

200 19 619 IV
SCP/ISD/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. Dezember 2019

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Isliker

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____,
substituiert durch Rechtsanwältin C. _____

Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Juni 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1964 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist gelernte ... sowie dipl. ... und arbeitete vormals als ... bei der D. _____ AG. Im Juni 2010 meldete sie sich unter Hinweis auf ein Burnout sowie Diskusprotrusionen/-hernien erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2). Per 1. September 2010 trat die Versicherte eine 80 %-Stelle bei der E. _____ an (vgl. AB 23/2 f.), woraufhin die IVB mit Verfügung vom 30. März 2011 (AB 25) einen Rentenanspruch mangels einer rentenbegründenden Erwerbsunfähigkeit verneinte. Auf ein erneutes Leistungsgesuch im Dezember 2012 (AB 27) trat die IVB sodann mit Verfügung vom 18. April 2013 (AB 36) infolge Fehlens einer glaubhaft gemachten Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht ein.

Im Juli 2016 meldete sich die Versicherte, welche ab dem 1. Oktober 2014 als ... im Bereich ... bei der F. _____ tätig war, abermals zum Leistungsbezug an (AB 37). Die IVB tätigte Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht und holte namentlich ein polydisziplinäres Gutachten vom 13. März 2018 (AB 110.1 [Gesamtbeurteilung]) ein. Gestützt darauf stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 13. September 2018 (AB 131) die Abweisung ihres Leistungsbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Nach Einwand der Versicherten (AB 134) nahm die IVB wiederholt Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (vgl. AB 137, 145, 147, 148) und verfügte am 20. Juni 2019 wie vorbeschieden (AB 150).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____ und dieser substituiert durch Rechtsanwältin C. _____, mit Eingabe vom 20. August 2019 Beschwerde. Beantragt wird die Aufhebung

der angefochtenen Verfügung vom 20. Juni 2019 sowie die Zusprache einer Dreiviertelrente mit Wirkung ab dem 1. März 2017.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 20. September 2019 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 20. Juni 2019 (AB 150). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

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.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

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

2.3 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).

2.3.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

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

2.3.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, namentlich bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes (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).

2.3.4 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).

2.3.5 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 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.4 Um den Leistungsanspruch beurteilen 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 27. Juli 2016 (AB 37) eingetreten und hat den Rentenanspruch in der angefochte-

nen Verfügung vom 20. Juni 2019 (AB 150) materiell geprüft. Die Eintretensfrage ist damit nicht streitig und folglich vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Ebenso ist zwischen den Parteien zu Recht unbestritten, dass im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 2.3.4 hiervor) zwischen der leistungsablehnenden Verfügung vom 30. März 2011 (AB 25) und der angefochtenen Verfügung vom 20. Juni 2019 (AB 150) namentlich aufgrund der Operation vom 15. Juni 2015 mit Dekompression der Halswirbelsegmente C4/5 und C5/6 (vgl. AB 53/15) und der fortwährend beklagten zervikobrachialen Schmerzsymptomatik (vgl. etwa AB 53/13 f., 56/1, 62/25, 71/2 ff., 77, 93, 110.1/10) eine allfällig anspruchrelevante wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist (vgl. E. 2.3.3 hiervor). Der Rentenanspruch ist daher in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig neu zu prüfen (vgl. E. 2.3.5 hiervor).

3.2

3.2.1 Die angefochtene Verfügung vom 20. Juni 2019 (AB 150) stützt sich in medizinischer Hinsicht auf das polydisziplinäre Gutachten der Dres. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (2018; vgl. demgegenüber noch AB 110.1/16), H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie, I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, P._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, K._____, Facharzt für Neurologie, Begutchtung L._____ (nachfolgend: MEDAS), vom 13. März 2018 (AB 110.1 [Gesamtbeurteilung]). Dem Gutachten sind folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (AB 110.1/10):

1. Chronische zervikobrachiale Schmerzen rechtsbetont, ICD-10 M54
 - Bewegungseinschränkungen nach rechts und myofasziale Beschwerden
 - Status nach fortgeschrittener Segmentdegeneration mit Foraminaalstenose C5/6 rechtsbetont und Spinalkanalstenose C5/6
 - Status nach intervertebraler Prothese C4/5 und ACIF C5/6 am 15.06.2015
 - MRI HWS 24.8.2017: voranschreitende Unkarthrosen, besonders Segment 3/4 links mit konsekutiv deutlich voranschreitender Foramenstenose

- aktuell kein Hinweis auf radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom
- 2. Thorakolumbale Schmerzen, ICD-10 M54
 - degeneratives Rückenleiden mit Bandscheibenhernie BWK9 und geringer linksbetonter Bandscheibenprotrusion Höhe BWK10/11 und Chondrose L4/5 mit initialer Diskusprotrusion
 - Osteochondrose L5/S1 mit kleinem mittelständigem Diskusprolaps, Intervertebralarthrose (MRI BWS/LWS 03/2015)
 - ohne Hinweis auf radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom
- 3. Chronische Spannungskopfschmerzen (ICD-10: G44.2)
- 4. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwankend zwischen leichter depressiver Symptomatik (2. Untersuchung) und Remission (1. Untersuchung) mit leichter Antriebs- und Motivationsreduktion ICD-10 F33.0/F33.4
 - Unter Medikation mit Mirtazipin (sedierend) und Duloxetin
 - Mittelschwere bis schwere Episode 2015/2016 ICD-10 F33.1/F33.2
 - Mittelschwere Episode 2009 ICD-10 F33.1
 - Depressive Symptomatik ca. 25-jährig ohne medizinische Behandlung
- 5. Persönlichkeit
 - Nicht näher bezeichnete neurotische Störung ICD-10 F48.9
 - Mit selbstunsicheren, leistungsorientierten und sensitiven Anteilen

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, das Hauptproblem sei eine chronische Schmerzproblematik mit vor allem zervikaler Betonung. Hinzu kämen Spannungskopfschmerzen sowie ein thorakolumbales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen. Die Schmerzen seien soweit somatisch gut erklärbar. Sie würden zusätzlich überlagert durch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwankend zwischen leichter depressiver Störung (2. Untersuchung) und Remission (1. Untersuchung), wobei anamnestisch auch mittelschwere bis schwere Episoden (2015/2016) nachgewiesen worden seien, mit einer vorausgehenden jahrelangen depressiven Symptomatik ohne fachspezifische Behandlung. Die depressive Störung sei überlagernd zu einer unterliegenden Persönlichkeitsproblematik im Sinne einer nicht näher bezeichneten neurotischen Störung mit selbstunsicheren, leistungsorientierten und sensitiven Anteilen. Diese beiden Symptomkomplexe interagierten negativ miteinander und führten gemeinsam zu einer erheblichen Funktionseinschränkung (AB 110.1/11).

Hinsichtlich der retrospektiven Arbeitsfähigkeit sei aus rheumatologischer bzw. auch aus gesamtgutachterlicher Sicht eine 40%ige Arbeitsfähigkeit (entsprechend 50 % des vormaligen 80 %-Pensums) seit Oktober 2015 bis zum Begutachtungszeitpunkt nachvollziehbar. Aktuell bestehe aus rheumatologischer Sicht weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 40 %. Die von neurologischer Seite aufgrund der chronischen Spannungskopfschmerzen attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % sei nicht additiv dazu zu werten. Von internistischer Seite bestünden keine Einschränkungen. Aus psychiatrischer Sicht sei eine dauerhafte psychiatrische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die neurotische Störung begründet und verunmögliche Führungsaufgaben. Die Reduktion auf 40 % (gemäss rheumatologischer Einschätzung) trage der psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % vollständig Rechnung. Aufgrund der Reduktion von Antrieb und Energie seien keine Führungsaufgaben möglich. In psychiatrischer Hinsicht könne nicht von einem stabilen Zustandsbild ausgegangen werden. In einer angepassten – analog zu der zuletzt bei der ... ausgeübten – Tätigkeit sei in sechs bis zwölf Monaten eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit möglich. Dies sei aber aufgrund der somatisch bedingten Reduktion der Leistungsfähigkeit ohne Relevanz. Insgesamt bestehe damit in einer leichten Tätigkeit ohne schweres Heben, schwere körperliche Belastung oder Führungsaufgaben ein 100%iges Leistungsvermögen bei einer 40%igen Präsenzfähigkeit (AB 110.1/14).

3.2.2 In der Stellungnahme vom 15. November 2018 (AB 137) führte die RAD-Ärztin med. pract. M._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, namentlich zum rheumatologischen Teilgutachten (AB 110.3) aus, obwohl in der klinischen Untersuchung lediglich gewöhnliche muskuläre Verspannungen gefunden worden seien, bestätige das Gutachten eine aktuelle 60%ige Arbeitsunfähigkeit für eine leichte administrative Tätigkeit. Klinisch sei das mittlere HWS-Segment nur unspezifisch untersucht worden mit der Feststellung einer Einschränkung der Kopffrotation von einem Drittel nach rechts, wobei völlig unklar bleibe, was in diesem Moment die Bandscheibenprothesenbeweglichkeit auf der Höhe C4/5 mache, was jedoch bei einem manualmedizinisch ausgebildeten Gutachter zu erwarten gewesen wäre. Durch das MRI der HWS vom 24. August 2017 könne nicht überprüft werden, ob der Bandscheibenprothesensitz korrekt

und nicht etwa intra- oder postoperativ leicht verkippt sei, was erhebliche Auswirkungen hätte. Dies sei mittels Röntgen der HWS in zwei Ebenen im Stehen auszuschliessen. Die Probleme der Beschwerdeführerin hätten letztlich auch erst nach der prothetischen Versorgung begonnen. Die begutachtende Rheumatologin habe ohne Zweifel eine IV-relevante rheumatologische Erkrankung ausgeschlossen, wobei angesichts der HWS-Prothesenoperation bzw. überhaupt bei einer prothetischen Versorgung im muskuloskelettalen System der Beizug eines Wirbelsäulenorthopäden einer rheumatologischen Begutachtung vorzuziehen gewesen wäre. Erst nachdem die Ursache eines nicht ganz korrekten Prothesensitzes für die Schmerzsymptomatik sicher ausgeschlossen sei, könne von einer möglichen muskulär bedingten Schmerzausweitung aufgrund einer rein muskulären Ursache ausgegangen werden. Sofern vorhanden, seien entsprechende postoperative HWS-Röntgen zuhanden des RAD einzuholen oder zu veranlassen (AB 137/3).

3.2.3 Der RAD-Arzt Dr. med. N. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seiner Stellungnahme vom 4. März 2019 (AB 147) zum rheumatologischen Teilgutachten (AB 110.3) aus, dieses sei insoweit nachvollziehbar, als darin myofasziale Beschwerden im Nacken, dem Schultergürtel und dem Rumpf bei einem zugrundeliegenden degenerativen panvertebralen Rückenleiden beschrieben würden, während eine rheumatische Systemerkrankung ausgeschlossen worden sei. Nicht nachvollziehbar sei demgegenüber die rheumatologisch-gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, nachdem zuvor keine dem rheumatologischen Fachgebiet entsprechende Diagnose gestellt worden sei. Die Gutachterin habe sich somit auf die subjektiven Schmerzschilderungen der Beschwerdeführerin gestützt (AB 147/5).

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzuge-

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

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 Nach und trotz der am 15. Juni 2015 erfolgten HWS-Operation mit Dekompression der Halswirbelsegmente C4/5 und C5/6, unter anderem mittels prothetischer Versorgung am 15. Juni 2015 (vgl. AB 53/15), klagte die Beschwerdeführerin weiterhin über zervikobrachiale sowie panvertebrale Schmerzen (vgl. AB 53/13 f., 53/2, 56/1, 62/2, 71/2, 74/7 f.). Ungeachtet dieser Ausgangslage wurde die Beschwerdeführerin – entsprechend der damaligen Empfehlung des RAD vom 22. Mai 2017 (AB 77) – weder neurochirurgisch noch orthopädisch beurteilt (vgl. dazu AB 147/3). Im Nachgang zum MEDAS-Gutachten vom 13. März 2018 (AB 110.1) kritisierte die RAD-Ärztin med. pract. M. _____ in ihrer Stellungnahme vom 15. November 2018 (AB 137/3), dass aufgrund der unvollständigen respektive unspezifischen rheumatologischen Exploration (vgl. dazu AB 110.3/8) ein allfällig unkorrekter bzw. verkippter Prothesensitz gegenwärtig nicht sicher ausgeschlossen werden könne. Eine derartige Überprüfung lasse auch das vom rheumatologischen Gutachter beurteilte MRI der HWS vom 24. August 2017 (AB 110.6/2) nicht zu. Dies ist ohne weiteres nachvollziehbar, weil im besagten MRI-Bericht eine infolge des operativen Eingriffs nunmehr deutliche Einschränkung der Beurteilbarkeit durch das eingebrachte Metall beschrieben wurde. Daher erfolgten die anschliessenden Beurteilungen im MRI-Bericht konsequenterweise jeweils nur in Bezug auf die einsehbaren Abschnitte respektive – hinsichtlich der operierten Segmente C4/5 und

C5/6 – unter Verweis auf die bestehenden Einschränkungen (vgl. AB 1106./2 „Beurteilung“). Insoweit erstaunt, dass radiologisch am 28. August 2017 umfangreiche bildgebende Zusatzuntersuchungen betreffend BWS, LWS, Schultergelenke, Kniegelenke und Becken veranlasst wurden (vgl. AB 110.3/2 f. Ziff. 1.3), jedoch kein Röntgen der HWS in zwei Lagen erfolgte. Folglich war aufgrund der dem rheumatologischen Gutachter zur Verfügung stehenden bildgebenden Unterlagen gemäss den nachvollziehbaren Ausführungen von der RAD-Ärztin med. pract. M._____ (AB 1137/3) ein definitiver Ausschluss eines allfällig nunmehr fehlerhaften Prothesensitzes (vgl. zuvor AB 44.2/1) als Ursache für die Schmerzsymptomatik nicht möglich. Dies wäre indes gemäss der einlässlichen Begründung von med. pract. M._____ für die (nachfolgende) Annahme einer möglichen muskulären Schmerzausweitung aufgrund einer rein muskulären Ursache unerlässlich gewesen.

Die Beschwerdegegnerin hat in der Folge diesbezüglich keine ergänzenden Abklärungen vorgenommen – abgesehen von der Einholung von Röntgenbildern (AB 140, 149), was indes soweit erkennbar zu keinem Erkenntnisgewinn geführt hat – und ebenso wenig die rheumatologische Gutachterin mit der Kritik der RAD-Ärztin konfrontiert (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 14. Februar 2014, 8C_874/2013, E. 3.3). Die medizinischen Abklärungen sind daher unvollständig und lassen eine abschliessende diagnostische Beurteilung bzw. Einschätzung der funktionellen Auswirkungen nicht zu. Dies wird auch dadurch unterstrichen, dass im – zwar kurz nach dem Verfügungszeitpunkt datierenden (vgl. zum massgebenden Sachverhalt in zeitlicher Hinsicht: BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140), jedoch Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschluss des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlaubenden (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4) – Bericht von PD Dr. med. O._____, Fachärztin für Neurochirurgie, vom 30. Juli 2019 (Beschwerdebeilage 5) nunmehr eine Non-Fusion des Zero-P-Cage in HWK5/6 mit Bruch beider Schrauben in HWK6 und Lockerung des Implantats festgestellt wurde.

3.5 Nach dem Dargelegten wurde der medizinische Sachverhalt im Lichte des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 ATSG) unvollständig abgeklärt. Die Beschwerde ist daher insoweit gutzuheissen, als die angefochte-

ne Verfügung vom 20. Juni 2019 (AB 150) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie die medizinischen Akten vervollständige und anschliessend ein versicherungsexternes Verlaufsgutachten nach Art. 44 ATSG einhole. Im Rahmen dieses Verlaufsgutachtens sind insbesondere die von med. pract. M. _____ in der Stellungnahme vom 15. November 2018 (AB 137) aufgeworfenen Fragen fachärztlich (etwa orthopädisch und/oder neurochirurgisch [vgl. AB 147/3]) zu klären. Dabei werden zudem die von med. pract. M. _____ beschriebenen Anforderungen an die bildgebenden Abklärungen (vgl. AB 137/3 f.) zu beachten sein. Demgegenüber ist angesichts der lediglich ergänzungsbedürftigen medizinischen Abklärungen durch die Verwaltung die Einholung eines entsprechenden Gerichtsgutachtens nicht angezeigt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264). Soweit die Beschwerdeführerin die rückwirkende Zusprache von Rentenleistungen beantragt, ist die Beschwerde infolge des illiquiden Sachverhaltes diesbezüglich abzuweisen.

4.

4.1 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. Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1). Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der von der Be-

schwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Die obsiegende Beschwerdeführerin hat zudem Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Entsprechend der angemessenen Honorarnote von Rechtsanwältin C. _____ vom 12. Dezember 2019 sind die von der Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzenden Parteikosten auf Fr. 3'550.10 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 20. Juni 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
4. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'550.10 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

5. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwältin C. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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