

200 23 828 IV  
FUE/SHE/WSI

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 26. April 2024**

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Jakob  
Gerichtsschreiber Schnyder

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Oktober 2023



## Sachverhalt:

### A.

Die 1988 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) erlangte 2012 in ... das „Diplom der allgemeinen ...“, wurde seit der Einreise in die Schweiz im Jahr 20.. durch das Sozialamt unterstützt und nahm im Juni 2021 eine Arbeitsstelle als ... im Stundenlohn ohne fixes Arbeitspensum an. Im März 2022 (Postaufgabe) meldete sie sich unter Verweis namentlich auf eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), körperliche Beschwerden (vor allem im Unterleib) sowie eine seit September 2021 bestehende Arbeitsunfähigkeit bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1, 3/2, 12/2, 14.2, 23, 27). Die IVB tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen, insbesondere veranlasste sie bei der D.\_\_\_\_\_ ag (MEDAS) eine Begutachtung (vgl. interdisziplinäre Expertise vom 19. April 2023 [AB 53.1 ff.]). Am 14. Dezember 2022 (AB 44) teilte die IVB der Versicherten mit, zurzeit seien keine Eingliederungsmassnahmen möglich. Mit Vorbescheid vom 12. Juni 2023 (AB 57) stellte die IVB bei einem in Anwendung der gemischten Methode (Erwerb 80%, Haushalt 20%) errechneten Invaliditätsgrad von 29% die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_, Einwand (AB 62 f., 65; Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. August 2023 [AB 65/5] sowie Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, vom Spital G.\_\_\_\_\_, vom 22. August 2023 [AB 65/7]). Am 28. September 2023 nahm die MEDAS zu den Einwänden bzw. den damit eingereichten medizinischen Unterlagen Stellung (AB 67). Die IVB gewährte der Versicherten mit Schreiben vom 2. Oktober 2023 (AB 68) die Möglichkeit, sich bis 13. Oktober 2023 zu dieser Stellungnahme zu äussern. Die Rechtsvertreterin ersuchte am 13. Oktober 2023 (AB 69) um Fristverlängerung, um die MEDAS-Stellungnahme dem behandelnden Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_\_ zu unterbreiten. Mit Verfügung vom 20. Oktober 2023 (AB 70) lehnte die IVB das

Fristverlängerungsgesuch ab und entschied dem Vorbescheid entsprechend.

**B.**

Mit Eingabe vom 22. November 2023 erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_, Beschwerde gegen die Verfügung vom 20. Oktober 2023 (AB 70) mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 20. Oktober 2023 sei aufzuheben.
2. Es sei der Beschwerdeführerin angemessen Zeit zu geben, eine Beurteilung ihres behandelnden Psychiaters zur Stellungnahme der MEDAS vom 28. September 2023 einzureichen.
3. Eventualiter sei eine Invalidenrente zuzusprechen.
4. Subeventualiter sei der medizinische Sachverhalt angemessen abzuklären und auf dessen Grundlage der Rentenanspruch neu zu prüfen.

– unter Kosten und Entschädigungsfolge –

Weiter ersuchte die Beschwerdeführerin um die Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege. Der Beschwerde beigelegt war u.a. eine Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, vom 20. November 2023 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 5).

Mit prozessleitender Verfügung vom 23. November 2023 stellte der Instruktionsrichter u.a. fest, dass sich der behandelnde Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_\_ am 20. November 2023 bereits ausführlich zur MEDAS-Stellungnahme vom 28. September 2023 geäußert habe, weshalb die Notwendigkeit von Rechtsbegehren Ziff. 2 derzeit nicht erkennbar sei und daher auch keine entsprechende Frist angesetzt werde. Die Einreichung weiterer Beweismittel bleibe der Beschwerdeführerin unbenommen.

Mit Eingabe vom 13. Dezember 2023 (vgl. prozessleitende Verfügung vom 23. November 2023) zog die Beschwerdeführerin das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Dezember 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da 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 20. Oktober 2023 (AB 70). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

## **2.**

**2.1** Vorab rügt die Beschwerdeführerin eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör. Konkret sei das Vorbescheidverfahren nicht angemessen durchgeführt worden (Beschwerde S. 4 Ziff. 8). Zwar habe die Beschwerdegegnerin einen Vorbescheid erlassen und der Beschwerdeführerin Zeit gegeben, innert 30 Tagen dagegen Einwand zu erheben, was die Beschwerdeführerin auch getan habe. Die wegen einer Ferienabwesenheit sowie der grossen Arbeitslast ihres behandelnden Psychiaters beantragte Fristverlängerung zur Nachreichung von Arztberichten von 30 Tagen habe die Beschwerdegegnerin ohne sachlichen Grund nur im Rahmen von zehn Tagen gewährt (Beschwerde S. 4 Ziff. 10). Nachdem die Beschwerdegegnerin die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 15. August 2023 (AB 65/5) der MEDAS vorgelegt habe, habe diese sich vier Wochen Zeit genommen zur Verfassung ihrer Beurteilung. Die Beschwerdegegnerin habe alsdann der Beschwerdeführerin wiederum bloss zehn Tage Zeit gewährt, sich zur siebenseitigen MEDAS-Stellungnahme zu äussern. Einen Grund für die kurze Frist habe sie wiederum nicht genannt. Infolge Ferienabwesenheit und Arbeitslast des behandelnden Psychiaters sei es der Beschwerdeführerin nicht gelungen, von diesem innert Frist eine ärztliche Stellungnahme zu erhalten. Sie habe daher erneut um eine Fristverlängerung ersucht, welche von der Beschwerdegegnerin abgelehnt worden sei. (S. 4 f. Ziff. 11). Damit habe diese das rechtliche Gehör verletzt (S. 6 Ziff. 13).

**2.2** Die IV-Stelle teilt der versicherten Person den vorgesehenen Entscheid über ein Leistungsbegehren, den Entzug oder die Herabsetzung einer bisher gewährten Leistung sowie den vorgesehenen Entscheid über die vorsorgliche Einstellung von Leistungen mittels Vorbescheid mit. Die versicherte Person hat Anspruch auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 42 ATSG (vgl. Art. 57a Abs. 1 IVG). Gemäss Art. 57a Abs. 3 IVG können die Parteien innerhalb einer Frist von 30 Tagen Einwände zum Vorbescheid vorbringen. Diese gesetzliche Frist ist nach dem Willen des Gesetzgebers nicht erstreckbar (vgl. Botschaft vom 2. März 2018 zur Änderung des ATSG, BBI 2018 1648).

**2.3** Der Rüge einer Verletzung des rechtlichen Gehörs kann nicht gefolgt werden: Zunächst ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin das am 12. Juni 2023 begonnene Vorbescheidverfahren korrekt durchführte, insbesondere erstreckte sie die Frist auf Gesuch hin – obschon diese grundsätzlich nicht verlängerbar ist (E. 2.2 hiavor) – bis am 31. August 2023 (AB 62, 64). Folglich standen der Beschwerdeführerin de facto zweieinhalb Monate (vom Erlass des Vorbescheids vom 12. Juni 2023 bis zum 31. August 2023) zur Verfügung, um sich zum in Aussicht gestellten Entscheid zu äussern, was sie denn auch tat. Ob die Verwaltung nach Eingang der MEDAS-Stellungnahme vom 28. September 2023 (AB 67) zu den einwandweise aufgelegten Arztberichten nicht nur Frist zur Stellungnahme hätten setzen sollen, sondern ein weiteres Vorbescheidverfahren hätte vornehmen müssen, was gemäss Rechtsprechung von den einzelfallweisen Umständen abhängt, kann hier offenbleiben, stellte doch eine allfällige diesbezügliche Gehörsverletzung jedenfalls keinen unheilbaren Verfahrensfehler dar (zum Ganzen: MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl. 2022, Art. 57a N. 4). Die Beschwerdeführerin war in der Lage, die erneute Stellungnahme ihres Psychiaters Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 20. November 2023, die sie im Verwaltungsverfahren einreichen wollte, beschwerdeweise ins Recht zu legen (BB 5). Die Beschwerdegegnerin ihrerseits konnte sich hierzu äussern und das angerufene Gericht, das über volle Kognition verfügt, kann die Stellungnahme in ihrer Beurteilung einbeziehen. Damit wäre eine allfällige Gehörsverletzung im Rahmen des hiesigen Beschwerdeverfahrens geheilt. Folglich bedarf es so oder anders keiner Rückweisung der Sache, zumal dies einem formalistischen Leerlauf gleichkäme (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 140 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.3.1).

### **3.**

**3.1** 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).

## **3.2**

**3.2.1** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**3.2.2** 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 strukturier-ten 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).

**3.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1<sup>bis</sup> und 1<sup>ter</sup> nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG).

Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69% entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70% besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49% gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

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

### **3.4**

**3.4.1** Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Der Bundesrat umschreibt die zur Bemessung des Invaliditätsgrades massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage er-

zielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**3.4.2** 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, der Invaliditätsgrad für diesen Teil nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird der Invaliditätsgrad für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall 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.

Gemäss Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 1 IVV werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen die Invaliditätsgrade in Bezug auf die Erwerbstätigkeit (lit. a) und in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich (lit. b) zusammengezählt. Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit wird gemäss Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV das Einkommen ohne Invalidität auf eine Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100% entspricht, hochgerechnet (lit. a), das Einkommen mit Invalidität auf der Basis einer Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100% entspricht, berechnet und entsprechend an die massgebliche funktionelle Leistungsfähigkeit angepasst (lit. b) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrades, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (lit. c). Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird nach Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt (lit. a) und der Anteil nach lit. a anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Abs. 2 lit. c und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Abs. 3 lit. b).

Nach der zu aArt. 28a Abs. 3 IVG (in Kraft gestanden bis 31. Dezember 2021) ergangenen und weiterhin gültigen Rechtsprechung sind im Rahmen der gemischten Methode Erwerbstätigkeit und nichterwerblicher Aufgabenbereich in dem Sinne komplementär, als was nicht Erwerbstätigkeit ist, unter die Besorgung des Haushaltes fällt. Mit anderen Worten geben die bei-

den Bereiche zusammen einen Wert von 100%. Der Haushaltsanteil darf somit nicht in Abhängigkeit vom Umfang der im Aufgabenbereich anfallenden Arbeiten festgesetzt werden. Auch ist nicht entscheidend, wie viel Zeit sich die versicherte Person für die Haushaltsarbeiten nimmt. Dass die Haushaltsgrösse kein massgebendes Kriterium ist, trifft auch auf die ausschliesslich im Haushalt tätigen Versicherten zu, deren Aufgabenbereich rechtsprechungsgemäss in jedem Fall mit 100% zu veranschlagen ist (vgl. BGE 141 V 15 E. 4.5 S. 22)

**3.4.3** 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, welche sich aus dem Status ergibt. Dieser bestimmt sich nach Art. 24<sup>septies</sup> Abs. 1 IVV nach den erwerblichen Verhältnissen, in denen sich die versicherte Person befinden würde, wenn sie nicht gesundheitlich beeinträchtigt wäre. Gemäss Art. 24<sup>septies</sup> Abs. 2 IVV gilt eine versicherte Person als erwerbstätig nach Art. 28a Abs. 1 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von 100% oder mehr entspricht (lit. a). Die versicherte Person gilt als nicht erwerbstätig nach Art. 28a Abs. 2 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall keine Erwerbstätigkeit ausüben würde (lit. b) respektive als teilerwerbstätig nach Art. 28a Abs. 3 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von weniger als 100% entspricht (lit. c).

**3.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

#### 4.

4.1 Was den Gesundheitszustand betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

4.1.1 In der interdisziplinären MEDAS-Gesamtbeurteilung vom 19. April 2023 (AB 53.1) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 5 Ziff. 4.3.1):

- chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
- Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2)
- leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden chronische, teils Zyklus modulierte Abdominalgien (intermittierende Obstipation, Meteorismus, Nausea, leichte Schwindelsymptomatik), eine Atopie sowie eine substituierte Hypothyreose (S. 6 Ziff. 4.3.2).

Aus allgemein-internistischer Sicht hätten sich keine Erkrankungen von Relevanz und mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gefunden. Die Bauchbeschwerden seien im Rahmen des gynäkologischen Leidens bzw. als funktionelle Beschwerden zu deuten. Die Versicherte befinde sich in regelmässiger adäquater fachärztlicher Betreuung. Aus neuropsychologischer Sicht sei aus der Zusammenschau des kognitiven Leistungsprofils, der Verhaltensbeobachtung und den Ergebnissen der Leistungsvalidierung von einer guten Anstrengungsbereitschaft auszugehen. Die Ergebnisse würden daher als valide eingeschätzt. Aktuell würden sich Hinweise auf eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung ergeben. Bei der psychiatrischen Exploration hätten sich Symptome und Beschwerden gefunden, die die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren rechtfertigten. Des Weiteren fänden sich Symptome und Beschwerden, die die Diagnose Angst und Depression, gemischt untermauerten. Es lägen in mittlerer Ausprägung Angst und Depression ohne Vorherrschen des einen oder anderen vor. Weiter würden vegetative Symptome auftreten. Die Symptome erfüllten jeweils nicht die Kriterien einer Angststörung oder einer depressiven Episode, sodass die Diagnose Angst und depressive Störung,

gemischt gestellt werde. Typische Merkmale für das wiederholte Erleben von Traumata wie ausgeprägte „flashbacks“, emotionale Stumpfheit, „betäubt sein“, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, die Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten, Furcht vor und Vermeidung von Stichworten, die an das ursprüngliche Trauma erinnern könnten, hätten sich bei der Exploration nicht gefunden. Ein Zustand erhöhter vegetativer Erregbarkeit mit Schlafproblemen werde noch beschrieben, Suizidalität werde verneint, sodass auch von einem wechselhaften Verlauf und auch einer zwischenzeitlichen Stabilisierung ausgegangen werden könne. Insgesamt sei davon auszugehen, dass eine schrittweise Stabilisierung und Kompensierung stattfinde und dass die ursprünglich erlebten als „traumatisch“ beschriebenen psychischen Belastungen zu einer erhöhten psychischen Vulnerabilität führten, auf deren Grundlage sich die nun gestellten Diagnosen entwickelten. Als Ausgangspunkt werde die erhöhte Vulnerabilität in der Folge einer möglichen PTBS betrachtet, die jedoch zumindest grösstenteils als kompensiert zu betrachten sei und nicht (diagnostisch) in einen chronischen Verlauf im Sinne einer dauernden Persönlichkeitsänderung übergegangen sei (S. 4 Ziff. 4.1).

Bei der Versicherten handle es sich um eine durchaus differenzierte, engagierte, motivierte Persönlichkeit mit einer erhöhten Verausgabungs- und Durchhaltebereitschaft auch unter Zurückstellung eigener Bedürfnisse. Gemäss Mini-ICF-App fänden sich in den zu beurteilenden Fähigkeiten mässig ausgeprägte Beeinträchtigungen im Bereich Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie Widerstands- und Durchhaltefähigkeit wie auch eine leicht bis mässig ausgeprägte Beeinträchtigung im Bereich Anpassung an Regeln und Routinen, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Umsetzung von Proaktivität und Spontanaktivitäten sowie Gruppenfähigkeit (S. 5 Ziff. 4.3). Es lägen multiple Belastungen vor. Als positive Faktoren/Ressourcen seien die grundsätzlich differenzierte und motivierte Persönlichkeit der Versicherten zu sehen, die sehr gut Deutsch gelernt habe, die sich auch beruflich weiterentwickeln und „ein normales Leben“ mit beruflichem Alltag („Freizeit und Erholung“) leben möchte (S. 6 Ziff. 4.4).

In der Beurteilung der Gesamtarbeitsfähigkeit sei die psychiatrische Beurteilung führend, da internistisch keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vorlägen. Sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit habe vom 2. September 2021 bis 31. Oktober 2021 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, danach vom 1. November 2021 bis 30. November 2021 eine solche von 60% bzw. vom 1. Dezember bis 15. Dezember 2021 von 50%. Im weiteren Verlauf lägen keine (psychiatrischen) Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit mehr vor. Es werde empfohlen, ab 16. Dezember 2021 die jetzt erfolgte Beurteilungen betreffend angestammte und leidensangepasste Tätigkeit zu übernehmen: In der bisherigen Tätigkeit auf Stundenbasis in der ambulanten ... bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50%. Eine leidensangepasste Tätigkeit (klar strukturierte vorgegebene Tätigkeit mit klarer Zuordnung der Aufgaben sowie Vorgabe mit klarer Einweisung und Einschulung, ohne Schicht- und Nachtdienst, ohne erhöhte Anforderungen an die Flexibilität und Durchhaltefähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit sowie die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit) sei der Versicherten zu 70% zumutbar (S. 7 Ziff. 4.5 ff.).

**4.1.2** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ nahm am 15. Augst 2023 (AB 65/5) Stellung zum MEDAS-Gutachten. Er könne die darin in Prozenten ausgedrückte Leistungseinschränkung nicht nachvollziehen. Formal sei das Gutachten nicht zu beanstanden, der Inhalt und die daraus gezogenen Schlüsse schienen aber zu sehr ergebnisorientiert (S. 5 Ziff. 1). Die psychopathologische Befunderhebung, die Anamnese und die spontanen Äusserungen der Versicherten entsprächen durchaus dem, was er auch erhoben habe. Die Zusammenfassung, Deutung und Schlussfolgerung der erfragten Symptome könne er hingegen nicht nachvollziehen. Diese würden sich nur sehr unzureichend aus den erhobenen Daten ergeben. Die vom psychiatrischen Gutachter erhobenen Befunde seien Symptome einer komplexen PTBS. In der kurzen Zusammenfassung zähle dieser dann die Symptome einer PTBS auf und schreibe, diese hätten sich bei der Untersuchung nicht finden lassen. Wenn der Gutachter in der Folge von „Stabilisierung und Kompensierung“ spreche, frage er (Dr. med. E. \_\_\_\_\_) sich von was, wenn doch nach gutachterlicher Einschätzung

nichts gewesen sei. Weiter negiere der psychiatrische Gutachter die von ihm selbst erhobene Symptomatik und den Leidensdruck, wenn er bei der ausgeprägten selbst erhobenen Symptomatik von Kompensation schreibe. Darüber hinaus halte er nun doch die Diagnose PTBS für möglich, um sie dann aber als kompensiert zu betrachten. Dies könne als Fehlschluss betrachtet werden. Die Versicherte habe wiederholt Traumatisierungen erfahren und weise auch vom Gutachter erhobene Symptome einer PTBS auf. Warum diese dann bei der Gutachtensdiagnose negiert oder aber vom Gutachter als kompensiert betrachtet würden, scheine ihm willkürlich. Aus seiner (Dr. med. E. \_\_\_\_\_) Sicht rechtfertigten die Symptome die Diagnose einer PTBS. Der Gutachter hätte die Symptome noch genauer erfragen müssen. Die Auswirkungen der erhobenen Befunde und der gestellten Diagnosen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit seien nicht richtig festgestellt worden. Aus seiner Sicht bestehe eine PTBS. Die komplexe Symptomatik sei vom Gutachter selbst erhoben worden. Der Versicherten sei in der „Gynäkologie“ die Diagnose einer Endometriose mitgeteilt worden. Die Befundlage sei aber offenbar nicht vollständig. Es frage sich, warum keine gynäkologische Begutachtung durchgeführt worden sei. In Anbetracht des Leidensdrucks sei die Arbeitsfähigkeit nicht richtig festgestellt. Zur gutachterlich diagnostizierten Angst und Depression, gemischt ergebe sich das Folgende: Die Versicherte erfülle weder die Kriterien einer Angststörung noch die einer Depression. Aber daraus die Diagnose Angst und Depression, gemischt zu machen sei ein Konstrukt, wenn man die naheliegende und durch die Symptome belegte Diagnose vermeiden wolle.

**4.1.3** Die Gynäkologin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 22. August 2023 (AB 65/7) folgende Diagnose:

Adenomyosis uteri mit/bei

- Chronic pelvic pain und Dysmenorrhoe
- 18. Oktober 2021: MR Becken: Kein Anhalt einer TIE. Verbreiterte junktionale Zone der Korpshinterwand, vereinbar mit einer diffusen Adenomyose
- Status nach sexuellem Missbrauch

Sonographisch zeige sich bei der Versicherten eine Adenomyosis uteri, welche sich auch im MRI vom Oktober 2021 bestätigt habe. Die

Adenomyose sei eine chronisch entzündliche Erkrankung, welche mit rezidivierenden starken Unterbauchschmerzen und einer Subfertilität einhergehe. Bei der Versicherten zeigten sich in Folge der wiederkehrenden Schmerzen Symptome der Chronifizierung. Dies führe zu generalisierten Muskelschmerzen und invalidisierenden Beckenschmerzen. Bei ausgeprägten myofaszialen Beckenbodenschmerzen werde eine intensive Physiotherapie empfohlen. Die hormonelle Therapie solle weitergeführt werden, um die Schmerzauslöser möglichst zu reduzieren.

**4.1.4** In der ergänzenden MEDAS-Stellungnahme vom 28. September 2023 (AB 67) wurde zu den vorgebrachten Einwänden und eingereichten medizinischen Unterlagen Stellung bezogen:

Im Rahmen des MEDAS-Gutachtens sei eine ausführliche und differenzierte Herleitung, Darstellung und Beurteilung erfolgt. Die von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 15. August 2023 aufgeführten und erwähnten Beschwerden und Symptomen könnten im Rahmen einer PTBS auftreten, sie würden aber nahezu alle den anamnestischen Angaben und Beschreibungen seitens der Versicherten entsprechen. Diese seien in der Gesamtheit im zeitlichen Zusammenhang und Verlauf angegeben und entsprechend in der Darstellung im Schreiben summiert worden, obwohl es sich auch um Angaben handle, die sich zum Teil auf länger zurückliegende Inhalte beziehen würden und teils nicht mehr oder in geringer Ausprägung aktuell präsent seien. Angaben über zum Teil auftretende Träume mit Blut und Gewalt, Schmerzen, Angst, Panik führten nicht automatisch zur Diagnosestellung einer PTBS, auch wenn es entsprechende frühere Ereignisse gegeben habe. Sie könnten auch in anderen Kontexten (Psychose, Schmerzerkrankung, Angststörung, Depression) auftreten. Aus Schilderungen erlebter häuslicher Gewalt, auch wenn es möglicherweise zu früherer Zeit (...) weitere Belastungen gegeben habe, lasse sich nicht automatisch auf eine präsenste und „floride“ PTBS schliessen. Angaben wie „...Zittern, wenn ich daran denke oder mehr davon erzählte“ seien rein subjektiver, beschreibender Natur (wobei sich in der konkreten Untersuchungssituation kein Zittern habe erkennen lassen) und seien nicht als Befunde verwertbar. In der Beurteilung eines Gutachters sei es wesentlich, gerade bei der vorliegenden Thematik

zwischen vorliegenden Untersuchungsbefunden und den Schilderungen/Beschreibungen der versicherten Person zu unterscheiden.

Dass traumatische Erlebnisse in ... im Verlauf auch auf der Flucht in die Schweiz aufgetreten seien, könne selbstverständlich nicht negiert werden. Bei der Ankunft in der Schweiz sei allerdings keine akute psychiatrische Behandlung notwendig geworden. Im weiteren Verlauf im Zusammenhang mit der belastenden Beziehung zum Ex-Partner sei dann über den Sozialdienst/die Caritas eine Registrierung erfolgt. Die Versicherte sei 2017 im Spital G.\_\_\_\_\_ bei einer Psychiaterin gewesen, wo sie zunächst einmal die Woche hingegangen sei.

Eine Vermeidung möglicher alter belastender „Traumatisierungsorte und Personen etc. ...“ habe nicht wirklich eruiert werden können. Der Ex-Partner, mit dem die Versicherte zu tun gehabt habe, der sie angeschrien, geschlagen habe etc., würde sie heute manchmal noch anrufen; dies sei aber alles kein Problem mehr. Sie habe selbst damit abgeschlossen, es gebe keine Zeiten, um etwas zu überlegen. Es sei kein grosses Thema mehr. Sie habe hier auch selbst die Grenze gesetzt, dies sei schon seit gut anderthalb Jahren abgeschlossen. Ferien habe sie zuletzt vor ca. fünf Jahren im Sinne einer Reise in die Heimat gemacht, dort sei sie für einen Monat gewesen. Sie sei alleine dorthin gereist; als sie dann allerdings zurückgekommen sei, sei es ihr am Flughafen in der Schweiz schlecht ergangen. Da habe sie gesagt, dass sie nicht mehr alleine dorthin gehen könne.

In der Zwischenzeit (Erlebnisse in der Heimat, Flucht, auch in der Beziehung zum Ex-Freund) seien abgesehen von deutlichen psychosozialen Belastungen keine „traumatischen Ereignisse“ beschrieben worden. Die Versicherte habe ca. 2017/2018 Angst erlebt, keine suizidalen Gedanken, aber auch keine Freude gehabt, sei einfach traurig gewesen, dass es so nicht gehe. Sie sei deprimiert gewesen; damals habe sie keine Medikamente erhalten. Dann sei sie ca. 2020 zum Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_\_ gekommen.

Zusammenfassend hätten sich keine gravierenden Störungen zentraler psychischer Funktionen oder relevante Störungen des Bewusstseins (z.B.

Dissoziation), keine entsprechenden gravierenden psychovegetativen Reaktionen (z.B. nicht nachlassende Übererregung oder ähnliches), keine Auffälligkeiten der Psychomotorik (z.B. Stupor) und keine Eigen- oder Fremdgefährdung ebenso wenig selbstschädigendes Verhalten gefunden. Es habe eine emotionale Auslenkbarkeit und Schwingungsfähigkeit bestanden. Es hätten sich (leichte) affektive Symptome wie Angst und Depressivität gefunden. Diese seien erfasst und entsprechend diagnostisch eingeordnet worden.

Betreffend die Diagnose PTBS nach ICD-10 F43.1 habe im gesamtem Verlauf bisher keine längerfristige stationäre spezifische Traumabehandlung stattgefunden. Im Rahmen vorausgegangener stationärer und teilstationärer psychiatrischer Behandlungen, d.h. in Phasen längerer Beobachtung und Beurteilung, seien ähnliche Diagnosen wie jetzt vom Gutachter gestellt worden. Es sei lediglich der Hinweis auf eine „aktenanamnestische posttraumatische Belastungsstörung“ erfolgt. Die Diagnose einer PTBS sei aber nicht gestellt worden, auch hätten sich in den entsprechenden Entlassberichten auch im Rahmen der Aufenthalte und Verlaufsbeschreibungen keine entsprechenden Bemerkungen, Befunde oder Symptombeschreibungen dazu gefunden. Im Gutachten sei eine adäquate entsprechend ausführliche und angemessene Anamneseerhebung und Auseinandersetzung mit den Vordiagnosen und Befunden erfolgt. Die Herleitung sei differenziert und klar. Zudem sei ausdrücklich auf erhebliche invaliditätsfremde psychosoziale Belastungsfaktoren hingewiesen worden. Ergänzend zu den gutachterlichen Ausführungen sei der Umstand zu erwähnen, dass die Versicherte offensichtlich auch noch entsprechend berufstätig sei, was deutlich gegen eine „Progredienz und Dekompensierung“ spreche. Zumal die Versicherte dann auch noch im psychisch belasteten Bereich der ... tätig geworden sei, was grundsätzlich gute psychische Stabilität voraussetze. Ebenfalls sei im Gutachten ausführlich dargestellt worden, dass die aktuell laufende Behandlung als unzureichend und nicht adäquat betrachtet werde. Bezüglich Arbeitsfähigkeit lägen multiple und erheblich belastende psychosoziale Belastungsfaktoren vor, die als invaliditätsfremd nicht in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einfließen könnten. Dass seitens Behandlern allgemein eine hohe Identifikation mit den Versicherten

bestehe, sei gerade in Anamnesen mit Traumaerfahrungen nachvollziehbar. Häufig würden allerdings dabei in der Betrachtung der Arbeitsfähigkeit invaliditätsfremde psychosoziale Faktoren miteinbezogen, was aus Gutachterperspektive nicht erfolgen könne.

Soweit den Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ betreffend führten die Gutachter aus, im Rahmen der allgemein-internistischen Begutachtung hätten keine objektiven Befunde und Funktionsstörungen erhoben werden können, aus denen eine versicherungsmedizinisch relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden könnte. Die im gynäkologischen Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ mitgeteilten Befunde seien nicht geeignet, aus versicherungsmedizinischer Sicht eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu postulieren. Nachdem keine objektivierbaren Befunde und Funktionsstörungen hätten erhoben werden können, erübrige sich eine gesonderte gynäkologische Beurteilung.

Zusammenfassend ergäben sich keine Änderungen an der interdisziplinären Gesamtbeurteilung.

**4.1.5** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 20. November 2023 (BB 5) aus, die Versicherte leide nach wie vor unter einer schwerwiegenden und floriden psychischen Störung (komplexe PTBS), die er aufgrund ihrer Ausprägung und des Schweregrades als invaliditätsrelevant betrachte. Viele Angaben und Feststellungen im MEDAS-Gutachten seien fehlerhaft, inkonsistent, nicht plausibel, zum Teil widersprüchlich und einige wichtigen kausalen und/oder zeitlichen Zusammenhänge fehlerhaft interpretiert, was im Schlusseffekt natürlich zu einer nicht korrekten Beurteilung und Diagnoseerhebung führe, mit einem direkten negativen Einfluss auf den Entscheid der Invalidenversicherung und dadurch auf die Situation der Versicherten. Sein Ziel sei es, bei der Versicherten die Anerkennung der vorhandenen Störung, d.h. der komplexen PTBS, zu erreichen und ihr dadurch die notwendige komplexe Unterstützung zu gewährleisten. Das Gutachten stütze sich auf „Persönlichkeitsmerkmale“, die weder einer klinischen Exploration zu entnehmen seien noch im Rahmen der Begutachtung z.B. mithilfe beispielsweise von Testpsychologie weiter untersucht oder spezifiziert worden seien. Auf der anderen Seite werde gleichzeitig die

Gesamtpersönlichkeit der Versicherten als „durchaus differenziert, engagiert und motiviert“ beschrieben. Diese Angaben seien nicht konsistent, widersprüchen sich und zeigten, dass der Gutachter nicht über einen komplexen Eindruck über die Persönlichkeit der Versicherten oder deren Entwicklung verfüge. Vielmehr werde im Gutachten eine Versicherte beschrieben, die im Vorbesitz gewisser Persönlichkeitsmerkmale gewesen sei, die eine Entwicklung einer psychischen Störung begünstigen oder eine solche zumindest aufrechterhalten könnten. Dies erwecke den Anschein, als ob die Versicherte bereits vor den traumatischen Erlebnissen eine Prädisposition und Vulnerabilität besessen habe. Diese Schlussfolgerungen entsprächen nicht den Tatsachen.

Bezüglich Traumata, Retraumatisierung ergebe sich das Folgende: Die Versicherte habe kurz vor und während ihrer Inhaftierung, bei der Flucht in die ... und auch nach der Ankunft in die Schweiz eindeutige Ereignisse erlebt (unmittelbare Ersthelferin bei Kriegsverletzten, Beobachterin von Kriegsszenen mit verstümmelten Leichen und Körperteilen, gewaltsame Inhaftierung, Demütigung, sexuelle Gewalt, brachiale Gewalt, Flucht ins Ungewisse, Gewalt und psychische Gewalt nach Ankunft in der Schweiz durch den Ex-Partner, währenddessen körperlicher und seelischer Schmerz, Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht etc.), die laut der Definition der ICD-10, des DSM-V, des Schweizer Institutes für Psychotraumatologie und schlussendlich auch der Swiss Insurance Medicine ein eindeutiges traumatisierendes Potential hätten, wobei eines vom Erlebten hier schon dieses Potential besässe. Das Vollbild der PTBS habe sich dann nach ihrer Ankunft in der Schweiz manifestiert, nachdem sie über lange Zeit im Flüchtlingslager hilflos der körperlichen und seelischen Gewalt auch ihres damaligen Partners ausgesetzt gewesen sei. Die erlebten Ereignisse seien einschneidend und traumatisierend, unabhängig davon, ob die Persönlichkeit eines Menschen als vorher „vulnerabil“ oder nicht eingestuft werde. Im Gutachten würden die Traumata, die die Versicherte erlebt habe, zwar anerkannt, jedoch fehlerhaft und bagatellisierend interpretiert. Das traumatisierende Potential werde ihnen nicht zugeschrieben, es werde schlichtweg ignoriert. Diese fehlerhafte Interpretation gelte im Gutachten als einer der Gründe, warum der Versicherten die vorhandene PTBS, an der sie leide, nicht attestiert werde. Diese Diskrepanz der Fakten und der

Beurteilung im Gutachten lasse sich jedoch einfach und klar mit dem bereits Dargelegten widerlegen und seien zum Glück nicht von der subjektiven Betrachtung des beurteilenden Facharztes abhängig.

Die Situation um den Ex-Partner der Versicherten werde im Gutachten gar nicht erwähnt bzw. erneut bagatellisiert. Sie werde lediglich als eine „psychosoziale Belastung ohne IV-Relevanz“ eingestuft. In Wirklichkeit zeige die Tatsache, dass die Versicherte bereit gewesen sei, aus ihrer Heimat zu flüchten und so auch ihre Familie zu verlassen, zu einem Menschen, den sie nur via Facebook gekannt habe, das Ausmass ihrer existentiellen Angst und Verzweiflung. Anders als im Gutachten dargelegt, suche der Ex-Partner der Versicherten weiterhin aktiv Kontakt zu ihr, wodurch sie immer wieder retraumatisiert werde. Sie habe wiederholt erfolglos (auch mittels KESB und Polizei) versucht, diesen Kontakt zu unterbinden. Der Ex-Partner halte die Versicherte sozusagen als Geisel, denn er sei der einzige, der einen Kontakt in ... habe, der gegen Bezahlung Informationen über den sich im Gefängnis befindende Bruder beschaffen könne. Wenn die Versicherte den Kontakt abbreche, sehe sie sich Drohungen des Ex-Partners ausgesetzt, er werde seine dortigen Kontakte gegen den inhaftierten Bruder einsetzen. Die Versicherte werde durch anhaltenden und unfreiwilligen Täterkontakt immer wieder getriggert und retraumatisiert, was zur Aufrechterhaltung der Symptomatik der floriden PTBS führe. Weder im MEDAS-Gutachten noch in deren Stellungnahme vom 28. September 2023 würden diese wichtigen Fakten und Zusammenhänge erwähnt oder berücksichtigt.

Was die zeitlichen Zusammenhänge betreffe, ergebe sich das Folgende: Das Leben der Versicherten sei bis zu den traumatisierenden Ereignissen relativ harmonisch und reibungslos verlaufen. Sie hätte Unterstützung durch ihr Umfeld und eine ausgereifte, gut differenzierte Persönlichkeit ohne Hinweise auf Störungen oder Akzentuierungen gehabt und über sehr gute eigene als auch interpersonelle Ressourcen verfügt. Bis zu den einschneidenden Kriegs- und Gewalterfahrungen habe die Versicherte komplett beschwerde- und symptomfrei gelebt. Einige Zeit vor der Inhaftierung habe sie zum ersten Mal Verstörendes (Kriegsbilder, Blut und tote Menschen) erlebt. Bis zum Zeitpunkt der Inhaftierung habe sie jedoch

keine persönlichen Gewalterfahrungen erlebt. Die verschiedenen Angaben bezüglich Beschwerdemanifestierung im Gutachten widersprüchen sich. Das Gutachten könne weder zum Beginn noch zur Dauer der Beschwerden bzw. Symptome genauer Auskunft geben, was einer genauen Diagnosestellung im Weg stehe.

Im vorliegenden Fall seien die Kernsymptome und Zusatzsymptome einer komplexen PTBS eindeutig gegeben. Um der Diagnostik gerecht zu werden, müssten diese Symptome länger als einen Monat andauern, im vorliegenden Fall sei dies schon über zwei Jahre der Fall. Da die Beschwerden auch über sechs Monate anhielten, müsse von einer chronifizierten PTBS gesprochen werden. Eines der entscheidenden Massstäbe des Gutachtens, um die Diagnose einer PTBS zu verneinen, sei die Krankengeschichte bzw. Aktenlage. Der Gutachter zitiere die gestellten Diagnosen der Austrittsberichte ab dem Jahr 2021, in denen lediglich „aktenanamnestisch PTSD“ erwähnt werde. D.h. diese Diagnose sei sozusagen vom Hören und Sehen übernommen, aber nicht wirklich näher angegangen worden. Natürlich unterstütze diese Interpretation der Akten das Resultat, die PTBS als nicht erwiesen zu betrachten. Allerdings werde im Gutachten der Abschlussbericht der Psychiatrischen Dienste H. \_\_\_\_\_ vom 28. Mai 2019, in welchem Symptome einer PTBS, konkret Flashbacks und Hyperarousal und Vermeidungsverhalten beschrieben würden und als Austrittsdiagnose u.a. eine PTBS (ICD-10 F43.1) diagnostiziert werde, weder erwähnt noch gewürdigt. Das Gutachten weise gravierende Mängel auf. Die Würdigung der Akten sei lückenhaft. Die Anamnese zeige ebenfalls Lücken auf, die Symptomatik sei nicht korrekt erfasst oder werde übersehen. Die im Gutachten gestellten Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sehe er auch als gegeben und diese würden der Grunddiagnose einer komplexen PTBS nicht widersprechen. Im Gegenteil. Alle drei Diagnosen könnten als im Rahmen der Grunddiagnose PTBS verstanden werden (sozusagen als ihre Langzeitfolgen) oder nach dem Komorbiditätsprinzip (ICD-11) gleichzeitig gestellt werden. Die Differentialdiagnostik stütze sich lediglich auf nicht plausibel nachvollziehbares „Widerlegen“ der Beschwerden und deren Nichtbeobachtung, was dazu führe, dass das Gutachten lediglich eine Querschnitt- und keine Längsschnittdiagnostik berücksichtige. Ebenfalls

fehle die Berücksichtigung von möglichen klinischen Varianten einer PTBS, wie z.B. „PTBS mit Leitsymptom Schmerz“. Die Versicherte leide unter einer chronischen komplexen PTBS mit zum Teil floriden Symptomatik mit einer zugleich qualitativen als auch quantitativen Minderung der Leistungsfähigkeit. Mit seiner (Dr. med. E. \_\_\_\_\_) Stellungnahme hoffe und möchte er das Anerkennen der Diagnose einer PTBS erzielen und seiner Patientin dadurch auch die notwendige Unterstützung durch die Invalidenversicherung (Massnahme, Rente) sichern.

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

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

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210

E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

**4.3** Das MEDAS-Gutachten vom 19. April 2023 mit interdisziplinärer Gesamtbeurteilung und Teilgutachten in drei Disziplinen (Psychiatrie und Psychotherapie, Allgemeine Innere Medizin sowie Neuropsychologie; AB 53.1 ff.) sowie die MEDAS-Stellungnahme vom 28. September 2023 (AB 67) zu den im Vorbescheidverfahren vorgetragenen Einwänden (AB 65/1 ff.) und eingereichten Berichten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 15. August 2023 (AB 65/5) und Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 22. August 2023 (AB 65/7) erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 4.2. hiavor). Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten (AB 53.4) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Beschwerdeführerin wurde in den betroffenen Disziplinen untersucht und beurteilt. Die Gutachter haben ihre Befunde und Diagnosen im Rahmen einer interdisziplinären Beurteilung diskutiert und darauf basierend das Leistungsprofil erstellt. Sie kamen zum nachvollziehbaren und überzeugenden Schluss, dass mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) sowie eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung besteht (AB 53.1/5 Ziff. 4.3.1). Aus diesen Diagnosen leitete der psychiatrische Gutachter in der bisherigen Tätigkeit auf Stundenbasis in der ambulanten ... eine 50%-ige und in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 70%-ige Arbeitsfähigkeit ab, dies seit dem 16. Dezember 2021 bei zuvor kurzzeitigen Arbeitsunfähigkeiten (AB 53.1/7 Ziff. 4.5 ff.). Die Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Dem Gutachten kommt damit auch unter Berücksichtigung der übrigen ärztlichen Berichte sowie der Vorbringen der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 6 ff. Ziff. 14 ff.) voller Beweiswert zu und es ist darauf abzustellen.

Soweit Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 20. November 2023 (BB 5) eingangs postuliert, viele Angaben und Feststellungen im psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten seien fehlerhaft, inkonsistent, nicht plausibel und zum Teil widersprüchlich, ist festzuhalten, dass diese Einschätzung erstaunt, hatte er doch in seiner ersten Stellungnahme vom 15. August 2023 noch angegeben, die psychopathologische Befunderhebung, die Anamnese und die spontanen Äusserungen der Beschwerdeführerin entsprächen durchaus dem, was er auch erhoben habe (AB 65/5 Ziff. 2).

Auch die von ihm näher ausgeführten Kritikpunkte vermögen keine Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens zu wecken. Insbesondere der Kritik, die Gutachter postulierten eine bereits vorhandene Vulnerabilität der Beschwerdeführerin, die sich traumatisiert fühle, obwohl eigentlich nichts Schlimmes hätte passieren müssen (BB 5/3), kann nicht gefolgt werden: Gegenteilig hielt der psychiatrische Gutachter es für möglich, dass die Beschwerdeführerin in ... stark belastet, möglicherweise auch traumatisiert wurde und es mit der „schwierigen“ Partnerschaft in der Schweiz möglicherweise erneut zu traumatischem Erleben kam, sie möglicherweise eine PTBS entwickelt hatte, die nunmehr jedoch zumindest grösstenteils als kompensiert zu betrachten sei und nicht in einen chronischen Verlauf im Sinne einer andauernden Persönlichkeitsänderung übergegangen sei. Auf der Grundlage dieser Annahme folgerte der Gutachter, die ursprünglich erlebten traumatisch beschriebenen psychischen Belastungen hätten zu einer erhöhten Vulnerabilität geführt bzw. diese sei Folge einer möglichen PTBS (AB 53.2/9 Ziff. 6.3.1), womit er gerade nicht von einer von Beginn weg vulnerablen Persönlichkeit ausging. Nach dem eben Dargelegten trifft auch der Vorwurf nicht zu, der Gutachter ignoriere das traumatisierende Potential der erlebten Traumata (BB 5/5), ansonsten er nicht von einer möglichen früher stattgehabten, nun grösstenteils kompensierten PTBS ausgegangen wäre. Auch dass sich der Gutachter nicht klar festlegte, ob zu einem früheren Zeitpunkt eine PTBS bestand, ist nicht zu beanstanden, spricht doch die Offenlegung von derlei Unsicherheiten in Bezug auf weniger gut dokumentierte Zeiträume bzw. der Grenzen der Diagnosestellung gerade für den Beweiswert seiner Expertise (vgl. hierzu SUSANNE BOLLINGER, Der Beweiswert psychiatrischer Gutachten in der

Invalidenversicherung, Jusletter vom 31. Januar 2011, Rz. 24 mit Hinweisen; vgl. auch Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 10. Januar 2023, 9C\_452/2022, E. 4.1 e contrario).

Sodann bemängelt Dr. med. E.\_\_\_\_\_, der psychiatrische MEDAS-Gutachter habe betreffend den Ex-Partner der Beschwerdeführerin nicht erwähnt und auch nicht berücksichtigt, dass dieser weiterhin aktiv Kontakt zur Beschwerdeführerin suche und sie quasi seine „Geisel“ sei, weil er der einzige sei, der über einen Kontakt in ... gegen Bezahlung Informationen über ihren im Gefängnis inhaftierten Bruder beschaffen könne. Deshalb könne sie den Kontakt zu ihrem Ex-Partner nicht abbrechen (BB 5/5 f.). Die Beschwerdeführerin, die gegenüber dem psychiatrischen Gutachter aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht (vgl. Art. 28 ATSG) im Rahmen einer psychiatrischen Exploration gehalten war, bedeutsame biografische Umstände in der persönlichen Lebensgeschichte offen zu legen (vgl. Entscheid des BGer vom 19. März 2015, 8C\_671/2014, E. 4.2.2), hat jedoch keine derartigen Umstände geschildert. Vielmehr gab sie anlässlich der psychiatrischen Exploration am 8. März 2023 an, sie rufe den Ex-Partner manchmal noch an, dies sei alles kein Problem mehr, sie habe damit abgeschlossen, es sei „kein grosses Thema mehr“. Sie habe diesbezüglich auch „die Grenze gesetzt“, dies sei schon seit gut anderthalb Jahren abgeschlossen (AB 53.2/4 Ziff. 3.2.8). Soweit den Bruder der Beschwerdeführerin betreffend gab diese anlässlich der gutachterlichen psychiatrischen Exploration an, vom Bruder im Gefängnis wisse man seit über neun Jahren nichts (AB 53.2/3 Ziff. 3.2.3), wobei auch hier kein Bezug zum Ex-Partner erwähnt wurde. Auch in der einwandweise aufgelegten Stellungnahme des Dr. med. E.\_\_\_\_\_, vom 15. August 2023 zum Gutachten (AB 65/5) wurde von einem solchen – von ihm als wichtig bezeichneten (BB 5/6) – „Geisel-Verhältnis“ zum Ex-Partner nicht berichtet, vielmehr wurde die gutachterliche Anamneseerhebung ausdrücklich als korrekt qualifiziert. Sollte es sich – wovon nach dem Dargelegten nicht auszugehen ist – wider Erwarten so verhalten haben, dass die Beschwerdeführerin es unterliess, die Problematik mit dem Ex-Partner wahrheitsgetreu zu schildern, und dies auch von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ unbeanstandet geblieben wäre, so könnte dem Gutachter entgegen der Kritik des nämlichen behandelnden Psychiaters jedenfalls nicht

vorgeworfen werden, er habe diese Umstände zu Unrecht unberücksichtigt gelassen. Schliesslich bliebe auch diesfalls die korrekt erhobene (psychiatrische) Befundlage massgeblich, aus der gutachterlich überzeugend eine aktuell wirksame PTBS wie auch eine darauf basierende Persönlichkeitsänderung bzw. Persönlichkeitsstörung ausgeschlossen wurde.

Was sodann die Einschätzung des Dr. med. E. \_\_\_\_\_ betrifft, wonach sowohl die Kern- wie auch die Zusatzsymptome einer komplexen PTBS eindeutig gegeben seien (BB 5/8 ff.), hat der psychiatrische Gutachter – im Gegensatz zu Dr. med. E. \_\_\_\_\_, der die Schilderungen der Beschwerdeführerin über Triggersituationen und Flashbacks offenbar als hinreichend für die Bejahung der Klassifikationskriterien gemäss ICD-10 einstufte (BB 5/9: „Tatsache ist, dass Frau A. glaubwürdig über Triggersituationen und Flashbacks berichten kann“) – konsequent zwischen den Angaben der Beschwerdeführerin und den von ihm erhobenen Befunden unterschieden, wobei er bei der Exploration keine expliziten Hinweise auf die typischen Merkmale einer PTBS (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 f.) wie Nachhallerinnerungen oder Flashbacks fand und ebenso wenig ein andauerndes Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, wie auch keine gravierenden psychovegetativen Reaktionen und keine Auffälligkeiten in der Psychomotorik feststellen konnte, hingegen eine emotionale Auslenkbarkeit und Schwingungsfähigkeit (AB 53.2/6 Ziff. 4.3, 53.2/9 Ziff. 6.3.1, 67/3). Weiter berücksichtigte er namentlich den Behandlungsverlauf, die aktenmässig dokumentierten Psychostatus und Vordiagnosen (AB 67/4 f.) sowie die Aktivitäten der Beschwerdeführerin in der Schweiz (Absolvieren von Integrationskursen, Deutschkursen, ...-Kurs, Beschäftigung bei einer ...; AB 67/2). Sein daraus gezogener Schluss, die Diagnose einer PTBS könne (zum Gutachtenszeitpunkt) nicht gestellt werden, leuchtet ein.

Alsdann weist Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in seiner zweiten Stellungnahme auf einen – von der Beschwerdeführerin nicht ins Recht gelegten (obschon Dr. med. E. \_\_\_\_\_ diesen der Rechtsvertreterin beigelegt habe; BB 5/12

a.A.) und auch in den amtlichen Akten nicht enthaltenen – Abschlussbericht der Psychiatrischen Dienste H.\_\_\_\_\_ vom 28. Mai 2019 hin, in dem angeblich Symptome einer PTBS beschrieben würden und die Diagnose einer PTBS gestellt werde (BB 5/12). Selbst wenn der nämliche Bericht diese Befunde und Diagnose enthielte, änderte sich am Beweiswert des Gutachtens nichts, weshalb sich eine Edition dieses Berichts im Rahmen der antizipierten Beweismündigung (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) erübrigt. Es kann nämlich unter dem Blickwinkel der bundesrechtlichen Anforderungen an die Beweiskraft fachärztlicher Expertisen nicht unbedenken verlangt werden, dass der begutachtenden Arztpersonen stets sämtliche allenfalls vorhandenen Akten vorliegen müssen (Entscheid des BGer vom 26. November 2018, 8C\_716/2018, E. 4.2). Es kommt vielmehr auf die Umstände des Einzelfalles an, insbesondere ob bei Kenntnis der unberücksichtigt gebliebenen ärztlichen Berichte eine andere Beurteilung erwartet werden konnte. Dies ist hier nicht der Fall. Der erwähnte Abschlussbericht der Psychiatrischen Dienste H.\_\_\_\_\_ datiert nämlich angeblich vom 28. Mai 2019. Selbst wenn zu diesem Zeitpunkt eine PTBS bestanden hätte, liesse sich dies ohne Weiteres in Einklang mit dem vom psychiatrischen Gutachter skizzierten bzw. für möglich gehaltenen Krankheitsverlauf bringen, wonach nach einer eventuell stattgehabten PTBS eine Stabilisierung bzw. Kompensierung stattfand und sich das Geschehen grösstenteils remittierte (AB 53.2/9 Ziff. 6.3.1). Mithin spräche der Bericht gerade nicht gegen die gutachterliche Beurteilung, dass (spätestens) im hier massgebenden Zeitraum (September 2022 [frühestmöglicher Rentenbeginn; vgl. E. 6.4 hiernach]) keine PTBS (mehr) vorlag.

Abgesehen vom erwähnten Abschlussbericht der Psychiatrischen Dienste H.\_\_\_\_\_ vom 28. Mai 2019 wurden von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ keine Aspekte vorgebracht, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder unberücksichtigt geblieben wären. Überdies ist zu beachten, dass der behandelnde Psychiater, der mit seinen Stellungnahmen die Sicherung der notwendigen „Unterstützung durch die IV (Massnahme, Rente)“ beabsichtigte (BB 5/13), einen eigentlichen Rollenwechsel vom behandelnden Arzt zum Parteivertreter vollzog, was den Beweiswert seiner

Ausführungen schmälert bzw. ihnen daher nur begrenzter Beweiswert zukommt (Entscheid des BGer vom 6. Juni 2018, 8C\_79/2018, E. 4.2).

Soweit schliesslich den Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 22. August 2023 (AB 65/7) betreffend, enthält dieser ebenfalls keine neuen oder ungewürdigten Aspekte (vgl. hierzu insbesondere MEDAS-Beurteilung vom 28. September 2023 [AB 67/6 f.]). Insbesondere waren der allgemein-internistischen Gutachterin die von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in nämlichen Bericht erwähnten Bauch- bzw. Beckenbeschwerden sowie die in diesem Zusammenhang gestellte Diagnose einer Adenomyosis uteri bekannt, wobei die Gutachterin die Adenomyose resp. die Abdominalgien unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufführte (AB 53.3 S. 5 Ziff. 6.3.3 erstes Lemma sowie „Gynäkologisch“). Zudem erfolgte von der unterzeichnenden Gynäkologin des Spitals G. \_\_\_\_\_ eine Überweisung an das Schmerzzentrum bei Verdacht auf eine generalisierte Schmerzstörung („Procedere“), womit sie offenkundig eine massgebende psychische Beteiligung der von ihr als „invalidisierend“ postulierten Schmerzen vermutete. Mit dem psychiatrischen Aspekt der Schmerzen setzte sich der psychiatrische Gutachter denn auch hinlänglich auseinander. Mithin besteht kein Anlass für eine gynäkologische Begutachtung.

**4.4** Dem Voranstehenden zufolge bildet das MEDAS-Gutachten inkl. interdisziplinärer Gesamtbeurteilung und Teilgutachten in drei medizinischen Disziplinen vom 19. April 2023 (AB 53.1 ff.) sowie die ergänzende Stellungnahme vom 28. September 2023 (AB 67) eine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung des anspruchrelevanten medizinischen Sachverhalts. Die Beschwerdegegnerin hat diesen somit hinreichend abgeklärt und von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten, sodass keine Weiterungen angezeigt sind. Damit ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit (Tätigkeit in der ... auf Stundenbasis) zu 50% arbeits- und leistungsfähig ist [AB 53.1/7 Ziff. 4.6]), wogegen in einer leidensangepassten Tätigkeit (klar strukturierte vorgegebene Tätigkeit mit klarer Zuordnung und Vorgabe der Aufgaben, mit klarer Einweisung und Einschulung, ohne Schicht- und Nachtdienst, ohne erhöhte Anforderungen an die Flexibilität und

Durchhaltefähigkeit sowie an die Selbstbehauptungsfähigkeit sowie an die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit) eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70% besteht (AB 53.1/7 Ziff. 4.7). Ob der aus psychiatrischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30% in einer angepassten Tätigkeit auch aus rechtlicher Sicht zu folgen ist, braucht mit Blick auf das Ergebnis – so oder anders resultiert kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (vgl. E. 6.9 hiernach) – nicht geprüft zu werden bzw. ist eine Indikatorenprüfung entbehrlich (vgl. E. 3.3.2 hiervor), kann doch eine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte aus der Indikatorenprüfung nicht resultieren (vgl. Entscheid des BGer vom 25. September 2018, 8C\_241/2018, E. 7.5.2).

## **5.**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 20. Oktober 2023 (AB 70), davon aus, die Beschwerdeführerin wäre im Gesundheitsfall zu 80% erwerbstätig. Diese Feststellung deckt sich mit der sog. Aussage der ersten Stunde (vgl. Protokoll Erstgespräch vom 14. März 2022 [AB 13/2]) und wird von der Beschwerdeführerin nicht infrage gestellt. Überdies ist gerichtsnotorisch und entspricht es einer Erfahrungstatsache, dass im ...bereich überwiegend Teilzeit gearbeitet wird (Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 18. Januar 2021, IV/2020/309, E. 4, mit Hinweisen). Folglich ist die Invaliditätsgradbemessung anhand der gemischten Methode (E. 2.5.2 hiervor) vorzunehmen.

## **6.**

**6.1** 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 mitein-

ander 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).

Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte nach Abs. 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV).

**6.2** Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Unterlag das in den letzten Jahren vor Eintritt der Invalidität erzielte Erwerbseinkommen starken Schwankungen, so wird auf ein angemessenes Durchschnittseinkommen abgestellt (Art. 26 Abs. 1 IVV). Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV). Nicht massgebend ist, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59, 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53; SVR 2021 IV Nr. 29 S. 91 E. 2.2).

**6.3** Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Wer-

ten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1<sup>bis</sup> IVV von 50% oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10% für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Andere Abzugsgründe wurden mit der Einführung des neuen Rentensystems im Rahmen der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung per 1. Januar 2022 weder im IVG noch in der IVV vorgesehen (BVR 2023 S. 552).

**6.4** Der frühestmögliche Rentenbeginn liegt unter Berücksichtigung der Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 3.3. hiervor) und der Leistungsanmeldung im März 2022 (AB 1) im September 2022. Dannzumal war das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt, wurde doch spätestens ab Anfang September 2021 eine relevante Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 14.2/1 ff.; vgl. auch AB 53.1/7 Ziff. 4.5). Damit ist der Einkommensvergleich auf das Jahr 2022 hin vorzunehmen.

**6.5** Die Beschwerdeführerin arbeitete ab Juni 2021 als ... im Stundenlohn ohne fixes Arbeitspensum (AB 1/6 Ziff. 5.4, 23, 27) und war bereits ab anfangs September 2021 zu unterschiedlichen Prozentansätzen krankgeschrieben (AB 14.2). Das tatsächlich erzielte Einkommen kann daher nicht hinreichend genau bestimmt werden, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht statistischer Werte herangezogen hat (vgl. E. 6.2 hier-vor). Gemäss der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Ziff. 86-88 (Gesundheits-u. Sozialwesen), Frauen, Kompetenzniveau 1, hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2020 ein monatliches Gehalt von Fr. 4'700.-- erzielt. Hochgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden (vgl. Tabelle Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche, Ziff. 86 [Gesundheitswesen]) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung per 2022 (Ziff. 86-88 [Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen] der Tabelle T1.2.20, Nominallohnindex, Frauen 2021-2022, 2020 [100], 2022 [100.9]) ergibt sich ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 59'183.90 (Fr. 4'700.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.6 Stunden / 100 x 100.9). Soweit die Beschwerdeführerin die Berücksichtigung einer betriebsüblichen

wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden beantragt (vgl. Beschwerde S. 9 f. Ziff. 23), ist ihr nicht zu folgen. Ihre Tätigkeit als ... im ...bereich fällt gemäss NOGA 2008, Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige, Erläuterungen, S. 225 zu Ziff. 869003, unter Ziff. 869003 (Aktivitäten der ..., ...) und damit unter Ziff. 86 der Tabelle Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche, womit die berücksichtigte wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden nicht zu beanstanden ist.

**6.6** Weil die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit im Umfang von 70% nicht bestmöglich verwertet, ist das Invalideneinkommen anhand statistischer Werte zu bestimmen, nämlich des Totalwerts der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Frauen, Kompetenzniveau 1 (Fr. 4'276; vgl. E. 6.3 hiervor). Bei Aufrechnung auf ein Jahr, unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden, einer Anpassung an die Nominallohnentwicklung pro 2022 (Totalwert der Tabelle T1.2.20, Nominallohnindex, Frauen 2021-2022, 2020 [100], 2022 [101.4]) und einer Arbeitsfähigkeit von 70% resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 37'969.15 (Fr. 4'276.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.7 Stunden / 100 x 101.4 x 0.7). Hiervon ist mit Blick auf das unter E. 6.3 hiervor Dargelegte, kein Abzug vorzunehmen. Mit Blick auf den seit dem 1. Januar 2024 vorzunehmenden 10%-igen Abzug vom – anhand statistischer Werte bestimmten – Invalideneinkommen nach Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV (vgl. dazu auch Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 18. Oktober 2023 Abs. 2) ist im Übrigen festzuhalten, dass sich auch unter Berücksichtigung dieses Abzugs am Ergebnis nichts änderte.

**6.7** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 59'183.90 (vgl. E. 6.5 hiervor) und einem Invalideneinkommen von Fr. 37'969.15 resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 21'975.85, was einen Invaliditätsgrad von gerundet 35.85% ( $[\text{Fr. } 59'183.90 \text{ } /. \text{ Fr. } 37'969.15] / \text{Fr. } 59'183.90 \times 100$ ) ergibt. Bei einem Erwerbsanteil von 80% (vgl. E. 5 hiervor) ergibt dies einen gewichteten Invaliditätsgrad im Erwerb von 28.67% ( $35.85\% \times 80\%$ ).

**6.8** Im Haushalt geht die Beschwerdegegnerin von einem Invaliditätsgrad von 0% aus, was von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht bemängelt wird. So erledigt die Beschwerdeführerin die in ihrer 2-Zimmerwohnung (AB 53.2/4 Ziff. 3.2.8) anfallenden Haushaltsarbeiten weitestgehend selbst

bzw. zum Teil mit Unterstützung von Bekannten und Freunden sowie der ... (AB 53.2/5 Ziff. 3.2.10 f.), wobei die intensive Spitexbegleitung gemäss Gutachten für die Eigenständigkeit eher als kontraproduktiv gewertet wurde. Allein im Bereich Finanzen/Administration ortete der Gutachter allfälligen Unterstützungsbedarf (AB 53.2/12 Ziff. 8.3). Im Einklang mit der weitgehenden Selbständigkeit im Haushalt führte der behandelnde Dr. med. E.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 5. August 2022 aus, diesbezüglich bestünden keine Einschränkungen (AB 30/8 Ziff. 4.5), welche Einschätzung von Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im Bericht vom 18. März 2022 [AB 15/7 Ziff. 4.5]) geteilt wurde. Der gewichtete Invaliditätsgrad im Aufgabenbereich beträgt damit 0%.

**6.9** Bei einer gewichteten Einschränkung von 28.67% im erwerblichen Bereich (vgl. E. 6.7 hiervor) und einer solchen von 0% im Aufgabenbereich (Vgl. E. 6.8 hiervor) resultiert ein gesamthaft rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 29%.

## **7.**

Aufgrund des Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 20. Oktober 2023 (AB 70) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **8.**

**8.1** 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 Be-

zahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

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

**8.3** Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist infolge Rückzugs vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsdienst B. \_\_\_\_\_, Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_ z.H.  
der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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