

200 20 688 IV und
200 20 776 IV (2)
KNB/FRN/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. März 2022

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügungen vom 10. Juli 2020 und 9. Oktober 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1961 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 7. Februar 2012 unter Hinweis auf psychische Beschwerden sowie Depressionen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 7). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor. Sie gewährte anfangs 2014 ein Belastbarkeitstraining in der C. _____ in ... (act. II 40, 56, 69, 70) und schloss danach die berufliche Eingliederung mit Mitteilung vom 13. Juni 2014 (act. II 77) ab. Sie forderte die Versicherte anschliessend unter Hinweis auf ihre Mitwirkungspflicht sowie die Rechtsfolgen im Unterlassungsfall auf, sich einer intensiven psychiatrischen Behandlung in einer Tagesklinik zu unterziehen (act. II 83, 92), was die Versicherte in der Folge tat (act. II 107, 122). Nach Einholung weiterer medizinischer Berichte ordnete die IVB am 15. Juni 2016 - auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 130 S. 4) - eine Begutachtung durch die Dres. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und E. _____, Fachärztin für Neurochirurgie, an und räumte Gelegenheit zur Erhebung von Einwendungen ein (act. II 131). Die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, erhob am 15. Juli 2016 gegen beide Experten Einwände und machte Gegenvorschläge (act. II 135). Mit Zwischenverfügung vom 27. Juli 2016 (act. II 137) hielt die IVB am vorgesehenen Begutachtungsauftrag fest. Die hiergegen von der Versicherten beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern erhobene Beschwerde (act. II 142) wies dieses mit Urteil vom 24. Oktober 2017, IV/2016/832, ab (act. II 148).

Das psychiatrische Gutachten wurde in der Folge am 18. März 2018 (act. II 163.1) und das neurochirurgische Gutachten am 23. November 2018 (act. II 173.1) erstattet. Nach Einholung mehrerer Stellungnahmen beim RAD (act. II 175 S. 8 ff., 183, 190 S. 4) und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 191) sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 10. Juli 2020 (act. II 200) eine Viertelsrente ab 1. Juli 2020 bis auf weiteres bei einem IV-Grad von 40 % zu.

B.

Mit Eingabe vom 10. September 2020 erhob die Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, gegen die Verfügung vom 10. Juli 2020 Beschwerde (Verfahren IV/2020/688) mit folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Bern vom 10. Juli 2020 sei aufzuheben.
2. a)
Es sei der Beschwerdeführerin über den 1. August 2016 und daher für die hier angefochtene laufende IV-Berentung ab 1. Juli 2020 weiterhin eine ganze IV-Rente zuzusprechen.
b)
Eventualiter: Es sei der Beschwerdeführerin eine halbe IV-Rente zuzusprechen.
3. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit prozessleitender Verfügung vom 24. September 2020 im Verfahren IV/2020/688 stellte der Instruktionsrichter fest, dass die Verfügung vom 10. Juli 2020 mit der alleinigen Zusprechung einer Viertelsrente ab Juli 2020 – mithin einzig für die Zukunft – keinen Sinn mache bzw. darüber nicht befunden werden könne. Er gab der Beschwerdegegnerin Gelegenheit zur Prüfung einer allfälligen wiedererwägungsweisen Aufhebung der angefochtenen Verfügung bzw. entsprechenden Stellungnahme bis am 14. Oktober 2020, um später über den (abgestuften) Rentenanspruch insgesamt zu befinden.

Mit Stellungnahme vom 8. Oktober 2020 teilte die Beschwerdegegnerin mit, wegen drei noch einzuholenden Verrechnungsanträgen habe sich die Rentenberechnung bei der Ausgleichskasse des Kantons Bern (AKB) verzögert. Um die Beschwerdeführerin nicht länger warten zu lassen, habe die AKB in der Folge die ab dem 1. Juli 2020 bis auf weiteres zugesprochene Viertelsrente berechnet.

C.

Mit Verfügung vom 9. Oktober 2020 (act. II 205, 207) sprach die IVB der Beschwerdeführerin rückwirkend ab 1. August 2012 eine Viertelsrente bei einem IV-Grad von 40 %, ab 1. Januar 2016 eine ganze Rente bei einem IV-Grad von 100 % sowie ab 1. August 2016 wiederum eine Viertelsrente bei einem IV-Grad von 40 % zu.

D.

Mit Eingabe vom 14. Oktober 2020 erhob die Versicherte, ebenfalls vertreten durch Rechtsanwalt B._____, gegen die Verfügung vom 9. Oktober 2020 Beschwerde (Verfahren IV/2020/776) mit folgenden Anträgen:

1. Es sei die vorliegende Eingabe als Beschwerde gegen die beiliegende Verfügung der IV-Stelle Bern vom 9. Oktober 2020 entgegen zu nehmen.
2. Es sei das entsprechende Beschwerdeverfahren mit dem bereits hängigen Beschwerdeverfahren IV/2020/688 zu vereinigen.
3. Die Rechtsbegehren der Beschwerdeführerin seien entsprechend modifiziert entgegen zu nehmen:
 1. Die Verfügungen der IV-Stelle des Kantons Bern vom 10. Juli 2020 und vom 9. Oktober 2020 seien aufzuheben.
 2. a) Es sei der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. August 2012 mindestens eine halbe IV-Rente und mit Wirkung ab 1. Januar 2016 und über den 1. August 2016 hinaus (bis zum Abschluss von hier beantragten beruflichen Eingliederungsmassnahmen) eine ganze IV-Rente zuzusprechen, zzgl. Verzugszins von 5 % ab wann rechtens.
b) Eventualiter: Es sei der Beschwerdeführerin ab 1. August 2016 statt einer Viertelrente eine halbe IV-Rente zuzusprechen, zzgl. Verzugszins von 5% ab wann rechtens.
 3. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.
 4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit prozessleitender Verfügung vom 5. November 2020 vereinigte der Instruktionsrichter die Verfahren IV/2020/688 und IV/2020/776.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 7. Dezember 2020 auf Abweisung der Beschwerden.

Mit einer als "Replik" bezeichneten Stellungnahme vom 17. Juni 2021 hielt die Beschwerdeführerin an den gestellten Anträgen fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 7. Januar 2022 gelangte der Instruktionsrichter aufgrund der Situation im Zusammenhang mit Covid-19/Omikron mit der Anfrage an die Beschwerdeführerin, ob an der beantragten öffentlichen Schlussverhandlung festgehalten oder darauf verzichtet werde (vgl. dazu bereits die prozessleitende Verfügung vom 1. März 2021).

Mit Eingabe vom 18. Januar 2022 teilte die Beschwerdeführerin mit, dass auf die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK verzichtet werde.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtenen Entscheide sind 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 die angefochtenen Entscheide berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 Verwaltungs-

rechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerden einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekte bilden die Verfügungen vom 10. Juli 2020 (act. II 200) und 9. Oktober 2020 (act. II 205, 207). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a; SVR 2019 IV Nr. 32 S. 100 E. 3.2). Streitig und zu prüfen ist demnach der Anspruch auf eine Invalidenrente, unter Einschluss der vom 1. August 2012 bis 31. Dezember 2015 zugesprochenen Viertelsrente, der vom 1. Januar bis 31. Juli 2016 zugesprochenen (befristeten) ganzen Invalidenrente sowie der ab 1. August 2016 zugesprochenen Viertelsrente.

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.

Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtenen Verfügungen vor dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 datieren, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

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).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.4 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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

2.5 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2020 IV Nr. 70 S. 244 E. 4.2.2).

2.6 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 (aArt. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE

144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

3.1.1 Der behandelnde Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 11. Dezember 2012 (act. II 24) eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11). Er führte aus, die Beschwerdeführerin leide an depressiven Angstzuständen und habe Panikattacken. Sie habe neurovegetative Störungen und somatische Schmerzen, wenn sie angespannt sei (S. 1). Vom 26. September 2011 bis am 1. Juni 2012 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen, seit dem 1. Juni 2012 betrage die Arbeitsunfähigkeit 50 % (S. 2).

Im Bericht vom 16. September 2014 (act. II 90) diagnostizierte Dr. med. F._____ wiederum eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11). Zurzeit sei eine leichte Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes festzustellen. Die Beschwerdeführerin sei weniger ängstlich, habe aber immer noch Panikattacken (S. 1). Sie sei alle zwei bis drei Wochen bei ihm in psychiatrischer Behandlung und nehme Psychopharmaka ein. Es bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (S. 2).

Dr. med. F._____ diagnostizierte auch im Bericht vom 5. Mai 2015 (act. II 102) eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11, S. 2). Seit dem 1. Februar 2015 bestehe eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3).

3.1.2 Dr. med. G._____, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 9. Dezember 2015 (act. II 114) insbesondere eine hochgradige belastungsverstärkende Spinalkanalstenose L4/5 und L5/S1 bei hy-

perthropher Spondylarthrose, ligamentärer Hypertrophie und epiduraler Lipomatose sowie eine caudal rezessal luxierte Diskushernie L5/S1 links. Er hielt fest, die Symptomatologie sei progredient, der Leidensdruck der Beschwerdeführerin massiv gestiegen, sodass sie sich nun doch für ein operatives Vorgehen entschieden habe. Ob dieser Eingriff hingegen die Arbeitsfähigkeit, welche unter anderem durch psychische Probleme kompromittiert sei, relevant verbessern werde, dürfe zumindest angezweifelt werden (S. 1).

Dr. med. G. _____ führte im Bericht vom 25. Januar 2016 (act. II 127 S. 3 f.) aus, am 18. Januar 2016 sei die Beschwerdeführerin operiert worden (vgl. act. II 117). Der postoperative Verlauf habe in jeder Hinsicht ihre initialen Erwartungen übertroffen: Die ausgeprägten Lumboischialgien hätten sich tatsächlich schlagartig zurückgebildet. Die Beschwerdeführerin sei ausgesprochen rasch autonom geworden und sei bereits ab dem 2. postoperativen Tag in der Lage gewesen, kleinere Spaziergänge zu bewältigen und auch Treppen zu steigen (S. 3).

3.1.3 Die Beschwerdeführerin war vom 18. Mai bis am 8. Oktober 2015 in teilstationärer Behandlung in der Tagesklinik der Psychiatrischen Dienste H. _____. Im Austrittsbericht vom 23. März 2016 (act. II 122) diagnostizierten die Ärzte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2). Bei Eintritt habe sie unter starken Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen gelitten, das Denken sei verlangsamt gewesen und sie habe stark gegrübelt. Sie habe Existenzängste gehabt, der affektive Rapport sei vorhanden gewesen, es habe eine schwere Störung der Vitalgefühle vorgelegen. Sie sei deprimiert und innerlich unruhig gewesen mit Verarmungsgefühlen. Sie sei antriebsarm gewesen, morgens schlechter und es habe ein schwerer sozialer Rückzug vorgelegen. Sie habe öfters Suizidgedanken ohne Suizidversuche gehabt. Sie habe schwere Schlafstörungen und starke tägliche Rückenschmerzen. Im therapeutischen Verlauf sei eine positive Entwicklung zu beobachten gewesen (S. 2). Wegen den zunehmend starken Schmerzen sei der Tagesklinikaufenthalt abgebrochen worden. Es sei zu diesem Zeitpunkt noch nicht klar gewesen, ob sie sich einer Diskushernienoperation unterziehen müsse (S. 3).

3.1.4 Dr. med. D. _____ stellte im psychiatrischen Gutachten vom 16. März 2018 (act. II 163.1) folgende Diagnosen (S. 18):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0/32.1)
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Familiäre Schwierigkeiten (ICD-10: Z63)
- Lange Phase von Arbeitsunfähigkeit (ICD-10: Z55)
- Finanzielle Probleme (ICD-10: Z59)

Der Gutachter führte aus, die Beschwerdeführerin sei mürrisch und resigniert, eine schwermütig gedrückte Stimmung finde sich nicht. Sie könne mehrmals lächeln und auf Humor positiv reagieren. Sie habe ein eher eingeschränktes Selbstwertgefühl (S. 7). Es sei eine Diskrepanz zu beobachten, da die Beschwerdeführerin trotz starken Schmerzen emotional ausgeglichen reagiere (S. 8). Angesichts des chronischen Schmerzsyndroms müsse darüber diskutiert werden, ob eine psychosomatische Überlagerung bestehe. Die Beschwerdeführerin zeige einige Hinweise für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung: Sie sei auf die Schmerzen teilweise fixiert, diese bildeten oft den Hauptfokus ihres Interesses. Gegen das Vollbild sprächen folgende Beobachtungen: Die Beschwerdeführerin nehme das Ausmass der Schmerzen als abhängig von den jeweiligen körperlichen Belastungen wahr, nicht jedoch als abhängig von Lebensproblemen oder emotionalen Konflikten. Die Schmerzen seien nicht ständig quälend und sprächen auf therapeutische Massnahmen vorübergehend positiv an (S. 9).

Im Sommer 2011 soll die Beschwerdeführerin einem Mobbing ausgesetzt gewesen sein und zudem hätten familiäre Belastungen bestanden. Dies alles habe dazu geführt, dass sie sich zunehmend überfordert gefühlt habe, verstimmt gewesen sei, sich von sozialen Kontakten teilweise zurückgezogen und einen reduzierten Antrieb verspürt habe. Zu Beginn habe von einer Anpassungsstörung bzw. einer depressiven Reaktion ausgegangen werden können. Eine derartige Störung könne gemäss ICD-10 während zwei Jahren diagnostiziert werden, danach gehe sie diagnostisch in eine eigenständige affektive Störung über. Dies sei dann auch eingetreten mit mehrmals depressiven Episoden, im 2015 und 2016 sogar in schwergradigem Ausmass. Bei der aktuellen Untersuchung am 21. Februar 2018 finde sich ein

leichtgradiges Ausmass. Die Beschwerdeführerin sei insbesondere nicht suizidal, sie nehme einen guten affektiven Rapport auf, sei nicht ständig bedrückt und könne auch fröhlich sein. Die Konzentration sei in Ordnung, ebenso der Appetit. Sie leide allerdings an schmerzbedingten Schlafstörungen. Es könne zudem auf die einigermaßen erhaltene Tagesstruktur hingewiesen werden. Sie gehe ihren Verpflichtungen nach, soweit ihr dies schmerzbedingt möglich sei. Sie sei fähig, Ferien im Heimatland zu verbringen, was sie im Sommer 2016 letztmals getan habe. Sie sei mit dem Flugzeug gereist und habe von den Ferien profitieren können (S. 10).

Die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, welche aus psychiatrischer Sicht angepasst gewesen sei, seit Anfang 2016 als 20 % eingeschränkt arbeitsfähig zu beurteilen (S. 17). Sie berichte, dass sich anlässlich des Aufenthalts im C. _____ (Belastbarkeitstraining im Jahr 2014) die seelische Situation nicht verschlechtert habe, sie aber froh gewesen sei, als Dr. med. F. _____ sie erneut krankgeschrieben habe. Seither habe sie nie mehr Arbeitsversuche unternommen und sehe dies auch nicht mehr als möglich an (S. 6 f.).

3.1.5 Dr. med. I. _____, Fachärztin für Neurochirurgie sowie med. pract. J. _____, Assistenzärztin (Spital K. _____), stellten im neurochirurgischen Gutachten vom 23. November 2018 (act. II 173.1) folgende Diagnosen:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisches Schmerzsyndrom bei Status nach mikrotechnischer dekompressiver Fenestration LWK4/5 und LWK5/SWK 1 von links mit Erweiterung zu einer Hemilaminektomie LWK5, medialer Arthrektomie, Flavektomie und epiduraler Lipektomie LWK4/5 und LWK5/SWK1 am 18. Januar 2016
- Rezidivierende depressive Störung und Status nach schwerer Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Adipositas
- Diabetes Mellitus Typ 2
- Hyperlipidämie

Insgesamt sei von einem chronischen Schmerzleiden seit nun über neun Jahren zu berichten, welches mit der lege artis durchgeführten Operation nicht gebessert habe. Die persistierende leichtgradige Einengung des Fo-

ramens LWK5/SWK 1 könne für einen geringen Anteil der angegebenen Beschwerden zuständig sein, erkläre jedoch nicht die komplett und ausführlich angegebenen Beschwerden, welche zusätzlich durch die langjährige psychiatrische Diagnose überlagert worden seien.

Aus neurochirurgischer Sicht sollte die Möglichkeit zu weiteren diagnostischen Untersuchungen und Ausschluss einer lumbalen Instabilität nach erfolgter Operation, sowie weiterer diagnostischer bzw. therapeutischer Infiltrationen der foraminale Engstelle evaluiert werden. Sollte dies zu einer Besserung der Situation der Wirbelsäule führen, sei eine berufliche Wiedereingliederung aus neurochirurgischer Sicht definitiv zumutbar. Die von der Beschwerdegegnerin angegebenen Beschwerden im lumbalen Rücken mit diffuser Ausstrahlung in die linke untere Extremität hätten in der klinischen Untersuchung kein klares Korrelat gefunden. Die Schmerzen seien mit einer starken Intensität von VAS 9-10 angegeben worden, welche während der klinischen Untersuchung nicht hätten nachempfunden werden können. Nichtsdestotrotz habe die Beschwerdeführerin während dem Gespräch und der Untersuchung regelmässig die Position wechseln müssen, da eine langwierige und sitzende oder stehende Position negative Auswirkungen auf die Schmerzen gehabt habe (S. 8).

In der bisherigen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 50-70 % arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30-50 %. Bei Anwendung und weiterer diagnostischer und therapeutischer Massnahmen könnte sich die Arbeitsfähigkeit aus neurochirurgischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit auf 70-100 % erhöhen (S. 10).

3.1.6 Der RAD-Arzt Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Tropen- und Reisemedizin, führte in der Stellungnahme vom 5. Februar 2019 (act. II 175) aus, eine Kontrolluntersuchung bei Dr. med. G. _____ sei sinnvoll, um die von der neurochirurgischen Gutachterin vorgeschlagenen Behandlungsoptionen (periradikuläre Infiltrationen L5 und S1 links, Ausschluss einer Instabilität, evt. nochmals funktionelles Myelogramm) zu beurteilen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, aus neurochirurgischer Sicht bestehe aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 50-70 %. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei angepasst gewesen. Interdisziplinär könne

man eine Arbeitsfähigkeit von 60 % zumuten in gut angepasster Tätigkeit (leichte und einfach zu verstehende, wechselbelastende Tätigkeit, ohne längere Zwangspositionen, ohne Gewichte über fünf bis zehn Kilogramm). Dabei könne ein ganzes Pensum geleistet werden mit einer Leistungseinschränkung von 40 % (vermehrte Pausen, langsamere Arbeitsweise) oder ein Pensum von 60 %, dafür mit voller Leistungsfähigkeit (S. 9). Eine definitive Beurteilung des Zumutbarkeitsprofils könne nach Eintreffen des Berichtes von Dr. med. G. _____ erfolgen (S. 10).

3.1.7 Der RAD-Arzt Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 5. März 2019 (act. II 183) aus, dem neurochirurgischen Gutachten vom 23. November 2018 (act. II 173.1) könne nicht gefolgt werden, da die Gutachterin selbst schreibe, dass fehlende neurologische Ausfälle und das bildmorphologische Korrelat die vorgebrachten Beschwerden nicht erklären könnten. Es sei deshalb unklar, warum in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, die von der Beschwerdeführerin als leicht beschrieben werde, eine Arbeitsunfähigkeit von 50-70% bestehen soll, während für eine angepasste Tätigkeit, die nicht näher beschrieben werde, eine Arbeitsunfähigkeit von 30-50% bestehe. Es sei offensichtlich, dass die Beschwerdeführerin nicht motiviert sei, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Die psychiatrische Behandlung in der Tagesklinik H. _____ habe zu einer deutlichen Aufhellung der depressiven Verstimmung geführt, die bis heute anhalte (S. 5 f.). Eine Kontrolluntersuchung bei Dr. med. G. _____ sei sinnvoll (S. 7).

3.1.8 Im Bericht vom 15. April 2019 (act. II 188 S. 2 f.) diagnostizierte Dr. med. N. _____, Facharzt für Neurochirurgie, insbesondere chronifizierte lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein unklarer Ätiologie bei: einer fortgeschrittenen Osteochondrose L5/S1, leicht erosiv, Retrolisthese L5/S1, einem Status nach epiduraler Infiltration L5/S1 am 22. März 2019, mässiger Osteochondrose L4/5, leichte Osteochondrosen auch L2/3 und L3/4, eher leichte Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1, einem Status nach Infiltration des ISG links am 6. September 2016, einem Status nach mikrochirurgischer Dekompression L4/5 und L5/S1 beidseits von links am 18. Januar 2016 mit sehr guter Dekompression des Rezessus lateralis L4/5 und L5/S1. Er legte dar, wenige Tage nach der Infiltration habe eine deutli-

che Besserung eingesetzt. Die Schmerzen und Parästhesien im linken Bein hätten sich als komplett regredient erwiesen, die Rückenschmerzen hätten sich immerhin um die Hälfte gebessert. Der Effekt spreche für eine Symptomatik ausgehend von der Degeneration L5/S1. Er habe empfohlen, den weiteren Verlauf vorerst abzuwarten. Sollte der Effekt der Infiltration länger anhalten, wäre bei einem Rückfall eine erneute Infiltration durchaus möglich und eine operative Fusion könnte noch hinausgezögert werden (S. 2).

3.1.9 Der RAD-Arzt Dr. med. M. _____ führte im Bericht vom 29. Mai 2019 (act. II 190) aus, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, als leicht beschrieben, sei als angepasst zu sehen. Zumutbar seien körperlich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ganztags über 8.5 Stunden mit zusätzlicher Leistungsminderung von 40 % (integral psychiatrisch/somatisch). Zu vermeiden seien Zwangshaltungen des Oberkörpers, Arbeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen des Oberkörpers, Rotation des Oberkörpers im Sitzen/Stehen unter Gewichtsbelastung, das Heben von Lasten körperfern, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten, das Besteigen von Leitern, repetitives Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung, repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der LWS sowie unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen. In Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise könnten Gewichte von 10-15 kg gehoben und getragen werden. Die Überlegungen des RAD vom 5. Februar 2019 (act. II 175) könnten in somatischer Hinsicht prinzipiell ab August 2012 angewendet werden. Intermittierend seien höhere Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Exazerbationen der Rückenproblematik bzw. der Rückenoperation mit nachfolgender Rekonvaleszenzphase von ca. drei Monaten anzuerkennen. In psychiatrischer Hinsicht könne auf die Einschätzung von Dr. med. D. _____ im Sinne einer 20%igen Einschränkung seit Anfang 2016 abgestellt werden. Der Zeitraum davor könne vom RAD rückwirkend nicht mehr sicher eingeschätzt werden, hier sollte am ehesten auf die fachärztlich ausgestellten Arbeitsunfähigkeiten abgestellt werden. Die somatische Einschätzung sei wiederum mit dem RAD-Orthopäden (WLO) besprochen worden (S. 4).

3.2 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 Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.3 Die angefochtenen Verfügungen basieren in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem somatischen Gutachten vom 23. November 2018 (act. II 173.1), dem psychiatrischen Gutachten vom 16. März 2018 (act. II 163.1) sowie den gestützt darauf erfolgten Einschätzungen des RAD-Arztes Dr. med. M. _____ vom 5. März sowie 29. Mai 2019 (act. II 183, 190 S. 4). Diese Beurteilungen erfüllen die vorgenannten Beweisanforderungen und erbringen grundsätzlich vollen Beweis. Das definierte Zumutbarkeitsprofil (angepasste Tätigkeit) wurde insbesondere gestützt auf das psychiatrische Gutachten vom 16. März 2018 (act. II 163.1), das somatische Gutachten vom 23. November 2018 (act. II 173.1) und die Berichte der behandelnden bzw. operierenden Neurochirurgen Dres. med. G. _____ und N. _____ (act. II 127 S. 1 ff., 188 S. 2 f.) vom RAD-Arzt

schlüssig begründet. Ebenfalls in die Beurteilung eingeflossen ist die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. L. _____ vom 5. Februar 2019 (act. II 175 S. 9 f). Die Beschwerdeführerin bestreitet das in der Verfügung vom 9. Oktober 2020 (act. II 207 S. 2) erwähnte Zumutbarkeitsprofil zu Recht nicht.

3.3.1 In psychiatrischer Hinsicht stellte der RAD-Arzt auf die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters Dr. med. D. _____ ab (act. II 190 S. 4). Unter sorgfältiger Anamnese- und Befunderhebung gelangte dieser zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0/32.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) – wenn auch nicht das Vollbild – vorliege (act. II 163.1 S. 8 f., 18). Nachvollziehbar legte er dar, dass die Beschwerdeführerin – nachdem sie im Sommer 2011 einem Mobbing ausgesetzt gewesen sein soll und familiäre Belastungen bestanden hätten – zu Beginn unter einer Anpassungsstörung bzw. einer depressiven Reaktion gelitten habe. In der Folge sei diese Störung in eine eigenständige affektive Störung übergegangen mit mehrmals depressiven Episoden. Im Zeitpunkt der Begutachtung vom 21. Februar 2018 fand sich ein leichtgradiges Ausmass (act. II 163.1 S. 10). Bei dieser Ausgangslage ist schlüssig und nachvollziehbar, dass Dr. med. D. _____ in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, welche aus psychiatrischer Sicht angepasst gewesen sei, seit anfangs 2016 eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (act. II 163.1 S. 17 f.).

Der behandelnde Dr. med. F. _____ diagnostizierte zwischen 2012 und 2015 jeweils eine mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11; act. II 24 S. 1, 90 S. 1, 102 S. 2) und attestierte Arbeitsunfähigkeiten zwischen 50 % und 100 % (act. II 24 S. 2, 90 S. 2, 102 S. 3). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung lässt sich eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren, wobei grundsätzlich nur eine solche schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinn sein kann (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 17. November 2021, 8C_280/2021 [zur Publikation vorgesehen], E. 6.2.2). Mithin ist für die Zeit vor 2016 nicht auf die echtzeitlichen Einschätzungen des behandelnden Psychiaters abzustel-

len. Dies zumal auch danach aufgrund des psychiatrischen Gutachtens von der Einschätzung des behandelnden Psychiaters abgewichen wird und sich im Vergleich zur Zeit davor keine wesentliche Veränderung ergibt. Einzig während den – auch von Dr. med. D. _____ erwähnten und berücksichtigten – kurzen schweren depressiven Episoden 2015 und 2016 war die Beschwerdeführerin vorübergehend stärker eingeschränkt. Dies wurde jeweils umgehend therapeutisch behandelt (vgl. u.a. Bericht der Tagesklinik der Psychiatrischen Dienste H. _____ vom 23. März 2016 [act. II 122]), wodurch rasch eine positive Entwicklung eingetreten ist ohne erhöhte Arbeitsunfähigkeit von drei Monaten oder länger (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV).

Insgesamt ist somit überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass die Beschwerdeführerin auch vor 2016 nicht längere Zeit stärker als vom psychiatrischen Gutachter festgestellt, arbeitsunfähig war. Damit ist von einer psychisch bedingten 20%igen Einschränkung seit dem Jahr 2012 auszugehen.

3.3.2 In somatischer Hinsicht leidet die Beschwerdeführerin an chronifizierten lumbalen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein unklarer Ätiologie bei einer fortgeschrittenen Osteochondrose L5/S1, leicht erosiv, Retrolisthese L5/S1 sowie mässiger Osteochondrose L4/5, leichten Osteochondrosen L2/3 und L3/4, leichten Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1. Nach einer mikrochirurgischen Operation am 18. Januar 2016 bildeten sich die ausgeprägten Lumboischialgien schnell zurück (act. II 127 S. 3, 188 S. 2 f.). Sechs Monate nach der Operation machte die Beschwerdeführerin wieder die gleichen Rücken- und Beinschmerzen geltend wie vor der Operation. Das MRI der LWS vom August 2016 zeigte gemäss RAD-Arzt indessen einen normal weiten Spinalkanal und keine Diskushernie und keine Neurokompression. Es wird eine relative Enge des Foramens und des Rezessus L5/S1 beschrieben (act. II 175 S. 8) Am 6. September 2016 erfolgte eine Infiltration des ISG links und am 22. März 2019 eine epidurale Infiltration L5/S1 (act. II 188 S. 2 f.). Der MRI-Beurteilung vom 26. Februar 2019 (act. II 185) ist zu entnehmen, dass im Vergleich zur Voruntersuchung vom 18. August 2016 eine progrediente Osteochondrose LWK5/SWK1 bestand. Darüber hinaus lag keine wesentliche Befundänderung vor (act. II 185 S. 3).

Bezüglich des Zumutbarkeitsprofils stimmen die Gutachter und der RAD-Arzt (act. II 183) grundsätzlich überein. Zumutbar sind körperlich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ganztags über 8.5 Stunden mit zusätzlicher Leistungsminderung von 40 % (integral psychiatrisch/somatisch). Zu vermeiden sind Zwangshaltungen des Oberkörpers, Arbeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen des Oberkörpers, Rotation des Oberkörpers im Sitzen/Stehen unter Gewichtsbelastung, das Heben von Lasten körperfern, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten, das Besteigen von Leitern, repetitives Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung, repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der LWS sowie unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen. In Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise könnten Gewichte von 10-15 kg gehoben und getragen werden. In somatischer Hinsicht gilt dieses Zumutbarkeitsprofil nachvollziehbarerweise ab August 2012 (act. II 190 S. 4, 175 S. 9 f.). Letztlich kann offen bleiben, wie es sich hinsichtlich der (allenfalls) höheren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit – aus somatischer Sicht – in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (wie dies die Gutachter vertreten), verhält; dies umso mehr, als diese Tätigkeit bereits 2011 aus wirtschaftlichen Gründen endete. Plausibel legte der RAD-Arzt sodann dar, dass aufgrund der Exazerbation der Rückenproblematik bzw. der Rückenoperation vom 18. Januar 2016 mit nachfolgender Rekonvaleszenzphase von ca. drei Monaten intermittierend eine höhere Arbeitsunfähigkeit anzuerkennen sei (act. II 190 S. 4). Die Beschwerdeführerin ging demnach in der angefochtenen Verfügung vom 9. Oktober 2020 zu Recht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit von 18. Januar bis März (richtig wohl: 18. April) 2016 aus (act. II 207 S. 2).

3.3.3 Weil die psychiatrisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % in der somatisch begründeten Einschränkung von 40 % bzw. 100 % (zwischen Januar und April 2016) aufgeht (vgl. Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen Entscheid des BGer vom 20. Juni 2013, 9C_295/2013, E. 4.4) und überdies eine grössere (psychiatrisch begründete) Arbeitsfähigkeit als die gutachterlich attestierte aus einer Indikatorenprüfung (vgl. hierzu BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296) ohnehin nicht resultieren kann, ist eine solche hier entbehrlich (vgl. Entscheid des BGer vom 22. April 2020, 8C_52/2020, E. 4.2.2).

3.3.4 Zusammenfassend ist die Beschwerdeführerin seit August 2012 in einer körperlich leichten bis ausnahmsweise mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit ganztags über 8.5 Stunden mit zusätzlicher Leistungsmin- derung von 40 % (integral psychiatrisch/somatisch) arbeitsfähig. Nach der Rückenoperation vom 18. Januar 2016 bestand während drei Monaten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 190 S. 4), worauf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wieder den davor bestehenden Umfang von 60 % erreichte.

4.

4.1

4.1.1 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 ange- passten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2021 UV Nr. 26 S. 125 E. 6.1).

4.1.2 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 Lohnstrukturhebungen (LSE) herange- zogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2021 Nr. 51 S. 168 E. 3.2). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Perso- nen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Ver- gleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitneh- mern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unter- durchschnittlichen 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).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Unter Berücksichtigung des Wartejahres und der Anmeldung vom 7. Februar 2012 (act. II 7) ist der frühest mögliche Rentenbeginn hier in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf den 1. August 2012 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich durchzuführen.

4.3 Ab August 2012 war die Beschwerdeführerin zu 40 % arbeitsunfähig (vgl. E. 3.3.4 hiavor).

4.3.1 Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen gestützt auf die statistischen Lohnangaben der LSE 2012, Kompetenzniveau 1 der Tabelle TA1, Total, Frauen, festgelegt, was angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin ihre letzte Anstellung als Mitarbeiterin ... bei der O. _____ AG aus wirtschaftlichen Gründen verloren hat (act. II 15 S. 2, 36 S. 2), nicht zu beanstanden ist.

4.3.2 Ferner hat die Beschwerdeführerin, die in einer leichten bis ausnahmsweise mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit ganztags über

8.5 Stunden mit zusätzlicher Leistungsminderung von 40 % arbeitsfähig ist (60 %-ige Arbeitsfähigkeit), keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen. Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen anhand des gleichen Tabellenlohnes bestimmt hat.

4.3.3 Da somit sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf der gleichen Basis zu ermitteln sind, erübrigt sich für das Jahr 2012 die Durchführung eines zahlenmässigen Einkommensvergleichs. Der IV-Grad entspricht dem Umfang der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Entscheid des BGer vom 4. August 2017, 8C_358/2017, E. 2.2; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 323). Ein solcher Abzug ist vorliegend nicht gerechtfertigt (vgl. E. 4.5.2 hiernach). Die behinderungsbedingten Einschränkungen sind bereits im Rahmen der eingeschränkten Leistungsfähigkeit berücksichtigt und allfällige invaliditätsfremde Gründe (Alter, Sprache, Dienstjahre, Nationalität, Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) wären bei beiden Einkommen zu berücksichtigen (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Ausgehend von einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit resultiert ein IV-Grad von 40 %. Es besteht folglich ab 1. August 2012 ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

4.4 Von Januar bis 18. April 2016 war die Beschwerdeführerin für jegliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Diese gesundheitliche Verschlechterung, die nach drei Monaten zu berücksichtigen ist (Art. 88a Abs. 2 IVV), stellt einen Revisionsgrund dar (vgl. E. 2.6 hiervor). Damit ist auf diesen Zeitpunkt hin eine weitere Invaliditätsbemessung vorzunehmen. Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin zu deren Gunsten bereits ab Januar 2016 und während sieben Monaten eine ganze IV-Rente zu.

4.5 Ab 19. April 2016 bestand in einer angepassten Tätigkeit wiederum eine 60%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.3.4 hiervor). Diese gesundheitliche Verbesserung stellt einen nach drei Monaten zu berücksichtigenden (Art. 88a Abs. 1 IVV) Revisionsgrund dar (vgl. E. 2.5 hiervor). Damit ist in diesem Zeitpunkt eine weitere Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.5.1 Das Valideneinkommen ist gestützt auf die statistischen Lohnangaben der LSE 2016, Kompetenzniveau 1 der Tabelle TA1, Total, Frauen, festzulegen.

4.5.2 Da die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit von 60 % (8.5 Stunden täglich mit Leistungsminderung von 40 %) nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen wiederum (vgl. E. 4.3.2 hiervor) anhand des gleichen Tabellenlohnes zu bestimmen und es erübrigt sich auch für das Jahr 2016 die Durchführung eines zahlenmässigen Einkommensvergleichs. Der IV-Grad entspricht dem Umfang der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Ein solcher Abzug ist vorliegend – entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin, die einen Abzug von 15 % geltend macht (Eingabe der Beschwerdeführerin vom 17. Juni 2021, S. 3 f.) – nicht gerechtfertigt. Die behinderungsbedingten Einschränkungen sind bereits im Rahmen der eingeschränkten Leistungsfähigkeit berücksichtigt und allfällige invaliditätsfremde Gründe (Alter, Sprache, Dienstjahre, Nationalität, Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) wären bei beiden Einkommen zu berücksichtigen (vgl. E. 4.3.3 hiervor). Überdies hat die Beschwerdeführerin jahrzehntelange Berufserfahrung (act. II 35, 36 S. 2 ff.) und eine langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt wirkt sich rechtsprechungsgemäss ohnehin nicht zwingend lohnsenkend aus (Entscheid des BGer vom 25. November 2020, 8C_390/2020, E. 4.5.1). Des Weiteren werden Hilfsarbeiten auf dem massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt (Entscheid des BGer vom 18. Juni 2020, 8C_132/2020, E. 5.2) und das fortgeschrittene Alter wirkt sich bei Hilfsarbeiten nicht zwingend lohnsenkend aus (Entscheid des BGer vom 1. Februar 2021, 9C_702/2020, 9C_703/2020, E. 6.3.2). Ausgehend von einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit resultiert ein IV-Grad von 40 %.

Nach dem Dargelegten ist vom Grundsatz her nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die ab Januar 2016 zugesprochene ganze IV-Rente per Ende Juli 2016 auf eine Viertelsrente herabgesetzt hat.

Nachfolgend ist näher zu prüfen, ob vor einer Herabsetzung auf eine Viertelsrente Eingliederungsmassnahmen hätten durchgeführt werden müssen (vgl. dazu die bundesgerichtliche Rechtsprechung in E. 4.6.1 hiernach).

4.6

4.6.1 Gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts ist bei Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll und die während mindestens fünfzehn Jahren eine Rente bezogen oder das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente auszurichten, bis mit Hilfe medizinisch-rehabilitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann, weil in jedem Einzelfall feststehen muss, dass die (wiedergewonnene) Erwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (erneut) verwertbar ist (BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211, 141 V 5 E. 4.1 S. S. 7; SVR 2019 IV Nr. 38 S. 121 E. 5.2, 2016 IV Nr. 27 S. 81 E. 5.1, 2011 IV Nr. 30 S. 88 E. 4.2.1 und 4.2.2, Nr. 73 S. 222 E. 3.3).

Ausnahmen von der in diesen Fällen grundsätzlich ("vermutungsweise") anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211).

Ist einer versicherten Person die Verwertung einer Restarbeitsfähigkeit seit Jahren zumutbar und die berufliche Selbstintegration seither allein aus invaliditätsfremden Gründen unterblieben, ist die arbeitsmarktliche Desintegration nicht invaliditätsbedingt. In einem solchen Fall besteht vor der Rentenaufhebung kein Anspruch auf Abklärung bzw. Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen (SVR 2018 IV Nr. 11 S. 36 E. 4.3).

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen vor Rentenaufhebung setzt Eingliederungswillen bzw. eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus; fehlt es daran, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (SVR 2019 IV Nr. 3 S. 9 E. 7).

Die Rechtsprechung, wonach es bei der wiedererwägungs- oder revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei zurückgelegtem 55. Altersjahr oder mehr als 15 Jahre dauerndem Rentenbezug grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen gilt, kommt grundsätzlich auch dann zur Anwendung, wenn zeitgleich mit der Rentenzusprache über deren Befristung und/oder Abstufung befunden wird. Auch in solchen Fällen ist die Rente – vorbehältlich der vorstehend erwähnten Ausnahme – weiter auszurichten (BGE 145 V 209 E. 5.4 S. 214; SVR 2020 IV Nr. 66 S. 231 E. 2.3.1 und E. 2.3.3).

4.6.2 Die Beschwerdeführerin bezog vor der per Ende Juli 2016 erfolgten Rentenherabsetzung seit weniger als 15 Jahren eine IV-Rente. Gestützt auf die Akten ist unklar, ob sie Jahrgang 1961 oder 1964 hat (vgl. u.a. act. II 2 S. 1, 5, 12 S. 2, 36, 84), wobei dies sowie die Frage, welcher Zeitpunkt für die Bestimmung des 55. Altersjahres massgebend ist (BGE 145 V 209 E. 5.4 S. 214), vorliegend aus nachfolgenden Gründen offen bleiben kann:

Die Beschwerdeführerin war – ausser während jeweils kurzer Zeit in den Jahren 2015 und 2016 – seit langem 60 % arbeits- und leistungsfähig (vgl. vorstehend E. 3.3.1 ff.) und die Verwertung der durchgehend vorhandenen Teilarbeitsfähigkeit war ihr seit Jahren zumutbar. Nachdem sie 2011 aus wirtschaftlichen Gründen ihre Stelle verloren und in der Folge Arbeitslosenentschädigung bezogen hatte, hat sie nicht versucht, ihre Resterwerbsfähigkeit zu verwerten, womit ihre langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, d.h. die arbeitsmarktliche Desintegration erscheint vorliegend nicht invaliditätsbedingt. Hilfe der Beschwerdegegnerin hat sie einzig 2014 durch Teilnahme an Belastbarkeitstrainings im C._____ in ... in Anspruch genommen, wobei dort ein vorzeitiger Abbruch erfolgte, nachdem die tägliche Präsenz von bloss zwei Stunden nicht gesteigert werden konnte (act. II 108) und sie – gemäss Aussagen gegenüber dem Gutachter Dr. med. D._____ – froh über die

Krankschreibung durch den behandelnden Psychiater gewesen war. Seit dem Aufenthalt im C._____ hat sie nie mehr einen Arbeitsversuch unternommen und sieht dies auch nicht mehr als möglich an (act. II 163.1 S. 6 [unten] S. 7 [oben]). Dass sie ihre Restarbeitsfähigkeit nun seit längerem nicht verwertet, hat sie damit selbst zu vertreten, fühlt sie sich doch – trotz der objektiv vorhandenen 60%igen Restarbeitsfähigkeit – als vollständig arbeitsunfähig. Unter diesen Umständen fehlte und fehlt es der Beschwerdeführerin vorliegend am (effektiven) Eingliederungswillen und damit an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit. Dass sie sich gegenüber den somatischen Gutachtern im Juni 2018 als grundsätzlich "motiviert zeigte", mit dem Wunsch "wieder arbeitsfähig" zu sein (act. II 173.1 S. 5), belegt damit nicht ihren Eingliederungswillen, sondern bloss einen – bei subjektiver Einschätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit – nicht realisierbaren Wunsch. Aufgrund der fehlenden Eingliederungsbereitschaft war die Beschwerdegegnerin demnach vorliegend trotz des Alters der Beschwerdeführerin befugt, per Ende Juli 2016 die Rentenherabsetzung ohne vorgängige berufliche Massnahmen vorzunehmen. Es war denn auch nicht die operationsbedingte rund dreimonatige Rekonvaleszenz im Jahr 2016, welche die Beschwerdeführerin danach an der Ausschöpfung ihres medizinisch-theoretischen Leistungspotentials hinderte, sondern – wie erwähnt – ihre langjährige selbstgewählte Abwesenheit vom Arbeitsmarkt trotz vorhandener Restarbeitsfähigkeit. In dem Sinn war und ist es ihr Entscheid, sich trotz vorhandener Restarbeitsfähigkeit dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stellen zu wollen. Nur nebenbei sei im Übrigen erwähnt, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin – grosszügig – statt bloss während drei Monaten sogar während sieben Monaten eine ganze IV-Rente zugesprochen hat (vgl. vorstehend E. 4.4). Angesichts dessen, dass die an sich zu hohe Rente nur wenige Monate lang ausgerichtet wurde, kann von einer reformatio in peius abgesehen werden (vgl. BGE 144 V 153 E. 4.2.4 S. 158).

Bei fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit muss nicht weiter auf die Argumentation in der Beschwerdeantwort (Ziff. 13) und die diesbezüglichen Ausführungen in der Beschwerde (S. 6 ff.) sowie in der Stellungnahme vom 17. Juni 2021 eingegangen werden.

Es bleibt der Beschwerdeführerin jedoch unbenommen, sich wiederum für berufliche Massnahmen anzumelden, sobald sie subjektiv effektiv eingliederungsbereit ist.

5.

Zusammengefasst sind die Verfügungen vom 10. Juli und 9. Oktober 2020 (act. II 200, 205, 207), wonach ab 1. August 2012 eine Viertelsrente (IV-Grad 40 %), ab 1. Januar 2016 eine ganze IV-Rente (IV-Grad 100 %) sowie ab 1. August 2016 wiederum eine Viertelsrente (IV-Grad 40 %) zugesprochen wurden, nicht zu beanstanden und die dagegen erhobenen Beschwerden abzuweisen.

6.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'000.-- werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerden werden abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt lic. iur. 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.