

200 19 109 IV
KOJ/SCC/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. Juli 2019

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsanwältin C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. Januar 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1969 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war von Januar 1991 bis Oktober 1999 (1991 bis 1994 zu 100 %, ab August 1994 zu 50 %) für die D._____ AG als ... tätig (Dossier der Invalidenversicherung [act. II] 1 S. 4, 12). Sie meldete sich im Oktober 1999 erstmals bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an wegen Nacken-, Kopf-, Wirbelsäulen-, Rücken-, Hand- und Handgelenksschmerzen (act. II 1). Nach einer Begutachtung durch das E._____ (polydisziplinäres [internistisches, psychiatrisches, rheumatologisches] MEDAS-Gutachten vom 19. Dezember 2000 [act. II 18]) und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 15. Mai 2001 ab Oktober 1999 bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 70 % eine ganze IV-Rente zu (act. II 21). Bei Revisionen in den Jahren 2006 und 2011 bestätigte die IVB die bisherige ganze IV-Rente (Mitteilungen vom 13. November 2006 [act. II 27] und 9. November 2011 [act. II 33]).

Im Rahmen einer Revision im August 2014 (act. II 35) veranlasste die IVB eine bidisziplinäre Begutachtung durch die Dres. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und G._____, Facharzt für Rheumatologie (bidisziplinäres Gutachten vom 26. Mai 2015 [act. II 47.1]). Mit Vorbescheid vom 24. August 2015 stellte die IVB bei einem IV-Grad von 30 % die Aufhebung der ganzen Rente in Aussicht (act. II 49). Nach Einwand der Versicherten (act. II 53), Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 17. Dezember 2015 (act. II 58 S. 2) und des Gutachters Dr. med. F._____ vom 12. Januar 2016 (act. II 60.1) sowie des RAD vom 29. Januar 2016 (act. II 62 S. 2), hob die IVB mit Verfügung vom 5. Februar 2016 bei einem IV-Grad von 30 % die ganze Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats auf (act. II 63). Die Verfügung wurde nicht angefochten. Ein Gesuch um Eingliederung vom 25. November 2016 (act. II 64) lehnte die IVB – nach Abklärungen und durchgeführtem Vorbescheidverfahren – mit Verfügung vom 30. Mai 2017 ab (act. II 79).

Im Juli 2017 meldete sich die Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen bei der IVB an und reichte dazu Berichte des Spitals H._____ ein (act. II 80). Gegen eine angeordnete Verlaufsbeurteilung beim Psychiater Dr. med. F._____ und bei Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie (act. II 83), erhob die Versicherte Einwand (act. II 88). In der Folge veranlasste die IVB eine Beurteilung durch die Dres. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und K._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie (bidisziplinäres Gutachten vom 5. März 2018 [act. II 101.1]). Gegen den Vorbescheid vom 29. März 2018, worin die IVB bei einem IV-Grad von 30 % die Ablehnung einer Rente in Aussicht gestellt hatte (act. II 104), erhob die Versicherte Einwand (act. II 106), welchen sie am 29. Mai 2018 – nunmehr vertreten durch B._____, Rechtsanwältin C._____ – verbesserte und dazu einen Bericht des Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Spital H._____, vom 23. Mai 2018 einreichte (act. II 111). Nach Stellungnahmen durch den RAD (act. II 114 S. 2 f., 130 S. 2 f.) und der Gutachter (act. II 117) sowie einem erneut durchgeführten Vorbescheidverfahren (act. II 118, 121, 129) lehnte die IVB mit Verfügung vom 9. Januar 2019 den Anspruch der Versicherten auf eine Rente ab (act. II 131).

B.

Am 7. Februar 2019 erhob die Versicherte, vertreten durch B._____, Rechtsanwältin C._____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 9. Januar 2019 sei aufzuheben und es sei ihr per 1. Januar 2018 eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei der medizinische Sachverhalt angemessen festzustellen. Es sei ihr die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und Rechtsanwältin C._____ als amtliche Anwältin beizuordnen.

Mit Beschwerdeantwort vom 8. März 2019 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 13. März 2019 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut unter Beiordnung von Rechtsanwältin C. _____ als amtliche Anwältin.

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 9. Januar 2019 (act. II 131). Streitig ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.1.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

2.1.2 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

2.1.3 Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

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

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

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

2.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

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

2.4.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.4.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditatsschatzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

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

2.5 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).

3.

3.1 Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 5. Februar 2016 hatte die Verwaltung die seit Oktober 1999 zugesprochene ganze Rente (act. II 21) per Ende März 2016 aufgehoben (act. II 63). Nach einer Neuanmeldung im Juli 2017 (act. II 80), worauf die Verwaltung in der Folge eingetreten ist, weshalb das Eintreten praxisgemäss nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114), lehnte die Verwaltung mit angefochtener Verfügung vom 9. Januar 2019 die Zusprechung einer Rente ab (act. II 131). Damit ist hinsichtlich des Rentenanspruchs der Sachverhalt zur Zeit der Verfügung vom 5. Februar 2016 (act. II 63) mit demjenigen bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 9. Januar 2019 (act. II 131) zu vergleichen (E. 2.4.4 hiervor).

3.2 Die rentenaufhebende Verfügung vom 5. Februar 2016 (act. II 63) stützte sich aus medizinischer Sicht auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. F. _____ und G. _____ vom 26. Mai 2015 (act. II 47.1)

und ihre Stellungnahme vom 12. Januar 2016 (act. II 60.1): Die Experten diagnostizierten im bidisziplinären Gutachten vom 26. Mai 2015 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0, F33.1), und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) bei allgemeiner muskulärer Dekonditionierung mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen. Die Gutachter führten an, in der rheumatologischen Untersuchung hätten sich objektiv keine wesentlichen Befundkorrelate gezeigt, die den subjektiven Beschwerden und Schmerzen zuordenbar gewesen wären. Es zeigten sich deutliche funktionelle Überlagerungen, beispielsweise validierbar anhand der positiv geprüften Waddell-Zeichen. Es falle eine allgemeine muskuläre Dekonditionierung auf. Aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, auch wenn körperlich schwere Tätigkeiten im Prinzip aufgrund der muskulären Dekonditionierung ungeeignet seien. Aus psychiatrischer Sicht könne bei der Explorandin auf affektiver Ebene eine gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode festgestellt werden, dies bei einer rezidivierenden depressiven Störung. Die somatisch nicht ausreichend erklärba- ren Befunde für die subjektiv angegebenen Beschwerden und vor allem subjektiven Limitierungen, bei ursächlich nicht vorliegender psychosozialer Belastungssituation, seien einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zuzuordnen. Aufgrund der depressiven Störung könne eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht von 30 % attestiert werden. Formal sei die Schmerzstörung gemäss vorliegenden Kriterien überwindbar und schränke die Arbeitsfähigkeit nicht ein. Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass bei der Explorandin für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine 70 %-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf von 10 bis 15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement. Diese Einschätzung sei mit Sicherheit ab Mai 2015 zu bestätigen. Berufliche Massnahmen könnten bei der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung und der langjährigen beruflichen Dekonditionierung nicht vorgeschlagen werden (act. 47.1 S. 17 f.).

In der Stellungnahme vom 12. Januar 2016 (act. II 60.1) hielten die Gutachter – nach Einwänden der Explorandin – fest, ausser einer herabgesetzten, gelegentlich etwas depressiven Stimmungslage hätten keine psychopathologischen Symptome festgestellt werden können. Die Explorandin habe im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung vor allem über körperliche Beschwerden geklagt. Sie habe berichtet, dass sie die psychiatrische Behandlung im April 2015 aufgegeben und bis jetzt noch keinen neuen Psychiater gesucht habe. Die Aufhebung der IV-Rente habe zur depressiven Exazerbation geführt; die Explorandin sei ab dem 25. September 2015 stationär psychiatrisch behandelt worden. Es sei also davon auszugehen, dass die drohende psychosoziale Belastung durch den Wegfall der Rente die akute depressive Krise massgeblich ausgelöst habe. Die Explorandin sei erstmals stationär psychiatrisch behandelt worden. Es entspreche nicht der klinischen Erfahrung, dass chronische, schwer verlaufende depressive Erkrankungen erst nach Jahren erstmals zu einer stationären Behandlung führten. Die Explorandin sei seit Jahren subjektiv überzeugt davon, dass sie nicht arbeiten könne, wobei sie als Hauptgrund ihre chronischen, körperlichen Beschwerden genannt habe. Es sei aber klar festzuhalten, dass im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung vom 4. Mai 2015 höchstens leichtgradige depressive Verstimmungen hätten festgestellt werden können. Es handle sich also nicht um eine schwere, therapieresistente chronische Depression. Die subjektiven Klagen über physische und psychische Beschwerden genügten nicht, um eine Arbeitsunfähigkeit begründen zu können (act. II 60.1 S. 2).

3.3 Den im Rahmen der Neuanmeldung im Juli 2017 (act. II 80) eingereichten medizinischen Berichten und dem veranlassten Gutachten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Im Bericht vom 16. März 2017 – nach einer teilstationären Behandlung vom 27. Februar bis 14. März 2017 im Spital H. _____ – diagnostizierte Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende, chronifizierte Depression, zurzeit schweren Grades (ICD-10 F33.2). Die Patientin habe sich schwer getan mit dem Besuch der Tagesklinik. Sie habe berichtet, wie anstrengend die Bewältigung des Alltags für sie sei. Sie habe sich nicht in der Lage gesehen, an mindestens

drei Tagen pro Woche, jeweils halbtags, in die Tagesklinik zu kommen (act. II 80 S. 9).

3.3.2 Im Bericht vom 19. Juni 2017 diagnostizierte Dr. med. L. _____, welcher die Patientin seit Februar 2015 ambulant behandelt, eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere Episode bei chronifiziertem Verlauf (ICD-10 F33.2; act. II 80 S. 5). Die Patientin zeige seit 1999 ein chronifiziertes schweres depressives Zustandsbild sowie eine anhaltende Schmerzstörung. Diverse medikamentöse Therapieversuche, ambulante, tagesklinische und stationäre Behandlungsversuche hätten am Zustandsbild nichts verändert. Aufgrund der nun mehr als zweijährigen Beobachtungszeit sei die Patientin zu 100 % arbeitsunfähig und werde nach 17 Jahren fehlender beruflicher Tätigkeit und anhaltend schwerster depressiver Symptome nicht mehr integrierbar sein (act. II 80 S. 7).

3.3.3 Der Hausarzt pract. med. N. _____, Praktischer Arzt, hielt im Bericht vom 20. Juni 2017 fest, es lägen zurzeit als Einschränkungen eine limitierte körperliche Belastbarkeit bei allgemeiner Kraftlosigkeit und chronischem Erschöpfungssyndrom sowie eine verminderte Konzentration, Ausdauer und gerichtete Aufmerksamkeit vor. Arbeiten mit repetitiven Bewegungen oder Heben von Lasten über drei bis fünf Kilogramm seien aufgrund der muskuloskelettalen Schmerzen nicht möglich. Eine Arbeit müsste in wechselseitiger Belastung mit regelmässigen Pausen und vermindertem Arbeitstempo gefunden werden. Aktuell sehe er eine Arbeitsfähigkeit auch mit reduzierter Belastung als nicht gegeben (act. II 80 S. 4).

3.3.4 Im Bericht vom 25. September 2017 zuhanden der IVB diagnostizierte Dr. med. L. _____ eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere Episode (chronifizierter Verlauf; ICD-10 F32.2), und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.2). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. II 90 S. 2 ff.).

3.3.5 Die Dres. med. J. _____ und K. _____ diagnostizierten im Gutachten vom 5. März 2018 aus bidisziplinärer Sicht und mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1), ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom des Bewegungsapparates

(ICD-10 R52.9) mit/bei zervikal- und lumbalbetontem Panvertebralsyndrom, Arthralgien vorwiegend im Bereich der Hände und Füsse und allgemeiner muskulärer Dekonditionierung sowie eine Tendenz zu allgemeiner Hyperlaxität. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie einen somatoformen, diffusen Ganzkörperschmerz, auch im Rahmen der depressiven Störung interpretierbar (ICD-10 F54; act. II 101.1 S. 20). Die Experten hielten fest, aus rheumatologischer Sicht könne von einem vor allem zervikal und lumbal betonten Panvertebralsyndrom gesprochen werden. Bei insgesamt geringer Befundlage sei von einer verminderten Belastungsfähigkeit des Achsenskeletts auszugehen mit einer Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten und einer um 50 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in anhaltend mittelschweren Tätigkeiten. In körperlich leichten bis selten mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten bestehe aus Sicht des Bewegungsapparates eine quantitativ uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht könne auf affektiver Ebene eine gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode festgestellt werden, dies bei einer rezidivierenden depressiven Störung. Die Ganzkörperschmerzen seien als somatoform einzustufen. Gemäss Überprüfung der Indikatoren und Inkonsistenzprüfung könne daraus keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Aufgrund der doch anhaltenden depressiven Störung könne über die Zeit gemittelt eine verminderte Belastbarkeit bestätigt werden, dies im Sinne einer Leistungseinbusse von 30 %, bezogen auf ein hypothetisches Vollzeitpensum. Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht für leichte bis selten mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten eine 70 %-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Das Pensum könne über sechs bis acht Stunden durchgeführt werden, je nach Möglichkeit am Arbeitsplatz Pausen einzuschalten oder stundenweise zu arbeiten, dies bei reduziertem Rendement. Diese Einschätzung könne über die Zeit gemittelt seit dem letzten Gutachten vom Mai 2015 weiterhin bestätigt werden. Intermittierend hätten wohl gewisse Schwankungen aus psychiatrischer Sicht bestanden, die jedoch keine lang anhaltende, höhergradige Arbeitsunfähigkeit begründen könnten (act. II 101.1 S. 21).

3.3.6 In der Stellungnahme vom 23. Mai 2018 legte der behandelnde Psychiater Dr. med. L. _____ u.a. dar, das Beck'sche Depressionsin-

ventar habe einen Wert von 32 ergeben, was einem schweren depressiven Syndrom entspreche (act. II 111 S. 8 Bst. e). Ohne genauere, differenziertere Herleitung habe der psychiatrische Gutachter eine nur leicht- bis mittelgradige depressive Störung beschrieben; dies trotz eindeutigen anamnestischen Angaben mit einem massiv eingeschränkten Tagesablauf, trotz einem eindeutigen Psychostatus, trotz vorliegender Testpsychologie, trotz somatischem Syndrom und ohne adäquate Beschreibung der funktionellen Auswirkungen der Störung (act. II 111 S. 8 Bst. f). Alle Therapieoptionen seien aufgebraucht, es gehe um Linderung des Leidens mit Krisenintervention und um Verhinderung einer Eskalation. Der psychiatrische Gutachter habe übersehen, dass über 16 Jahre von diversen Ärzten immer eine schwere depressive Episode bescheinigt worden sei (act. II 111 S. 9). Er habe übersehen, dass die Patientin über Jahre diverse medikamentöse Behandlungsversuche über sich habe ergehen lassen müssen, dies alles ohne einen entsprechenden Erfolg. Er drücke sich um den Terminus therapieresistent und chronifiziert (act. II 111 S. 10).

3.3.7 In der Stellungnahme vom 9. Juli 2018 hielt Dr. med. O. _____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, u.a. fest, die Durchführung eines Beck'schen Depressionsinventars stelle keine objektive psychometrische Testung dar; die Einordnung erfolge auf der Basis subjektiver Angaben des Probanden. Daher seien Fremdbeurteilungsskalen als objektive psychometrische Tests zu bevorzugen. Im vorliegenden Fall bestünden weitere therapeutische Optionen wie z. B. vollstationäre psychiatrische Aufenthalte; nach leitliniengerechten antidepressiven Psychopharmakotherapien mit leitliniengerechten Switches (Änderungen) und Augmentationen (Ergänzung) der Antidepressiva bestehe die Option einer Elektrokrampftherapie. Es sei hinsichtlich Behandlungserfolg oder -resistenz auf die eingeschränkte Therapieadhärenz bei weit unterhalb des Normbereichs liegendem Wirkspiegel des Medikamentes Quetiapin und damit in Kombination mit oben aufgeführten therapeutischen Optionen verwiesen (act. II 114 S. 3).

3.3.8 In der Ergänzung vom 21. August 2018 (act. II 117) führten die Gutachter Dres. med. J. _____ und K. _____ u.a. aus, das Zustandsbild der Explorandin stelle einen Mischzustand dar, bestehend aus einer de-

pressiven Kernsymptomatik, aber auch aus nicht IV-relevanten Faktoren. So habe sich durch die langjährige Berentung und Arbeitsabstinenz eine Gewöhnung herausgebildet mit psychischer und physischer Dekonditionierung und Passivität. Diese Passivität und Dekonditionierung könne mit einer Regression beschrieben werden, die aber im Prinzip reversibel sei und keinesfalls als therapieresistent bezeichnet werden sollte. Sie entspreche nämlich einer Symptomverdeutlichung, sei es nun bewusst oder unbewusst. Da sich offenbar der Ehemann in eine ähnliche Situation manövriert habe, wäre aufgrund der Paardynamik ein gleichzeitiger Aktivierungsansatz zu suchen (act. II 117 S. 2 Ziff. 4).

3.3.9 In der Stellungnahme vom 25. Oktober 2018 beanstandete Dr. med. L._____, der Gutachter nehme zur Einschätzung, es liege eine chronifizierte, therapieresistente Depression vor, nicht Stellung. Chronizität bedeute, dass das depressive Syndrom länger als zwei Jahre andauere. Therapieresistenz beziehe sich auf das Nichtansprechen auf eine Pharmakotherapie mit zwei unterschiedlichen Antidepressiva von adäquater Dosis und Dauer. Die sozio-medizinische Prognose sei ungünstig und es werde nicht darauf eingegangen, dass mit zunehmender Dauer der depressiven Episode die Wahrscheinlichkeit, eine Remission zu erreichen, erheblich sinke (act. II 129 S. 6).

3.3.10 In der Stellungnahme vom 10. Dezember 2018 führte die RAD-Psychiaterin Dr. med. O._____ aus, der psychopathologische Befund im psychiatrischen Teilgutachten sei streng nach den Kriterien der AMDP vorgenommen worden und es könne nach den definierten Kern- und Zusatzsymptomen einer einzelnen depressiven Episode der aktuelle Ausprägungsgrad der depressiven Symptomatik abgeleitet werden. Die gestellten Diagnosen auf psychiatrischem Fachgebiet seien schlüssig und nachvollziehbar. Neben der zu fordernden Einhaltung der Therapieadhärenz bestehe nach wie vor die ungenutzte therapeutische Option eines stationären Aufenthaltes bei nur zwei sehr kurzen (teil)stationären Aufenthalten im Vorfeld. Zur Kritik des behandelnden Psychiaters hielt die RAD-Psychiaterin u.a. fest, der psychopathologische Befund im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. J._____ vom März 2018 sei nach den AMDP-Kriterien erhoben worden und bilde nach den definierten Kern- und Zusatzsympto-

men der einzelnen depressiven Episode eben keine schwere, sondern eine leicht- bis mittelgradige depressive Symptomatik ab (act. II 130 S. 2).

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

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

3.6 Im Vergleich zur medizinischen Situation im 2015/2016 (E. 3.2 hier vor) diagnostizierten die Gutachter Dres. med. J._____ und K._____ ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom des Bewegungsapparates (ICD-10 R52.9) neu *mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit*, was zu Recht unbestritten ist. Damit ist ein Revisionsgrund erstellt und der Leistungsanspruch frei zu prüfen (E. 2.4.3 hier vor). Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass kein Revisionsgrund vorläge, da das Zumutbarkeitsprofil in den Gutachten vom 26. Mai 2016 und vom 5. März 2018 – (Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer körperlich leichten bis [selten] mittelschweren Tätigkeit [act. II 47.1 S. 18, 101.1 S. 21]) im Wesentlichen unverändert geblieben ist, änderte sich im Ergebnis nichts, da ohnehin – auch

bei einer freien Prüfung (vgl. E. 4.5 hiernach) – kein Rentenanspruch resultiert.

3.7 Die angefochtene Verfügung vom 9. Januar 2019 (act. II 131) stützt sich auf das bidisziplinäre Gutachten vom 5. März 2018 (act. II 101.1) sowie die Ergänzung vom 21. August 2018 (act. II 117). Diese erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (E. 3.5 hiervor) und erbringen vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter Dres. med. J. _____ und K. _____ hatten Kenntnis der Akten (act. II 101.1 S. 7 ff.) und der Angaben der Beschwerdeführerin zum Tagesablauf sowie den Beschwerden (act. II 101.1 S. 12, 14, 17). Sie haben zwar die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin miteinbezogen; die Beurteilung enthält jedoch auch die eigenen Beobachtungen der Experten (act. II 101.1 S. 13, 17 f.). Ihre Beurteilung – aus psychiatrischer Sicht liege aufgrund der Befunde eine leichte bis mittelgradige depressive Störung (act. II 101.1 S. 13) und aus rheumatologischer Sicht sei aufgrund der objektiven Befunde weder die ausgedehnte Schmerzsymptomatik noch die anamnestisch geschilderte, hochgradige Behinderung erklärbar (act. II 101.1 S. 19) – ist nachvollziehbar und schlüssig. Mit Blick auf den psychopathologischen Befund, welcher einer leichten bis mittelgradigen depressiven Störung entspricht (act. II 101.1 S. 12 f.), überzeugt die Aussage, es liege zwar eine depressive Kernsymptomatik vor, jedoch sei auch eine Symptomverdeutlichungstendenz erkennbar (act. II 101.1 S. 15). Die Einschätzung des psychiatrischen Experten, dass sowohl die (kurze) stationäre wie die teilstationäre Behandlungsdauer nicht zu einer schweren depressiven Episode passten (act. II 101.1 S. 14), jedoch die bisherige Behandlung für eine leichte bis mittelgradige depressive Störung *lege artis* sei (act. II 101.1 S. 16), überzeugt. Der Gutachter hatte Kenntnis der abweichenden Angaben des behandelnden Psychiaters und er hat sich damit auseinandergesetzt (act. II 101.1 S. 14). Die Einschätzung der Experten, es bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % für eine leichte bis selten mittel-schwere, adaptierte Tätigkeit, überzeugt (act. II 101.1 S. 21).

Die Vorbringen des Dr. L. _____ in den Stellungnahmen vermögen das schlüssige Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Seine Einschätzung, der Zustand der Beschwerdeführerin mit langjähriger Berentung (von Oktober

1999 [act. II 21 S. 2 ff.] bis Ende März 2016 [act. II 63]) und Arbeitsabstrenzung sei Zeichen einer chronifizierten und therapieresistenten Depression (act. II 129 S. 7), überzeugt nicht. Denn dabei übernimmt er unkritisch die Selbsteinschätzung seiner Patientin, welche sich zu keiner beruflichen Tätigkeit mehr in der Lage fühlt (act. II 101.1 S. 14). Die Aussage in der Stellungnahme vom 6. Februar 2019, die Dekonditionierung sei nichts anderes als eine (irreversible) Persönlichkeitsveränderung, die sich im Laufe der über Jahre andauernden Depression und Schmerzerkrankung eingestellt habe (Akten der Beschwerdeführerin [act.] I 4 S. 3), wird nicht begründet und überzeugt nicht, so dass ihr nicht gefolgt werden kann. Dies gilt auch für den Einwand, Ansätze zur Heilbehandlung gebe es hier nicht mehr und alle Therapieoptionen seien aufgebraucht (act. II 111 S. 9). Es ist zu bemerken, dass das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass der behandelnde Spezialarzt und erst recht der schmerztherapeutisch tätige Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren, mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Entscheid des EVG [heute Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Vielmehr überzeugt die Beurteilung des Experten Dr. med. J. _____, ein Verlauf mit einer schweren Depression während 20 Jahren sei sehr unwahrscheinlich, da depressive Erkrankungen einen wechselhaften Verlauf hätten (act. II 101.1 S. 14). Auch seine Einschätzung, die Passivität und Dekonditionierung könnten als Regression beschrieben werden, diese sollte jedoch nicht als therapieresistent bezeichnet werden (act. II 117 S. 2 Ziff. 5), ist schlüssig; ebenso die Aussage, der behandelnde Psychiater habe wahrscheinlich auch andere eher psychosoziale Faktoren bei seiner Beurteilung berücksichtigt (act. II 101.1 S. 14). Im Übrigen geht die RAD-Psychiaterin davon aus, es bestünden weitere therapeutische Optionen (act. II 130 S. 2). Es liegt bezüglich der Stellungnahmen des behandelnden Psychiaters vom 23. Mai und 25. Oktober 2018 sowie 6. Februar 2019 (act. II 111 S. 5 ff., 129 S. 5 ff.; act. I 4) nicht der Fall vor, dass er einen wichtigen – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringenden – Aspekt benannt hätte, der im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben ist (vgl. SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Vielmehr haben sich sowohl

der psychiatrische Gutachter (act. II 117) wie auch die RAD-Psychiaterin (act. 114 S. 2 f., 130 S. 2 f.) ausführlich mit seiner Kritik auseinandergesetzt.

3.8 Auch die beschwerdeweise vorgetragenen Einwände sind nicht geeignet, das nachvollziehbare bidisziplinäre Gutachten in Zweifel zu ziehen. Entgegen der Beschwerde (S. 5 Ziff. 15) sagt die Dauer der psychischen Erkrankung der Beschwerdeführerin per se über den vorliegend massgebenden Zustand, namentlich die aktuelle Schwere der Depression und Leistungsfähigkeit, nichts aus. Soweit in der Beschwerde (S. 17 f. Ziff. 17 und 18) ausführlich aus den Berichten des Dr. med. L._____ zitiert wird und daraus detaillierte Schilderungen der Beschwerdeführerin wiedergegeben werden, sind diese subjektiven Angaben nicht entscheidend. Zur Kritik (Beschwerde S. 8 Ziff. 21), im Gutachten werde verschiedentlich auf frühere Aktenstücke hingewiesen, ist zu bemerken, dass es gerade zur Aufgabe der Gutachter gehört, die Anamnese aufzuarbeiten und zu berücksichtigen; es lässt sich aus der Erwähnung der früheren Gutachten nicht ableiten, dass die übrigen Berichte der behandelnden Ärzte nicht beachtet worden wären. Es ist auch nicht Aufgabe der Gutachter, die Einschätzung der behandelnden Ärzte zu bestätigen, vielmehr haben sie eine unabhängige Beurteilung abzugeben. Zu den Angaben des Dr. med. L._____ wird im Gutachten sodann Stellung genommen (act. II 101.1 S. 14 Ziff. 3.7). Auch dem Einwand, die Diagnose (leichte bis mittelgradige depressive Störung) werde zu wenig begründet (Beschwerde S. 10 Ziff. 25 und 26), kann nicht gefolgt werden (vgl. auch RAD-Bericht vom 10. Dezember 2018 [act. II 130 S. 2]). Der Gutachter verweist auf seine Befunde (act. 101.1 S. 13 Ziff. 3.3), welche gemäss RAD-Psychiaterin lege artis erhoben wurden (act. II 130 S. 2). Wie bereits erwähnt, erachtete Dr. med. J._____ es zudem als sehr unwahrscheinlich, dass eine über 20 Jahre dauernde (durchwegs) schwere depressive Episode vorliegen könne, was einerseits die RAD-Psychiaterin in ihren Ausführungen (act. II 114 S. 2) bestätigte und andererseits mit Blick auf die bisherigen (teil)stationären Behandlungen (stationäre Hospitalisation vom 25. September bis 16. Oktober 2015 [act. II 89 S. 4, 90 S. 8] und teilstationäre Behandlung vom 27. Februar bis 14. März 2017 [act. II 89 S. 2, 90 S. 9; vgl. auch act. II 101.1 S. 14 Ziff. 3.7]) überzeugt. Die Bemessung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer

angepassten Tätigkeit wird vom Gutachter Dr. med. J. _____ hinreichend differenziert begründet (act. II 101.1 S. 14 Ziff. 3.5). Ebenso wenig kann dem Vorwurf, den Gutachtern habe es an der erforderlichen Objektivität gemangelt (Beschwerde S. 14 Ziff. 36; vgl. auch I 4 S. 3), gefolgt werden. Soweit sinngemäss eine Befangenheit der Gutachter geltend gemacht wird, wäre diese Rüge verspätet (vgl. act. II 92). Im Übrigen sind keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine Befangenheit ersichtlich (vgl. BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109; SVR 2018 UV Nr. 28 S. 98 E. 3.1), insbesondere nicht, dass eine vorgefasste Meinung bestanden hätte (vgl. Beschwerde S. 14 Ziff. 36). Sodann wird das Vorgehen der Gutachter von der RAD-Psychiaterin in keiner Art und Weise beanstandet (act. II 114 S. 2 ff., 130 S. 2 f.).

3.9 Nach dem Dargelegten ist der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und es kann auf weitere Beweismassnahmen in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236) verzichtet werden.

Da im bidisziplinären Gutachten vom 5. März 2018 (act. II 101.1 S. 15 f.) die in BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen berücksichtigt worden sind, ist die darin formulierte Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit zu übernehmen und eine juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens erübrigt sich (vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3 S. 54; Entscheid des BGer vom 4. Juni 2018, 9C_194/2018, E. 4.1).

Es ist deshalb auf die im bidisziplinären Gutachten vom 5. März 2018 attestierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % in einer leichten bis selten mittelschweren adaptierten Tätigkeit abzustellen (act. II 101.1 S. 21).

4.

4.1 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).

Mit Blick auf die Neuanschuldung von Juli 2017 (act. II 80) und die Erfüllung der Wartezeit gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG bestünde frühestens ab Januar 2018 ein Anspruch auf eine Rente (das früher zurückgelegte Wartejahr i.S.v. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG würde in Anwendung von Art. 29^{bis} der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201] angerechnet).

4.2 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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.3

4.3.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

4.3.2 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).

4.4 Letztmals war die Beschwerdeführerin (welche über keine Berufsbildung verfügt [act. II 1 S. 4 Ziff. 6.2]) als ... für die D._____ AG (bis Oktober 1999) zu 50 % tätig (act. II 12); es ist nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sie diese Tätigkeit als Gesunde (nunmehr zu 100 %) noch ausüben würde. Weil sie ihre Restarbeitsfähigkeit von 70 % (vgl. E. 3.9 hiervor) nicht verwertet, ist nicht zu beanstanden, dass die Verwaltung bei der Ermittlung des Validen- und des Invalideneinkommens auf die LSE und dabei auf den gleichen Tabellenlohn abstellte (act. II 131 S. 2). Sind Validen- und Invalideneinkommen vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Tabellenlohnabzugs (vgl. Entscheid des BGer vom 24. Juli 2014, 8C_450/2014, E. 7.3). Im vorliegenden Fall liegt eine Arbeits- und Leistungsunfähigkeit von 30 % vor. Es liegen keine Merkmale vor, die einen zusätzlichen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigten; die leidensbedingten Einschränkungen wurden mit dem Anforderungs- und Belastungsprofil

(körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit [act. II 101.1 S. 21]) bereits berücksichtigt und dürfen nicht nochmals – als abzugsrelevant – herangezogen werden (vgl. E. 4.3.2 hiervor). Sodann führt die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, körperlich schwere bis anhaltend mittelschwere Arbeiten zu verrichten, nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns. Vielmehr ist der Umstand allein, dass nur mehr leichte bis selten mittelschwere wechselbelastende Arbeiten zumutbar sind, kein Grund für einen zusätzlichen leistungsbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst (vgl. Entscheid des BGer vom 6. Oktober 2017, 8C_439/2017, E. 5.5). Angesichts des Zumutbarkeitsprofils ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen. Der Faktor Alter (hier Jg. 1969) wirkt sich nicht lohnsenkend aus. Denn Hilfsarbeiten werden auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) altersunabhängig nachgefragt (vgl. z.B. Entscheid des BGer vom 22. März 2017, 8C_805/2016, E. 3.4.3).

4.5 Die Verwaltung hat zu Recht bei einem Invaliditätsgrad von 30 % eine IV-Rente abgelehnt. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung der IV-Stelle vom 9. Januar 2019 (act. II 131) als korrekt und die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 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.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt und der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VR-PG).

Mit Verfügung vom 13. März 2019 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut, weshalb die Beschwerdeführerin

– unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit ist (Art. 113 VRPG).

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Aufgrund der mit Verfügung vom 13. März 2019 gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin C. _____ als amtliche Anwältin bleibt deren amtliches Honorar festzulegen.

5.3 Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Parteikostenersatz bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen sowie Rechtsschutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbänden aufgrund eines allgemeingültigen pauschalisierten Stundenansatzes festgesetzt, welcher im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert wird. Der Stundenansatz wird je nach fachlicher Qualifikation der Vertretung festgelegt, wobei als fachlich qualifizierte Vertretung diejenige durch Juristinnen und Juristen sowie durch eidgenössisch diplomierte Sozialversicherungsexpertinnen und -experten gilt. Als fachlich nicht qualifizierte Vertretung gelten alle übrigen Parteivertreterinnen und -vertreter (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter www.justice.be.ch). Im Falle der Vertretung durch eine gemeinnützig tätige Rechtsberatungsstelle im Sinne der Rechtsprechung (BGE 135 I 1 E. 7.4.1 S. 4) wird der Stundenansatz bei einer – wie hier – fachlich qualifizierten Vertretung auf Fr. 130.-- und bei einer fachlich nicht qualifizierten Vertretung auf Fr. 80.-- festgelegt.

Die Kostennote von Rechtsanwältin C. _____ vom 18. März 2019 ist nicht zu beanstanden. Gestützt darauf ist das amtliche Honorar auf total Fr. 1'909.-- festzusetzen (Honorar von Fr. 1'722.50 [13.25 Stunden à Fr. 130.--], Auslagen von Fr. 50.-- und MWSt. von Fr. 136.50 [7.7% auf Fr. 1'772.50]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Der amtlichen Anwältin C._____ wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'909.-- festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
5. Zu eröffnen (R):
 - B._____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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