

200 22 346 IV
KOJ/SCC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. September 2022

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. April 2022



Sachverhalt:

A.

Die 1964 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) arbeitete in der Schweiz als ..., ..., ...- und ... sowie zuletzt als ... für die C._____ AG (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 1, 15 ff., 123.1/6 Ziff. 3.3, 168.1/8 Ziff. 4.1). Nach Früherfassung (act. II 1) meldete sie sich erstmals im April 2014 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an (act. II 5). Die IVB veranlasste eine bidisziplinäre (orthopädisch-psychiatrische) Begutachtung durch die MEDAS D._____ (Gutachten vom 22. April 2015 [act. II 48.1]; psychiatrisches Teilgutachten vom 22. März 2015 [act. II 49.1]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 61, 68, 68, 79, 80) und Einholung einer Stellungnahme von Dr. med. E._____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD; act. II 78), lehnte die IVB mit Verfügung vom 29. September 2016 den Anspruch der Versicherten auf eine Rente ab (act. II 89). Die hiergegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 22. Februar 2017 (IV/2016/957) ab (act. II 89).

Nachdem sich die Versicherte am 13. Juni 2018 erneut angemeldet hatte (act. II 93), veranlasste die IVB eine bidisziplinäre (psychiatrische/orthopädische) Begutachtung durch die MEDAS F._____ (Gutachten vom 10. April 2019 [act. II 123.1]). Mit Verfügung vom 30. August 2019, welche unangefochten blieb, wies sie den Anspruch der Versicherten auf eine Rente ab (act. II 133).

B.

Am 10. November 2020 (act. II 134/6) meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB zum Bezug von Leistungen an (act. II 134/5) und reichte dazu den Austrittsbericht der Klinik G._____ vom 10. November 2020 ein (act. II 134/1 ff.). Die IVB veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS F._____ (MEDAS-Gutachten vom 18. Oktober 2021

[act. II 168.1]). Mit Vorbescheid vom 13. Dezember 2021 stellte die IVB die Ablehnung einer Rente in Aussicht (act. II 170). Nachdem die Versicherte durch ihre behandelnden Ärzte Einwand erheben liess (act. II 171), holte die IVB die Stellungnahme der MEDAS F. _____ vom 15. März 2022 ein (act. II 174). Mit Verfügung vom 28. April 2022 lehnte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 30 % den Anspruch der Versicherten auf eine Rente ab (act. II 175).

C.

Am 31. Mai 2022 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 28. April 2022 sei ihr eine angemessene Invalidenrente auszurichten und es sei ihr für das vorliegende Verfahren das Recht zur unentgeltlichen Rechtspflege, unter Beordnung des Unterzeichnenden als amtlicher Anwalt, zu erteilen.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Juli 2022 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 4. Juli 2022 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut unter Beordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt.

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 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 28. April 2022 (act. II 175). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente.

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) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, 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). Die angefochtene Verfügung datiert nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020. Der frühest mögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs ist – mit Blick auf die Neuanmeldung von November 2020 (act. II

134/6; Art. 29 Abs. 1 IVG) – vor dem 1. Januar 2022. Für Rentenbezüglerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr vollendet haben gilt das bisherige Recht (Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 [WE der IV] lit. c). Der Rentenanspruch der 1964 geborenen Beschwerdeführerin ist deshalb 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

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

Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143

V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3

2.3.1 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).

2.3.2 Nach Eingang einer Neuanmeldung oder eines Revisionsgesuchs ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei hat sie unter anderem zu berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

2.3.3 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.3.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

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

2.3.6 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).

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).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom 10. November 2020 (act. II 134/6) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage durch das Gericht nicht zu beurteilen (E. 2.3.2 hiervor). Zu prüfen ist, ob im Zeitraum zwischen der (unangefochten gebliebenen) Verfügung vom 30. August 2019, mit welcher die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 14 % den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente abgelehnt hatte (act. II 133), und der hier angefochtenen Verfügung vom 28. April 2022 (act. II 175) eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.3.3 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 30. August 2019 stützte sich auf das Gutachten vom 10. April 2019. Darin diagnostizierten Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende (act. II 123.1/7 Ziff. 4.2 lit. a):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)
2. Chronisches Zervikalsyndrom mit bilateralen Brachialgien, nicht neurogen (ICD-10 M50.3)
 - degenerative HWS-Veränderungen (MRI 01/2014 und 10/2017)
3. Chronisches Lumbovertebral-Syndrom mit pseudoradikulärer Irritation links (ICD-10 M51.3)
 - degenerative LWS-Veränderungen (MRI 07/2013 und 06/2015)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie das Folgende (act. II 123.1/7 Ziff. 4.2 lit. b):

1. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)
2. Migräne ohne Aura (ICD-10 643.0)
3. Leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom rechts (ICD-10 G56.0)
4. Status nach Karpalkanalspaltung links am 06.03.2017
5. Hemihypästhesie links, funktionell (ICD-10 R20.1)

Die Experten hielten in der interdisziplinären Beurteilung fest, in Übereinstimmung mit psychiatrischen Vorbeurteilungen könne die Diagnose einer depressiven Störung bestätigt werden, wobei es sich allerdings um eine leichte depressive Episode handle. Die Explorandin lebe alleine, sei für den Haushalt weitgehend selber zuständig. Sie sei in der Lage, sich im öffentlichen Raum zu bewegen, besuche regelmässig ihre Kinder und Enkelkinder. Das Vorliegen einer generalisierten Angststörung könne nicht bestätigt werden. Bei der Explorandin bestehe auch keine schwere depressive Hemmung, welche die allgemeine Verlangsamung erklären könnte. Aus psychiatrischer Sicht resultiere aufgrund des Vorliegens einer gegenwärtig leichten Episode einer rezidivierenden depressiven Störung eine leicht eingeschränkte Leistungsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs und verminderter Durchhaltefähigkeit. Aus neurologischer Sicht bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem Ausmass der angegebenen Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Es sei von einer Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen (act. II 123.1/7 Ziff. 4.3). Aus neurologischer Sicht lägen ein chronisches Zervikalsyndrom mit bilateralen Brachialgien, welche aber nicht radikulärer Natur seien, und ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit pseudoradikulärer Irritation links bei nachgewiesenen degenerativen LWS-Veränderungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Die Migräne ohne Aura, das leichtgradige Karpaltunnelsyndrom links und die funktionelle Hemihypästhesie links führten nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten oder Tätigkeiten mit Zwangshaltungen und ohne Positionswechsel seien für die Explorandin ungeeignet (act. II 123.1/8 Ziff. 4.3). Zu den Belastungsfaktoren und den Ressourcen führten die Experten aus, die Explorandin habe während Jahren ohne grössere Schwierigkeiten gearbeitet. Sie sei in der Lage, ihren Haushalt zu führen, pflege regelmässig soziale Kontakte mit ihren Kindern und Enkelkindern. Sie sei belastet durch ihre Unfähigkeit, lesen und schreiben zu können, sowie durch ihre fehlende Berufsausbildung. Sie sei auch belastet durch den psychisch kranken Sohn und die mangelnden beruflichen und wirtschaftlichen Perspektiven (act. II 123.1/8 Ziff. 4.4). Zur Konsistenz hielten sie fest, es bestehe eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. In der neurologischen Untersuchung sei die Konsistenz und Plausibilität in der Untersuchungssituation nicht zwanglos

gegeben gewesen. Es bestünden aber keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Aggravation, vielmehr sei von einer Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen (act. II 123.1/8 Ziff. 4.5). Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, in einer körperlich leichten Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne Zwangshaltungen (wie zum Beispiel mit den Armen über Kopf und notwendiger HWS-Reklination oder Bücken), mit der Möglichkeit von Positionswechseln, könne die Explorandin sieben bis acht Stunden pro Tag anwesend sein (act. II 123.1/8 Ziff. 4.6.1). Es bestehe eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund der depressiven Verstimmungen (act. II 123.1/8 Ziff. 4.6.2). Die Explorandin sei seit Mai 2018 zu 80 % arbeits- und leistungsfähig (act. II 123.1/8 Ziff. 4.6.3). Eine wesentliche Veränderung sei seit 2016 nicht eingetreten (act. II 123.1/8 Ziff. 4.6.6).

3.3 Den im Rahmen der Neuanmeldung eingereichten/ingeholten medizinischen Berichten bzw. Gutachten ist das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Im Austrittsbericht vom 10. November 2020 – nach einem stationären Aufenthalt vom 10. Juli bis 8. Oktober 2020 – diagnostizierten die Ärzte der Klinik G. _____ eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2). Am Anfang der Hospitalisation seien sie von einer schweren depressiven Episode ausgegangen. Im Rahmen des stationären Aufenthalts habe die Patientin am multimodalen Behandlungsprogramm teilgenommen. Sie sei ohne Hinweise auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung in die bestehenden Verhältnisse entlassen worden (act. II 134).

3.3.2 Vom 12. Oktober bis 6. November 2020 erfolgte eine teilstationäre Behandlung in der Klinik J. _____. Im Austrittsbericht vom 30. November 2020 diagnostizierten der Oberarzt Dr. med. K. _____ und der Psychologe L. _____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Sie hielten fest, obschon sich die Patientin über Einsamkeit und wenig therapeutische Unterstützung beklagt habe, habe sie andererseits eine weiterführende therapeutisch-unterstützende Begleitung abgelehnt. In diesem Zusammenhang habe ihre Angst, wegen der Sprachbarriere und ihrer Depressivität abgelehnt zu werden, besprochen werden können. Auch ihre Schwierigkeit, eine Entschei-

dung zu treffen, stehe möglicherweise mit der Ablehnung jeglicher Folgebehandlungsangebote in Verbindung (act. II 145).

3.3.3 Im Bericht vom 16. März 2021 diagnostizierte der behandelnde Psychiater Dr. med. M._____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1) und eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1). Die Patientin sei aktuell zu 100 % arbeitsunfähig (act. II 147).

3.3.4 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 18. Oktober 2021 diagnostizierten Dr. med. N._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, PD Dr. med. O._____, Facharzt für Infektiologie, P._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. Q._____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. R._____, Facharzt für Rheumatologie, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende (act. II 168.1/8 Ziff. 4.2 lit. a):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung (ICD-10 F33.1)
2. Chronisches zervikospondylogenes bis zervikozephalisches Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0)
 - radiomorphologisch im MRT HWS 02.07.2021: stationäre Verschränkung und diskrete Vorwölbung der Bandscheiben C5/6 sowie beginnende dorsale Spondylosen C5/6 mit leichter osteodiskärer Verengung der Foramina intervertebralia ohne Nachweis einer Nervenwurzel oder Myelonkompression
 - leichte Wirbelsäulenfehlform mit betonter Kyphosierung der oberen BWS und konsekutiv HWS sowie Schultergürtel-Antepositionsfehlstellung
 - reaktive Myogelosen der Nacken-Schultergürtelmuskulatur mit ausgeprägter Weichteildruckempfindlichkeit im Rahmen einer allgemeinen muskulären Dekonditionierung
 - DD funktionell überlagert
 - kein radikuläres oder medulläres Defizit
3. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die rechte untere Extremität (ICD-10 M54.5)
 - gemäss Aktenlage im MRT LWS Juli 2015: leichte Chondrose L4/5, weniger ausgeprägt L5/S1 mit beidseitigen foraminalen Anulusrissen in der Bandscheibe L4/5 und beginnenden Spondylarthrosen mit verdicktem Ligamenta flava, flache Protrusion der Bandscheibe L5/S1 mit Kontakt vor allem zur Nervenwurzel S1 rechts ohne direkte Wurzelkompression
 - allgemeine deutliche muskuläre Dekonditionierung mit Abschwächung der abdominalen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen
 - kein radikuläres oder medulläres Defizit

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Gutachter das Folgende (act. II 168.1/9 Ziff. 4.2 lit. b):

1. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)
 - funktionelle Hemihypästhesie links (ICD-10 R20.8)
 - Schmerzen, Schwindel und Gefühlsstörungen
2. Beidseitiges CTS (ICD-10 G56.0, links operiert)
3. Migräne (ICD-10 G43)
4. Status nach passagerer leichter Eosinophilie am 13.7.2020 (ICD-10 D72.1)
 - spontane Normalisierung Eosinophilie am 27.7.2021
 - keine anamnestischen Hinweise für eine chronische Infektion oder Parasitose als Erklärung für die Eosinophilie

Die Gutachter führen in der interdisziplinären Beurteilung aus, bei der rheumatologischen Untersuchung hätten reaktive Myogelosen im Nacken-Schultergürtel im Sinne von myofaszialen Befunden bestanden. Die klinische Bewegungsfähigkeit sei weitgehend regelrecht gewesen. An der LWS hätten nur geringfügige Bewegungseinschränkungen bestanden. Frühere Bildgebungen mittels MRT hätten insgesamt nur geringfügige degenerative Veränderungen im Bereich der Segmente L4/5 und L5/S1 ergeben. Das gesamte Ausmass der beklagten Beschwerden habe pathoanatomisch in Bezug auf den Bewegungsapparat in keiner Art und Weise adäquat erklärt werden können und es sei von einer hochgradigen funktionellen Überlagerung der beklagten Schmerzen auszugehen. Aus rheumatologischer Sicht seien der Explorandin körperlich regelmässig mittelschwer oder stark belastende berufliche Tätigkeiten nicht zumutbar. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs eine Leistungseinschränkung von 30 %, resultierend in einer 70%-igen Arbeitsfähigkeit. Für angepasste, leicht bis nur selten mittelschwer belastende Tätigkeiten bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Bei der neurologischen Untersuchung sei der Status in objektiver Hinsicht unauffällig ausgefallen und es habe keine radikuläre oder medulläre Affektion im Rahmen eines degenerativen HWS-Syndroms festgestellt werden können. Auch sonst hätten sich mit einem Karpaltunnelsyndrom, einer Migräne und einer funktionell anmutenden leichten Hemihypästhesie keine Krankheiten, die die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht einschränken, ergeben (act. II 168.1/9 Ziff. 4.3). Aus infektiologischer Sicht bestehe keine relevante Problematik und die Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Auch aus allgemeininternistischer Sicht bestehe keine Ein-

schränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei der psychiatrischen Untersuchung habe sich die Explorandin in einer zumindest subdepressiv herabgesetzten und als schwankend beschriebenen Stimmungslage gezeigt. Bei einem reduzierten Antrieb habe eine allenfalls mässige affektive Modulationsfähigkeit bestanden und es seien negativistisch gefärbte Gedanken bezüglich der Zukunft vorhanden gewesen. Es habe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, diagnostiziert werden können. Es sei aufgefallen, dass die von der Explorandin beklagten Beschwerden durch die somatischen Befunde nicht vollumfänglich hätten erklärt werden können. Es könne auch eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert werden. Für die bisherige und eine andere Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht aufgrund der Depression eine Leistungseinschränkung von 30 %, d.h. eine 70%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. II 168.1/10 Ziff. 4.3). Zusammenfassend führten die Experten zur Arbeitsfähigkeit aus, die bisherige Tätigkeit sei der Explorandin während acht Stunden pro Tag mit einer Leistungseinschränkung bei erhöhtem Pausenbedarf, somit zu 70 % zumutbar (act. II 168.1/10 Ziff. 4.6). Diese Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % gelte auch für eine angepasste Tätigkeit. Letztere definierten die Experten wie folgt: Es solle sich um eine körperlich leichte bis nur selten mittelschwer belastende berufliche Tätigkeit handeln mit der Möglichkeit, die Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln zu können. Vermieden werden sollen monotone Arbeitshaltungen verbunden mit zum Beispiel längerem fixiertem Sitzen oder Stehen an Ort, Durchführen von stereotypen Rotationsbewegungen des Achsenskelettes oder Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneige- oder -rückhalteposition. Das Heben und Tragen von Lasten dürfe bis zur Taille bis intermittierend 15 kg betragen. Es solle sich um eine kognitiv sehr einfache Tätigkeit handeln, ohne Anforderungen an gute Sprachkenntnisse und ohne schriftliche Aufgaben (act. II 168.1/10 f. Ziff. 4.7). Die Einschränkungen aus psychiatrischer und aus rheumatologischer Sicht würden sich nicht addieren, sondern ergänzen. Es könnten die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen vermehrter Pausen verwendet werden (act. II 168.1/11 Ziff. 4.8).

3.3.5 Im Bericht vom 26. Januar 2022 diagnostizierte der behandelnde Psychiater Dr. med. M._____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10

F32.11) und generalisierte Angstzustände (ICD-10 F 41.1). Die Patientin sei zu 80 bis 100 % arbeitsunfähig (act. II 171/3).

3.3.6 Im Arztzeugnis vom 28. Januar 2022 führte der Hausarzt Dr. med. S. _____ aus, die Patientin sei bereits vor Jahren körperlich stark eingeschränkt und deshalb in Rehabilitation gewesen. Seither habe sich die Situation eher verschlechtert als gebessert. Zusätzlich bestehe eine starke psychische Beeinträchtigung mit chronischer Depression (act. II 171/1).

3.3.7 In der Stellungnahme vom 15. März 2022 führte der psychiatrische Gutachter der MEDAS F. _____ aus, es sei die Arbeitsfähigkeit in der Gesamtschau der erhobenen Befunde, der gestellten Diagnosen und unter Einbezug invaliditätsfremder Faktoren mit 70 % eingeschätzt worden. Es ergebe sich gesamthaft auch aufgrund des neu eingereichten Arztberichtes des ambulant behandelnden Psychiaters keine neuen Anhaltspunkte, so dass an der Einschätzung im Gutachten aus psychiatrischer Sicht festzuhalten sei (act. II 174).

3.3.8 Im Bericht vom 6. Mai 2022 hielt der behandelnde Psychiater Dr. med. M. _____ erneut fest, es liege eine 80 bis 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor (Beschwerdebeilage [act. I] 3).

3.4

3.4.1 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).

3.4.2 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).

3.5 Im Vergleich zum Gutachten vom 10. April 2019, worin die Gutachter eine rezidivierende depressive Störung mit einer leichten Episode (ICD-10 F33.0) diagnostizierten (act. II 123.1/7 Ziff. 4.2) und eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (act. II 123.1/8 Ziff. 4.6.3) wegen vermehrtem Pausenbedarf und verminderter Durchhaltefähigkeit attestierten (act. II 123.1/7 Ziff. 4.3), gingen die Experten nunmehr von einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Störung aus (act. II 168.1/8 Ziff. 4.2 lit. a) und attestierten eine Arbeitsfähigkeit von 70 %, wobei die Leistungseinschränkung wegen erhöhten Pausenbedarfs auf den psychischen und den rheumatologischen Beschwerden begründet ist (act. II 168.1/9 Ziff. 4.3). Damit ist eine potentiell rentenrelevante Verschlechterung erstellt und der Rentenanspruch ist frei zu prüfen (vgl. E. 2.3.4 hiervor).

3.6 Das MEDAS-Gutachten vom 18. Oktober 2021 (act. II 168.1), die Teilgutachten (act. II 168.3-7) sowie die Stellungnahme vom 15. März 2022 (act. II 174) erfüllen die Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise. Die darin enthaltenen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten getroffen worden. Basierend darauf haben die Experten die medizinischen Befunde, die zu stellenden Diagnosen und die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen nachvollziehbar und einleuchtend dargestellt (act. II 168.1/9 ff.). Desgleichen haben sie in überzeugender Weise in den einzelnen Teilgutachten zu den Belastungsfaktoren und Ressourcen Stellung genommen (act. II 168.4/5 Ziff. 7.2, 168.5/8 Ziff. 7.4); insbesondere hat der psychiatrische Gutachter nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass die psychosozialen Belastungsfaktoren die depressive Symptomatik weiter triggerten. Es sei mit den medizinischen Massnahmen in

absehbarer Zeit eine Verbesserung des psychischen Zustandsbildes nicht zu erreichen (act. II 168.4/6 Ziff. 7.4).

Die MEDAS-Expertise genügt auch den normativen Vorgaben von BGE 141 V 281. Die klassifikatorischen Vorgaben hinsichtlich der rezidivierenden depressiven Störung sind erfüllt und die festgestellten Inkonsistenzen (act. IIA 168.4/6 Ziff. 7.3.1 und 7.3.2, 168.5/7 Ziff. 7.1, 168.6/5 Ziff. 7.3.1) erreichen nicht das Ausmass von Ausschlussgründen im Sinne von BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51. Der invalidisierende Charakter des psychischen Gesundheitsschadens ist zu Recht unbestritten. Eine Indikatorenprüfung erübrigt sich, zumal aus einer solchen keine höhere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte resultieren kann (Entscheide des BGer vom 10. August 2021, 8C_153/2021, E. 5.4.2, und vom 22. April 2020, 8C_52/2020, E. 4.2.2).

3.7

3.7.1 Die Beschwerdeführerin moniert, es seien im Gutachten in somatischer Hinsicht nicht alle Beschwerden berücksichtigt worden (Beschwerde S. 4). Gegenüber dem rheumatologischen Gutachter beklagte die Beschwerdeführerin spontan diffus anmutende Beschwerden im Handgelenk und der Finger beidseits, die Untersuchung ergab eine leichte Druckdolenz am Radiokarpalgelenk und sonst keine weiteren Auffälligkeiten (act. II 168.5/1 Ziff. 3.1, 168.5/4 Ziff. 4.3). Entgegen ihrer Meinung setzte sich der rheumatologische Gutachter mit den geklagten Hand- bzw. Fingerbeschwerden (Rhizarthrose, STT-Arthrose und DIP-Arthrose) auseinander und kam überzeugend zum Schluss, es bestehe in den Fingern und am Handgelenk ein völlig normaler Status (act. II 168.5/7 Ziff. 7.1). Der Bericht der Dres. med. T. _____ und U. _____, Handchirurgie der Klinik V. _____, vom 20. Mai 2022 vermag diese Einschätzung nicht in Zweifel zu ziehen. Denn auch laut den behandelnden Handchirurgen ergibt sich bezüglich der Arthrosen der Daumenbasis und Fingergelenke momentan keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und zum jetzigen Zeitpunkt keine Operationsindikation; bezüglich des Karpaltunnelsyndroms rechts sei allenfalls langfristig eine Operation (Karpaltunneldekompression) nötig; nach einer Operation bestünde eine Arbeitsunfähigkeit von sechs bis acht Wochen und danach läge eine volle Belastbarkeit vor (act. I 4). Entscheidend

für die Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit ist nicht in erster Linie die Diagnose, sondern die plausible medizinische Einschätzung der Auswirkungen des Leidens auf die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person (vgl. BGE 143 V 418 E. 6 S. 427). Bezüglich der beidseitigen Karpaltunnelsyndrom-Symptomatik (worauf vorliegend auch der rheumatologische Gutachter hinwies [act. II 168.5/7 Ziff. 7.1) ist die Frage der funktionellen Auswirkungen dieser Störung entscheidend (vgl. BGE 143 V 418 E. 6 S. 427). Die Beschwerden wurden im Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt, sind der Beschwerdeführerin doch nur leichte bis nur selten mittelschwer belastende Tätigkeiten zumutbar. Zudem gehen auch die Handchirurgen nach einer allfälligen Operation von keiner langfristigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus.

3.7.2 Mit Hinweis auf die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. M. _____ vom 26. Januar 2022 (act. II 171/2 f.) und vom 6. Mai 2022 (act. I 3) macht die Beschwerdeführerin geltend, bereits aus rein psychiatrischer Sicht sei von einer wesentlich höheren Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Beschwerde S. 4). In der Stellungnahme vom 15. März 2022 setzte sich der psychiatrische Gutachter mit der unterschiedlichen Einschätzung des behandelnden Psychiaters auseinander (act. II 174/2) und stellte überzeugend fest, es hätten sich in der Untersuchung deutliche Tendenzen zu Aggravation sowie ein erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn gezeigt, wovon auch die Alltagsgestaltung geprägt und nicht aus den gestellten psychiatrischen Störungsbildern in ihrer Ausprägung zu erklären sei. Daran ändert nichts, dass die behandelnden Ärzte beim Antritt des stationären Aufenthalts vom 10. Juli bis 8. Oktober 2020 in der Klinik G. _____ von einer schweren depressiven Episode ausgingen, wurde die Beschwerdeführerin doch am Ende des stationären Aufenthalts ohne Hinweise auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung in die bestehenden Verhältnisse entlassen (act. II 134). Dass nunmehr keine schwere depressive Episode mehr vorliegt, zeigen auch die Behandlungen bei Dr. med. M. _____, welche lediglich ca. alle drei Wochen stattfinden (act. II 147/4 Ziff. 1.2); es ist davon auszugehen, dass die Behandlungen ansonsten intensiviert worden wären. Die Gutachter hatten zudem Kenntnis der Einschätzung des behandelnden Psychiaters (act. II 147) und konnten sich damit auseinandersetzen. Der behandelnde Psychiater attestiert der Be-

schwerdeführerin seit jeher eine 80 bis 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 147/7 Ziff. 4.2, 171/3; act. I 3), weshalb nicht von einer Verschlechterung der psychischen Beschwerden seit der Begutachtung auszugehen ist.

3.7.3 Auch das allgemein gehaltene Arztzeugnis des Hausarztes Dr. med. S._____ vom 28. Januar 2022 vermag das schlüssige MEDAS-Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Die angegebene Verschlechterung wird nicht mit Befunden begründet; die Experten hatten Kenntnis sowohl der psychischen wie auch der somatischen Beschwerden. Der Hausarzt begründet nicht, weshalb für ihn die Einschätzung der Arbeits(un)fähigkeit durch die Experten nicht nachvollziehbar ist (act. II 171/1).

3.7.4 Dass die in den einzelnen Fachgebieten ermittelten Arbeitsunfähigkeiten nicht zu addieren sind, ist die Regel; die Beschwerdeführerin selber merkte dazu an, dass oftmals die Arbeitsunfähigkeitsgrade in den einzelnen Fachdisziplinen nicht einfach zusammengezählt werden können (Beschwerde S. 4). Im vorliegenden Fall stellten die Gutachter explizit fest "Die Einschränkungen aus psychiatrischer und aus rheumatologischer Sicht addieren sich nicht, sondern ergänzen sich. Es können die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen vermehrter Pausen verwendet werden" (act. II 168.1/11 Ziff. 4.8). Der diesbezüglichen Kritik der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 4), welche sie im Übrigen nicht begründet, kann nicht gefolgt werden.

3.7.5 Weitere medizinische Sachverhaltserhebungen – insbesondere das verlangte Gerichtsgutachten (Beschwerde S. 5) – erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

3.7.6 Zusammenfassend steht fest, dass der Beschwerdeführerin die bisherige und eine angepasste Tätigkeit, mit einer Leistungseinschränkung bei erhöhtem Pausenbedarf, zu 70 % zumutbar ist (act. II 168.1/10 Ziff. 4.6 f.). Dabei ist eine angepasste Tätigkeit eine körperlich leichte bis nur selten mittelschwer belastende berufliche Arbeit mit der Möglichkeit, die Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln zu können, ohne monotone Arbeitshaltungen, verbunden mit zum Beispiel längerem fixiertem Sitzen oder Stehen an Ort, und ohne Durchführen von stereotypen Rotationsbe-

wegungen des Achsenskelettes oder Arbeiten in anhaltender Oberkörper-vorneige- oder -rückhalteposition. Das Heben und Tragen von Lasten darf bis zur Taille bis intermittierend 15 kg betragen. Es handelt sich um eine kognitiv sehr einfache Tätigkeit, ohne Anforderungen an gute Sprachkenntnisse und ohne schriftliche Aufgaben (act. II 168.1/10 f. Ziff. 4.7).

4.

4.1 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. 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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2019 UV Nr. 40 S. 153 E. 6.2.3).

4.2 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 der LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2021 Nr. 51 S. 168 E. 3.2).

4.3

4.3.1 Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 28. April 2022 bei der Ermittlung des Valideneinkommens (act. 175) auf die LSE 2018, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Frauen, von Fr. 4'371.--, ab, was von der Beschwerdeführerin nicht bestritten wird und auch nicht zu beanstanden ist, zumal die Beschwerdeführerin seit 2016 ihre angestammte Tätigkeit als ... bei der C. _____ AG nicht mehr ausübt (vgl. act. II 15, 93/6).

4.3.2 Da die Beschwerdeführerin keine angepasste Tätigkeit ausübt, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht das hypothetische Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE 2018, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Frauen, von Fr. 4'371.-- ermittelt. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend von demselben Tabellenlohn zu berechnen (vgl. auch E. 4.3.1 hiervor), erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs – vorbehältlich eines allfälligen Abzuges im Sinne von BGE 126 V 75 E. 5 S. 78 – dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, hier von 30 % (vgl. Entscheid des BGer vom 12. April 2016, 8C_720/2015, E. 5.4 vgl. Entscheid des BGer vom 24. Juli 2014, 8C_450/2014, E. 7.3).

Entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 5) liegen keine Umstände (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) vor, welche einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würden (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2; vgl. auch die zutreffenden Ausführungen in der Beschwerdeantwort, S. 3 Rz. 8). Ein Abzug wegen invaliditätsfremder Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie) wäre zudem bei beiden Einkommen zu berücksichtigen (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Der von der Beschwerdeführerin postulierte Maximalabzug wird ferner nicht substantiell begründet.

Bei einem Invaliditätsgrad von 30 % besteht somit kein Anspruch auf eine Rente.

4.4 Die angefochtene Verfügung vom 28. April 2022 (act. II 175) ist nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 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. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Mit Verfügung vom 4. Juli 2022 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut, weshalb die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit ist (Art. 113 VRPG).

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Aufgrund der mit Verfügung vom 4. Juli 2022 gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt bleibt dessen amtliches Honorar festzulegen.

5.3 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwert-

steuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Die Kostennote von Rechtsanwalt B. _____ vom 7. Juli 2022, worin eine Parteientschädigung von Fr. 3'547.95 (Honorar von Fr. 3'240.--, Auslagen von Fr. 54.30 und MWST von Fr. 253.65) geltend gemacht wird, ist nicht zu beanstanden. Gestützt darauf ist das amtliche Honorar auf Fr. 2'643.30 festzulegen (12 Stunden à Fr. 200.-- = Fr. 2'400.--, Auslagen von Fr. 54.30 und MWST von Fr. 189.-- [7.7 % von Fr. 2'454.30]).

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. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 3'547.95 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'643.30 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- 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.