolleginnen habe sie sich zurückgezogen; sie besuche aber eine Selbsthilfegruppe für Schizophrenie und plane für das kommende Jahr den regelmässigen Besuch einer Maltherapie sowie die Aufnahme einer Bewegungstherapie (act. II 141.2/3, 141.2/6 Ziff. 7.3.2 und 7.4). Die (leiblichen) Eltern sowie der Pflegevater seien verstorben und zu ihren Geschwistern habe sie keinen Kontakt (act. II 73.1/11, 141.2/2). Einen Freund habe sie nicht, was sie vermisse (act. II 141.2/3). Somit bestehen lediglich geringe Ressourcen.

4.3 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie „Konsistenz“. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.).

4.3.1 Zum Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bezüglich der täglichen Verrichtungen selbstständig ist und wieder Gartenarbeiten verrichte (vgl. hierzu auch act. II 73.1/12, 126/4 Ziff. 3.5, 141.3/2 Ziff. 3.2.4); sie fühle sich jedoch nicht in der Lage, ... auszuführen (act. II 141.2/6 Ziff. 7.3.2). Sie konnte sich auch sonst keine konkrete Arbeit vorstellen (act. II 141.3/2 Ziff. 3.2.6). Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit konnte der psychiatrische Gutachter jedoch nicht nachvollziehen (act. II 141.2/6 Ziff. 7.3.3). Die subjektive Überzeugung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit (eine fixierte bzw. deutliche Krankheits- und Invaliditätsüberzeugung bestand bereits anlässlich der Begutachtung im Frühjahr 2016 [act. II 73.1/15 Ziff. 4.1.3.5, 73.1/27 Ziff. 6.8]) steht insbesondere nicht damit in Einklang, dass die Beschwerdeführerin insoweit einen geregelten Tagesablauf hat, als sie jeweils zwischen 07:00 und 08:00 Uhr aufsteht, im Sommer den Garten macht, sich ansonsten den Hausarbeiten widmet, spazieren geht, teilweise mit dem Velo unterwegs ist und ca. um 22:30 Uhr zu Bett

geht (act. II 141.2/3). Der Gutachter erkannte aufgrund des Tagesablaufs denn auch Ressourcen (act. II 141.1/6 Ziff. 4.4).

4.3.2 In Bezug auf den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck und in diesem Zusammenhang die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) ist zwar von einem gewissen Leidensdruck auszugehen (vgl. zu den Behandlungen E. 4.2.1.2 hiervor). Gleichzeitig führte der Gutachter aus, die alle zwei Wochen stattfindende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (act. II 126/2 Ziff. 1.1 und 1.2, 141.2/2) und die psychopharmakologische Medikation könnten durchaus intensiviert werden (act. II 141.2/6 Ziff. 7.2). Ausserdem empfahl der Gutachter berufliche Massnahmen im Sinne eines schrittweisen Arbeitstrainings, falls die Beschwerdeführerin die dazu notwendige Motivation aufbringe. Die diesbezügliche Prognose sah er aufgrund der psychosozialen Situation als unsicher an (act. II 141.1/8 Ziff. 4.10, 141.2/8 Ziff. 8.4). Bei diesen Gegebenheiten ist höchstens von einem leichten behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck auszugehen.

4.4 In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens zu verneinen ist bzw. auf jeden Fall nicht als die somatisch ausgewiesenen Einschränkungen additiv steigernd berücksichtigt werden kann. Vor diesem Hintergrund ist auf die psychiatrischerseits attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Optik nicht abzustellen. Nachdem die im November 2017 aufgetretenen psychotischen Symptome sich bereits Ende Januar 2018 nicht mehr manifestierten und die Beschwerdeführerin am 6. März 2018 in deutlich gebessertem Zustand aus der stationären Behandlung ausgetreten ist (vgl. hierzu auch E. 3.6 hiervor), gilt dies auch für die Zeit ab dem hypothetisch frühestmöglichen Rentenbeginn (Juli 2018 [E. 5.4 hiernach]). Denn gegenüber der lediglich fünf Monate später stattgehabten Begutachtung (Dezember 2018 [act. II 141.2/1]) lag ein im Wesentlichen unveränderter Gesundheitszustand vor. Damit verbleibt ab Juli 2018 (vgl. E. 5.4 hiernach) die seit der ersten MEDAS-Begutachtung (April,

Mai bzw. Juli 2016 [act. II 73.1/2]) erstelltermassen somatisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in einer adaptierten Tätigkeit (körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten in Schulterneutralstellung ohne Anforderungen an Stereosehen oder an ein intaktes Gesichtsfeld, in möglichst stressfreier Umgebung, ohne Tätigkeiten auf Gerüsten oder an gefährlichen Maschinen, ohne Notwendigkeit ein Motorfahrzeug zu führen, mit der Möglichkeit zu Pausen [act. II 73.1/26 Ziff. 6.2, 141.1/7 Ziff. 4.7.1, 141.3/4-5 Ziff. 8.1 und 8.2]) von 30 %, mithin eine Restarbeitsfähigkeit von 70 % (E. 3.5.1 hiervor).

Auf dieser Grundlage ist nachstehend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

5.

5.1 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).

5.2 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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen

und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2019 UV Nr. 40 S. 153 E. 6.2.3).

5.3 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 (BFS) herausgegebenen 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 unterdurchschnittlichen 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 pflichtgemäsem 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). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

5.4 Unter Berücksichtigung der Neuanmeldung vom Januar 2018 (act. II 96) und der gutachterlich bereits seit Mai 2016 ausgewiesenen Einschränkung in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 % für Tätigkeiten im G. _____ (act. II 73.1/26) fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf Juli 2018 (Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG). Der Einkommensver-

gleich ist damit auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen (vgl. BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Für die Annahme eines früheren Rentenbeginns ab Januar 2018 (Zeitpunkt der Neuanschreibung) bzw. die Nichtbeachtung der Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG besteht kein Raum (BGE 142 V 547 E. 3 S. 550). Dies insbesondere auch deshalb, weil die vom 1. November bis 31. Dezember 2015 befristete Rentenzusprache (act. II 100) gestützt auf somatische Einschränkungen erfolgte (vgl. act. II 73.1/24-26 Ziff. 5 und 6.2), währendem der vorübergehenden gesundheitlichen Verschlechterung ab November 2017 (vgl. E. 3.5.2 und 3.6 hiervor) psychische Gründe zugrunde lagen (vgl. hierzu Art. 29^{bis} der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]: „...wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit...“).

5.5 Die Beschwerdeführerin hat nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit eine einjährige Ausbildung EFZ als ... absolviert (act. II 15/4 Ziff. 6, 30/4 Ziff. 5, 31, 96/5 Ziff. 5.3). Danach hatte sie verschiedene Tätigkeiten in der ..., als ..., als ... sowie im Bereich ... inne (vgl. act. II 35, 48). Seit 2002 wird sie vollumfänglich durch den Sozialdienst unterstützt. Im Rahmen einer diesbezüglich durchgeführten beruflichen Integrationsmassnahme war sie von 2012 bis 2016 in einem Beschäftigungsprogramm als ... tätig (vgl. act. II 39, 41; vgl. zum Ganzen act. II 73.1/8 Ziff. 3.1.2, 80/4-5 Ziff. 3.2).

Bei diesen Gegebenheiten und weil die Beschwerdeführerin keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, rechtfertigt es sich vorliegend, sowohl das Validen- wie auch das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE 2018 (vgl. hierzu BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297), Tabelle TA1, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1, festzusetzen. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2). Mit der ausgewiesenen Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % bzw. der Leistungsminderung von 30 % wurde den vorhandenen Einschränkungen (vgl. act. II 141.1/7 Ziff. 4.7.1 i.V.m. 73.1/26 Ziff. 6.2, 141.3/4 Ziff. 8.1.2) hinreichend Rechnung getragen. Die Vornahme eines Tabellenlohnabzuges erübrigt sich insbesondere auch deshalb, weil die zeitliche Prä-

senz in der bisherigen Tätigkeit acht Stunden pro Tag beträgt (act. II 141.3/4 Ziff. 8.1.1) bzw. in einer angepassten Tätigkeit als uneingeschränkt bezeichnet wird (act. II 141.3/5 Ziff. 8.2.2). Weitere Gründe für einen Tabellenlohnabzug liegen nicht vor. Da die beiden Vergleichseinkommen anhand statistischer Daten erhoben werden, fällt insbesondere auch ein Abzug wegen allfälliger invaliditätsfremder Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) ausser Betracht, wäre doch ein solcher bei beiden Einkommen zu berücksichtigen und damit von vornherein ohne Einfluss auf den Invaliditätsgrad (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5; vgl. E. 5.3 hiervor). Selbst wenn jedoch aufgrund der ophthalmologischen Situation ein Tabellenlohnabzug von 10 % vorgenommen würde, änderte dies am Ergebnis nichts ($100\% \cdot [100\% \times 0.7 = 70\% \times 0.9 = 63\%] = 37\%$). Damit resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30 % (bzw. 37 %; vgl. E. 2.3 hiervor).

6.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 29. April 2020 (act. II 162) im Ergebnis nicht zu beanstanden, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

7.

7.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} 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.

7.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]; Art. 104 Abs. 3 VR-PG; vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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