

200 20 591 IV
WIS/SHE/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. Mai 2021

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch B. _____ AG, Rechtsanwältin C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. Juni 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1961 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im November 2015 unter Hinweis auf Schulter-, Hand- und Fussprobleme bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere zog sie das vom damaligen Unfallversicherer, der D. _____ AG, in Auftrag gegebene orthopädisch-psychiatrische Gutachten der E. _____ GmbH (nachfolgend Begutachtungsstelle E. _____) vom 25. August 2016 (AB 37.2) bei, holte beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Aktenbeurteilungen vom 19. Oktober 2016 (AB 39) und vom 6. März 2017 (AB 50) ein und verfügte am 18. April 2017 (AB 51) bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 20% die Abweisung des Rentenbegehrens. Die Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im Mai 2018 (AB 63) stellte die Versicherte unter Hinweis auf eine erhebliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes seit April 2017 ein erneutes Leistungsbegehren. Nach Einholen von Aktenbeurteilungen des RAD (AB 66, 68, 70, 82 ff.) trat die IVB mit Verfügung vom 19. Februar 2019 (AB 87) mit der Begründung, seit der letzten Verfügung habe sich weder die berufliche noch die medizinische Situation geändert, nicht auf das Leistungsbegehren ein. Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 88/3) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 29. Mai 2019, IV/2019/217 (AB 92) – soweit es darauf eintrat – gut, hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit sie auf die Neuanschuldung eintrete und nach getätigten Abklärungen neu verfüge. Das Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft. In der Folge tätigte die IVB weitere medizinischen Abklärungen. Insbesondere holte sie beim F. _____ (MEDAS F. _____) ein neuropsychologisches Gutachten vom 18. März

2020 (AB 133/125) und bei Dr. med. G._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten vom 23. März 2020 (AB 133/2) ein. Mit Vorbescheid vom 27. März 2020 (AB 136) stellte die IVB in Aussicht, bei einem Invaliditätsgrad von 6% einen Rentenanspruch zu verneinen. Nach dagegen erhobenen Einwänden (AB 138, 141 f., 144) holte sie beim RAD Aktenbeurteilungen vom 11. Juni 2020 (AB 152 f.) ein und verfügte am 17. Juni 2020 (AB 155) dem Vorbescheid entsprechend.

C.

Mit Eingabe vom 14. August 2020 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin C._____, dagegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die Verfügung vom 17. Juni 2020 aufzuheben.
2. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente nach Gesetz zu gewähren.
3. Es sei die Beschwerdeführerin polydisziplinär durch das Gericht begutachten zu lassen.
4. Eventualiter sei die Sache zwecks polydisziplinärer Begutachtung und anschliessendem Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
5. Es sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und es sei ihr in der Person der Unterzeichneten einen unentgeltlichen Rechtsbeistand zu bewilligen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. September 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

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 unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG; vgl. Art. 38 Abs. 4 lit. b 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 17. Juni 2020 (AB 155). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und dabei insbesondere, ob seit der rentenabweisenden Verfügung vom 18. April 2017 (AB 51) eine anspruchrelevante Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

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

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

2.

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

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

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. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreivier-

telsrente, 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 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).

2.5 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).

2.5.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.5.2 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).

2.5.3 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).

2.5.4 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

3.

3.1 Das Verwaltungsgericht stellte in VGE IV/2019/2017 (AB 92) rechtskräftig und damit auch für dieses Verfahren verbindlich fest, die Beschwerdeführerin habe glaubhaft gemacht, dass es seit der rentenverneinenden Verfügung vom 18. April 2017 (AB 51) zu einer wesentlichen Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen gekommen ist (E. 5.3). Nachfolgend ist zu prüfen, ob zwischen der ursprünglichen Verfügung vom 18. April 2017 und der hier angefochtenen Verfügung vom 17. Juni 2020 (AB 155) tatsächlich eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit einen allfälligen Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiavor).

3.2 Was die Verfügung vom 18. April 2017 (AB 51) betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Im orthopädisch-psychiatrischen Gutachten der Begutachtungsstelle E. _____ vom 25. August 2016 (AB 37.2) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 21 Ziff. 6):

- Chronisch intermittierende leichtgradige Restbeschwerden Ellbogen links (ICD-10 M25.52)
- Anamnestisch chronische, teilweise bewegungs- und belastungsabhängige Unterschenkel- und Fusschmerzen beidseits (ICD-10 M79.60)
- Chronische, teilweise bewegungs- und belastungsabhängige Schulterschmerzen rechts (ICD-10 M79.61)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
- Histrionische Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1)
- Aktenanamnestisch Status nach Diagnose einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode im September 2015 im Rahmen der Schmerzsymptomatik, Status nach Diagnose einer leicht bis mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Episode im April 2016, aktuell remittiert.

Psychosoziale und allenfalls auch soziokulturelle Belastungsfaktoren hätten einen entscheidenden Einfluss auf die weiterhin persistierende Arbeitsunfähigkeit (S. 23 Ziff. 8). Bezüglich der psychischen Beschwerden sei es bereits zu einer namhaften Besserung der depressiven Symptomatik gekommen, die gegenwärtig nur noch subklinisch ausgeprägt sei und keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründe. Trotzdem sei die Beibehaltung der ambulanten Psychotherapie und Psychopharmakotherapie für die nächsten Monate indiziert. Bezüglich der somatisch im Vordergrund stehenden rechtsseitigen Schulterbeschwerden sei es wichtig, dass die Versicherte ein regelmässiges Bewegungsprogramm durchführe (Ziff. 9). Die heute noch begründbare Einschränkung der Belastungsfähigkeit am Bewegungsapparat werde durch eine Pathologie an der rechten Schulter bedingt, die eine leichte Verminderung der Belastungsfähigkeit der betreffenden Schulter begründe. Diese beziehe sich auf Aktivitäten, bei denen der rechte Arm über die Horizontale oder hinter die Körperebene eingesetzt werden müsse. Dies wirke sich auch auf beruflicher Ebene dahingehend aus, dass vorderhand nur körperlich leichte bis höchstens mittelschwere Tätigkeiten möglich seien, bei denen eine Hebe- und Traglimite von 10 kg nicht überschritten werde und der rechte Arm ausschliesslich unterhalb der Horizontalen und vor der Körperebene eingesetzt werden müsse. In Anbe-

tracht des aktuellen Zustandes sei eine künftige Besserung der Situation an der rechten Schulter durchaus realistisch, sodass letztlich wahrscheinlich wieder alle Tätigkeiten in Frage kämen, welche für die Versicherte aufgrund ihrer allgemeinen körperlichen Konstitution, ihrer ausbildungsmässigen Voraussetzungen und ihrer persönlichen Neigungen in Frage kämen. Bezüglich der unfallbedingten Problematik am linken Ellbogen sei es zu einer stabilen Ausheilung der erlittenen Fraktur gekommen und auch die Beweglichkeit sei heute wieder seitengleich. Entsprechend ergebe sich dadurch derzeit kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten ohne übermässig hohe Ansprüche an den linken Ellbogen und die Versicherte könne auch ihre angestammte Tätigkeit als ... wahrscheinlich wieder uneingeschränkt ausüben. Von psychiatrischer Seite lasse sich in einer schulteradaptierten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (Ziff. 10 und S. 25 Ziff. 8a).

3.2.2 In der RAD-Aktenbeurteilung vom 19. Oktober 2016 (AB 39) kam Dr. med. H._____ zum Schluss, es könne uneingeschränkt auf das Gutachten der Begutachtungsstelle E._____ vom 25. August 2016 abgestellt werden. Funktionelle Einschränkungen bestünden lediglich in einer verminderten Belastbarkeit der rechten Schulter und des linken Ellbogens. Nach dem Unfallereignis vom 13. Juni 2014 habe für acht Wochen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, danach eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Dr. med. I._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, kam in der RAD-Beurteilung vom 6. März 2017 (AB 50) zum Schluss, die im Vorbescheidverfahren vorgelegten Berichte beinhalteten die bei der Gutachterstellung bekannten Gesundheitsschäden. Neue Befunde mit wesentlichem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit würden nicht vorgelegt. Somit sei keine Neu Beurteilung erforderlich.

3.3 Was den Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 18. April 2017 (AB 51) betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Im neuropsychologischen Gutachten von der MEDAS F._____ vom 18. März 2020 (AB 133/125) wurde festgehalten, die Testergebnisse der Versicherten würden als nicht valide angesehen. Sie habe beide Teile

der Symptomvalidierungstests mit Werten, die am Cut-Off gelegen hätten, absolviert. Während der gesamten Untersuchung habe ein aggravierendes Verhalten festgestellt werden können (S. 133 Ziff. 4.3), weshalb keine Diagnosen gestellt werden könnten (S. 135 Ziff. 6.1 f.). Die Zusammenstellung der Befunde der Leistungstests lasse auf ein Aggravationsverhalten schliessen. Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests inhaltlich nicht ausgewertet werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau abbildeten. Unter diesen Umständen bestehe andererseits auch das Risiko, dass tatsächliche und spezifische kognitive Defizite differentialdiagnostisch nicht festgestellt werden könnten (S. 135 f. Ziff. 6.3). Es hätten sich in den untersuchten Bereichen mehrheitlich unterdurchschnittliche Ergebnisse gefunden. Da die Ergebnisse der Symptomvalidierungstests auf ein aggravierendes Verhalten hinwiesen, könne weder das Vorhandensein allenfalls funktioneller Einschränkungen (S. 137 Ziff. 7.1) noch die Arbeitsfähigkeit beurteilt werden (S. 139 Ziff. 8.1 f.).

3.3.2 Dr. med. G._____ stellte im psychiatrischen Gutachten vom 23. März 2020 (AB 133/2) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen (S. 87 Ziff. 6.1):

- Ausgeprägte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode, schädlicher Gebrauch, Differentialdiagnose: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F11.10/F11.24).

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte Dr. med. G._____ Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne histrionisch akzentuierter Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F41.2) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD.10 F17.24; S. 88 Ziff. 6.2). Der Gesundheitszustand und die Symptome hätten sich verglichen mit der Situation im Zeitpunkt der Verfügung vom 18. April 2017 (AB 51) leicht verschlechtert. Die von der untersuchenden Psychiaterin im Gutachten der Begutachtungsstelle E._____ aus dem Jahre 2016 gestellten Diagno-

sen hätten weitgehend ihre Gültigkeit behalten. Zusätzlich seien aufgrund des ermittelten hohen Opiatspiegels psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide, schädlicher Gebrauch, Differentialdiagnose: Abhängigkeitsyndrom (ICD-10 F11.10/F11.24) sowie eine Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F41.2) zu diagnostizieren. Die gegenwärtig vorliegenden Diagnosen würden eine 30%-ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit bezogen auf ein hypothetisches Arbeitspensum von 100% begründen (S. 114 Ziff. 8.4). Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit stütze sich auf die beklagten chronischen Schmerzen, auf das Studium der Versicherungsakten, die aktuelle Exploration, die klinisch-neurologische Untersuchung und die im Rahmen der Exploration und der fachärztlichen Untersuchung gewonnenen sogenannten indirekten Indizien. Insbesondere aufgrund der allgemeinen Indizien (u.a. unbeobachtetes Gangbild, Schnelligkeit und Ablauf der Bewegungen, Mitschwingen der Arme, Spontanmotorik, spontane Kopfdrehungen, kein Positionswechsel während der Untersuchung, keine entlastenden Körperbewegungen, kein Aufstehen während der Exploration, speditives An- und Auskleiden), der Indizien anhand des explorierten Tagesprofils, dazu Indizien anhand der Schmerzschilderung (dabei werde auf adäquate, vage, distanzierte Schilderung geachtet) und ergänzender Indizien zum Ausschluss einer hirnganischen Störung (dabei werde auf die Konzentration während der Exploration, Merkfähigkeit für Altbekanntes, u.a. Geburtstagsdaten, Hochzeitstag, Telefonnummern, Merkfähigkeit für Wichtiges, u.a. Höhe der derzeitigen Einkünfte, und Merkfähigkeit für Routinedinge geachtet) würden sich Hinweise auf nicht im vorhandenen Umfang geklagte Beschwerden im Sinne zumindest einer Symptomausweitung ergeben. Die beklagte Intensität und das Ausmass der Beschwerden seien mit dem alltäglichen Aktivitätsniveau nicht vereinbar. Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe daher Diskrepanzen und Inkonsistenzen ergeben. In der Selbsteinschätzung beurteile sich die Versicherte als zu 100% arbeitsunfähig für alle Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt. Aufgrund der im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung erhobenen medizinischen Befunde könne dieser Selbsteinschätzung nicht gefolgt werden. Es liege eine ausgeprägte Selbstlimitierung vor. Unter Berücksichtigung der Diskussion im Gutachten sowie der multiplen Diskrepanzen und Inkonsistenzen könne aufgrund der Schmerzstörung bezogen auf ein hypotheti-

sches Arbeitspensum von 100% allenfalls von einer um 30% reduzierten Leistungsfähigkeit (Rendement) ausgegangen werden. Die attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% aufgrund der Schmerzstörung werde aufgrund der reduzierten Ressourcen im Hinblick auf die Überwindung der geltend gemachten diffusen Schmerzen attestiert. Das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer liege allerdings nicht vor. Auch liege kein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens vor (S. 100 f. Ziff. 6.3).

3.3.3 Dr. med. J. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie beim RAD, führte in der Beurteilung vom 11. Juni 2020 (AB 153) aus, das psychiatrische Gutachten des Dr. med. G. _____ berücksichtige sämtliche Vorakten und es seien darin sämtliche medizinischen Berichte einzeln aufgeführt und ausführlich gewürdigt worden. Unter Berücksichtigung sämtlicher Vorakten, der durch den Gutachter erhobenen Befunde im psychiatrischen Fachgebiet, der ausführlich dokumentierten Verhaltensbeobachtungen, der von der Versicherten selbst vorgebrachten Klagen, der erhobenen Laborbefunde sowie der Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung in der MEDAS F. _____ nenne Dr. med. G. _____ medizinisch plausible Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er nehme Bezug auf das ICD-10-Klassifikationssystem und lege dar, welche Kriterien erfüllt seien. Er diskutiere früher attestierte Diagnosen im psychiatrischen Fachgebiet und begründe, warum diese aufgrund seiner fachärztlichen Einschätzung nicht vorlägen. Er zitiere in diesem Zusammenhang relevante Fachliteratur, mit der er seine Einschätzungen begründe. Weiter berichte der psychiatrische Gutachter über zahlreiche durch ihn festgestellte Diskrepanzen und Inkonsistenzen. Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung seien zudem Hinweise für Symptomverdeutlichung und Aggravation festgestellt worden, und es habe daher der begründete Verdacht auf eine nicht-authentische neuropsychologische Störung vorgelegen. Der RAD beurteile das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G. _____ als schlüssig (S. 10 f. Ziff. 1). Was die im Vorbescheidverfahren bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen medizinischen Berichte betrifft, so attestierten die ambulanten psychiatrischen Behandelnden ebenso wie auch Dr. med. G. _____ die Diagnose einer chronischen

Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Wie bereits in früheren Berichten des Spitals K._____ postulierten diese weiterhin das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, ohne psychotische Symptome, bei ausgeprägten psychosozialen Belastungen und chronischer Schmerzstörung (CD-10 33.2). Dr. med. G._____ habe im Gutachten dargelegt, dass die für diese Diagnose erforderlichen Kriterien nicht erfüllt seien. Weiter werde von der Versicherten berichtet, dass sie im Kontext des negativen IV-Bescheides „dekompensiert sei“. Die gemäss ICD-10 für eine schwere Depression erforderlichen Symptome eines „somatischen Syndroms“ (insbesondere frühmorgendliches Erwachen, Morgentief, objektive Befunde psychomotorischer Hemmung, deutlicher Appetitverlust, Gewichtsverlust, etc.) seien nicht dokumentiert. Bei der berichteten Dekompensation handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um die im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. G._____ beschriebenen „vorübergehenden Anpassungsstörungen aufgrund multipler nicht versicherungsmedizinisch relevanten psychosozialen Belastungsfaktoren“. Die Versicherte sei während knapp drei Wochen in der psychiatrischen Klinik L._____ behandelt worden. Eine stationäre Therapie auf der Station für Menschen mit Depressionen habe sie abgelehnt, da sie mit „Treppen nicht zurecht käme“, was nicht plausibel sei. Die aktenkundig fehlende medikamentöse Anpassung und die in Anbetracht der attestierten Diagnose einer schweren depressiven Episode eher kurze stationäre Behandlung sprächen gegen das Vorliegen der postulierten Diagnose einer schweren depressiven Episode; die teilweise Ablehnung der ärztlich empfohlenen Therapie spreche gegen einen erheblichen Leidensdruck. Sie sei in „gebessertem Zustand“ aus der psychiatrischen Klinik L._____ ausgetreten und anschliessend für 14 Tage auf der medizinischen und neurologischen Abteilung der Klinik M._____ behandelt worden. In deren Austrittsbericht würden keine Diagnosen aus dem psychiatrischen Fachgebiet aufgelistet, welche unter Zugrundelegung des ICD-10-Klassifikationssystems gestellt und codiert worden seien. Ein bei Eintritt am 29. April 2020 dokumentierter Psychostatus habe mit uneingeschränkten kognitiven Funktionen, fehlendem Wahn, fehlenden Zwängen und fehlenden akuten Suizidgedanken keinen Krankheitswert gezeigt. Das im Bericht dokumentierte Verhalten dokumentiere mit überwiegender Wahrscheinlich-

keit die ebenfalls bereits im Gutachten des Dr. med. G._____ genannten „histrionischen Persönlichkeitszüge“ mit übermässiger Emotionalität und aufmerksamkeitsheischendem Verhalten mit dem Bestreben, im Mittelpunkt zu stehen. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass sich durch die im Vorbescheidverfahren eingereichten medizinischen Berichte keine neuen Diagnosen und keine neuen objektiven Befunde im psychiatrischen Fachgebiet seit der Begutachtung durch Dr. med. G._____ ergeben würden (S. 11 ff. Ziff. 2). Damit könne weiterhin an der gutachterlichen Beurteilung durch Dr. med. G._____ festgehalten werden (Ziff. 3, vgl. diesbezüglich auch RAD-Beurteilung von Dr. med. N._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin vom RAD, vom 11. Juni 2020 [AB 152]).

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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörte-

nung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.5

3.5.1 In somatischer Hinsicht stellte das Verwaltungsgericht bereits in VGE IV/2019/217 fest, dass die orthopädischen bzw. internistischen RAD-Beurteilungen aus den Jahren 2018 (AB 66, 70) und 2019 (AB 82 f.), wonach sich seit der Verfügung vom 18. April 2017 aktenmässig keine relevanten Änderungen ergeben würden, grundsätzlich nachvollziehbar sind. Dies zumal mit den persistierenden Ellenbogenschmerzen links ein Verlaufs-MRI einen Normalbefund gezeigt habe und im Übrigen auch im Bericht der Klinik O. _____ vom 26. März 2019 (AB 89/4) gestützt auf bildgebende Verlaufsuntersuchungen ein im Prinzip unverändertes Beschwerdebild im Vergleich zur Vorkonsultation im Oktober 2016 festgehalten worden sei. Auch der Bericht von Dr. med. P. _____, Facharzt für Anästhesiologie vom Spital K. _____, vom 28. August 2018 (AB 78/2) vermöge nicht aufzuzeigen, inwiefern sich in seinem Fachgebiet im Vergleich zur Referenzlage im Jahr 2017 eine spezifische Befundänderung ergeben haben soll (AB 92/19 E. 5.1). In dem nach der Urteilsfällung bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht von Dr. med. P. _____ vom 8. April 2019 erwähnt dieser gleichlautende Schmerzäusserungen der Beschwerdeführerin wie während des gesamten bisherigen Verlaufs (AB 101/2). Die im selben Bericht unter der Diagnose „Schmerzkrankheit im Chronifizierungsstadium III nach Gerbershagen“ aufgelisteten Schulterschmerzen, Ellenbogenschmerzen, tibialen Schmerzen wie auch Schmer-

zen im Bereich ISG waren dem Verwaltungsgericht bei der Fällung seines Urteils aufgrund früherer Berichte (vgl. u.a. Berichte von Dr. med. P. _____ vom 9. März 2018 [AB 67/4] und 28. August 2018 [AB 78/2]) ebenfalls bereits bekannt. Bezüglich der Schmerzen im Bereich des ISG ergibt sich das Folgende: Bereits im Bericht des Spitals K. _____ vom 6. Dezember 2016 wurde dargelegt, diese würden seit ca. vier Jahren persistieren (AB 47/5). Med. pract. Q. _____, Praktischer Arzt, sprach im Schreiben vom 26. Mai 2018 an den ehemaligen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin von nach dem Sturz im Jahr 2014 aufgetretenen persistierenden ISG-Schmerzen (AB 67/2). Ebenfalls wurden in den Berichten des Spitals R. _____ vom 5. September 2018 (AB 88/24) und 2. Oktober 2018 (AB 80/2) persistierende ISG-Schmerzen diagnostiziert. Die Berichte waren dem Verwaltungsgericht bei der Fällung von VGE IV/2019/217 allesamt bekannt. Damit erweist sich die in der Beschwerde vorgebrachte Ansicht, die Berichte des Spitals K. _____ zwischen Dezember 2016 und April 2019 würden eine Veränderung des somatischen Gesundheitszustandes belegen und neu bestünden Beschwerden im ISG (Beschwerde S. 5 Ziff. 11) als unzutreffend. Dass im „letzten Abklärungsverfahren“ bezüglich der Beschwerden im ISG keine pathologischen Befunde festgestellt wurden (Beschwerde S. 5 Ziff. 1; AB 37.2/16 Ziff. 5.1), ändert daran nichts. Auch seit der Verfügung vom 19. Februar 2019 (AB 87) ist in somatischer Hinsicht keine Veränderung eingetreten. Ebenfalls keine Veränderung im somatischen Bereich zu begründen vermag die rein subjektive Aussage der Beschwerdeführerin, sie habe anlässlich der Begutachtung bei Dr. med. G. _____, nach ihrem aktuellen Leiden befragt, mitunter Schmerzen im ISG-Bereich sowie ausstrahlende Schmerzen in die linke Hüfte (die Schmerzen würden sich beim Sitzen zeigen und in das Gesäss ausstrahlen) als eines ihrer Hauptprobleme angegeben (Beschwerde S. 6 Ziff. 13; vgl. auch AB 133/65 f. Ziff. 3.2.1). Bereits im Bericht von Dr. med. S. _____, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Neurologie, vom 4. September 2015 wird von im Verlauf zunehmender Ischialgie bzw. Hüftschmerzen links sowie von Rückenschmerzen mit Blockierung der LWS-Beweglichkeit berichtet; betreffend Hüftschmerzen und ISG sei eine MRI-Abklärung angeordnet worden [AB 24.2/7]). Auch wurden noch vor der Begutachtung im Jahre 2016 Leisten- und Hüftschmerzen (Bericht von Dr. med. T. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie

des Bewegungsapparates, vom 13. Oktober 2015 [AB 25/7]), eine Lumboischialgie (Bericht von Dr. med. U. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 18. Dezember 2015 [AB 13/2 Ziff. 1.1]) sowie chronische Beinschmerzen (Bericht des Spitals K. _____ vom 6. Januar 2016 [AB 25/3]) angegeben. Diese Berichte waren den Gutachtern der Begutachtungsstelle E. _____ bekannt. Auch sind in den weiteren Berichten bis zur Verfügung vom 18. April 2017 (AB 51) chronische Beinschmerzen (Berichte der Klinik O. _____ vom 26. Oktober 2016 [AB 47/11] und vom 30. November 2016 [AB 47/7]) und persistierende Schmerzen im Bereich des ISG (seit vier Jahren bestehend und ausstrahlend in den linken Oberschenkel; Bericht des Spitals K. _____ vom 6. Dezember 2016 [AB 47/5]) aufgeführt. Auch danach ist es weder bis zum Erlass der Verfügung vom 19. Februar 2019 (AB 87), welcher Gegenstand des Urteils VGE IV/2019/217 vom 29. Mai 2019 (AB 92) war, noch bis zum Erlass der hier angefochtenen Verfügung am 17. Juni 2020 (AB 155) zu einer Veränderung dieser Symptomatik gekommen, zumal im Bericht der Klinik M. _____ vom 12. Mai 2020 ausgeführt wird, seit 2016 würden Schmerzen in der linken Hüfte auftreten, dies im Bereich des linken Hüftgelenkes/ISG, und würden in den linken Oberschenkel ausstrahlen (AB 144/4). Damit ist erstellt, dass es in somatischer Hinsicht seit der Verfügung vom 18. April 2017 (AB 51) zu keiner wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes gekommen ist, und es bedurfte diesbezüglich keiner weiteren Abklärungen durch die Beschwerdegegnerin. Demnach ist die Beschwerdeführerin – entgegen ihren Vorbringen (Beschwerde S. 6 Ziff. 14) – aus somatischer Sicht in einer leidensangepassten Tätigkeit weiterhin vollzeitlich und ohne Einschränkungen arbeits- und leistungsfähig und es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin lediglich eine psychiatrische Begutachtung veranlasste.

3.5.2 In psychiatrischer Hinsicht erfüllen das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 23. März 2020 (AB 133/2) sowie das neuropsychologische Teilgutachten von der MEDAS F. _____ vom 18. März 2020 (AB 133/125) – jedenfalls was Befunderhebung und Diagnostik betrifft – die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 3.4 hiavor). Insbesondere beru-

hen die fachärztlichen Schlussfolgerungen auf klinischen Explorationsgesprächen und sind in Kenntnis der Vorakten getroffen worden.

Die Beschwerdeführerin bringt vor, die somatische Komponente sei bei der psychiatrischen Begutachtung nicht berücksichtigt worden, womit ein allfälliges Belastungsprofil nicht abschliessend beurteilt werden könne. Weiter sei es nicht nachvollziehbar, warum Dr. med. G._____ trotz der in den Vorakten durch verschiedene Ärzte gestellten Diagnosen sowie der in der psychiatrischen Exploration erhobenen Befunde keine depressive Störung diagnostiziere und zum Schluss komme, die Beschwerdeführerin leide nicht an Ängsten (Beschwerde S. 6 ff. Ziff. 15 ff.). Die Ausführungen vermögen das psychiatrische Gutachten nicht zu entkräften. Im Vorfeld der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. G._____ wurde eine neuropsychologische Untersuchung in der MEDAS F._____ durchgeführt. Dabei absolvierte die Beschwerdeführerin beide Teile des Symptomvalidierungstests mit Werten, die am „Cut-Off“ lagen. Im Verlauf der gesamten Untersuchung konnte ein aggravierendes Verhalten beobachtet werden, weshalb die Gutachterin die Testergebnisse als „nicht valide“ beurteilte (AB 133/133 Ziff. 4.3) und nicht in der Lage war, Diagnosen zu stellen oder eine allenfalls neuropsychologisch bedingte funktionelle Einschränkung festzustellen (AB 133/135 Ziff. 6.1 f., 133/137 Ziff. 7.1). Die Folgen dieser Beweislosigkeit hat – wie die Beschwerdegegnerin zur Recht vorbringt (Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 8) – die Beschwerdeführerin zu tragen. Dr. med. G._____ hat die neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse wie auch die Berichte der behandelnden Ärzte mitberücksichtigt (AB 133/6 ff. Ziff. 1.3.4 und 2 sowie 133/85 f. Ziff. 4.3). Ebenfalls berücksichtigte er die somatische Komponente und subsumierte diese unter der Diagnose ausgeprägte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Er stellte seine Diagnosen aufgrund sämtlicher (somatischer wie auch psychiatrischer) Berichte, seiner umfassenden psychiatrischen Untersuchung und auch unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Befunde. Ausserdem legte er nachvollziehbar und überzeugend dar, welche dieser Diagnosen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben und welche nicht (AB 133/87 ff. Ziff. 6). Dr. med. G._____ diagnostizierte keine depressive Störung, sondern eine Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), weil die Stimmung der Beschwerdefüh-

lerin anlässlich der psychiatrischen Exploration „phasenweise allenfalls leicht gedrückt“, aber „ohne durchgehende Depressivität“ und die „emotionale Schwingungsfähigkeit“ erhalten waren (AB 133/95 Ziff. 6.3). Weiter kam er zum überzeugenden Schluss, eine affektive Störung im Sinne einer depressiven Episode liege nicht vor, zumal keine durchgehend gedrückte Stimmung und kein verminderter Antrieb hätten objektiviert werden können. Zudem gebe es keine Hinweise auf Schuldgefühle oder verminderten Appetit, keine Ängste oder Zwänge im strengen psychiatrischen Sinne und es liege keine hypochondrische Störung vor. Da vorliegend weder die Angst noch die Depression ein Ausmass erreiche, das eine entsprechende einzelne Diagnose rechtfertigen würde, hat Dr. med. G. _____ diesbezüglich schlüssig nur eine Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) diagnostiziert (AB 133/101 Ziff. 6.3; vgl. auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [HRSG.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 199 f.). Die von der Rechtsvertreterin dagegen vorgebrachten Einwände vermögen nicht zu überzeugen. Was die von ihr erwähnten, während der Exploration erhobenen Befunde bzw. von der Beschwerdeführerin selbst genannten Einschränkungen betrifft (vgl. Beschwerde S. 7 f. Ziff. 18 ff.), wies Dr. med. G. _____ auf das auch anlässlich der psychiatrischen Untersuchung aufgefallene theatralisch und dramatisch wirkende Verhalten, das Vorbringen der Klagen mit übermässiger Emotionalität, die Sprunghaftigkeit und Ungenauigkeiten im formalen Gedankengang sowie die teilweise vagen und diffusen Angaben hin (AB 133/95 Ziff. 6.3). Die neuropsychologische Gutachterin stellte denn auch fest, wegen Aggravation hätten keine validen Befunde erhoben werden können (AB 133/133 ff. Ziff. 4.3) und Dr. med. G. _____ hielt mit Verweis auf die Exploration und psychiatrische Untersuchung sowie auf die Dokumentation in der gesamten Versicherungsakte fest, klinisch imponiere ein subjektives Schmerzsyndrom (AB 133/97 Ziff. 6.3).

Auch was die Beschwerdeführerin bezüglich der von Dr. med. G. _____ festgestellten Diskrepanzen vorbringt (Beschwerde S. 8 f. Ziff. 21 ff.), verfängt nicht. Erstens ist auf das bereits dargelegte Verhalten der Beschwerdeführerin während den psychiatrischen und neuropsychologischen Explorationen zu verweisen. Zweitens ergibt sich bezüglich des Aktivitätsniveaus

bzw. Tagesablaufs das Folgende: Die Beschwerdeführerin schätzt sich momentan als zu 100% arbeitsunfähig ein (AB 133/77 Ziff. 3.2.13). Dem entgegenstehend erledigt sie Haushaltstätigkeiten: Sie kocht die Mahlzeiten, erledigt die Einkäufe alleine oder zu Dritt, wäscht die Wäsche und hängt diese auf, geht viel spazieren (ja nach Wetter und Befindlichkeit drei Mal am Tag und bis zu einer Stunde) und fährt, wenn auch nur kurze Strecken, Auto. Zudem besucht sie ein „...“, ..., spielt mit den Töchtern ..., und beschäftigt sich „mit ...“ (AB 133/75 f. Ziff. 3.2.10 f.; 133/131 f. Ziff. 3.2.2 f.). Damit ist nichts daran auszusetzen, dass der Gutachter von Diskrepanzen zwischen der angegebenen schweren subjektiven Beeinträchtigung und dem psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung spricht (vgl. u.a. AB 133/106 Ziff. 7.3.2), und es ist entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 8 Ziff. 22) nicht davon auszugehen, dass sie über keine nennenswerten Tagesaktivitäten verfügt. Ausserdem pflegt sie regelmässig soziale Kontakte innerhalb und ausserhalb der Familie. So gab sie anlässlich der psychiatrischen Untersuchung selber an, manchmal gehe sie zu ihrem Bruder oder zu Kollegen zu Besuch (AB 133/69 Ziff. 3.2.2). Weiter gab sie an, zu den vier in der Schweiz lebenden Brüdern (krankheitsbedingt weniger) Kontakt zu haben (AB 133/71 Ziff. 3.2.5). Auch hat sie telefonischen Kontakt zur Mutter (AB 133/71 Ziff. 3.2.5) und eine Kollegin habe ihr einen Teil ihres ... „gegeben“ (AB 133/75 Ziff. 3.2.10).

An den Schlussfolgerungen des psychiatrischen Gutachtens des Dr. med. G._____ vom 23. März 2020 (AB 133/2) vermögen auch die danach datierenden Berichte der behandelnden Ärzte (vgl. Berichte des Spitals K._____ vom 6. April 2020 [AB 147/14] und 30. April 2020 [AB 142/3], der psychiatrischen Klinik L._____ vom 28. April 2020 [AB 141/2] und 7. Mai 2020 [AB 147/8] sowie der Klinik M._____ vom 12. Mai 2020 [AB 144/2]) nichts zu ändern. Die RAD-Psychiaterin Dr. med. J._____ kam nach Einsicht in die besagten Berichte in der Aktenbeurteilung vom 11. Juni 2020 zum nachvollziehbaren Schluss, es würden sich keine neuen Diagnosen und keine neuen objektiven Befunde im psychiatrischen Fachgebiet ergeben, und es könne weiterhin an der gutachterlichen Beurteilung des Dr. med. G._____ festgehalten werden (AB 153/13 Ziff. 2 f.). Der Eintritt in die psychiatrische Klinik L._____ erfolgte aufgrund passiver Suizid-

gedanken nach einem „negativen IV-Entscheid“ (AB 147/8 f.). Dies deutet auf ein reaktives Geschehen hin (vgl. auch AB 147/14), welches von vornherein grundsätzlich nicht invalidisierend ist (vgl. dazu etwa BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416). Bei Austritt aus der psychiatrischen Klinik L. _____ wurde denn auch von einem gebesserten Zustand berichtet (AB 147/9). Dr. med. V. _____, Praktische Ärztin, gab im Bericht vom 30. April 2020 zwar an, die gutachterliche Beurteilung einer 70%-igen Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei nicht ganz nachvollziehbar, wies aber darauf hin, dass eine genauere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen ihres Berichts nicht möglich sei und eventuell eine weitere fachspezifische Begutachtung erfordere (AB 142/4 Ziff. 3). Damit vermag sie keine Zweifel an der Einschätzung von Dr. med. G. _____ zu begründen. Es kann denn auch nicht angehen, ein Administrativgutachten stets dann in Frage zu stellen und weitere Abklärungen vorzunehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachträglich zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (Entscheid des BGer vom 24. November 2015, 9C_353/2015, E. 4.1). Aufgrund des Dargelegten erübrigen sich auch in psychiatrischer Hinsicht in antizipierter Beweiswürdigung weitere Sachverhaltserhebungen.

Was die gutachterliche Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70% in einem Vollzeitpensum (AB 133/111 ff. Ziff. 8) betrifft, ist diese unter E. 4 hiernach anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu verifizieren, wobei hierfür die Beschwerdeführerin die materielle Beweislast zu tragen hat (vgl. E. 2.2.2 ff. hiervor).

4.

Hinsichtlich des Verhaltens der Beschwerdeführerin anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung ist dem diesbezüglichen Gutachten das Folgende zu entnehmen: Es sei nicht leicht gewesen, mit der Beschwerdeführerin in Kontakt zu kommen. Sie habe bereits im Wartezimmer laut geweint, sei der Aufforderung, ins Untersuchungszimmer zu kommen, mit unwilligen Schritten nachgekommen und habe nach Eintritt ins Zimmer ihre Tasche und Jacke auf den nächsten Stuhl geworfen. Dabei habe sie die

ganze Zeit geweint. Auf Fragen habe sie nur bedingt, meistens auf Deutsch, geantwortet. Immer wieder sei sie laut und anklagend geworden und habe sich sehr unverhältnismässig verhalten. Auffassung, Ausdauer und Konzentration seien während des Gesprächs unauffällig gewesen, biografische Daten habe sie abrufen können. Affektiv sei sie histrionisch bei einer etwas gedrückten Stimmung gewesen. Ein Leidensdruck sei spürbar gewesen. Das Instruktionsverständnis während der Testuntersuchung sei auffällig gewesen, die Beschwerdeführerin habe sich unkooperativ verhalten und die Untersuchung mehrfach abbrechen wollen. Ihre Verhaltensweise und ihr Benehmen seien so unbeherrscht gewesen, dass ihr mehrfach klargemacht werden müssen, dass sie sich in einer Begutachtungssituation befinde. Ihre Mitarbeit sei nicht motiviert gewesen (AB 133/132 Ziff. 4.1). Unter diesen Umständen wurden die Testergebnisse von der Gutachterin als nicht valide beurteilt; die Beschwerdeführerin habe beide Teile des Symptomvalidierungstests mit Werten, die am Cut-Off gelegen hätten, absolviert. Im Verlauf der gesamten Untersuchung habe ein aggravierendes Verhalten beobachtet (AB 133/133 Ziff. 4.3) und deshalb keine Diagnosen gestellt werden können (AB 133/135 Ziff. 6.1 f.). Auch die Ergebnisse der Leistungstests konnten inhaltlich nicht ausgewertet werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde (AB 133/136, 133/139 Ziff. 8).

Auch während der psychiatrischen Exploration bei Dr. med. G. _____ präsentierte sich ein ähnliches Bild: Diesem fiel ein nahezu theatralisch und dramatisch wirkendes Verhalten und Vorbringen der Klagen mit übermässiger Emotionalität auf. Die Angaben insbesondere zu den Unfallereignissen und Beschwerden sei vage und diffus gewesen. Trotz der geltend gemachten anhaltenden Intensität der Schmerzen an 24 Stunden am Tag an 30 Tagen im Monat habe die Beschwerdeführerin während der gesamten zweieinhalbstündigen Untersuchung nicht schmerzgequält gewirkt. Auch sei kein Positionswechsel beobachtet worden und das Gangbild habe keine Auffälligkeiten aufgewiesen (AB 133/78 ff. Ziff. 4.1 f.). Der psychiatrische Gutachter sprach denn auch davon, dass sich vorliegend Hinweise auf nicht im vorhandenen Umfang geklagte Beschwerden mindestens im Sinne einer Symptomausweitung ergeben würden. Die beklagte Intensität und das Ausmass der Beschwerden seien mit dem geschilderten alltäglichen

Aktivitätsniveau nicht vereinbar. Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe daher Diskrepanzen und Inkosistenzen ergeben; es läge eine ausgeprägte Selbstlimitierung vor (AB 133/100 Ziff. 6.3). Auch was berufliche Massnahmen anbelangt, führte Dr. med. G. _____ aus, diese seien aufgrund der Selbstlimitierung und Aggravation nicht erfolgversprechend (AB 133/104 Ziff. 7.2). Weiter führte er aus, es bestünden Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden, zwischen den massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation, zwischen den eigenen Angaben und den fremdanamnestischen Informationen einschliesslich der Aktenlage, zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und dem psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung sowie zwischen den zeitnah zur Untersuchung als eingenommen angegebenen Medikamenten und deren Nachweis im Blutserum. Die Präsentation einer erheblichen Behinderung („Ich kann nicht arbeiten“) stehe nicht in Einklang mit der Verhaltensbeobachtung und dem klinischen Befund, sei klinisch untypisch und nicht plausibel. Zusammenfassend würden die vorliegenden Befunde bei kritischer Würdigung ein in sich unschlüssiges, inkonsistentes Bild ergeben (AB 133/105 f. Ziff. 7.3.2).

Damit ist eine Aggravation erstellt, wobei die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens bzw. einer Symptomausweitung klar und bei weitem überschritten worden sind, ohne dass die Aggravation auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre. Somit liegt aus psychiatrischer Sicht keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (vgl. E. 2.2.2 hiervor). Bei dieser Ausgangslage erübrigt sich eine indikatorengeleitete Überprüfung des psychischen Leidens (vgl. E. 2.2.1 hiervor) bzw. kann auf die von Dr. med. G. _____ attestierte 30%-ige Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht abgestellt werden. Folglich ist die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100% und ohne Leistungseinbusse arbeitsfähig. Selbst, wenn zu ihren Gunsten davon ausgegangen würde, dass eine revisionsrechtlich relevante Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes vorliegen würde und sie gemäss der gutachterlichen Einschätzung in einer leidensangepassten Arbeit zu 30% arbeits-

und leistungsfähig wäre, würde dies am Resultat, wie nachfolgend gezeigt, nichts ändern.

5.

5.1 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 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 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 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 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). 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).

5.3 Frühestmöglicher Rentenbeginn wäre unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG, der Neuanschuldung vom Mai 2018 (AB 63) und einer allfälligen Verschlechterung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit im November 2016 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) der 1. November 2018 (Art. 29 Abs. 3 IVG), weshalb auf diesen Zeitpunkt hin der Einkommensvergleich durchzuführen wäre.

5.4 Die Beschwerdegegnerin ist davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit nach wie vor bei der W. _____ AG als ... tätig wäre (AB 155/2), was nicht zu beanstanden ist, zumal der Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen gekündigt wurde (AB 133/146). 2013, d.h. im Jahr vor dem Unfall vom 13. Juni 2014 betrug das Bruttoeinkommen Fr. 52'743.15 (AB 10.3/2). Angepasst an die Nominallohnentwicklung per 2018 (vgl. Tabelle T1.2.10 des BfS, Nominallohnindex, Frauen 2011-2019, Ziff. 45-47 [Handel und Reparatur von Motorfahrzeugen], 103.5 [2013], 108.4 [2018]) ergäbe sich ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 55'240.15 ($52'743.15 / 103.5 \times 108.4$).

5.5 Das Invalideneinkommen wäre anhand der Tabellenlöhne zu ermitteln, zumal die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet (E. 5.2 hiavor). Im tiefsten Kompetenzniveau der Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2018 verdienten Frauen im Jahr 2018 monatlich Fr. 4'371.--. Aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Totalwert der Tabelle "Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche" des BfS) und unter Berücksichtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70% ergäbe dies ein Jahreseinkommen von Fr. 38'276.85 ($4'371.-- \times 12 \text{ Monate} / 40 \text{ Stunden} \times 41.7 \text{ Stunden} \times 70\%$). Die Beschwerdegegnerin hat einen invaliditätsbedingten Abzug von 10% gewährt, da die gesundheitlichen Einschränkungen das Tätigkeitspektrum verrin-

gern würden (AB 155/2). Der Abzug erscheint nicht angemessen. Die bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen wurden bereits beim Anforderungs- und Belastungsprofil angemessen berücksichtigt, weshalb sie nicht nochmals abzugsrelevant herangezogen werden dürfen (E. 5.2). Zudem umfasst der beigezogene Tabellenlohn im tiefsten Niveau bereits eine Vielzahl von leichten bis mittelschweren Tätigkeiten, wie sie der Beschwerdeführerin zumutbar sind (Entscheid des BGer vom 29. Juni 2018, 9C_862/2017, E. 3.3.1). Weiter würde eine Leistungseinschränkung bei einer ganztags ausübbarer Verweistätigkeit keinen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen (Entscheid des BGer vom 15. März 2017, 8C_14/2017, E. 6.3). Auch die übrigen Einzelfallkriterien (Alter-, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad; vgl. E. 5.2 hiervor) vermöchten vorliegend keinen zusätzlichen Abzug zu begründen, denn Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt, weshalb sich der Faktor Alter nicht lohnsenkend, sondern im Kompetenzniveau 1 sogar lohnerhöhend auswirkt (Entscheid des BGer vom 16. September 2020, 9C_768/2019, E. 3.3.2; vgl. auch Median-Wert, Frauen, ohne Kaderstelle der Tabelle TA9 [Monatlicher Bruttolohn {Zentralwert und Quartilbereich} nach Lebensalter, beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater Sektor der LSE 2018]). Was den Aufenthaltsstatus der Beschwerdeführerin betrifft, gab sie anlässlich der Begutachtung im Jahr 2016 an, über eine Niederlassungsbewilligung (Kategorie C) zu verfügen (AB 37.2/10 Ziff. 2.7). Ausländerinnen mit einer Niederlassungsbewilligung verdienen zwar bei Stellen ohne Kaderfunktion weniger als Schweizerinnen (Fr. 4'989.-- resp. Fr. 5'946.-- [vgl. Tabelle T12_b der LSE 2018]), aber dennoch mehr als das für die Invaliditätsbemessung herangezogene Durchschnittseinkommen (Fr. 4'371.-- [vgl. Ausführungen hiervor]). Damit würde auch der Aufenthaltsstatus keinen Abzug vom Tabellenlohn begründen. Gleiches gilt für das Kriterium der Dienstjahre, zumal es zu beachten gilt, dass deren Bedeutung im privaten Sektor abnimmt, je niedriger das Anforderungsprofil ist (Entscheid des BGer vom 26. April 2018, 8C_699/2017, E. 3.2).

5.6 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 55'240.15 (E. 5.4 hiervor) und einem Invalideneinkommen von Fr. 38'276.85 (E. 5.5 hiervor) würde ein

rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet maximal 31% resultieren ($[(Fr. 55'240.15 - Fr. 38'276.85) / Fr. 55'240.15 \times 100]$).

5.7 Zusammenfassend ist die Verfügung vom 17. Juni 2020 (AB 155) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

6.1 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.

Vorliegend sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 6.3 hiernach) – der unterliegenden Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

6.3 Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

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

6.3.2 Im vorliegenden Fall war das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos zu bezeichnen. Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist

aufgrund der Akten (Akten der Beschwerdeführerin [act. IA] und im Gerichtsossier) erstellt. Weiter war eine anwaltliche Verbeiständung geboten, so dass der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren ist unter Beiordnung von Rechtsanwalt C. _____ als amtliche Anwältin.

6.4 Dementsprechend ist die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Rückzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

6.5 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Die Kostennote vom 19. November 2020, in welcher Rechtsanwältin C. _____ einen Aufwand von 10.5 Stunden à Fr. 270.-- und Auslagen von Fr. 85.05 geltend macht, ist nicht zu beanstanden. Somit ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf Fr. 3'144.90 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzulegen. Entsprechend ist das amtliche Honorar auf Fr. 2'353.30 (Fr. 2'100.-- [10.5 Stunden à Fr. 200.--] zuzüglich Auslagen von Fr. 85.05 und MWSt. von Fr. 168.25 [7.7% von Fr. 2'185.05]) festzusetzen und Rechtsanwältin C. _____ aus der Gerichtskasse zu vergüten. Die Beschwerdeführerin hat dem Kanton Bern diese Kosten nach den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO – d.h. sobald sie innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist – nachzubezahlen (Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwältin C._____ als amtliche Anwältin wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Der tarifmässige Parteikostenersatz der amtlichen Anwältin wird in diesem Verfahren auf Fr. 3'144.90 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwältin C._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'353.30 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
5. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
6. Zu eröffnen (R):
 - B._____ AG z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

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.