

200 18 621 IV
SCJ/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. Juli 2019

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. Juli 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1956 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Juni 2014 unter Hinweis auf Rücken- und Schulterbeschwerden sowie Darmprobleme bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 11). Im Rahmen erwerblicher und medizinischer Abklärungen holte die IVB die Akten der Krankentaggeldversicherung (AB 33, 48) sowie der Unfallversicherung (AB 47, 61) ein. Am 5. Juni 2015 teilte die IVB der Versicherten mit, dass aufgrund ihres Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Massnahmen möglich seien (AB 49). Mit Bericht vom 10. August 2015 diagnostizierte der behandelnde Psychiater eine seit Dezember 2014 bestehende mittelgradige depressive Episode (AB 53). Nach einem stationären Aufenthalt in der Klinik C._____ vom 24. Mai bis 11. Juni 2016 (AB 68) veranlasste die IVB auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 73) eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 23. März 2017; AB 96.1). Mit Vorbescheid vom 27. April 2017 stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 97). Auf Einwand der Versicherten (AB 102, 104, 106, 111) und Stellungnahmen der Gutachter (AB 109.1) hin erging am 28. September 2017 ein weiterer leistungsabweisender Vorbescheid (AB 110). Nach erneutem Einwand (AB 112, 114, 116, 118) und erneuter Stellungnahme der Gutachter (AB 124) sowie nach Konsultation des RAD (AB 130; vgl. auch AB 119) erging am 24. Mai 2018 wieder ein leistungsabweisender Vorbescheid (AB 131). Einwandweise kündigte die Versicherte die Einholung eines Privatgutachtens an (AB 132), worauf die IVB am 9. Juli 2018 dem Vorbescheid entsprechend verfügte (AB 134).

B.

Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 6. September 2018 Beschwerde erheben und beantragen, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien die Akten für

weitere medizinische Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, eventualiter sei ihr eine ganze, eventuell eine halbe Rente zuzusprechen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung lässt sie im Wesentlichen vorbringen, das Recht auf Beweis sei deshalb verletzt, weil das in Aussicht gestellte Privatgutachten nicht abgewartet worden sei, ohnehin sei eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung angezeigt gewesen und gehe dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten psychiatrischen Teilgutachten die Beweiskraft ab.

Mit Verzicht auf eine ausführliche Beschwerdeantwort vom 26. September 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Stellungnahme bzw. Replik vom 26. November 2018 reichte die Beschwerdeführerin das Privatgutachten vom 14. November 2018 ein (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 4).

Mit Duplik vom 11. Februar 2019 verwies die Beschwerdegegnerin auf Stellungnahmen des RAD vom 8. und 11. Februar 2019 (in den Gerichtsakten) und schloss daraus, dass die Leistungsbeurteilung im psychiatrischen Privatgutachten (BB 4) nicht nachvollziehbar sei.

Am 5. März 2019 reichte die Beschwerdeführerin Schlussbemerkungen ein.

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 der Beschwerdegegnerin vom 24. September 2018 (AB 42). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der IV.

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.

Die Beschwerdeführerin macht vorab und primär eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör geltend (Beschwerde S. 5 f.). Sie bringt sinngemäss vor, die Beschwerdegegnerin habe verfügt, ohne das in Aussicht gestellte Privatgutachten abzuwarten.

2.2 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen,

mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72).

2.3 Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2). Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2).

2.4 Es kann offen bleiben, ob die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin im Verwaltungsverfahren das Recht auf Beweis abgeschnitten hat (vgl. Beschwerde, S. 6 oben). Ein allfälliger Mangel hat jedenfalls als geheilt zu gelten, nachdem die Beschwerdeführerin die von ihr mit Schreiben vom 28. Juni 2018 (AB 132) angekündigte, von ihr beabsichtigte "neutrale Beurteilung" (BB 4) nunmehr dem – mit voller Kognition ausgestatteten – Gericht am 26. November 2018 eingereicht hat und die Parteien Gelegenheit erhalten haben, sich hierzu zu äussern, zumal die beantragte Rückweisung der Sache einem formalistischen Leerlauf gleichkäme, die – beim bereits jahrelangen Verfahren – zu einer unnötigen weiteren Verzögerung führte. Somit erweist sich der ursprünglich gestellte Antrag als überholt, es sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen,

damit diese unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegeben Beurteilung neu entscheide.

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).

3.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

3.2.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

3.2.2 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe

nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

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

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

nem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

3.4.1 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 (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

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 nach den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad).

Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfliessen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

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 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

4.

4.1 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

4.1.1 Dr. med. D. _____, Facharzt für Rheumatologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, begutachtete im Auftrag der Krankentaggeldversicherung die Beschwerdeführerin am 4. November 2014 rheumatologisch (AB 43/7 ff.) und diagnostizierte ein zervikovertebrales Syndrom bei degenerativen Veränderungen im Sinne von Bandscheibenprotrusion C4/C5 und linksbetonte Diskushernie C5/C6 mit Kompression der C6-Wurzel im Neuroforamen, eine Periarthropathia humeroscapularis calcarea links, einen St.n. arthroskopischer Behandlung des linken Kniegelenks, einen St.n. HWS-Distorsion bei Autounfall im Januar 2013, eine ausgeprägte Form einer generalisierten Fibromyalgie, Diskrepanzen in diversen Un-

tersuchungsbefunden infolge Versicherungsbegehrungstendenzen, einen St.n. Karpaltunneloperation rechts vor 25 Jahren und links im April 2014 sowie einen St.n. Dickdarmoperation im April 2014 (AB 43/15). Die Beschwerdeführerin habe sich derart appellativ hilfsbedürftig und so krank gezeigt, dass man ihr keine Tätigkeit zumuten würde. De facto und aufgrund der somatischen Untersuchungen lägen keine gravierenden Defizite vor, welche eine höhere Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Diese dürfte aktuell bei 50 % liegen und sei innerhalb den nächsten vier Wochen sukzessive auf 90 % zu steigern. In einer angepassten, wechselhaften Tätigkeit ohne Stress oder Leistungen unter Zeitdruck, unter Vermeidung von Heben von schweren Lasten und auch von Arbeiten über Kopfhöhe könne die Beschwerdeführerin als voll arbeitsfähig eingeschätzt werden (AB 43/17; vgl. auch AB 84.4).

4.1.2 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 10. August 2015 (AB 53) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit Dezember 2014 bestehende mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.10; AB 53/1 Ziff. 1.1). Am 9. Dezember 2014 habe die erste psychiatrische Konsultation stattgefunden, wobei sich die Beschwerdeführerin über Schlafstörungen, Vergesslichkeit, Traurigkeit, Bedrücktheit, Atemnot, Angstzustände und rasche Reizbarkeit beklagt habe. Sie habe berichtet, dass sie seit dem Verkehrsunfall vom 15. Januar 2013 unter Schmerzen leide; aktuell berichte sie auch von Ängsten, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtern könnte. Es bestehe eine Tendenz zur Chronifizierung und es sei im Verlauf zu einer Zunahme der Schmerzsymptomatologie gekommen. Bei der Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit sowie in vergleichbaren Tätigkeiten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Höhe von 50 % rein aus versicherungspsychiatrischer Sicht attestiert worden (AB 53/2).

4.1.3 Der RAD-Arzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, übernahm im Bericht vom 24. September 2015 (AB 57/7 ff.) im Wesentlichen die Diagnosen des rheumatologischen Gutachters (AB 57/12 unten; vgl. E. 4.1.1 hiervor) und erwartete hinsichtlich der Probleme am Bewegungsapparat unter einem multimodalen Therapie-

regime (auch unter stationären Bedingungen) eine Besserung der Beschwerden und damit ein Ansteigen der Leistungsfähigkeit. Die beschriebene weichteilrheumatische Problematik mit generalisierten Schmerzen könne im Rahmen der Chronifizierung der Schmerzsymptomatik, einhergehend mit einer Schmerzverarbeitungsstörung und damit wiederkehrenden depressiven Episoden, in Zusammenhang gebracht werden. Hier könne ebenfalls erwartet werden, dass unter einem adäquaten, multimodalen Therapier regime sich die Beschwerdesymptomatik reduzieren lasse. In einer angepassten Tätigkeit in Wechselbelastung seien leichte Tätigkeiten unter Vermeidung von Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten, von regelmässiger Überkopfarbeit, von Armvorhalt sowie von Leistungen unter Zeitdruck möglich (AB 57/13).

4.1.4 Anlässlich eines stationären Aufenthalts in der Klinik C. _____ vom 24. Mai bis 11. Juni 2016 wurden ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom, ein grosser Calcaneusplantarsporn rechts sowie Hallux valgus, eine generalisierte Fibromyalgie, eine Periarthropathia humeroscapularis calcarea links, ein myogelotisches Schmerzsyndrom am thorakolumbalen Übergang rechts, eine mittelgradig depressive Episode, eine frozen shoulder links, ein St.n. Karpaltunnelsyndrom und Operation rechts vor 25 Jahren und links im April 2014, ein St.n. Dickdarm-Operation im April 2014 und ein St.n. arthroskopischer Kniegelenksbehandlung diagnostiziert (AB 68/2). Trotz multimodalem Therapieprogramm sei die Schmerzsituation weitgehend unverändert geblieben; aufgrund einer schwierigen psychosozialen Situation und bei einer immer noch bestehenden Traumatisierung durch den Unfall im Jahr 2013 würden diese Schmerzen aufrecht erhalten (AB 68/3).

4.1.5 Der behandelnde Psychiater ging im Bericht vom 25. August 2016 (AB 71) von einem stationären Gesundheitszustand bei unveränderter Diagnose aus (vgl. E. 4.1.2 hiervor); unabhängig von den somatischen Beschwerden bestehe eine anhaltende depressive Symptomatik mit Antriebsminderung, Minderung der Freudfähigkeit, Interessenverlust sowie sozialem Rückzug.

4.1.6 Im polydisziplinären Gutachten des G. _____ (MEDAS) in ... vom 23. März 2017 diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikospondylogenes und zervikozephalles Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0, M53.1, S13.4) bei St.n. HWS-Distorsion 2013 und deutlichen degenerativen Veränderungen der Halswirbel, eine Enthesiopathie der Plantarfaszie rechts bei deutlicher Fehlstatik beider Füsse (ICD-10 M52.2), eine Schallleitungsschwerhörigkeit rechts (ICD-10 H90.1) und eine intermittierende Schwindelsymptomatik (ICD-H10 82), sowie ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit chronische Schulterbeschwerden der adominanten linken Seite (ICD-10 M79.61/M75.4/Z98.8) bei St.n. Rekonstruktion der Supra- und Infraspina-tussehne und postoperativer frozen shoulder, chronische Kniebeschwerden links (ICD-10 M79.66/Z98.8) bei St.n. Riss im medialen Meniskushinterhorn, ein metabolisches Syndrom, einen St.n. Hemikolektomie links bei Divertikulose, eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) und eine chronische Schmerzsymptomatik mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 45.41; AB 96.1/33 f.). Aus polydisziplinärer Sicht sei die Beschwerdeführerin für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitive Überkopfarbeiten, ohne Lärmbelastung und ohne sturzgefährdende Arbeiten zu 100 % arbeits- und leistungsfähig; eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten könne nach dem Schultereingriff vom 10. September 2015 während sechs Monaten angenommen werden. Die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, nicht mehr arbeitsfähig zu sein, könne mit den erhobenen medizinischen Befunden nicht erklärt werden, zumal sie doch im Alltag wenig eingeschränkt sei (AB 96.1/35 f.).

Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, schilderte die Beschwerdeführerin ihren Tagesablauf dahingehend, dass sie, ausser wenn sie Termine habe, am Morgen gerne etwas länger liegen bleibe, da sie in der Nacht wegen der Schmerzen nicht so gut schlafen könne; dass sie ihre Therapien wahrnehme, auch mit dem Bus, aber nicht mehr selber Auto fahre oder alleine zu Fuss unterwegs sei; kleine Einkäufe könne sie selber erledigen, Kontakte habe sie nur in der Familie, letztmals verreist in ihre Heimat sei sie vor drei Jahren, zu Hause koche sie nicht viel und die Tochter helfe z.B. bei den Reinigungsarbeiten und der Wäsche, wenn sie jeweils vorbeikomme (AB 96.1/12 f.). In seiner Beurteilung ging der psychiatrische Gutachter von

einer leichten depressiven Episode, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, verminderten Selbstwert mit negativen Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation und leichten Konzentrationsstörungen aus. Es bestehe diagnostisch auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, mit ausgedehnten Schmerzen im Bewegungsapparat, wobei das Ausmass der Schmerzen mit den somatischen Befunden nicht hinreichend objektiviert werden könne (AB 96.1/13 unten). Die beiden Diagnosen könnten sich gegenseitig negativ beeinflussen. Die Arbeitsfähigkeit müsse hier vor allem aus somatischer Sicht beurteilt werden; eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht könne (auch rückwirkend) nicht attestiert werden. Es sei nachvollziehbar, dass der behandelnde Psychiater aufgrund der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode seit Dezember 2014 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert habe (vgl. E. 4.1.2 und 4.1.5 hiavor); aufgrund der heutigen Untersuchung bestehe nun aber eine leichte depressive Episode. Es sei nicht nur einfach zu einer Verbesserung gekommen, sondern es handle sich bei der Beurteilung aufgrund der heutigen Untersuchung gegenüber der Beurteilung des behandelnden Psychiaters auch um eine etwas andere, strengere Beurteilung (AB 96.1). Es bestehe eine nicht einfache finanzielle Situation durch die Abhängigkeit von der IV-Rente des Ehemannes. Die Beschwerdeführerin sei auch in einem für eine Erwerbstätigkeit nicht mehr jungen Alter. Sie habe durchaus gute Kontakte in der Familie; ausserhalb der Familie habe sie praktisch keine Kontakte mehr. Sie falle aber aus ihrem sozialen Rahmen nicht hinaus, eine deutliche Abstumpfung der Umgebung gegenüber bestehe nicht. Sie nehme auch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wahr (AB 91./15). Trotz allem habe sich die Beschwerdeführerin im Untersuchungsgespräch durchwegs konzentrieren können, die Anamnese sei gut möglich gewesen und sie habe auch Lebensdaten angeben können. Sie habe zwar zuerst angegeben, die Wohnung nicht ohne Begleitung verlassen zu können, habe dann aber auch erwähnt, durchaus auch alleine in die Therapie zu gehen, zu Fuss oder auch mit dem Bus. Da sie sich am Tag hinlege, könnten die Schlafstörungen in der Nacht noch verstärkt werden. Da ihr von der Familie doch viel abgenommen werde, könne ein sekundärer Krankheitsgewinn entstehen.

Obwohl sie sich im Haushalt deutlich eingeschränkt fühle, erledige sie durchaus auch kleinere Einkäufe selber (AB 96.1/16).

4.1.7 Im Bericht vom 29. Juni 2017 (AB 104/4 ff.; vgl. auch AB 116/5 f.) ging der behandelnde Psychiater weiterhin von einer mittelgradigen erheblichen depressiven Symptomatik aus. Im Vordergrund stünden erhebliche affektive Auffälligkeiten; die Beschwerdeführerin zeige eine deutliche depressive Affektivität. Im Weiteren bestehe eine Einschränkung des Antriebes. Die Psychomotorik sei verlangsamt. Zudem bestünden auch Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen. Es bestehe auch eine rasche Ermüdbarkeit. Das formale Denken sei verlangsamt, umständlich, eingengt auf gesundheitliche Beschwerden; das inhaltliche Denken habe erhebliche Insuffizienzgefühle, Gefühle der Wertlosigkeit sowie negativistische und nihilistische Zukunftsperspektiven aufgewiesen. Es bestünden Ein- und Durchschlafstörungen. Die Freudfähigkeit sei gemindert. Es bestehe ein deutlicher Interessenverlust mit einer erheblichen sozialen Rückzugstendenz. Im gutachterlichen Psychostatus (vgl. E. 4.1.6 hiervor) sei festgehalten worden, dass die Stimmung zum depressiven Pol hingerrichtet gewesen sei, ebenso sei die affektive Modulationsfähigkeit als eingeschränkt beschrieben worden. Im Weiteren werde von einer erhöhten Ermüdbarkeit und Schlafstörungen berichtet und auch von einer Minderung des Selbstwertgefühls mit negativen Zukunftsperspektiven. Insbesondere seien aber über die Kardinalsymptome einer depressiven Störung wie Freudfähigkeit oder Interessenverlust und Antriebsminderung keine detaillierten Angaben gemacht worden. Damit weise die psychiatrische Befunderhebung und Beurteilung durch den psychiatrischen Gutachter erhebliche Mängel auf.

4.1.8 Mit Stellungnahme vom 28. August 2017 weisen die Gutachter der MEDAS darauf hin, dass der behandelnde Psychiater (vgl. E. 4.1.7 hiervor) keine neuen Diagnosen vorbringe und keine Veränderung des Gesundheitszustandes geltend mache. Im Gutachten (vgl. E. 4.1.6 hiervor) hätten sie die gestellten Diagnosen begründet und auf objektiv erhebliche Befunde abgestützt; die Beurteilung sei auch mit den möglichen täglichen Aktivitäten nachvollziehbar (AB 109.1/1).

4.1.9 Zu zwischenzeitlich geltend gemachten pneumologisch-schlafmedizinischen Problemen äusserte sich die RAD-Ärztin med. pract.

I. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, im Bericht vom 21. Februar 2018 dahingehend, dass unter adäquater Durchführung einer CPAP-Therapie von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster, körperlich leichter Tätigkeit auszugehen sei (AB 119/6 Mitte; vgl. auch AB 120). Die chronische Knieproblematik links sei spätestens seit 2013 aktenkundig und im polydisziplinären Gutachten (vgl. E. 4.1.6 hiervor) berücksichtigt und gewürdigt worden. Eine zwischenzeitlich durchgeführte zweite Kniespiegelung links sei regelrecht verlaufen, womit zu erwarten sei, dass spätestens drei Monate postoperativ ab Mitte Februar 2018 wieder von einem stabilen Gesundheitszustand auszugehen sei (AB 119/8).

4.1.10 Mit Stellungnahme vom 12. März 2018 bekräftigen die Gutachter der MEDAS, dass sie zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung lediglich eine leichte depressive Störung hätten feststellen können. Es sei durchaus möglich, dass durch die erfolgreiche Behandlung des Schlafapnoesyndroms (vgl. E. 4.1.9 hiervor) keine Depression mehr bestehe. Da der behandelnde Psychiater seine Einschätzung einer mittelgradigen Störung bekräftige (vgl. E. 4.1.7 hiervor), mache möglicherweise eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung Sinn (AB 124/1).

4.1.11 Im Bericht vom 14. Mai 2018 weist die RAD-Ärztin med. pract. I. _____ darauf hin, dass das psychiatrische Gutachten (vgl. E. 4.1.6 hiervor) auf einer eigenständigen Untersuchung durch den psychiatrischen Gutachter beruhe und die gestellten Diagnosen begründet und auf objektiv erhebbaren Befunden abgestützt seien. Das Gutachten sei schlüssig und nachvollziehbar begründet; eine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende relevante Verschlechterung des psychischen Zustandes sei nicht mit dem Erfordernis der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen (AB 130/4 unten).

4.1.12 Im psychiatrischen Privatgutachten vom 14. November 2018 diagnostizierte Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer depressiven Entwicklung (ICD-10 F32.10) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; BB 4/27 unten). Die Schmerzstörung habe ihren Ausgangspunkt von einer somatischen Problematik genommen; psychosoziale

Faktoren spielten dabei nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn, sondern seien verantwortlich für die Aufrechterhaltung der Störung. Dies spreche denn auch gegen das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Gegen eine undifferenzierte Somatisierungsstörung spreche die deutliche Betonung auf empfundene Schmerzen im Rahmen des Gesamtbeschwerdebildes. In Bezug auf die Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode hätten die Hauptsymptome nach ICD-10 vorgelegen, nämlich eine depressive Stimmung, ein Interessenverlust, eine verminderte emotionale Reagibilität sowie eine ausgeprägte Antriebsminderung und erhöhte Ermüdbarkeit. Als sogenannte Zusatzsymptome seien eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Insuffizienzgefühle, eine psychomotorische Hemmung und Schlafstörungen feststellbar. Als "somatische" Symptome lägen ein Interessenverlust, eine verminderte emotionale Reagibilität, ein Libidoverlust und eine psychomotorische Hemmung vor. Angesichts des Tagesablaufs sei ein deutlich reduziertes Aktivitätsniveau und ein sozialer Rückzug (wenn auch, bei intakten Familienverhältnissen, nicht in allen Belangen des Lebens) explorierbar (BB 4/28 ff.). So stehe die Beschwerdeführerin gegen 06.00 oder 07.30/08.00 Uhr auf, der Ehemann bereite das Frühstück vor. Sie gehe danach entweder mit dem Ehemann oder einer Nachbarin auf einen kurzen Spaziergang; wegen des Schwindels gehe sie nicht alleine aus dem Haus. Viel Zeit verbringe sie vor dem Fernseher oder im Liegen. Wenn der Ehemann koche, helfe sie ihm; häufig seien sie auch bei der Tochter zum Mittagessen. Die Wäsche erledige die Tochter; diese komme auch einmal pro Woche und helfe beim Wohnungsputz (BB 4/20 Mitte). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in jedweder ihren körperlichen Möglichkeiten und ihren Fähigkeiten entsprechenden Arbeitstätigkeit, dies ohne zusätzliche Leistungseinschränkung (BB 4/37 Mitte). Im Hinblick auf die Beurteilung des Ausmasses der vorliegenden depressiven Störung bestünden Diskrepanzen zur gutachterlichen Beurteilung von Dr. med. H. _____ (vgl. E. 4.1.6 hier vor). Folge man seiner Darstellung des Psychostatus, dann sei zwar festgehalten worden, dass die Stimmung zum depressiven Pol verschoben gewesen sei und auch die affektive Modulationsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei. Es sei allerdings nicht festgehalten worden in welchem Ausmass, sodass das Ausmass der depressiven Stimmungslage nicht zulässig

nachvollziehbar sei. Die Konzentrationsleistung könne nicht mittels Erinnern an Lebensdaten geprüft und beurteilt werden. Auch das Denken sei eher oberflächlich beschrieben worden; Hinweise auf depressionstypische formalgedankliche Auffälligkeiten, die sich aktuell sehr wohl zeigten, seien nicht beschrieben worden. Auch sei weder in der Anamnese noch im Psychostatus zu entnehmen, ob Diagnose bestimmende Symptome einer depressiven Episode überhaupt erfragt worden seien. Angesichts der doch erheblichen Mängel bei der Befunderhebung erscheine deshalb die diagnostizierte leichtgradige depressive Episode wenig nachvollziehbar (BB 4/38 f.).

4.1.13 Die RAD-Ärztin Dr. med. K. _____, Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, verglich in der Stellungnahme vom 8. Februar 2019 (in den Gerichtsakten) die Befunde in beiden Begutachtungszeitpunkten im Februar 2017 (vgl. E. 4.1.6 hiervor) und August 2018 (vgl. E. 4.1.12 hiervor) miteinander (S. 6 f.) und folgerte daraus, dass die Beschwerdeführerin zu beiden Begutachtungszeitpunkten dialogfähig und situativ anpassungsfähig, veränderungsmotiviert und -fähig, zur Selbst- und Fremdfürsorge befähigt, mobil und reisefähig gewesen sei. Unter Zugrundelegung der objektivierbaren und reproduzierbaren Befunde, der individuellen Fähigkeiten und des Umfangs der Autonomie der Beschwerdeführerin und des Fehlens einer depressiven Tagesrhythmik habe bei ihr zu beiden Zeitpunkten keine leistungsrelevante affektive Störung, sondern allenfalls eine leichtgradige depressive Verstimmung vorgelegen. Abschliessend könne sowohl der Leistungsbeurteilung im psychiatrischen Gutachten der MEDAS als auch der konsensualen Leistungsbeurteilung gefolgt werden, nicht aber der Leistungsbeurteilung im psychiatrischen Privatgutachten (S. 7).

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 anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.2.1 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.2.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der 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 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

4.2.3 Ein Parteigutachten besitzt nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzu-

weichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354; SVR 2018 UV Nr. 26 S. 92 E. 4.1).

4.2.4 Solange keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich sind, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermöchten, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte und Ärztinnen einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Juli 2011, 8C_278/2011, E. 5.3). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

4.3 Die Beschwerdegegnerin stellte in der Verfügung vom 9. Juli 2018 (AB 134) im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 23. März 2017 (AB 96.1; vgl. E. 4.1.6 hiervor) ab.

4.3.1 Diesem Gutachten zufolge sind bei der Beschwerdeführerin verschiedene somatische Diagnosen festzustellen (AB 96.1/33 f.), welche indessen die Arbeitsfähigkeit für eine körperliche leichte angepasste Tätigkeit nicht beeinträchtigen (AB 96.1/34 f.). In ihrer Stellungnahme vom 28. August 2017 (AB 109.1) halten die Gutachter der MEDAS unter Auseinandersetzung mit den von der Beschwerdeführerin neu vorgelegten Berichten (AB 104 und 106) an ihrer Einschätzung der somatischen Situation fest. Nichts anders ergibt sich aus den beiden Stellungnahmen der RAD-Ärztin med. pract. I. _____ vom 21. Februar (AB 119; vgl. E. 4.1.9 hiervor) und 14. Mai 2019 (AB 130). Somit ist von einer gemäss MEDAS-Gutachten (AB 96.1/35 Mitte) seit dem Untersuchungsdatum vom Februar 2017 geltenden vollen Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit aus somatischer Sicht bis zur angefochtenen Verfügung auszugehen. Auch für die vorangegangene Zeit liegt gemäss MEDAS-Gutachten (AB 96.1/35 unten) mit Ausnahme einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit im Anschluss an einen Schultereingriff vom 10. September 2015 während sechs Monaten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht vor. Zudem hatte bereits Dr. med. D. _____ in seinem rheumatologischen Gutachten vom 4. November 2014 (AB 43; vgl. E. 4.1.1 hiervor) für eine angepasste Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert. Diese von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung (AB 134) übernommenen Feststellungen zur somatisch begründeten Arbeitsfähigkeit sind von der Beschwerdeführerin in der Beschwerde zu Recht unbestritten geblieben.

4.3.2 In psychiatrischer Hinsicht ist die im Gutachten der MEDAS (AB 96.1/34 oben) sowie von Dr. med. J. _____ (BB 4/27 unten) übereinstimmend gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) zu Recht ebenfalls nicht bestritten. Zwar wird diese Diagnose vom behandelnden Psychiater in nicht nachvollziehbarer Weise verworfen (AB 104/5 f.); soweit er insbesondere vorbringt, eine Schmerzverarbeitungsstörung sei retrospektiv nie diagnostiziert worden, ist darauf hinzuweisen, dass sich schon im Austrittsbericht der Klinik C. _____ vom 14. Juni 2016 entsprechende Hinweise finden (chronisch multilokuläres Schmerzsyndrom; AB 68/2).

4.3.3 Streitig ist in erster Linie die Beurteilung der depressiven Störung. Die Beschwerdegegnerin macht gestützt auf das Teilgutachten des ME-DAS-Gutachters Dr. med. H. _____ (AB 96.1/11 ff.) geltend, die Beschwerdeführerin leide an einer leichten depressiven Episode, welche die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtige (AB 96.1/14 Mitte). Dagegen bringt die Beschwerdeführerin gestützt auf das von ihr in Auftrag gegebene Gutachten des Dr. med. J. _____ vom 18. November 2018 vor, bei ihr bestehe eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer depressiven Entwicklung (BB 4/27 unten), weshalb ihr eine angepasste Tätigkeit lediglich zu 50 % zumutbar sei (BB 4/37 Mitte).

4.3.3.1 Rechtsprechungsgemäss kommt den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. E. 4.2.2 hiervor). Bei der Beweiswürdigung ist zudem zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (SVR 2018 IV Nr. 77 S. 255 E. 6.3).

4.3.3.2 Es besteht kein Grund zur Annahme, dass der psychiatrische Gutachter Dr. med. H. _____ in seinem Teilgutachten nicht lege artis vorgegangen wäre und seine Einschätzungen auf einer unzutreffenden Würdigung der medizinischen Aktenlage beruhen würden. Es wird auch nicht geltend gemacht, dass die psychiatrische Anamnese nicht korrekt oder unvollständig erhoben worden wäre. Dres. med. E. _____ (AB 104/6 f.) und J. _____ (BB 4/39) bemängeln zwar in Bezug auf die Darstellung des Psychostatus durch Dr. med. H. _____ einen eher oberflächlichen Beschrieb, doch ist der von letzterem diagnostizierten leichten depressiven Episode auch ein weniger eingehender Befund immanent. Im Übrigen begründete Dr. med. H. _____ Inkonsistenzen in Bezug auf die geltend gemachten Konzentrationsstörungen nicht allein mit dem Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin an Lebensdaten erinnert habe, sondern auch generell mit seinen Beobachtungen während des Untersuchungsgesprächs

und der Anamneseerhebung (Dauer: 55 Minuten [AB 96.1/13 Mitte]; AB 96.1/16 Mitte). Der psychiatrische Befund stimmt zudem im Wesentlichen mit demjenigen des Privatgutachters Dr. med. J. _____ überein. Diesbezüglich weist die RAD-Ärztin Dr. med. K. _____ in ihrer Stellungnahme vom 8. Februar 2019 (in den Gerichtsakten; vgl. E. 4.1.13 hiervor) zutreffend darauf hin, dass die medizinische Situation von den beiden Gutachtern grundsätzlich übereinstimmend beschrieben werde.

Unter diesen Umständen führen die Differenzen in der Einschätzung des Schweregrades der depressiven Episode sowie der daraus abgeleiteten Arbeitsfähigkeit nicht bereits dazu, dass vom MEDAS-Gutachten abzuweichen wäre. Dies gilt umso mehr, als sich der psychiatrische MEDAS-Gutachter zum – mit dem Privatgutachten in weiten Teilen übereinstimmenden – Arztbericht des behandelnden Dr. med. E. _____ vom 29. Juni 2017 (AB 104) geäussert (AB 96.1/36 Mitte) und am 28. August 2017 (AB 109.1) erneut begründet hat, weshalb er an seiner Beurteilung festhalte. Es ist deshalb auch unter Berücksichtigung des Privatgutachtens von Dr. med. J. _____ weiterhin auf die Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten des MEDAS-Gutachters Dr. med. H. _____ (AB 96.1/13 ff.) sowie der Leistungsbeurteilung im polydisziplinären Konsens (AB 96.1/34 f.) abzustellen, wie dies die RAD-Ärztin Dr. med. K. _____ in ihrer Aktenstellungnahme vom 8. Februar 2019 (in den Gerichtsakten) überzeugend ausgeführt hat.

Zu keinem anderen Ausgang führt der Hinweis von Dr. med. H. _____, wonach es sich bei seiner Einschätzung, welche von derjenigen des behandelnden Dr. med. E. _____ abweiche, "um eine etwas andere, strengere Beurteilung" handle (AB 96.1/14 unten). Denn gerade weil die ärztliche Beurteilung – von der Natur der Sache her unausweichlich – Ermessenszüge trägt (BGE 137 V 201 E. 3.4.2.3 S. 253), führt eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung durch den versicherungsexternen Spezialarzt nicht dazu, dass an dessen Objektivität zu zweifeln wäre und darauf nicht abgestellt werden könnte (vgl. dazu auch E. 4.2.2 hiervor). Dies gilt umso mehr, als sich die Diagnose einer leichten depressiven Episode lediglich graduell, nicht aber

grundsätzlich von derjenigen einer mittelgradigen depressiven Episode unterscheidet.

4.3.3.3 Auf die von Dr. med. H. _____ am 12. März 2018 angeregte Verlaufsbeurteilung (AB 124) kann verzichtet werden, da keine Hinweise auf eine Veränderung des psychischen Zustandes seit der Begutachtung vom Februar 2017 (AB 96.1) vorliegen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Darauf hat die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____ am 14. Mai 2018 (AB 130/unten; vgl. E. 4.1.11 hiervor) zutreffend hingewiesen.

4.4 Damit ist gestützt auf die schlüssige und beweiskräftige Beurteilung im polydisziplinären MEDAS-Gutachten erstellt, dass die Beschwerdeführerin für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitive Überkopparbeiten, ohne Lärmbelastung und ohne sturzgefährdende Arbeiten zu 100 % arbeits- und leistungsfähig war und ist, dies mit Ausnahme einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit nach dem Schultereingriff vom 10. September 2015 während sechs Monaten (AB 96.1/35 unten). Damit liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor (vgl. E. 3.3 hiervor).

5.

Im Übrigen würde sich auch nichts ändern, wenn auf die vom Privatgutachter attestierte medizinische Arbeitsunfähigkeit von 50 % (BB 4/37 Mitte) abgestellt würde, denn diese müsste einer Überprüfung anhand der Standardindikatoren (vgl. E. 3.2 hiervor) standhalten.

5.1 Trotz der von Dr. med. H. _____ erwähnten "deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung" (AB 96.1/14 oben) liegt (noch) kein Ausschlussgrund vor, zumal Aggravation vom psychiatrischen Teilgutachter ausdrücklich ausgeschlossen wird (AB 96.1/15 Mitte). Ebenfalls verneinte Dr. med. J. _____ aggravatorisches Verhalten (BB 4/34 unten). Insoweit schliesst die Prüfung der ersten Ebene einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus (vgl. E. 3.2.2 hiervor), womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 3.2.3 hiervor).

5.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

5.2.1 Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1. S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

5.2.1.1 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Im Rahmen der Begutachtungen präsentierte sich die objektive Befundlage resp. die Ausprägung der diagnoserelevanten Symptome als nicht schwer resp. nicht deutlich ausgeprägt. Dr. med. K. _____ fasste dies in der Stellungnahme vom 8. Februar 2019, S. 7 (in den Gerichtsakten), dahingehend zusammen, dass die Beschwerdeführerin dialogfähig und situativ anpassungsfähig, veränderungsmotiviert und -fähig, zur Selbst- und Fremdfürsorge befähigt, mobil und reisefähig gewesen sei; zudem habe es an einer depressiven Tagesrhythmik gefehlt.

5.2.1.2 Sodann ist auf den Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. auf die Behandlungs- und Eingliederungsresistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Die Beschwerdeführerin befindet sich seit Dezember 2014 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. E. _____. Die psychiatrischen Konsultationen finden bloss alle zwei bis vier Wochen (gemäss Dr. med. J. _____ alle drei bis vier Wochen; BB 4/21 Mitte) statt (AB 71/2 Mitte); auf eine stationäre Therapie wurde bislang verzichtet. Eine krankheitsbedingte Therapieadhärenz liegt nicht vor. Allerdings könnte die Behandlung gemäss Dr. med. H. _____ intensiviert werden (AB 96.1/16 oben).

5.2.1.3 Es liegen keine wesentlichen Komorbiditäten vor; den körperlichen Begleiterkrankungen kommt gemäss unbestrittener Feststellung im polydisziplinären Gutachten keine Auswirkung auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit zu (AB 96.1/34 f.).

5.2.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) werden in beiden psychiatrischen Gutachten deutlich auffällige

Persönlichkeitszüge oder gar eine Persönlichkeitsstörung verneint (AB 96.1/15 Mitte, BB 4/23 Mitte).

5.2.3 Was den Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) anbelangt, so hat die Beschwerdeführerin gute Kontakte innerhalb der Familie (AB 96.1/12 f.; BB 4/19 f.). Trotz weitgehend fehlender Kontakte ausserhalb der Familie – immerhin unternimmt sie Spaziergänge mit einer Nachbarin (BB 4/20 Mitte) – ist die Beziehungsfähigkeit nicht aufgehoben (AB 96.1/16 unten). Damit hält das soziale Umfeld doch zumindest gewisse Ressourcen bereit.

5.3 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

5.3.1 Zum Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) äusserte sich Dr. med. H._____ dahingehend, dass die Beschwerdeführerin, obschon sie sich im Haushalt deutlich eingeschränkt fühle, dennoch durchaus auch kleinere Einkäufe selber erledige und in der Lage sei, mit dem Bus zu fahren und auch allein zu Fuss unterwegs sei (AB 96.1/12 unten und 96.1/16 unten). Letztmals war sie 2017 in ... zu Besuch (BB 4/20).

5.3.2 Die Beschwerdeführerin nimmt therapeutische Optionen in Anspruch (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), wenn auch in einem geringen Ausmass und lediglich ambulant (vgl. bereits E. 5.2.1.2 hiervor), was gegen einen erheblichen Leidensdruck spricht.

5.4 Im Rahmen einer umfassenden Gesamtbetrachtung fehlt es deshalb am erforderlichen funktionellen Schweregrad der diagnostizierten depressiven Störung, weshalb auch dann kein invalidisierender psychiatrischer Gesundheitsschaden vorliegen würde, wenn hinsichtlich Einschätzung der Schwere der depressiven Episode sowie Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf das Privatgutachten von Dr. med. J._____ (BB 4) abgestellt würde. Da folglich auf die von Dr. med. J._____ attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Optik nicht abzustellen wäre, ist auch unter diesem Gesichtspunkt das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu verneinen.

5.5 Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt (vgl. E. 4.3.1 hiervor) und in psychiatrischer Hinsicht von einer Überwindbarkeit der Beeinträchtigungen auszugehen ist (vgl. E. 5.4 hiervor), sodass auch diesbezüglich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht.

Auf dieser Grundlage ist nachfolgend der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

5.6 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Unter Berücksichtigung der im Juni 2014 erfolgten IV-Anmeldung (AB 11) und von Art. 29 Abs. 1 IVG ist ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin frühestens ab Dezember 2014 möglich. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

5.6.1 Die Beschwerdegegnerin geht davon aus, dass die von der Beschwerdeführerin früher ausgeübte Tätigkeit als ... dem Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 4.4. hiervor) entspricht (AB 134/1 unten), weshalb sie den Anspruch auf Leistungen zufolge fehlender Invalidität abgewiesen hat. Letzten Endes kann offen bleiben, ob diese Auffassung zutreffend ist, wurde doch im MEDAS-Gutachten ausgeführt, ob die frühere Tätigkeit der Beschwerdeführerin dem formulierten Leistungsprofil entspreche, könne mangels genauer Angaben in den Akten nicht beurteilt werden (AB 96.1/35 unten).

5.6.2 Wenn ein Einkommensvergleich vorgenommen würde, so wäre das Valideneinkommen (vgl. E. 3.4.1 hiervor) für das Jahr 2014 gemäss den Angaben im Fragebogen Arbeitgeber vom 2. Juli 2014 auf Fr. 80'430.-- zu beziffern (AB 24/3 Ziff. 2.10).

5.6.3 Indem die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft respektive keiner ihr zumutbaren Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf statistische Werte gemäss LSE abzustellen (vgl. E. 3.4.2 hiervor). Gemäss dem Zumutbarkeitsprofil kann die Beschwerdeführerin körperlich leichte, wechselbelas-

tende Tätigkeiten ohne repetitive Überkopfarbeiten, ohne Lärmbelastung und ohne sturzgefährdende Arbeiten verrichten (vgl. E. 4.4 hiervor). Demnach ist dem Invalideneinkommen praxisgemäss der Totalwert von Tabelle TA1 der LSE 2014, Frauen, Kompetenzniveau 1, im Betrag von Fr. 51'600.-- (Fr. 4'300.-- x 12) zugrunde zu legen (vgl. Entscheid des BGer vom 11. Januar 2018, 9C_621/2017, E. 2.3.1). Umgerechnet auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total: 41.7 Stunden) führt dies zu einem Einkommen in Höhe von Fr. 53'793.--. Im Weiteren stellt sich die Frage nach einem leidensbedingten Abzug (vgl. E. 3.4.2 hiervor): Was das Abzugskriterium der leidensbedingten Einschränkung betrifft, so wird diesem bereits im Rahmen der medizinischen Arbeitsfähigkeit Rechnung getragen und kann damit nicht nochmals in den leidensbedingten Abzug einfließen. Vorliegend wurde das medizinische Zumutbarkeitsprofil nicht derart eingeschränkt formuliert, dass davon ausgegangen werden müsste, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt stünden keine entsprechenden Tätigkeiten mehr zur Verfügung. Dieser hält gerade hinsichtlich hier in Frage kommender Hilfstätigkeiten einen genügend breiten Fächer an Angeboten in Form von Nischenarbeitsplätzen bereit, bei denen den gesundheitlichen Einschränkungen Rechnung getragen werden kann. Hinsichtlich der invaliditätsfremden Abzugskriterien könnte ausschliesslich jenes des Alters in Betracht fallen. Dabei ist jedoch darauf hinzuweisen, dass Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) altersunabhängig nachgefragt werden und entsprechende Tätigkeiten weder ein besonderes Bildungsniveau noch besonders vielseitige Berufserfahrung erfordern (Entscheid des BGer vom 18. April 2019, 8C_687/2018, E. 5.3). Zudem hatte die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns noch eine Aktivitätsperiode von rund acht Jahren vor sich und mit dem Abstellen auf das Kompetenzniveau 1 wurde bereits ein sehr tiefes Invalideneinkommen in Anschlag gebracht, so dass schon deshalb ein zusätzlicher Abzug nicht sachgerecht ist.

5.6.4 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 80'430.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'793.-- resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet 33 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Es besteht folglich kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 3.3 hiervor).

5.7 Berufliche Massnahmen kommen zudem angesichts der festen Überzeugung der Beschwerdeführerin, nicht mehr arbeiten zu können (AB 96.1/36 oben), nicht mehr in Frage und wurden denn auch von der Beschwerdegegnerin mit Mitteilung vom 5. Juni 2015 (AB 49) bereits abgewiesen.

6.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 9. Juli 2018 (AB 134) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

7.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

7.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die 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. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 5. März 2019)
 - 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.