

200 19 548 IV
KNB/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. Januar 2021

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch **B.** _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. Juni 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich unter Hinweis auf Rücken- und in der Folge auch Schulterbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) im Januar 2012 zur Früherfassung und im April 2012 erstmals zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1, 7). Die IVB tätigte in der Folge berufliche und medizinische Abklärungen, in deren Rahmen ihr auch ein von der Krankentaggeldversicherung veranlasstes rheumatologisches Gutachten vom 29. Mai 2012 (AB 25.2) zuzuging. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 26, 59), in dessen Rahmen zusätzliche medizinische Abklärungen (insbesondere ein rheumatologisches Privatgutachten vom 27. Dezember 2012 [AB 44/3 ff.] sowie ein von der IVB veranlasstes psychiatrisches und rheumatologisches Gutachten vom 9. September 2013 [AB 54.1 und 56.1 mitsamt Konsensbeurteilung {AB 57}]) und eine Haushaltabklärung (Bericht vom 17. Dezember 2013 [AB 58/2 ff.]) erfolgten, wies die IVB mit Verfügung vom 18. Februar 2014 bei einem in Anwendung der gemischten Methode (80 % Erwerbstätigkeit und 20 % Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad von 6 % das Leistungsbegehren ab (AB 64). Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im März 2017 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustands in Bezug auf den Rücken, die Arme und die Beine erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 69). Nachdem die IVB zunächst mit Vorbescheid vom 9. Juni 2017 beabsichtigt hatte, auf das neue Leistungsbegehren mangels einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes nicht einzutreten (AB 85), erteilte sie nach Eingang weiterer medizinischer Unterlagen am 18. Dezember 2017 Kostengutsprache für einen manuellen sowie einen Elektrorollstuhl (AB 120 f.) und liess die Versicherte interdisziplinär (orthopädisch und psychiatrisch)

begutachten (undatierte, am 2. Juli 2018 bei der IVB eingegangene Expertise [AB 136.1 f.]) sowie einen Abklärungsbericht Haushalt erstellen (Bericht vom 21. November 2018 [AB 141]). Gestützt darauf stellte sie mit Vorbescheid vom 12. Dezember 2018 bei einem in Anwendung der gemischten Methode (80 % Erwerbstätigkeit und 20 % Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad von 11 % die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 142). Auf Einwand der Versicherten (AB 147) und Stellungnahmen der psychiatrischen Gutachterin (AB 157), des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 161 f.) sowie des Bereichs Abklärungen (AB 163) hin verfügte sie am 6. Juni 2019 wie in Aussicht gestellt (AB 164).

C.

Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, mit Eingabe vom 8. Juli 2019 Beschwerde erheben und was folgt beantragen:

1. Es sei die Verfügung vom 6. Juni 2019 aufzuheben.
2. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente zuzusprechen.
3. Es sei die Beschwerdeführerin durch das Gericht medizinisch begutachten zu lassen.
4. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Haushaltabklärung bei der Beschwerdeführerin zu wiederholen.
5. Eventualiter sei die Sache zwecks Neubegutachtung und anschliessendem Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

In der Beschwerdeantwort schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 6. Juni 2019 (AB 164). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine IV-Rente.

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

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c 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). Er-

werbsunfähigkeit 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).

2.2

2.2.1 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).

2.2.2 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines 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).

2.2.3 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).

2.2.4 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten

Ebene anhand eines normativen Prüfungsrahmens 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 Prüfungsrahmen ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

2.3 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 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.

2.4

2.4.1 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 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neu anmeldungsverfahren – 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).

2.4.3 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 Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

2.5 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 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom März 2017 (AB 69) eingetreten (AB 108) und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft, womit die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der leistungsabweisenden Verfügung vom 18. Februar 2014 (AB 64) und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2019 (AB 164) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.1 hiavor).

3.2 Der leistungsabweisenden Verfügung vom 18. Februar 2014 (AB 64) lagen im Wesentlichen folgende ärztliche Einschätzungen zugrunde:

3.2.1 Zu Handen der Krankentaggeldversicherung stellte Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, im Gutachten vom 29. Mai 2012 keine Diagnose mit langandauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und erwähnte ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom, ein Panvertebralsyndrom, eine chronisch obstruktive Pneumopathie, einen Nikotinkonsum und anamnestisch ein Reizmagen-Syndrom (AB 25.2/6 Ziff. III). In der klinischen Untersuchung hätten diffuse Druckschmerzen und darüber hinaus, abgestützt auf objektivierbare Befunde, ein weitgehend normaler Habitus imponiert (AB 25.2/6 Ziff. IV). Aufgrund der diffusen Druckdolenz und aufgrund der (geschilderten) Beschwerden sei insgesamt von vordergründig nicht somatisch abstützbaren Beschwerden auszugehen (AB 25.2/8 Mitte). Bezüglich der von der Beschwerdeführerin geschilderten multiplen Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit sowie Schmerzen im Brustkorb und Bauch könne jeweils kein korrelierender somatisch-pathologischer Befund objektiviert werden, weshalb an funktionelle Beschwerden zu denken sei (AB 25.2/10 unten). Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht für die von der Beschwerdeführerin zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne aus rein somatisch-

rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess könnten sich krankheitsfremde Faktoren auswirken (AB 25.2/12 unten).

3.2.2 Im Privatgutachten des Spitals C. _____ vom 27. Dezember 2012 diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Schulerschmerzen rechts (Klinik: ligamentäre Instabilität, Überlastungsmyalgie Musculus infraspinatus, hinteres Impingement subakromial), ein chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom links (Klinik: Lumbalgie, Radikulopathie L4 und L5 links mit Parästhesien, Hyposensibilität und Schmerz) und Hyperlaxität sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Nikotinabusus und eine arterielle Hypertonie (AB 44/13 Ziff. V). Es bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Hypermotilität mit muskuloligamentären und capsulären Überlastungssyndromen der rechten Schulter und der lumbalen Wirbelsäule wie auch eine mögliche Radikulopathie im linken Bein. Eine geistige oder psychische Beeinträchtigung bestehe nicht (AB 44/15 Ziff. 1). Die Schmerzen seien reproduzierbar und entsprächen anatomischen Gegebenheiten. Die Beschwerdeführerin sei für die Arbeit als ... mit Heben schwerer Lasten (anamnestisch bis 40 kg), häufigem Bücken, Überkopfarbeiten und Torsionsbewegung in der LWS als nicht arbeitsfähig zu erachten. Eine leichte oder mittelschwere Arbeit mit häufigen Stellungswechseln, Gewichten bis 15 kg, ohne axiale Drehbewegungen und ohne Überkopfarbeiten oder Vornüberneigen sei möglich (AB 44/11 unten). Der Vorgutachter (vgl. E. 3.2.1 hiervor) nehme auf die arbeitsrelevanten Punkte keinen Bezug, weshalb die Validität dieses Gutachtens in Frage zu stellen sei (AB 44/12).

3.2.3 Gemäss gutachterlicher Beurteilung vom 9. September 2013 von Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, liess sich aus psychiatrischer Sicht keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41) und akzentuierte (ängstlich-unsichere) Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1; AB 54.1/11 oben). Aufgrund der seit der Kindheit bestehenden konflikthaften Beziehung mit der alkoholabhängigen Mut-

ter lasse sich bei der Beschwerdeführerin eine Belastung nachweisen, die schwerwiegend genug sei, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen, die erstmals in der Kindheit im Alter von etwa acht oder neun Jahren aufgetreten seien, stehen zu können. In dieser Hinsicht sei von einer chronischen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen auszugehen, wobei der Schweregrad der somatoformen Komponente als leichtgradig zu beurteilen sei (intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit, kein sozialer Rückzug, weder chronische körperliche Begleiterkrankungen noch eine schwerwiegende psychiatrische Komorbidität, keine Therapieresistenz). Die höhere Dosierung der Schmerzmedikation dürfte die Symptome der Müdigkeit und eines vorübergehend aufgetretenen Schwindels wohl hinreichend erklären. Aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde wie auch der geklagten Beschwerden könne die Diagnose einer Depression nicht objektiviert werden; die von der Beschwerdeführerin diesbezüglich subjektiv geklagten Beschwerden seien unter die anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu subsumieren (AB 54.1/12 f. Ziff. 6.2).

3.2.4 Der rheumatologische Gutachter Dr. med. E. _____, Facharzt für Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, diagnostizierte im Gutachten vom 9. September 2013 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom und spondylogenes Reflexsyndrom bei degenerativen Veränderungen (Osteochondrosen L4/5 und L5/S1) und den Verdacht auf ein belastungsabhängiges Radikulärsyndrom L5 und eventuell L4 links zufolge einer Einengung des Neuroforamens L5/S1 links bei bilateraler Rezessusstenose, bestehend seit der Jugend und verstärkt symptomatisch seit 2010, sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Schmerzchronifizierung, den Verdacht auf ein Impingementsyndrom rechts, klinisch regrediente Symptomatik, den Verdacht auf eine Irritation des Musculus femoralis rechts, den Status nach einem Yersinieninfekt 2008, einen Nikotinabusus und eine arterielle Hypertonie (AB 56.1/31 Ziff. 5). Bei der auf die Morphologie fokussierenden Beurteilung durch Dr. med. F. _____ (vgl. E. 3.2.1 hiervor) nicht berücksichtigt seien die funktionellen Störungen der Wirbelsäulen- oder Gelenksverbindungen, welche zu reflektorischen Veränderungen in den angrenzenden Weichteilen führten (AB 56.1/37 Mitte). Die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule seien noch nicht weit fortgeschritten. Die ausgedehnten

Schmerzen dürften zu einem wesentlichen Teil nicht somatischer Genese sein. Dafür sprächen nicht nur die Beobachtungen des Dr. med. F. _____ (vgl. E. 3.2.1 hiervor), sondern auch das Nichtansprechen auf Analgetica, unter anderem auch Opioide, und die "Erstverschlimmerung" bei der sehr sanften Craniosakraltherapie. Die Beschwerdeführerin sei bezüglich der LWS vermindert belastbar. Übereinstimmend mit den Rheumatologen des Spitals C. _____ (vgl. E. 3.2.2 hiervor) sei der Beschwerdeführerin die bisherige Arbeit nicht mehr zumutbar. Ein leichte oder mittelschwere Arbeit mit Wechselbelastung ohne Gewichtheben über 15 kg und mit nur gelegentlichem Heben über Schulterhöhe sei ihr jedoch aus rein rheumatologischer Sicht zumutbar; dabei sei sie weder im Arbeitspensum noch in der Leistungsfähigkeit eingeschränkt (AB 56.1/35). Da sich aus rein psychiatrischer Sicht keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren lasse (vgl. E. 3.2.3 hiervor), könne als gemeinsame interdisziplinäre Beurteilung diejenige des rheumatologischen Gutachtens uneingeschränkt übernommen werden (AB 57).

3.3 Was den Gesundheitszustand seit der Neuanmeldung im März 2017 (AB 69) betrifft, hat die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das ihr am 2. Juli 2018 zugegangene Gutachten der MEDAS G. _____ GmbH (MEDAS; AB 136.1/ f.) abgestellt:

3.3.1 Im psychiatrischen Teilgutachten führte Dr. med. H. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie, aus, aufgrund der multiplen und auch wechselnden körperlichen Symptome, die über viele Jahrzehnte seit der Kindheit bestünden, als auch der organisch nicht voll erklärbaren Schmerzgenese und -intensität handle es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4 – dies ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit). Aufgrund der langjährig bestehenden starken und quälenden Schmerzen hätten sich bei der Beschwerdeführerin zunehmend Interessenverlust, verminderter Antrieb, vermindertes Selbstwertgefühl, Insuffizienzgefühl, sozialer Rückzug, Schuldgefühle, Appetitverlust als auch Schlafstörungen entwickelt, was zusätzlich zu einer depressiven Störung seit Ende 2017 führe (gegenwärtig mittelgradige Episode [ICD-10 F32.1] – dies mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; AB 136.2/16 f. Ziff. 6). Aus psychiatrischer Sicht liessen sich bei der Be-

schwerdeführerin nach unauffälliger Kindheitsentwicklung trotz schwierigem sozialem Familienumfeld (alkoholabhängige Mutter; vgl. AB 136.2/17 Mitte) über Jahre keine psychischen Störungen mit Krankheitswert erheben; seit Ende 2017 könne eine depressive Störung erhoben werden. Jedoch hätten sich im Rahmen der psychiatrischen Exploration keine wesentlichen kognitiven Störungen erheben lassen und Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit sowie Gedächtnisleistungen erschienen nicht wesentlich beeinträchtigt. Es fänden sich keine Hinweise für inhaltliche Denkstörungen; die Beschwerdeführerin wirke im Denken negativistisch auf ihre (v.a. körperlichen) Beschwerden, ihre soziale Situation mit mangelnden Zukunftsperspektiven eingeengt und es würden gewisse Zukunftsängste geäussert. Daneben bestünden Insuffizienz- und Versagensgefühle. Suizidgedanken würden verneint. Motivation und Interessen erschienen vermindert. Es würden Schlafstörungen angegeben; es bestehe eine subjektiv vermehrte Müdigkeit, was sich zum Untersuchungszeitpunkt nicht habe erkennen lassen. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen erschienen deutlich vermindert (AB 136.2/18 f.). Im Vordergrund der psychosozialen Problematik stehe vor allem ein fehlender Arbeitsplatz (AB 136.2/19 unten); daneben bestünden vorhandene und mobilisierende Ressourcen mit intakter Partnerschaft und sozialem Umfeld und es liessen sich verschiedene Aktivitäten im Tagesablauf erheben (AB 136.2/20 Mitte). Unter therapeutischen Massnahmen mit ausreichend dosierter antidepressiver Medikation sei durchaus eine Besserung der depressiven Störung als auch der Schmerzstärke zu erwarten (AB 136.2/21 oben). Bei der Beschwerdeführerin könne trotz der depressiven Störung eine zumutbare Willensanstrengung zur Fortführung der beruflichen Tätigkeit mit Verwertung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden (AB 136.2/21 unten). So könne seit etwa Ende 2017 in der angestammten Tätigkeit als ... eine Arbeitsfähigkeit von 60 % und in einer angepassten Tätigkeit (ohne erhöhte emotionale Belastung, erhöhten Zeitdruck, erforderliche geistige Flexibilität, vermehrte Kundenkontakte, überdurchschnittliche Dauerbelastung und Nachtarbeit) von 70 % bei vollem Stundenpensum (Leistungseinschränkung von 40 bzw. 30 % aufgrund der depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode) angenommen werden. Unter therapeutischen Massnahmen sei innerhalb eines Jahres eine Besserung des psychischen Zustandsbildes mit Leistungssteige-

rung und etwa 90%-iger Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zu erwarten (AB 136.2/23 f. Ziff. 8).

3.3.2 Im orthopädischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Pseudocervicobrachialgie beidseits bei Uncovertebralarthrose C4 bis 7 mit neuroforaminaler Einengung C4/5 links und eine Pseudolumboischialgie links bei Osteochondrose L5/S1 mit leichter neuroforaminaler Einengung links und Status nach Implantation eines Neurostimulators im November 2013. Generell könne das Ausmass der subjektiven Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit mit den objektiven Befunden nicht genügend plausibilisiert werden und die Abhängigkeit von einem Elektrorollstuhl bleibe aufgrund der Untersuchungsbefunde unerklärlich (AB 136.1/11 Mitte). Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb bei den subjektiv starken Wirbelsäulenschmerzen lediglich Dafalgan als Schmerzmittel verwendet werde, und aufgrund der Blutspiegelbestimmung im Serum könne davon ausgegangen werden, dass dieses entgegen den Angaben der Beschwerdeführerin auch nicht regelmässig eingenommen werde. Die Ausstrahlung der Schmerzen und die Sensibilitätsstörungen könnten aufgrund der MRI-Befunde nicht objektiviert werden. Es sei auch nicht plausibel, weshalb ein Elektrorollstuhl benötigt werde, nachdem das Gehen ohne Hilfe anlässlich der Begutachtung problemlos möglich gewesen sei, inklusive Zehen- und Fersengang. Der Beurteilung des Rheumatologen Dr. med. F._____ (vgl. E. 3.2.1 hiervor) könne "nicht beigeplichtet werden, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege" und eine volle Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit bestehe, da der Befund an der LWS nicht unbedingt altersentsprechend normal gewesen sei. Das Gutachten des Spitals C._____ (vgl. E. 3.2.2 hiervor) sei qualitativ ungenügend und das Gutachten des Rheumatologen Dr. med. E._____ (vgl. E. 3.2.4 hiervor) nicht präzise, sei doch die Gewichtslimite von 15 kg hypothetisch und könne nur mittels Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit genau bestimmt werden, weshalb die volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht akzeptabel sei (AB 136.1/12 ff. Ziff. 7.3). Die Arbeitsfähigkeit als ..., körperlich primär leicht und manchmal mittelschwer, in temperierten Räumen, stehend und gehend mit häufig inklinierter und rotierter Körper-

haltung beim Reinigen der Räume betrage bei voller Stundenpräsenz 60 %. Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechselnd sitzend und stehend und ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen könnten seit jeher bei voller Stundenpräsenz zu 100 % zugemutet werden (AB 136.1/14 Ziff. 8).

3.3.3 Konsensual attestierten die Gutachter in der bisherigen Tätigkeit namentlich aufgrund der somatischen Diagnosen (vgl. E. 3.3.2 hiervor) eine Arbeitsfähigkeit von 60 % bei voller Stundenpräsenz seit Februar 2016. Angepasste Tätigkeiten könnten seit jeher bei voller Stundenpräsenz zu 100 % zugemutet werden; seit Ende 2017 betrage die Arbeitsfähigkeit aufgrund der depressiven Störung mit aktuell mittelgradiger depressiver Episode bei voller Stundenpräsenz 70 %, wobei unter Intensivierung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung kombiniert mit einer ausreichend dosierten antidepressiven Medikation innerhalb eines Jahres eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf etwa 90 % (bei voller Stundenpräsenz) zu erwarten sei (AB 136.1/19 f. lit. c).

3.3.4 Dem RAD-Arzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zufolge (Stellungnahme vom 24. Mai 2019; AB 161/2 f.) ist das orthopädische Gutachten (vgl. E. 3.3.2 hiervor) schlüssig und nachvollziehbar und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit entspreche den gängigen Leitlinien. Die darin gestellten Diagnosen würden im Bericht des Zentrums K. _____ vom 17. Januar 2019 (AB 154/2 f.) bestätigt.

Gemäss RAD-Arzt Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Stellungnahme vom 24. Mai 2019; AB 162/2 f.), kann auch an der Beurteilung der psychiatrischen Begutachtung (vgl. E. 3.3.1 hiervor) festgehalten werden. Der darin erhobene Befund werde bei der differentialdiagnostischen Beurteilung im Gutachten unter Ziff. 7 (AB 136.2/17 ff.) ganz so aufgegriffen, wie er unter Ziff. 4.3 (AB 136.2/15 f.) dargelegt worden sei. Der psychopathologische Befund passe zudem zur gestellten Diagnose einer depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode. Überzeugende Hinweise dafür, dass der im Gutachten dargelegte psychopathologische Befund nicht derjenige der Beschwerdeführerin sei, ergäben sich somit nicht.

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).

3.4.1 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.2 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).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung (AB 164) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das ihr am 2. Juli 2018 zugegangene Gutachten der MEDAS (AB 136.1/ f.; vgl. E. 3.3.1 ff. hiervor) abgestellt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen, weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. E. 3.4 hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf einlässlichen fachärztli-

chen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Gestützt darauf haben die Gutachter die medizinischen Befunde, die gestellten Diagnosen und die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen zur medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und überzeugend begründet. Die Ergebnisse der einzelnen fachärztlichen Untersuchungen fanden sodann Eingang in die umfassende interdisziplinäre Konsensbeurteilung. Auf das MEDAS-Gutachten kann somit abgestellt werden. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, vermag dessen Beweiswert nicht in Zweifel zu ziehen:

3.5.1 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, das psychiatrische Teilgutachten weise statt ihres eigenen Untersuchungsbefunds denjenigen einer Frau S. aus (vgl. AB 136.2/15 Ziff. 4.3) und enthalte somit Passagen einer anderen Begutachtung (Beschwerde, S. 5 ff. Ziff. 14 ff.), ergibt sich aus dem Kontext ohne weiteres, dass es sich dabei um einen offensichtlichen, wenngleich unschönen, Verschieb im Gutachten handelt. Einerseits nimmt die Gutachterin in der vorangehenden Ziff. 4.1 (auf derselben Seite) des Gutachtens namentlich Bezug auf die Beschwerdeführerin und auch die Anamneseerhebung (AB 136.2/8 ff. Ziff. 3.2) stimmt mit den früher von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben überein; andererseits stellte schon der RAD-Arzt Dr. med. L. _____ überzeugend fest, dass sich der im Gutachten (zwar auf den Namen einer Frau S.) erhobene Befund bei der differentialdiagnostischen Beurteilung im Gutachten unter Ziff. 7 (AB 136.2/17 ff.) identisch präsentiere und zur gestellten Diagnose einer depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode passe (AB 162/2 unten; vgl. E. 3.3.4 zweiter Abschnitt hiervor). Die Gutachterin selber bezeichnete den falschen Namen in der Stellungnahme vom 30. April 2019 denn auch als einen 'Verrutscher', wobei die Daten übereinstimmen würden (AB 157/2). Damit kann eine (auch bloss partielle) Verwechslung der zu begutachtenden Person – aber auch der Diagnosen samt Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit – ausgeschlossen werden.

3.5.2 Auch die Ausführungen der Beschwerdeführerin, wonach die Indikatoren von der Gutachterin nicht umfassend und korrekt gewürdigt worden

seien (Beschwerde, S. 8 f. Ziff. 22 ff.), verfangen nicht. Gerügt wird in der Beschwerde, S. 8 Ziff. 23, es sei eine Ausscheidung einzelner Beschwerden wegen fehlender invalidenversicherungsrechtlicher Relevanz erfolgt. Der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wurde von Dr. med. H._____ eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit abgesprochen (AB 136.2/17 Ziff. 6.2), was überzeugt. Schon im Gutachten vom September 2013 wurde in Bezug auf die damalige Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen (AB 54.1/11 oben) eine arbeitsfähigkeitseinschränkende Relevanz verneint (AB 54.1/14 Ziff. 6.3; vgl. E. 3.2.3 hiervor), da der Schweregrad der somatoformen Komponente mitunter mangels einer schwerwiegenden psychiatrischen Komorbidität als leichtgradig beurteilt wurde und die Diagnose einer Depression nicht objektiviert werden konnte (AB 54.1/13). Zwischenzeitlich entwickelte die Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der langjährigen Schmerzsymptomatik mit psychosozialen Problemen eine depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger depressiver Episode. Damit besteht zufolge Dr. med. H._____ *keine* von der Schmerzsymptomatik unabhängige oder sich verselbstständigte depressive Erkrankung und es liegt (statt "eine" wie im Gutachten fälschlicherweise wiedergegeben) keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere und Ausprägung sowie Dauer vor (AB 136.2/20 oben). Namentlich aufgrund dieser eben zur langjährigen Schmerzsymptomatik gehörenden depressiven Störung attestierte die Gutachterin nunmehr eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 136.2/23 f. Ziff. 8), womit die Depression vorliegend gebührend berücksichtigt worden ist. Sodann entspricht der von der Beschwerdeführerin geltend gemachte beinahe komplette soziale Rückzug fast ohne soziale Kontakte (Beschwerde, S. 8 f. Ziff. 24 f.) nicht ihren Angaben anlässlich der Begutachtung (AB 136.2/13 Ziff. 3.2.11); ihre diesbezüglichen Ausführungen beurteilte die Gutachterin denn auch dahingehend, dass die Beschwerdeführerin immerhin verschiedene Aktivitäten im Tagesablauf (Haushaltverrichtung mit Hilfe, Spazierfahrten mit Rollstuhl, zumindest wenige Kontakte mit Angehörigen und Freunden bei intakter Partnerschaft [vgl. E. 3.3.1 hiervor]) zeige (AB 136.2/22 Ziff. 7.3), was sich als nachvollziehbar erweist. Insgesamt schloss Dr. med. H._____ überzeugend und einleuchtend auf vorhandene und mobilisierende Ressourcen und eine zumutbare Willensanstrengung hinsichtlich einer beruflichen Tätigkeit.

3.5.3 In somatischer Hinsicht stimmt das MEDAS-Gutachten – trotz diagnostischer Nuancen – dahingehend mit den Vorgutachten überein, als das Ausmass der subjektiven Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit mit den objektiven Befunden nicht genügend plausibilisiert werden kann (AB 136.1/11 Mitte bzw. AB 25.2/6 Ziff. IV, 25.2/8 Mitte und 56.1/35 oben) und eine angepasste Tätigkeit (vgl. dazu auch die Beschwerdeantwort, S. 3 Ziff. 8) als vollumfänglich zumutbar erachtet wird (AB 136.1/14 Ziff. 8 bzw. AB 25.2/12 unten, 44/11 unten und 56.1/35). Nichts anderes ergibt sich aus dem Bericht des Zentrums K. _____ vom 17. Januar 2019 (AB 154/2 f.; vgl. auch AB 161/2 f.). Damit ist in somatischer Hinsicht keine wesentliche Veränderung eingetreten und es ist nicht weiter zu prüfen, wie es sich mit der Kritik von Dr. med. I. _____ an den früheren Gutachten (vgl. u.a. AB 136.1/13 f.) bzw. den von Dr. med. M. _____, Facharzt für Anästhesiologie, behaupteten Beleidigungen (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 3; vgl. auch die entsprechenden Vorbringen in der Beschwerde, S. 9 ff. Ziff. 27 ff.) verhält. Soweit dessen Feststellung, wonach die Beschwerdeführerin auch ohne Rollstuhl normal gehen könne (AB 136.1/8), in der Beschwerde, S. 9 Ziff. 26, als tendenziös bezeichnet wird, gilt es zu beachten, dass der Gutachter diese Aussage aufgrund eigener Beobachtungen anlässlich der Begutachtung gemacht hat, wonach das Gehen (inklusive Zehen- und Fersengang) ohne Hilfe problemlos möglich gewesen sei (AB 136.1/13 oben). Aufgrund seiner diesbezüglichen Ausführungen ist denn auch zu folgern, dass sich die Verwendung eines Elektrorollstuhls mit den erhobenen Befunden nicht begründen lässt und sich dies zudem dekonditionierend auswirkt, was es im Rahmen der Schadenminderung zu vermeiden gilt.

3.5.4 Nach dem Gesagten lassen die Ausführungen der Beschwerdeführerin keine Zweifel an der von den MEDAS-Gutachtern für eine angepasste Tätigkeit formulierten (weitgehenden) Leistungsfähigkeit (AB 136.2/19 f. lit. c; vgl. E. 3.3.3 hiervor) aufkommen, so dass kein Bedarf für eine zusätzliche medizinische Abklärung besteht (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.6 Angesichts einer noch 2013 verneinten psychischen Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (insbesondere auch einer Depression;

AB 54.1/11 oben und 54.1/13 unten; vgl. E. 3.2.3 hiervor) und der neu (seit Ende 2017) diagnostizierten depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; AB 136.2/16 f. Ziff. 6; vgl. E. 3.3.1 hiervor), ist eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten und somit ein medizinischer Revisionsgrund erstellt, was denn auch zu Recht unbestritten ist. Nachfolgend ist damit frei zu prüfen, ob diese Veränderung geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.3 hiervor).

3.7 Dem beweiskräftigen (vgl. E. 3.5 hiervor) MEDAS-Gutachten wie auch den früheren rheumatologischen Gutachten zufolge ist die Beschwerdeführerin trotz somatischer Einschränkungen in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig (AB 136.1/14 Ziff. 8 bzw. AB 25.2/12 unten, 44/11 unten und 56.1/35). In psychiatrischer Hinsicht zeitigt die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; bzw. die früher diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen [ICD-10 F45.41]) keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 136.2/17 Ziff. 6.2; vgl. auch AB 54.1/14 Ziff. 6.3), wohl aber die im Zusammenhang mit dieser seit Ende 2017 entwickelte depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F32.1; AB 136.2/17 Ziff. 6.1); deswegen ist gemäss dem psychiatrischen Gutachter eine angepasste Tätigkeit nur noch zu 70 % bzw. nach rund einjähriger Therapie immerhin wieder zu 90 % möglich (AB 136.2/23 f. Ziff. 8, 136.2/19 f. lit. c). Obwohl damit aus rechtlicher Sicht eigentlich kein verselbständigter psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert – bzw. höchstens wegen reduzierter Ressourcen – vorliegt, kann dies hier letztlich offen bleiben (vgl. E. 3.8 sogleich).

3.8 Auf dieser medizinischen Grundlage ist die Invaliditätsbemessung vorzunehmen. Einerseits kann eine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte auch aus einer Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.2.4 hiervor) nicht resultieren (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. September 2018, 8C_241/2018, E. 7.5.2). Andererseits kann die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Prüfung, ob die medizinisch-theoretisch attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 bzw. 10 % aufgrund des psychischen Gesundheitsschadens (vgl. E. 3.7 hiervor) nach durchgeführter Indikatorenprüfung (vgl. E. 2.2.4 hiervor) auch eine renten-

relevante Invalidität begründet respektive rechtlich massgeblich ist (AB 141/5; vgl. auch Beschwerdeantwort, S. 3 Ziff. 6), vorliegend deshalb unterbleiben, weil selbst unter Annahme dieser maximalen Arbeitsunfähigkeit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert (vgl. E. 5.7 nachfolgend).

4.

4.1 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode (Art. 16 ATSG sowie Art. 28a Abs. 2 und 3 IVG). Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30; SVR 2019 IV Nr. 3 S. 7 E. 5.1).

4.2 In der angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2019 (AB 164) stützt sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf den Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 21. November 2018 (AB 141). Darin wurde die Beschwerdeführerin zu 80 % als Erwerbstätige und zu 20 % als Hausfrau eingestuft (AB 132/4 oben). Dieser Status überzeugt und wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht bestritten, wobei ihrer Meinung nach (Beschwerde, S. 11 ff. Ziff. 33 ff.) höhere Einschränkungen im Haushalt resultierten.

4.2.1 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich erge-

benden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63).

4.2.2 Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, im Haushalt in ähnlichem Umfang wie in der angestammten Tätigkeit als ... eingeschränkt zu sein, nämlich somatisch zu 60 % und psychiatrisch zu 30 % (Beschwerde, S. 11 Ziff. 34), gilt es auf Verschiedenes hinzuweisen: Zunächst kann aus dem MEDAS-Gutachten nicht gefolgert werden, dass eine Addition der somatischen und psychischen Einschränkungen vorzunehmen wäre (AB 136.2/19 f. lit. c; vgl. auch E. 3.3.3 hiervor). Im Gegensatz zur somatisch-gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit von 40 % in der angestammten Tätigkeit als ... (AB 136.1/14 Ziff. 8) erfährt die Beschwerdeführerin bei Verrichtungen im Haushalt sodann diverse Erleichterungen dahingehend, dass die Tätigkeiten nicht unter Zeitdruck ausgeführt werden müssen bzw. eingeteilt werden können, vielfach auch leichtere Verrichtungen anfallen, die zudem zumindest teilweise wechselnd im Sitzen oder Stehen durchgeführt werden können, und es auch dem Ehemann im Rahmen der Schadenminderung trotz Berufstätigkeit und gesundheitlicher Einschränkungen (wie bis anhin) zumutbar ist, sich an diesen Arbeiten zu beteiligen; im Abklärungsbericht werden denn auch nicht übermässig viele Arbeiten dem Ehegatten zugewiesen, sondern die meisten Tätigkeiten werden der Beschwerdeführerin als zumutbar erachtet und insoweit angerechnet (vgl. AB 141/8 ff.). Die entsprechenden Feststellungen der Abklärungsfachperson erweisen sich als zutreffend und rechtfertigen keinen Eingriff des Gerichts in deren Ermessen (vgl. E. 4.2.1 hiervor), zumal die vom spezialisierten Abklärungsdienst der Beschwerdegegnerin aufgrund einer Erhebung vor Ort

am 8. November 2018 gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin zu deren sozialen und erwerblichen Verhältnissen und zum Haushalt vorgenommene Gewichtung der einzelnen Aufgabenbereiche sich innerhalb der dort angegebenen Bandbreiten hält und in Anbetracht der konkreten Umstände nicht zu beanstanden ist. Folglich ist auch auf die von der Abklärungsfachperson anhand des Betätigungsvergleichs ermittelte Einschränkung von ungewichtet 0.6 % (AB 141/11) und gewichtet 0.12 % (0.6 % x 0.2 [Anteil Haushalt; vgl. E. 4.2 hiervoor]; AB 141/12) abzustellen.

5.

5.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades Erwerbstätiger 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

5.2 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 im März 2017 erfolgte Neuanschuldung (AB 69) ist der (hypothetische) Beginn des Rentenanspruchs auf August 2017 festzusetzen (Art. 29 Abs. 1 IVG). Per 1. Januar 2018 wurden die Änderungen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) betreffend gemischte Methode (Art. 27 und Art. 27^{bis} Abs. 2-4 IVV; AS 2017 7581) in Kraft gesetzt. Es sind deshalb nach den intertemporal-rechtlichen Grundsätzen (BGE 140 V 41 E. 6.3.1 S. 44, 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220; SVR 2018 KV Nr. 2 S. 14 E. 2) je nach den jeweils gültigen Bestimmungen gesonderte Invaliditätsbemessungen für die Zeit vom 1. August 2017 bis 31. Dezember 2017 bzw. für die Zeit ab 1. Januar 2018 durchzuführen (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 372).

5.3 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 (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

5.4 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296).

Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

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).

5.5 Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 144 I 21 E. 2.1 S. 23, 142 V 290 E. 4 S. 293).

Bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrads der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich summiert (Art. 27^{bis} Abs. 2 IVV [in der seit 1. Januar 2018 gültigen Fassung]). Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG. Das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, wird dabei ab Januar 2018 auf ein Vollpensum hochgerechnet. Die prozentuale Erwerbseinbusse wird schliesslich anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (Art. 27^{bis} Abs. 3 IVV [in der seit 1. Januar 2018 gültigen Fassung]). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versi-

cherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Er wird anhand des Anteils des Aufgabenbereichs gewichtet (Art. 27^{bis} Abs. 4 IVV [in der seit 1. Januar 2018 gültigen Fassung]).

5.6

5.6.1 Da die Beschwerdeführerin, Absolventin der ... mit Fähigkeitsausweis (AB 141/3 Ziff. 3.1), seit April 2012 keiner ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit mehr nachgeht (AB 141/3 Ziff. 3.3), ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen gestützt auf die statistischen Zahlen der LSE (Tabelle TA1, Kompetenzniveau 3 [komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen], Frauen, Ziff. 55-56: Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie) ermittelt hat (AB 141/6). Ausgehend von diesem Betrag von Fr. 59'400.-- (12 x Fr. 4'950.--) gemäss LSE 2016, aufindexiert auf das Jahr 2017 (BFS, Tabelle T1.2.15, Nominallohnindex, Frauen 2016 - 2019, lit. I [2016: 100.9 Punkte; 2017: 101.2 Punkte) und angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 42.5 Stunden (BFS, betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 55-56), resultiert unter Berücksichtigung eines Status von 80 % Erwerb und 20 % Haushalt ein Valideneinkommen von Fr. 50'640.10 ($\text{Fr. } 59'400.-- : 100.9 \times 101.2 : 40 \times 42.5 \times 0.8$). Dieser Wert ist für die Invaliditätsbemessung betreffend den Zeitraum vom 1. August 2017 bis 31. Dezember 2017 zu berücksichtigen. Für die Invaliditätsbemessung ab 1. Januar 2018 ist dieser Wert auf ein Pensum von 100 % umzurechnen (vgl. E. 5.5 hiervor) und auf das Jahr 2018 zu indexieren. Daraus resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 63'612.85 ($\text{Fr. } 50'640.10 : 80 \times 100 : 101.2 \times 101.7$).

5.6.2 Da die Beschwerdeführerin keine Verweisungstätigkeit im zumutbaren Rahmen von mindestens 70 % (vgl. E. 3.7 hiervor) aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen ebenfalls gestützt auf die LSE 2016 zu ermitteln (vgl. E. 5.4 hiervor) und auf das Jahr 2017 bzw. 2018 zu indexieren (vgl. E. 5.2 hiervor). Unter Berücksichtigung dessen, dass in diesem Rahmen eine angepasste Tätigkeit ohne erhöhte emotionale Belastung, erhöhten Zeitdruck, erforderliche geistige Flexibilität, vermehrte Kundenkontakte, überdurchschnittliche Dauerbelastung und Nacharbeit als möglich erachtet wird (AB 136.2/23 f. Ziff. 8), ist indessen auf das Total (Frauen) der Tabelle

TA1 im Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) im Betrag von Fr. 52'356.-- (12 x Fr. 4'363.--) abzustellen. Arbeitszeitbereinigt (41.7 Stunden; BFS, betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total), aufindexiert auf das Jahr 2017 bzw. 2018 (BFS, Tabelle T1.2.15, Nominallohnindex, Frauen 2016 - 2019, Total [2016: 100.8 Punkte; 2017: 101.2 Punkte; 2018: 101.7 Punkte]) sowie unter Berücksichtigung der offen gelassenen, 30 % betragenden Leistungsmin- derung (vgl. E. 3.8 hiervor), resultiert ein Invalideneinkommen von mindes- tens Fr. 38'358.40 ($\text{Fr. } 52'356.-- : 100.8 \times 101.2 : 40 \times 41.7 \times 0.7$) pro 2017 bzw. von Fr. 38'547.90 ($\text{Fr. } 52'356.-- : 100.8 \times 101.7 : 40 \times 41.7 \times 0.7$) pro 2018. Das Abstellen auf die erwähnten Tabellenlöhne wird von der Be- schwerdeführerin denn auch nicht beanstandet. Da den medizinischen Ein- schränkungen bereits mit der reduzierten Leistungsfähigkeit umfassend Rechnung getragen wird, besteht für einen weiteren behinderungsbeding- ten Abzug kein Raum. Sodann liegen auch keine invaliditätsfremden Grün- de vor, welche Anlass zu einem Abzug vom Tabellenlohn gäben (vgl. E. 5.4 hiervor); zudem ist auch das Valideneinkommen aufgrund der LSE be- stimmt worden (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Entsprechendes macht die Beschwerdeführerin denn auch zu Recht nicht geltend. Abschliessend gilt es in Erinnerung zu rufen, dass unter In- tensivierung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung kombiniert mit einer ausreichend dosierten antidepressiven Medikation in- nerhalb eines Jahres eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf etwa 90 % zu erwarten ist (AB 136.2/19 f. lit. c) und sich das Invalideneinkommen ent- sprechend erhöht.

5.6.3 Aus der Gegenüberstellung der jeweiligen Vergleichseinkommen, gewichtet mit dem Status von 80 %, resultieren im erwerblichen Bereich Einschränkungen von maximal 19.40 % vom 1. August 2017 bis 31. De- zember 2017 ($[\text{Fr. } 50'640.10 - \text{Fr. } 38'358.40] : \text{Fr. } 50'640.10 \times 80$) bzw. von maximal 31.76 % ab 1. Januar 2018 ($[\text{Fr. } 63'612.85 - \text{Fr. } 38'358.40] : \text{Fr. } 63'612.85 \times 80$).

5.7 Aus den addierten Einschränkungen im erwerblichen Bereich (vgl. E. 5.6.3 hiervor) und im Haushalt (0.12 %; vgl. E. 4.2.2 hiervor) resultieren je nicht rentenbegründende maximale Invaliditätsgrade von gerundet (vgl.

BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) 20 % (19.40 % + 0.12 %) vom 1. August bis 31. Dezember 2017 und 32 % (31.76 % + 0.12 %) ab 1. Januar 2018.

5.8 Die angefochtene Verfügung vom 6. Juni 2019 (AB 164) erweist sich nach dem Gesagten als rechters. Die Beschwerde ist unbegründet und abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____, z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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