

200 21 293 IV  
KOJ/BOC/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 23. Juli 2021**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichterin Mauerhofer  
Gerichtsschreiberin Bossert

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. März 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1968 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 24. November 2005 erstmals bei der Invalidenversicherung unter Hinweis auf eine seit dem 23. August 2005 bestehende krankheitsbedingte Behinderung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Nach einer interdisziplinären Begutachtung im Jahr 2006 (act. II 21 f., 24) und der Durchführung des Vorbscheidverfahrens verneinte die IVB mit Verfügung vom 31. Januar 2007 bei einem Invaliditätsgrad von 33 % den Anspruch auf eine Rente (act. II 25 - 27). Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 30) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 13. November 2007 (act. II 35) ab. Dieses Urteil blieb unangefochten.

Auf eine am 29. April 2008 erfolgte Neuanschuldung trat die IVB mit Verfügung vom 8. Oktober 2008 nicht ein (act. II 37, 49). Diese Verfügung blieb unangefochten.

### **B.**

Am 13. November 2018 meldete sich die Versicherte ein weiteres Mal bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an, dies unter Hinweis auf Schmerzen im Rücken, in beiden Schultern und Füßen sowie an einer Hand (act. II 55). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor und holte einen Bericht des zuständigen Sozialdienstes ein (act. II 63, 69, 73, 79 f.). Am 4. Juni 2019 teilte die IVB der Versicherten mit, gemäss den getätigten Abklärungen könnten keine Eingliederungsmassnahmen mit Aussicht auf Erfolg durchgeführt werden (act. II 82). Im weiteren Verlauf liess die IVB die Versicherte durch das B. \_\_\_\_\_ (MEDAS) polydisziplinär begutachten (Expertise vom 21. Oktober 2019 [act. II 94.1]; Allgemeininternistisches Teilgutachten vom 7. August 2019 [act. II 94.2]; Psychiatrisches Teilgutachten, undatiert [act. II

94.3]; Pneumologisches Teilgutachten vom 18./26. September 2019 [act. II 94.4]; Neurologisches Teilgutachten vom 21. September 2019 [act. II 94.5]; Rheumatologisches Teilgutachten vom 12. September 2019 [act. II 94.6]). Weiter liess die IVB durch ihren Abklärungsdienst einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb erstellen (Bericht vom 24. Januar 2020 [act. II 98]). Darin wurde ausgehend von einem Status 20 % Erwerb und 80 % Haushalt im erwerblichen Bereich eine Einschränkung von 10 % und im Haushalt eine solche von 0.3 % ermittelt, was gewichtet einen Invaliditätsgrad von 2 % ergab.

In der Folge stellte die IVB mit Vorbescheid vom 20. Februar 2020 (act. II 99) die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht. Im Rahmen des Einwandverfahrens wurden verschiedene medizinische Berichte eingereicht, woraufhin die IVB die MEDAS-Gutachter zur ergänzenden Stellungnahme aufforderte (act. II 102 - 104, 109 f., 113 - 115), welche am 28. September 2020 erstattet wurde (act. II 116.1). Nachdem die IVB eine Stellungnahme des RAD eingeholt hatte (act. II 119), stellte sie am 27. Oktober 2020 (act. II 120) mit einem weiteren Vorbescheid die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren und der Einholung von Stellungnahmen des RAD und des Abklärungsdienstes (act. II 122 - 124, 131 - 134, 138 - 142) verneinte die IVB mit Verfügung vom 24. März 2021 (act. II 143) bei einem Invaliditätsgrad von 2 % den Anspruch auf eine Invalidenrente.

### **C.**

Dagegen erhob die Versicherte am 23. April 2021 (Postaufgabe am 24. April 2021) Beschwerde. Sie beantragt sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Entscheides und die Zusprache einer Invalidenrente. Zudem stellte die Beschwerdeführerin am 7. Mai 2021 ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und reichte zwei Arztberichte ein, welche mit prozessleitender Verfügung vom 10. Mai 2021 der Beschwerdegegnerin zugestellt wurden.

Mit Beschwerdeantwort vom 9. Juni 2021 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 11. Juni 2021 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut.

## **Erwägungen:**

### **1.**

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

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 24. März 2021 (act. II 143). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

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

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

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 Gesundheitsschädi-

gung (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).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**2.4** 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.

## **2.5**

**2.5.1** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

**2.5.2** 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).

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).

**2.5.3** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3

S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b). Erfolgte nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegen halten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77).

### 3.

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 13. November 2018 (act. II 55) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft, womit die Eintretensfrage nicht richterlich zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Hingegen ist zu prüfen, ob im Zeitraum zwischen der ursprünglichen leistungsverweigernden Verfügung vom 31. Januar 2007 (act. II 27) und der hier angefochtenen Verfügung vom 24. März 2021 (act. II 143) eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit einen allfälligen Leistungsanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.2 hiavor). Die Nichteintretensverfügung vom 8. Oktober 2008 (act. II 49) bildet neuanmeldungsrechtlich keinen Vergleichszeitpunkt, weil im Rahmen dieser Verfügung keine materielle Prüfung des Leistungsanspruchs stattgefunden hat (vgl. E. 2.5.3 hiavor).

Seit der Verfügung vom 31. Januar 2007 (act. II 27) ist dahingehend eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten, als die Beschwerdeführerin am 13. Februar 2008 Mutter von Zwillingen geworden ist (act. II 37/2), was vorliegend zur Anwendung einer anderen Art der Bemessung der Invalidität führt (vgl. E. 2.5.2 hiavor; gemischte Methode [act. II 98/4 ff.] anstatt Einkommensvergleichsmethode [act. II 27]). Folglich ist ein Neuanmeldungsgrund gegeben, weshalb der Rentenanspruch allseitig frei zu prüfen ist (vgl. E. 2.5.2 hiavor).

**3.2** Den Akten ist in medizinischer Hinsicht – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

**3.2.1** Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 21. Oktober 2019 (act. II 94.1) mit Untersuchungen und Beurteilungen in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Pneumologie und Psychiatrie (act. II 94.2 - 94.6) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. II 94.1/9):

1. Multilokuläres Schmerzsyndrom
  - Panvertebrales Schmerzsyndrom
  - Degenerative HWS-Veränderungen C4 - C6, mit Neuroforaminalstenosen C4/5 links und C5/6 beidseits, bildmorphologisch mögliche Irritation C6 rechts
  - Zervikobrachialgie rechts
  - Klinisch und elektromyografisch kein Nachweis eines radikulären Reiz- und Ausfallssyndroms
  - St. n. Operation eines Carpaltunnelsyndroms rechts vor zirka fünf Jahren
    - Elektroneurografisch aktuell leichte bis mässige Medianus-Neuropathie rechts im Handgelenk
    - bildmorphologisch kein Nachweis eines erneuten Entrapments im Sinne eines Karpaltunnelsyndroms
2. Rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradig (ICD-10 F33.0)
3. Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Die Gutachter gaben an (act. II 94.1/11 ff.), die Beschwerdeführerin sei in der Lage, auf ihre Fähigkeiten und Ressourcen zurückzugreifen, es könne allenfalls ein erhöhter Pausenbedarf begründet werden. Psychosoziale Umstände seien sicher zum Grossteil mitverantwortlich für den Zustand. Die Beschwerdeführerin fühle sich alleine gelassen, pflege keine Beziehung mehr und habe dadurch wenig Unterstützung. Es bestünden finanzielle Unklarheiten und dadurch eine schwierige Zukunftsperspektive. Es bestünden sicher auch Schuldgefühle den Kindern gegenüber. Wie im rheumatologischen Fachgutachten umfangreich ausgeführt, bestünden erhebliche Inkonsistenzen, insbesondere beim Beobachten der Spontanbewegungen verglichen mit der Untersuchungssituation (rechte Schulter). Auch die symmetrische Armmuskulatur bei der Umfangmessung sei als Zeichen einer Inkonsistenz zu werten unter dem klinischen Bild, dass der rechte Arm praktisch nur noch passiv am Oberkörper gehalten werde. Es

bestünden auch aus neurologischer Sicht deutliche Inkonsistenzen; das präsentierte deutliche sensomotorische Hemisyndrom rechts korreliere nicht mit entsprechenden Muskelatrophien und auch nicht mit einer entsprechenden Beeinträchtigung der Gehfähigkeit. Aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin und der aktuellen Untersuchungsbefunde könne keine schwergradige depressive Störung bestätigt werden, weswegen eine deutliche Inkonsistenz zu den Angaben in den Unterlagen bestehe. Auch könne eine schwergradige Beeinträchtigung des psychischen Zustandes ebenfalls nicht bestätigt werden. Der Tagesablauf zeige deutlich auf, dass die Beschwerdeführerin im Alltag durch den psychischen Zustand nicht wesentlich beeinträchtigt sei.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielten die Gutachter fest (act. II 94.1/13 f.), die zuletzt ausgeübte Tätigkeit habe gemäss Schilderungen nicht die Limiten aus rheumatologischer Sicht überstiegen, weshalb keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe attestiert werden müssen. Dies gelte aktuell und retrospektiv. Aus Sicht des neurologischen Gutachters sei eine partielle Leistungseinschränkung in der angestammten Tätigkeit zu attestieren, einerseits aufgrund der reduzierten Belastbarkeit des Achsenskeletts, welche bei den selten anfallenden körperlich schweren Verrichtungen zu einer leichten Beeinträchtigung führe und zum anderen sei auch in Anbetracht des leichten bis mässigen Carpaltunnelsyndroms eine leichte Einschränkung für schwerere manuelle Verrichtungen zu attestieren. Unter Berücksichtigung der gesamten Datenlage sei in der angestammten Tätigkeit als ... eine partielle Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Bereich von 25 % zu attestieren, arbiträr ab Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung der Sarkoidose 2016 habe die Spiroergometrie keine pulmonale Limitierung gezeigt. In der Folge bis dato habe lungenfunktionell keine signifikante Verschlechterung stattgefunden, so dass pulmonal keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, sowohl angestammt als auch angepasst. Aufgrund der depressiven Störung respektive des labilen psychischen Zustandes könne angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin vermehrt Erholungszeit benötige. Aufgrund der körperlichen Schmerzproblematik sei die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, körperlich belastende Tätigkeiten durchzuführen. Es sei deshalb anzunehmen, dass für eine ähnliche Tätig-

keit wie bisher eine 30 %-ige Leistungseinschränkung, bezogen auf eine ganztätige Arbeit, bestehe. Dadurch hätte die Beschwerdeführerin genügend Zeit, um sich zu erholen. Aufgrund der Angaben in den Unterlagen sei anzunehmen, dass diese Beeinträchtigung dauerhaft seit Juli 2017 bestehe. Eine volle Arbeitsunfähigkeit könne aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollzogen werden, wie bereits im Beurteilungsteil des psychiatrischen Fachgutachtens dargestellt worden sei. In der Haushaltstätigkeit könne aufgrund des psychischen Zustandes grundsätzlich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden, dort sollte ihr jede Tätigkeit möglich sein. Nach eingehender Konsensbesprechung sei der Schluss zu ziehen, dass der Beschwerdeführerin in angestammter Tätigkeit seit Juli 2017 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen attestiert werden könne.

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hielten die Gutachter fest (act. II 94.1/15), in einer adaptierten Tätigkeit könnten aus rheumatologischer Sicht keine Gründe für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit genannt werden. Eine angepasste Tätigkeit sollte körperlich wechselbelastend ausgeführt werden können; sie sollte nicht mit körperlich schweren und häufig mittelschweren Belastungen einhergehen und repetitive Überkopfarbeiten (Kopfreklination) vermeiden. In einer diesen Kriterien angepassten Tätigkeit lasse sich aus neurologischer Sicht bei vollschichtig zumutbarer Arbeitsfähigkeit eine Leistungseinschränkung von 10 % begründen. Diese Leistungseinschränkung sei mit dem organischen Beschwerdekern begründet, der einen etwas erhöhten Pausenbedarf und eine leicht reduzierte Belastbarkeit plausibilisiere. Die Störung wirke sich aus psychiatrischer Sicht bei jeder Tätigkeit aus, weswegen nicht anzunehmen sei, dass bei einer angepassten Tätigkeit eine höhere Arbeitsfähigkeit resultieren würde. Die aus neurologischer Sicht gemachte Einschränkung sei nicht additiv zur psychiatrischen Einschränkung zu sehen. Die neurologische höhere Einschränkung sei dadurch begründet, dass im neurologischen Teil auch die Foraminalstenosen mitberücksichtigt würden.

**3.2.2** Im Einwandschreiben vom 16. März 2020 (act. II 102/1) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Praktischer Arzt, fest, die Beschwerdeführerin sei Rechtshänderin. Sie ha-

be ihre Arbeit als ... wegen progredienten Schmerzen im rechten Handgelenk und in der Wirbelsäule schon vor einigen Monaten aufgeben müssen. Sie sei zu keiner Tätigkeit in der Lage, bei der sie die rechte Hand brauche. Bereits das Schreiben sei deutlich eingeschränkt. Weitere Tätigkeiten, welche die rechte Hand beanspruchten, seien nur unter starken Schmerzen und sehr langsam möglich. Arbeit im Haushalt, besonders die Reinigung, sei nur eingeschränkt und langsam möglich. Sie sei täglich auf die Hilfe ihrer Kinder angewiesen. Der behandelnde Handchirurg Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Handchirurgie, werde die Diagnose und die Befunde im Detail mitteilen. Die schwere depressive Episode bestehe seit Beginn der Therapie im Juli 2017. Trotz Behandlung mit mehreren Antidepressiva sei der Verlauf wellenförmig und eher progredient. Aktuell bestünden Stimmungstief, Freudlosigkeit, deutlich verminderter Selbstwert, Schlafstörungen, Morgentief, Interesseverlust, passiver Todeswunsch, verringerte Energie, Ausdauer und Antrieb. Die Beschwerdeführerin beschreibe ihren psychischen Zustand mit den Worten: "Ohne die Kinder hätte ich schon lange Schluss gemacht." In dem oben beschriebenen Zustand habe die Beschwerdeführerin keine Chance auf eine Anstellung im ersten Arbeitsmarkt und benötige eine IV-Rente.

**3.2.3** In der ergänzenden MEDAS-Stellungnahme vom 28. September 2020 (act. II 116.1) wurde zum Einwandschreiben von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 16. März 2020 (act. II 102/1) aus psychiatrischer Sicht festgehalten, bezüglich einer schweren depressiven Episode werde gemäss ICD-10 gefordert, dass betroffene Personen nicht mehr in der Lage seien, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen, allenfalls sehr begrenzt. Es sei nun so, dass die Beschwerdeführerin angebe, ihre häuslichen Pflichten vollumfänglich zu erfüllen, sie sei sogar in der Lage, Interessen nachzugehen und soziale Kontakte zu pflegen, was eindeutig gegen eine schwere depressive Episode spreche. Einzig mit den Worten, dass sie ohne die Kinder schon lange Schluss gemacht hätte, könne nicht automatisch die Schlussfolgerung gezogen werden, es liege eine schwere depressive Episode vor. In schwer depressiven Zuständen müssten Betroffene in der Regel hospitalisiert werden, da sie für die Umgebung nicht mehr tragbar seien. Bereits im psychiatrischen Gutachten sei auf diese Diskre-

panz hingewiesen worden, die sich in der Untersuchungssituation ergeben habe, weswegen diese Diagnose nicht habe nachvollzogen werden können. In diesem Sinn könne auch heute diese Stellungnahme nicht nachvollzogen werden. Die Schlussfolgerung, dass die Beschwerdeführerin im oben beschriebenen Zustand keine Chance auf eine Anstellung im ersten Arbeitsmarkt habe und deswegen eine IV-Rente „benötige“, könne ebenfalls nicht als Grund angenommen werden, dass eine derart behinderungsrelevante Einschränkung bestehe, um deshalb begründen zu können, dass sie keine Anstellung finde. Offensichtlich orientiere sich der behandelnde Psychiater auch an der psychosozialen Situation, weswegen er diese Schlussfolgerung ziehe. Insgesamt werde daher an der Beurteilung festgehalten.

Aus rheumatologischer Sicht wurde ausgeführt, zur Beurteilung seien Arztberichte von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ mit Daten vom 18. August 2020 (act. II 114), 16. Juli 2020 (act. II 110/2), 22. Juni 2020 (act. II 110/6) und 25. Mai 2020 (act. II 110/7) sowie der Operationsbericht vom 3. Juli 2020 (act. II 110/4 f.) und ein Radiologiebericht vom 4. März 2020 (act. II 110/8) zugestellt worden. In den beiden präoperativen Berichten würden keine klinischen Angaben gemacht. Es werde festgehalten, dass eine Infiltration im Bereich des rechten Handgelenkes die Beschwerden nur vorübergehend gelindert habe, wobei der anteilmässige Schmerzurückgang nicht geschätzt werde. Bezüglich der Operationsindikation werde auf die Sprechstundenberichte verwiesen, in denen das Schmerzsyndrom aufgeführt werde. Ob die morphologischen Veränderungen gemäss MR-Untersuchung des rechten Handgelenkes vom 4. März 2020 wesentlich mit diesen Schmerzen in Zusammenhang stünden, werde der weitere Verlauf zeigen. Bei Persistenz relevanter lokaler Beschwerden sei davon auszugehen, dass diese im Rahmen der Schmerzfehlerverarbeitung zu verstehen seien. Auch bezüglich der aufgeführten klinischen Befunde in den postoperativen Berichten sei festzuhalten, dass gemäss den Angaben im Bericht vom 18. August 2020 (act. II 114) von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ eine Flexion/Extension des rechten Handgelenkes von 30-0-30 angegeben werde. In der gutachterlichen Untersuchung am 3. September 2019 sei bei ausgeprägter Gegeninnervation unter Schmerzangabe eine praktisch vollständige Bewegungseinschränkung der Flexion/Extension vorhanden gewesen. Im Gegensatz dazu seien

die Pro- und Supination anlässlich der gutachterlichen Untersuchung am 3. September 2019 frei, d.h. 90-0-90, jedoch gemäss dem postoperativen Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ am 18. August 2020 (act. II 114) nur noch 70-0-50 gewesen. Diesbezüglich bestehe im Vergleich eine Verschlechterung, jedoch lägen keine Angaben zum unmittelbaren präoperativem Befund vor. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit werde handchirurgischerseits bestätigt, dies vorerst bis Mitte Oktober 2020. Sie betrage gemäss Aktenangabe 100 %. Aufgrund des in den Berichten bisher beschriebenen weiteren Verlaufes bestünden keine Gründe, an der Beurteilung rheumatologischen Teilgutachten vom 12. September 2019 Änderungen vorzunehmen.

**3.2.4** Im Bericht der Schmerzsprechstunde des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 16. November 2020 (act. II 134/8 f.) wurde die folgende Hauptdiagnose angegeben:

Rechtsseitige dorsale Handgelenksschmerzen m/b

- Status nach Handgelenksarthroskopie, Ulnaverkürzungsosteotomie bei ulnarpalem Impactionssyndrom rechts

Es wurde festgehalten, leider habe die Operation im Bereich des rechtsseitigen Handgelenks keine wesentliche Beschwerdelinderung herbeigeführt. Die Beschwerdeführerin sei nach wie vor aufgrund der Schmerzen zu 100 % invalid, so dass sie die Hand weder zum Heben einer Tasse noch zum Schälen von Gemüse einsetzen könne. Daneben bestehe sicherlich auch eine chronische schwere Depression und ein ausgeweitetes Schmerzsyndrom bei Dekonditionierung. Da die rechte Hand im Vergleich zur linken etwas geschwollen und ganz leicht livide verfärbt sei, könnte es sich ebenfalls um ein beginnendes Sudeck-Syndrom handeln. Es sei in einem ersten Schritt eine rein diagnostische Anästhesie des Nervus radialis durchgeführt worden, um zu prüfen, ob nicht ein Entrapment des Nervs vorliegen könnte.

**3.2.5** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 16. Dezember 2020 (act. II 134/4 f.) die folgenden Diagnosen auf:

- Chronische Brachialgien rechtsbetont

- Fünf Monate nach Handgelenks-Arthroskopie sowie Ulnaverkürzungsosteotomie und Exzision eines dorsalen Handgelenks-Ganglion rechts mit partieller Denervation des Handgelenkes
- Fünfeinhalb Jahre nach KT-Release rechts

Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hielt fest, die Beschwerdeführerin klagt nach wie vor über erhebliche Brachialgien. Infiltrationen sowie Schmerztherapie hätten nicht den gewünschten Erfolg gebracht. Die Beschwerdeführerin gehe regelmässig in die Handtherapie. Sie klagt vor allem über Schmerzen dorsal am Handgelenk mit Ausstrahlung bis in den Vorderarm und Gefühlsstörungen im Bereich der gesamten Hand. Zu den Befunden gab Dr. med. D. \_\_\_\_\_ an, im Bereich des distalen Vorderarmes bestehe im Vergleich zur Gegenseite eine Schwellungstendenz. Sämtliche Narben seien reizlos. Distal des Handgelenkes bestehe keine Schwellung. Der Faustschluss sei komplett. Gute Langfingerextension. Dorsal am Handrücken bestehe eine Hypästhesie. Konventionell radiologisch sei die Ulnaverkürzungsosteotomie vollständig in einer guten Stellung konsolidiert. Die Beschwerden seien unklar.

**3.2.6** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Praktischer Arzt, hielt im Bericht vom 23. Dezember 2020 (act. II 133) fest, er habe bereits im Januar 2019 (act. II 69) deutlich dargelegt, dass es sich bei der Beschwerdeführerin um eine schwerkranke multimorbide Patientin handle mit einer andauernden hochprozentigen Arbeitsunfähigkeit. Seit seinem letzten Bericht habe sich die gesamte Situation verschlechtert. Die chronische Depressivität habe sich vertieft und weiter chronifiziert. Es bestehe eine permanente latente Suizidalität. Antrieb, Lebensfreude und Schwingungsfähigkeit seien drastisch eingeschränkt. Die Situation an der rechten Hand sei komplex. Die Beschwerdeführerin könne die Hand rechts gar nicht mehr einsetzen und es sei nicht realistisch, dass sich die Situation diesbezüglich mittelfristig ändere. Sie sei auch weiterhin vom chronisch generalisierten panvertebralen Schmerzsyndrom enorm beeinträchtigt, sie sei massiv dekonditioniert, die körperliche Belastbarkeit sei insgesamt keinesfalls gegeben.

**3.2.7** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 4. Februar 2021 (act. II 137) die folgende Diagnose auf:

- Sechs Monate nach Ulnaverkürzungsosteotomie und Exzision eines dorsalen Handgelenks-Ganglions rechts mit partieller Denervation des Handgelenkes
- Knapp sechs Jahre nach KT-Release rechts

Dr. med. D. \_\_\_\_\_ führte aus, zwischenzeitlich sei eine elektrophysiologische Untersuchung durchgeführt worden. Dies zeige keine Hinweise für eine Kompressionsneuropathie des N. medianus auf Höhe des Karpalkanals. Die Befunde im Bereich des N. radialis seien offenbar symmetrisch. Im MRI zeigten sich nach wie vor die bekannten intraossären Ganglien im Bereich der Handwurzelknochen. Ein Gelenksganglion bestehe jedoch nicht mehr. Die Gelenkscapsel dorsal sei noch etwas verdickt. Zudem habe es noch vermehrt Flüssigkeit im DRUG. Ansonsten unauffällige Befunde. Er empfehle unbedingt die Handtherapie weiterzuführen. Aktuell bestehe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit.

**3.2.8** In der internen Zuweisung vom 9. Februar 2021 (act. II 138) hielt der RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie (D; im Medizinalberuferegister ohne Facharztstitel geführt; vgl. [www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)) als provisorische medizinische Beurteilung unter Bezugnahme auf den Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2020 (act. II 133), die Berichte von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 18. August 2020 (act. II 114) und 16. Dezember 2020 (act. II 134/4 f.), die ergänzende MEDAS-Stellungnahme vom 28. September 2020 (act. II 116.1), den Bericht der Schmerzsprechstunde des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 16. November 2020 (act. II 134/8 f.) und das MRI des rechten Handgelenks vom 31. Dezember 2020 (act. II 134/13 f.) fest, in den Ausführungen des Rechtsvertreters vom 30. Januar 2021 verweise dieser darauf, dass sich im Jahr 2020 der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert habe. Durch die ergänzende Stellungnahme der psychiatrischen und rheumatologischen Gutachter vom 28. September 2020 habe zumindest bis zu diesem Zeitpunkt aufgrund der bis dato vorliegenden Befundberichte keine relevante Zustandsverschlechterung von Seiten der Gutachter nachvollzogen werden können. Es würden im weiteren Verlauf vom Oktober 2020 bis Januar 2021 keine darüberhinausgehenden medizinischen Anknüpfungstatsachen deutlich, die für diesen Zeitraum eine nachhaltige psychische und somatische Zustandsverschlechterung begründeten.

**3.2.9** In der RAD-Stellungnahme vom 10. Februar 2021 (act. II 140) hielt Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, die Aktenlage sei im obigen Zuweisungsschreiben detailliert und übersichtlich zusammengefasst worden. Seither sei datierend auf den 4. Februar 2021 ein weiterer handchirurgischer Bericht ins Dossier aufgenommen worden. Berichtet werde von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, dass die erfolgte elektrophysiologische Untersuchung keine Hinweise für eine Kompressionsneuropathie des N. medianus zeige. Im MRI fänden sich im Handwurzelbereich bekannte intraossäre Ganglien, jedoch kein Gelenkganglion mehr. Das rheumatologische Gutachten vom 21. Oktober 2019 sei voll beweiskräftig. Gleiches gelte auch für die Beurteilung des weiteren Verlaufes durch die Gutachter mit Schreiben vom 28. September 2020. Der jüngste Sprechstundenbericht des Handchirurgen Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 4. Februar 2021 lasse "Verbesserung eher als Verschlechterung" erkennen. Aus orthopädischer Sicht seien gegenwärtig weitere Untersuchungen nicht notwendig.

**3.2.10** Im Bericht vom 8. April 2021 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 7) führte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen auf:

- Chronische Brachialgien rechts
- St. n. Ulnaverkürzungsosteotomie sowie Handgelenksarthroskopie rechts

Zum Verlauf hielt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin klage trotz Therapie nach wie vor über erhebliche Schmerzen vor allem dorsal am Handgelenk bis in den Ellenbogen. Bis anhin habe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Gelegentlich bestehe eine massive Schwellung dorsal am Vorderarm mit zuweilen einer Rötung, ulnar bestünden weniger Schmerzen. Elektrophysiologisch habe im Februar keine KTS nachgewiesen werden können. Zur Beurteilung und zum Procedere wurde angegeben, es bestünden chronische Brachialgien, wahrscheinlich multifaktorieller Ätiologie. Er empfehle unbedingt die Therapie weiterzuführen. Es bestehe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit, falls die Hand eingesetzt werden müsse.

#### 4.

## **4.1**

**4.1.1** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

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

**4.1.3** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**4.2** Die Beschwerdeführerin wurde ausführlich polydisziplinär begutachtet. Das MEDAS-Gutachten vom 21. Oktober 2019 (act. II 94.1; 94.2 - 94.6)

samt Ergänzung vom 28. September 2020 (act. II 116.1) erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Es ist voll beweiskräftig, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet. Folglich ist auf die Expertise abzustellen; namentlich wird darin die erhebliche psychosoziale Problematik zutreffend berücksichtigt (act. II 94.1/11 Ziff. 4.5). Nachdem gemäss den Gutachtern die neurologisch bedingte Einschränkung (von 10 %) nicht additiv zur psychiatrischen Einschränkung (von 30 %) zu sehen ist (vgl. E. 3.2.1 hiervor), ergibt sich eine 30 %-ige Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit und keine wesentliche Einschränkung für Haushaltarbeiten (act. II 94.1/14 f.).

Die Angaben der behandelnden Ärzte ändern nichts, zumal in denselben wesentlich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin selber abgestellt wird. Namentlich vermögen die insbesondere von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ beschriebenen Handgelenksbeschwerden rechts (vgl. act. II 134/4 f., 137; act. I 7) gestützt auf die gutachterlichen Angaben keine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Soweit der Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_\_ (act. II 102) diese Schmerzproblematik erwähnt, betrifft dies nicht sein Fachgebiet und soweit er eine IV-Berentung befürwortet, argumentiert er advokatorisch. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ wiederum weist auf die massive Dekonditionierung der Beschwerdeführerin hin (act. II 133), ebenso die behandelnden Ärzte der Schmerzprechstunde des Spitals E.\_\_\_\_\_ (act. II 134/8 f.); die Dekonditionierung war bereits früher in den Jahren 2014 und 2019 von Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Pneumologie, erwähnt worden (act. II 94.7/8 und 71). Ausserdem haben die MEDAS-Gutachter in der ergänzenden Stellungnahme vom 28. September 2020 (act. II 116.1) unter Bezugnahme auf die seit der Begutachtung im Jahr 2019 erstellten Arztberichte überzeugend und schlüssig dargelegt, dass weder an der psychiatrischen noch an der rheumatologischen Beurteilung eine Änderung vorzunehmen sei. Sodann haben die RAD-Ärzte Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ den weiteren medizinischen Verlauf gewürdigt und überzeugend und schlüssig fest-

gehalten, dass von Oktober 2020 bis Januar 2021 keine medizinischen Anknüpfungstatsachen deutlich würden, die für diesen Zeitraum eine nachhaltige psychische und somatische Zustandsverschlechterung begründeten (act. II 138) bzw. der jüngste Sprechstundenbericht des Handchirurgen Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 4. Februar 2021 (act. II 137) lasse eher eine Verbesserung als eine Verschlechterung erkennen (act. II 140). Der Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 8. April 2021 (act. I 7) wurde nach dem für das Gericht massgebenden Überprüfungszeitpunkt des Verfügungserlasses am 24. März 2021 (act. II 143) erstellt und bringt keine wesentlichen Erkenntnisse zur Situation vor Verfügungserlass, womit er vorliegend nicht in die Beurteilung einzufließen hat (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140; SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4).

**4.3** Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrahmens (vgl. E. 2.3 hiervor).

Zwar haben die MEDAS-Gutachter auf gewisse Selbstlimitierungen und Inkonsistenzen hingewiesen (act. II 94.1/10 ff.), diese genügen vorliegend jedoch nicht, um auf der ersten Ebene unter dem Titel der Ausschlussgründe einen Leistungsanspruch zu verneinen (vgl. E. 2.3 hiervor).

Hinsichtlich der zweiten Ebene kann vorliegend auf eine Indikatorenprüfung (vgl. E. 2.3 hiervor) verzichtet werden, da selbst bei Berücksichtigung der gutachterlich festgestellten psychischen Einschränkung von 30 % in einer angepassten Tätigkeit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert, was nachstehend (vgl. E. 5 hiernach) aufzuzeigen ist.

## **5.**

Es ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

**5.1** Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren

Invaliditätsbemessungsmethode (Art. 16 ATSG sowie Art. 28a Abs. 2 und 3 IVG). Ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30; SVR 2019 IV Nr. 3 S. 7 E. 5.1).

Bei einer im Haushalt tätigen versicherten Person im Besonderen entscheidet sich die Frage, ob sie als ganztägig oder zeitweilig Erwerbstätige zu betrachten ist, nicht danach, ob sie vor ihrer Heirat erwerbstätig war oder nicht. Vielmehr sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30, 117 V 194 E. 3b S. 195; SVR 2019 IV Nr. 3 S. 7 E. 5.1).

**5.2** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

**5.3** Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 145 V 370 E. 4.1 S. 373, 144 I 21 E. 2.1 S. 23).

**5.4** Bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrads der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich summiert (Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV). Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG. Dabei sind Validen- und Invalideneinkommen auf der Grundlage einer hypothetischen Vollzeittätigkeit zu ermitteln (BGE 145 V 370). Die prozentuale Erwerbseinbusse wird schliesslich anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Er wird anhand des Anteils des Aufgabenbereichs gewichtet (Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 4 IVV).

**5.5** Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs;

BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2019 BVG Nr. 16 S. 64 E. 4.4.2).

**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).

**5.5.2** 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 herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

**5.5.3** Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2).

**5.6** Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehlein-

schätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63; SVR 2018 IV Nr. 69 S. 224 E. 3.2).

**5.7** Rechtsprechungsgemäss können Familienangehörigen im Rahmen der familienrechtlichen Beistandspflicht im Einzelfall umfangreiche Hilfestellungen zugemutet werden. Diese Mithilfe geht zwar weiter als die ohne Gesundheitsschaden üblicherweise zu erwartende Unterstützung, jedoch darf den Familienangehörigen keine unverhältnismässige Belastung entstehen. Vielmehr ist bei der Mitarbeit von Familienangehörigen stets danach zu fragen, wie sich eine vernünftige Familiengemeinschaft einrichten würde, sofern keine Versicherungsleistungen zu erwarten wären (BGE 133 V 504 E. 4.2 S. 509; SVR 2011 IV Nr. 11 S. 30 E. 5.5).

**5.8** Der von der Beschwerdegegnerin angenommene Status 20 % Erwerb und 80 % Haushalt ist gestützt auf die Angaben in Ziff. 3.4 des Abklärungsberichtes vom 24. Januar 2020 (act. II 98/4) sowie die Stellungnahme des Bereichs Abklärungen vom 12./17. März 2021 (act. II 142/5) zutreffend. So gab die Beschwerdeführerin im Rahmen des Abklärungsgespräches an (act. II 98/4), sie hätte nicht vorgehabt, etwas zu verändern. Bei guter Gesundheit hätte sie weiterhin bei J.\_\_\_\_\_ im gleichen Pensum gearbeitet. Sie habe jeweils von Montag bis Freitag von 07.00 - 09.00 Uhr gearbeitet, was für sie gut gewesen sei. Sie sei jeweils um 05.00 Uhr aufgestanden. Die Tochter habe sie unterstützt. Der Abklärungsdienst verwies zudem in der Stellungnahme vom 12./17. März 2021 (act. II 142/5) schlüssig und überzeugend darauf, die Beschwerdeführerin habe trotz der jahrelangen finanziellen Notlage (Sozialhilfeabhängigkeit seit Februar 2016) das Erwerbspensum vor dem Auftreten der gesundheitlichen Einschränkungen nicht gesteigert, auch nicht per Schuleintritt ihrer beiden Söhne. Es gebe somit keinen Grund zur Annahme, dass die Beschwerdeführerin das Pensum später gesteigert hätte. Zudem gehe aus dem Auszug aus dem Individuellen Konto (IK; act. II 63) hervor, dass die Beschwerdeführerin noch nie einer kontinuierlichen Erwerbstätigkeit mit einem hohen Arbeitspensum nachgegangen sei. Die Söhne schieben nicht so selbstständig, als dass die Beschwerdeführerin bei guter

Gesundheit nun einer Erwerbstätigkeit im Vollzeitpensum nachgehen würde.

Der Abklärungsbericht vom 24. Januar 2020 (act. II 98) ist voll beweiskräftig, da er von einer qualifizierten Person in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der medizinischen Situation verfasst wurde. Sodann wurden die Angaben der versicherten Person berücksichtigt und der Bericht ist bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert und plausibel begründet (vgl. E. 5.6 hiervor). Zudem liegen keine Anhaltspunkte für Fehleinschätzungen der Abklärungsfachperson vor, insbesondere wurde die Mithilfe von Familienmitgliedern (vgl. E. 5.7 hiervor) in vom Gericht nicht zu beanstandender Weise berücksichtigt. Folglich liegt im Haushalt eine Einschränkung von 0.3 % vor, was eine gewichtete Einschränkung von 0.24 % ergibt ( $80 \% \times 0.003$ ).

Dass die Beschwerdegegnerin den Einkommensvergleich (act. II 98/5) auf der Grundlage desselben Tabellenlohnes je für Validen- und Invalideneinkommen vorgenommen hat, ist korrekt. Wird die in einer angepassten Tätigkeit gutachterlich festgestellte Leistungsminderung von 30 % (vgl. E. 4.2 hiervor) berücksichtigt, resultiert eine behinderungsbedingte Erwerbseinbusse von 30 %, was erwerblich eine gewichtete Einschränkung von 6 % ergibt ( $30 \% \times 0.2$ ).

**5.9** Nach dem Dargelegten ergibt die Invaliditätsbemessung einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von gerundet 6 % ( $0.24 \%$  [Haushalt] +  $6 \%$  [Erwerb] =  $6.24 \%$ ; zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1). Die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

## **6.**

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 11. Juni 2021) ist die Beschwerdeführerin jedoch – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht zu befreien (Art. 113 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]).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. 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.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.