

200 19 797 IV
KNB/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. April 2021

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. September 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich, nachdem ein erstes Leistungsgesuch mit Verfügung vom 30. April 2013 abschlägig beschieden worden war, im September 2014 unter Hinweis auf Finger-, Ellbogen- und Fussbeschwerden erneut bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1, 64 f.). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor; insbesondere holte sie eine Einschätzung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (act. II 90 S. 4). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 91-94) und Rücksprache mit dem RAD (act. II 101 S. 2 f.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 13. April 2016 (act. II 102) einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 28 %.

Im Oktober 2017 gelangte die Versicherte abermals mit einem Leistungsgesuch an die IVB, wobei sie angab, unter erhöhtem Hirndruck mit Schädigung der Sehnerven, Osteoporose, Asthma, Abnützungserscheinungen an diversen Gelenken, einem Zustand nach Magenbypass und einer depressiven Episode zu leiden (act. II 109). Die IVB tätigte wiederum Abklärungen erwerblicher und medizinischer Art; insbesondere holte sie Berichte der behandelnden Ärzte ein (act. II 121-123) und nahm mehrfach Rücksprache mit dem RAD (act. II 118, 125, 134). Mit Vorbescheid vom 29. März 2018 (act. II 135) stellte sie die Ablehnung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 32 % in Aussicht. Hiermit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden (act. II 139, 141), worauf die IVB auf Empfehlung des RAD (act. II 144) eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS veranlasste (Gutachten vom 9. November 2018, inkl. Teilgutachten; act. II 158.1-158.8). Nach Rückfragen bei den Gutachtern (act. II 163-167) kündigte die IVB mit neuem Vorbescheid vom 15. März 2019 (act. II 169) die Verneinung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 34 % an. Dagegen erhob die Versicherte wiederum Einwand (act. II 173). Mit Verfügung vom 20. September 2019 (act. II 175) verneinte die IVB entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 22. Oktober 2019 hat die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, Beschwerde erhoben und beantragt, die Verfügung vom 20. September 2019 sei aufzuheben und ihr sei rückwirkend ab 1. April 2018 eine IV-Viertelsrente zuzusprechen. Gleichzeitig hat sie um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung ihrer Rechtsvertreterin als amtliche Anwältin ersucht.

In der Beschwerdeantwort vom 13. November 2019 hat die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde geschlossen.

Mit Verfügung vom 21. November 2019 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beordnung von Rechtsanwältin B. _____ als amtliche Anwältin gut.

Mit Eingabe vom 26. November 2019 nahm die Beschwerdeführerin zur Beschwerdeantwort Stellung. Die Eingabe wurde am Folgetag der Beschwerdegegnerin zugestellt.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie

zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 20. September 2019 (act. II 175). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine 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 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).

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

2.2.1 Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). 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. 2.2 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 Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

2.3 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 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). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr.

33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

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).

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

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 bezüg-

lich 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 Verwaltung ist auf die Neuanschuldung von Oktober 2017 (act. II 109) eingetreten und hat den Rentenanspruch 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 rentenablehnenden Verfügung vom 13. April 2016 (act. II 102) und der Verfügung vom 20. September 2019 (act. II 175) 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 hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 13. April 2016 (act. II 102) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem Bericht der RAD-Ärztin Dr. med. C. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 26. Januar 2016 (act. II 90 S. 4 ff.). Sie führte darin als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beidseitige Verletzungen des Innenmeniskus am Knie, aktuell eine mögliche Epicondylitis rechts, radiologisch eine foraminale Stenose C6 und C7 links, ein leichtes Lungenemphysem bei Asthma und COPD bei chronischer Raucherin seit Jahren (act. II 90 S. 9), einen Status nach Operation bei Fussdeformität 2004 und 2010 sowie eine beginnende Coxarthrose rechts auf. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Alkoholmissbrauch und ev. zusätzlich weitere illegale Suchtmittel, ein Status nach Adipositas permagna, eine Osteopenie, im Verlauf viele Frakturen (Radius, Nasenbein, Endophalanx Grosszehe links), Distorsionen (Knie links und rechts) und Kontusionen (Thorax, Knie, Hüfte, Rücken, Ellbogen und Unterschenkel). Der Versicherten seien leichte Arbeiten bis 10 kg, ausnahmsweise bis 15 kg zumutbar, allerdings ohne sehr häufiges repetitives Heben und Tragen von solchen Gewichten. Zu etwa $\frac{2}{3}$ der Arbeitszeit

(insgesamt) sollten die Gewichte nicht über 5 kg liegen. Gehen auf unebenem Boden sollte ebenfalls nur selten vorkommen. Arbeiten mit hoher Druckanwendung in den Händen (z.B. unter viel Druck mit einem Lappen scheuern oder Schrauben anziehen und lösen) sollten ebenfalls vermieden werden, desgleichen Arbeitspositionen, bei welchen der Kopf stark gedreht gehalten werden müsse. Werde das alles beachtet, so sei die Arbeit ganztags zumutbar. Es könne eine Pausenzeit von insgesamt maximal 10 min./Std. Arbeit gewährt werden (jeweils 3 x am Morgen und am Nachmittag), also 1 Std. zur Erholung nach einzelnen anstrengenden Positionen oder Krafteinsätzen (entsprechend 12.5 %). Bei überwiegend sehr leichten Arbeiten könne auf solche Pausen verzichtet werden (act. II 90 S. 10).

3.3 Zum Gesundheitszustand sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit seit der Verfügung vom 13. April 2016 (act. II 102) ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Im Bericht des Spitals D. _____ vom 20. Juni 2016 (act. II 122 S. 10 f.) diagnostizierte Dr. med. E. _____, Facharzt für Neurologie, eine beidseitige Papillenexkavation und einen Status nach morbider Adipositas. In der durchgeführten neurosonologischen Untersuchung zeige sich ein Normalbefund der hirnversorgenden Gefässe extra- und intrakraniell (act. II 122 S. 10). Hinweise auf eine assoziierte vaskuläre Pathologie als Ursache bestünden keine. Am 4. März 2017 stellte Dr. med. E. _____ zusätzlich fleckförmige T2-hyperintense Signalalterationen fest (act. II 122 S. 8). Nach einer Liquorpunktion vom 23. März 2017 (act. II 122 S. 4) erwähnte er im Bericht vom 24. März 2017 (act. II 122 S. 4), in der durchgeführten Liquoranalyse zeige sich als Hauptbefund ein erhöhter Liquordruck. Hier sei von einer idiopathischen intrakraniellen Hypertension auszugehen. Ein Druck von 23 cm Wasser sei aber zu wenig erhöht, als dass er eine Papillenexkavation erklären könne. Es bestehe die Hypothese, dass im Rahmen der früheren morbiden Adipositas der Liquordruck noch mehr erhöht gewesen sei und zur Papillenexkavation geführt habe. Nun nach erfolgter deutlicher Gewichtsabnahme handle es sich wahrscheinlich zumindest teilweise um ein Residuum. Allerdings sei der Druck schon noch erhöht, so dass der Kopfschmerz hiermit zusammenhängen könne. Am 1. April 2017 berichtete der Neurologe weiter, in der durchgeführten Li-

quoranalyse zeigten sich normale Befunde. Die Zellenzahl sei normal, Protein sei nur gering (unspezifisch) erhöht und Laktat sei im Normbereich und eine Neuroborreliose sei ausgeschlossen. Damit ändere sich nichts an der Einschätzung vom 23. März 2017 (act. II 122 S. 3).

3.3.2 Dr. med. F._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht der Psychiatrischen Dienste des Spitals G._____ vom 12. Dezember 2017 (act. II 121) als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.1) bei Status nach Traumatisierung (ICD-10 Z62; act. II 121 S. 5). Die Traumatisierung habe tiefe Spuren in der Persönlichkeitsstruktur hinterlassen. Da die körperlichen Diagnosen teilweise irreversibel seien, sei eine signifikante Verbesserung des psychischen Befindens nicht zu erwarten. Die bestehenden psychiatrischen Diagnosen beeinflussten sich gegenseitig und erschwerten die Therapierbarkeit. Gleichzeitig zeige sich, dass langsame Fortschritte zu erreichen seien in Richtung weniger destruktiven Verhaltens. Dies führe allerdings erst langfristig zu einer eventuellen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (act. II 121 S. 7).

3.3.3 Im Bericht des RAD vom 12. März 2018 (act. II 134 S. 3 ff.) führte Dr. med. H._____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aktenanamnestisch ein Residuum bei idiopathischer intrakranieller Hypertension (ICD-10 G93.2) bei Status nach Adipositas mit mehrfachen bariatrischen Operationen auf. Als Diagnosen ohne Auswirkungen nannte sie eine psychische Verhaltensstörung durch Alkohol (ICD-10 F10.1/2; aktuell Abstinenz), eine psychische Verhaltensstörung durch Cannabinoide (ICD-10 F12.1/2, aktuell Abstinenz), aktenanamnestisch eine posttraumatische Belastungsstörung (DD: Anpassungsstörung ICD-10 F43.2), aktenanamnestisch eine Dysthymia (ICD-10 F34.1), aktenanamnestisch eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0), ein Glaukom, Astigmatismus, Myopie, Presbyopie, einen Status nach multiplen bariatrischen Operationen bei Adipositas permagna, ein Asthma und COPD bei Nikotinabhängigkeit, eine foraminale Stenose C6 und C7 links, eine beginnende Coxarthrose rechts, eine Osteopenie, einen Status nach medialer Teilmenishektomie

rechts, einen Status nach Epicondylitis rechts, einen Status nach Operation bei Fussdeformität rechts 2004 und 2010, einen Status nach intraartikulärer Radiusfraktur links, einen Status nach Nasenbeinfraktur, einen Status nach Fraktur Endphalanx Grosszehe links, einen Status nach Knie-Distorsion beidseits und einen Status nach Hüftkontusion links (17. Februar 2014). Das Zumutbarkeitsprofil bestehe unverändert zu dem bereits in der RAD-Stellungnahme vom 26. Januar 2016 formulierten Leistungsprofil mit Ergänzung gewisser qualitativer Einschränkungen. Der Versicherten sei eine leichte angepasste Tätigkeit ganztags bei maximal 20%-iger Leistungsminderung aufgrund der Dekonditionierung zumutbar. Folgende qualitative Einschränkungen sollten beachtet werden: Kein Zeitdruck, keine häufig wechselnden Arbeitszeiten, ausreichend Möglichkeit zu Pausen, kein Zugriff auf Noxen, keine andauernde PC-Tätigkeit, kein Heben, Bewegen und Tragen von schweren Lasten, kein Gehen auf unebenem Boden, keine Tätigkeit mit hoher Druckanwendung der Hände, keine Tätigkeit mit der Notwendigkeit der extremen Seitwärtsbewegung des Kopfes (act. II 134 S. 4).

3.3.4 In der hausärztlichen Stellungnahme vom 10. April 2018 (act. II 139) diagnostizierte Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, (summarisch) ein Asthma bronchiale, eine morbid Adipositas (BMI max. 45.8 kg/m²), eine distale intraartikuläre Radiusfraktur links, ein mittelschweres rechtsbetontes Karpaltunnelsyndrom beidseits, Fuss-schmerzen beidseits, eine Läsion Hinterhorn medialer Meniskus und eine Teilruptur des medialen Kollateralbandes (Sturz am 28. Juni 2008), eine Boden- und Deckplattenimpression LWK2 (Osteopenie), eine Kniekontusion und -Distorsion rechts sowie Hüftkontusion links (Sturz am 21. April 2012), eine Distorsion Dig. IV rechte Hand (18. Februar 2014), eine Epicondylitis links, degenerative Veränderungen mit signifikanter Stenosierung der Neuroforamina C6 und C7 links, eine Coxarthrose beidseits linksbetont bei Impingement, eine Papillenexkavation beidseits mit Optikusschädigung (DD Niederdruckglaukom, DD zentrale Ursache), vorbestehende unspezifische Marklagerläsionen frontal rechts (seit Juli 2006), weitere fleckförmige Marklagerläsionen, ein Impingement linke Schulter (PASTA- und SLAP-Läsion) und rezidivierende depressive Episoden (act. II 139 S. 4 f.). Es bestünden schwere chronische Probleme im Bereich mehrerer grosser

Organsysteme, insbesondere dem Magendarmtrakt, der Lunge, des Bewegungsapparates, des zentralen Nervensystems und der Psyche. Es handle sich um einen klassischen Fall des Prinzips, dass „das Ganze mehr als die Summe der Einzelteile sei“ und die einzelnen Probleme einen „überadditiven“ Effekt auf die Gesamtleistungsfähigkeit hätten. Er empfehle zur Festlegung der Leistungsfähigkeit ein umfassendes Gutachten (act. II 139 S. 2).

3.3.5 Am 29. Mai 2018 berichtete Dr. med. F. _____, die im Bericht vom 12. Dezember 2017 genannten Diagnosen (posttraumatische Belastungsstörung, Dysthymia, kombinierte Persönlichkeitsstörung) hätten weiterhin Bestand. Der Fall sei so komplex, dass es nicht vertretbar sei, einen versicherungsmedizinischen Entscheid rein aufgrund der Aktenlage vorzunehmen, sondern nur eine Begutachtung könne einen realistischen und objektiven Einblick in das Erleben und die Wahrnehmung der Patientin erbringen, welche durch die vorliegenden psychischen Störungen beeinflusst sei (act. II 141).

3.3.6 Im Gutachten der J. _____ AG (MEDAS) vom 9. November 2018 (act. II 158.1 [interdisziplinäre Gesamtbeurteilung]) wurden folgende Diagnosen gestellt (act. 158.1 S. 9 f.):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Beschwerden am rechten Fuss im Sinne von Schmerzen (ICD-10 M25.57) bei Knick-/Senk-/Spreizfuss (ICD-10 M21.61) nach mehreren komplexen Eingriffen, inklusive Arthrodesen im Bereich des Vorfusses (ICD-10 Z98.1); konsekutiv Entwicklung von deutlichen Arthrosen im MTP I- sowie im Lisfranc-Gelenk
- Coxarthrose beidseits, linksbetont (ICD-10 M16.6), bei femoroacetabulärem Impingement vom gemischten Typ (ICD-10 M24.85) und Coxa profunda beidseits
- Impingement-Symptomatik an beiden Schultergelenken (ICD-10 M74.4) bei MRI-mässig nachgewiesener SLAP- und PASTA-Läsion links (ICD-10 M24.11)
- Chronisches lumbovertebrales Syndrom (ICD-10 M54.5) bei Status nach Fraktur von LWK2 (Ätiologie unklar, Osteopenie?, traumatisch?)
- Chronisches Zervikobrachialsyndrom (ICD-10 M54.82) bei degenerativen Veränderungen ossärer (ICD-10 M47.82) und diskogener (ICD-10 M50.3) Art
- Mittelschwere COPD, GOLD 2B (ICD-10 J44.82)
 - o mittelschwere irreversible obstruktive Ventilationsstörung
 - o anhaltendes Zigarettenrauchen (geschätzt 35 py)
- Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0)
- Belastung, nicht andern Orts klassifizierbar (ICD-10 Z73.3) im Rahmen der Traumatisierung der vergangenen Jahrzehnte
DD Anpassungsstörung mit depressiver Episode bei Status nach traumatischer Vergangenheit
DD andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrebelastung

- Verdacht auf benigne intrakranielle Hypertension mit Kopfschmerz, möglicherweise auch Spannungskopfschmerz mit psychosomatischem Hintergrund und Verdacht auf medikamenteninduzierten Kopfschmerz
- Zervikobrachialgie links bei Neuroforamenstenose HVVK 5/6/7 links mit möglicher radikulärer Irritation C6 links

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Beginnende beidseitige Gonarthrose, zurzeit rechtsbetont, bei Status nach Arthroskopie mit Teilmeniskektomie medial beidseits; Instabilitätsbeschwerden
- Belastungsabhängige Schmerzen am linken Fuss nach Hallux valgus-Operation mit mässiggradigen Arthrosen im MTP I- und im Lisfranc' Gelenk
- Persistierende Beschwerden im Bereich beider Vorderarme bei Epicondylopathia humeri radialis beidseits, links operiert
- Beginnende Dupuytren-Kontraktur beidseits, rechtsbetont
- Klinisch OSG-Arthrose rechts
- Karpaltunnelsyndrom beidseits ohne sensomotorische Defizite des N. Medianus
- Lumboischialgie links mit Verdacht auf pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung
- Epicondylitis humeri radialis beidseits ohne Hinweis für manifestes oder latentes Supinatorsyndrom
- Asymptomatische T2-hyperintense Signalalterationen im MRI Schädel vom 01.03.2017 unklarer Genese
- Morbide Adipositas, initial 45.8 kg/m², 135 kg, 172 cm
 - o Gastric-Banding 03/2002
 - o Re-Banding 04/2003
 - o Zweites Re-Banding 07 /2007
 - o Bandintoleranz mit Status nach mehrmaligen Hyperrestriktionen und konsekutiven Bandentlastungen
 - o Status nach eventuell Band-assoziierten Pneumonien und pulmonalen Blutungen
 - o Status nach zirkumferenziellem Bodylift 09/2005
 - o Status nach Umwandlung zum laparoskopischen Roux-Y-Magenbypass Lönroth-Typ, 75 cm biliopankreatisch, 150 cm alimentär 11.03.2015, unmittelbar präoperatives Gewicht 94 kg

Im orthopädischen Teilgutachten hielt Dr. med. K. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, die unteren Extremitäten wiesen eine deutliche Einschränkung auf. Rechts seien es der Fuss sowie das Kniegelenk, links das Knie- und das Hüftgelenk. Die oberen Extremitäten seien vermindert belastbar, es könnten keine kraftvollen Bewegungen gegen Widerstand und keine Bewegungen oberhalb der Horizontalebene ausgeübt werden. Im Bereich des Achsenskeletes sei eine Osteopenie nachgewiesen, zudem zeige sich auch eine Impressionsfraktur auf Höhe LWK2 (act. II 158.2 S. 12). Es zeige sich also, dass am Bewegungsapparat Einschränkungen beständen, die, da sie sich sowohl auf das Achsenskelett und alle vier Extremitäten ausdehnten, gesamthaft zweifellos Einschränkungen bedingten, jedoch auch zweifellos eine leidensangepasste Tätigkeit, wenn auch in reduziertem Ausmass, erlaubten. Die Arbeitsfähigkeit in der aktuell ausgeübten Tätigkeit als ..., wel-

che als körperlich zeitweise mittelschwer anzusehen sei, betrage knapp 70 %. Da den Unterlagen nicht entnommen werden könne, dass es in den letzten Jahren aus orthopädischer Sicht zu einer relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen sei, habe diese Einschätzung bereits zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung im 2017 Gültigkeit. Die leidensangepasste Tätigkeit müsse folgende Bedingungen enthalten: wechselbelastend, körperlich leicht bis selten mittelschwer (Heben und Tragen bis höchstens 10 kg, selten bis 15 kg), keine Zwangspositionen der Wirbelsäule, der Kniegelenke (kein Abknien, Kauern oder Hocken), der Ellbogengelenke und der Schultergelenke, namentlich keine Überkopfarbeiten, keine repetitiven Bewegungen in den Handgelenken, keine Zwangspositionen im Bereich der HWS, kein Absolvieren längerer Gehstrecken, kein Überwinden von Höhendifferenzen wie Treppen, Leitern oder Gerüsten (act. II 158.2 S. 13). In einer derart angepassten Tätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit von 80 % gegeben (act. II 158.2 S. 14).

Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im psychiatrischen Teilgutachten aus, es stehe eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, emotional-instabilen/impulsiven sowie ängstlich vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61.0) bei Status nach Traumatisierung im Vordergrund (act. II 158.3 S. 14). Bei stabiler Somatik könne beim aktuellen psychischen Zustand, in welchem regelmässig Medikamente eingenommen und regelmässig verlässlich an psychotherapeutischen Sitzungen teilgenommen werde, bei prognostisch schlechter Ausgangslage, von einem «schlechten, bestmöglichen Zustand» ausgegangen werden. Beziehe sich die angestammte Tätigkeit auf einen Bereich auf dem freien Arbeitsmarkt mit grossem Kundenverkehr, vorausgesetzter hoher Konzentrationsfähigkeit und nur regulärer Pausen, läge die Arbeitsfähigkeit bei 50 %. Die angepasste Tätigkeit beziehe sich auf den sozialen Bereich mit frei wählbaren Pausen. In dieser Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (act. II 158.3 S. 13).

Im pneumologischen Teilgutachten erwähnte Dr. med. M._____, Facharzt für Pneumologie, es liege eine reine COPD, derzeit im Gold-Stadium 2B bei anhaltendem Zigarettenrauchen vor (act. II 158.4 S. 5). Aufgrund der deutlich eingeschränkten Ventilationsreserve könne die Versicherte

mittelschwere oder gar schwere körperliche Tätigkeiten nicht mehr ausführen; ein sofortiger Nikotinstop wäre nötig (act. II 158.1 S. 8). Die ... sei mit intermittierend mittelschwerer, gelegentlich sogar schwerer Arbeit zu assoziieren. Unter dieser Bedingung resultiere eine Einschränkung der Leistung von 50 % und des Zeitpensums von etwa 40 %, integral also eine Arbeitsfähigkeit von 40 %. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit – körperlich nur noch leichte Arbeiten in schadstoffarmer Umgebung – sei 70 %. Geschätzt dürften diese Arbeitsfähigkeiten seit zwei bis drei Jahren im beschriebenen Ausmass kompromittiert sein (act. II 158.4 S. 9).

Dr. med. N._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im internistischen Teilgutachten aus, initial habe eine morbid Adipositas (BMI von 45.8 kg/m²) bestanden. Nach mehreren Gastric banding-Operationen sei im Jahr 2015 eine Umwandlung zu einem Roux-Y-Magenbypass vorgenommen worden mit seitdem stabilem Gewicht von rund 80 kg (act. II 158.5 S. 6). Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (act. II 158.5 S. 7).

Im neurologischen Teilgutachten hielt Dr. med. O._____, Facharzt für Neurologie, fest, eine zervikoradikuläre Kompression bestehe nicht. Möglich seien radikuläre aber auch pseudoradikuläre Schmerzabstrahlungen bei HWS-Degeneration. Bei Möglichkeit cervikoradikulärer Brachialgien entstünden qualitative Leistungseinschränkungen für Tätigkeiten mit verstärkter Belastung der HWS. Trotz der berichteten, belastungsabhängigen Rückenschmerzen zeigten sich keine Befunde für eine lumboradikuläre Kompression, denn es lägen keine sensomotorischen Ausfälle oder Reflexabschwächungen vor (act. II 158.6 S. 8). Auch bei möglichem Bestehen einer benignen intrakraniellen Hypertension (leichter) Ausprägung ergäbe sich keine Minderung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter, jedoch leichtgradig in angestammter Tätigkeit, da es sich dabei um eine körperlich teils schwere Tätigkeit handle. Hinweise für eine geistige Leistungsminderung bestünden klinisch-neurologisch nicht (act. II 158.6 S. 9). Das Karpaltunnelsyndrom beidseits sei oligosymptomatisch. Bei der körperlich belastenden Tätigkeit in der Alten- bzw. Behindertenpflege bestehe eine Minderung der Arbeitsfähigkeit auf 70 % (zeitliche Präsenz erhalten, Minderung der Leistungsfähigkeit um 30 %). In einer angepassten Tätigkeit könne die Versi-

cherte 100 % tätig sein (weder Minderung der zeitlichen Präsenz noch der Leistungsfähigkeit). Diese Einschätzung gelte auch weitgehend retrospektiv. Vermieden werden müssten häufig mittelschwere oder schwere Tätigkeiten, solche mit ständig erhobenen Armen oder den Armen über Kopf sowie in Kopfzwangsposition (act. II 158.6 S. 12).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, für eine mittelschwere oder schwere körperliche Arbeit bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Die aktuell ausgeübte Tätigkeit als ... sei laut Schilderung der Probandin als körperlich zeitweise mittelschwer anzusehen. Aus polydisziplinärer Sicht bestehe dort eine 60 %-ige Arbeitsfähigkeit. Die globale Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei sicher seit zwei Jahren eingeschränkt. Die leidensangepasste Tätigkeit müsste aus polydisziplinärer Sicht folgende Bedingungen erfüllen: Wechselbelastend, körperlich leicht bis selten mittelschwer (Heben und Tragen bis höchstens 10 kg, selten bis 15 kg), keine Zwangspositionen der Wirbelsäule, der Kniegelenke (kein Abknien, Kauern oder Hocken), der Ellbogengelenke und der Schultergelenke, namentlich keine Überkopfarbeiten, keine repetitiven Bewegungen in den Handgelenken (um einer Epicondylopathie vorzubeugen), keine Zwangspositionen im Bereich der HWS, kein Absolvieren längerer Gehstrecken, kein Überwinden von Höhendifferenzen wie Treppen, Leitern oder Gerüsten und genügend Pausen (act. II 158.1 S. 11). Auf Nachfrage der Verwaltung führten die Gutachter der MEDAS am 21. Februar 2019 aus, in der aktuellen Tätigkeit als ... bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine 60 %-ige Arbeitsfähigkeit. Diese Tätigkeit sei als angepasst anzusehen. Somit ergäbe sich polydisziplinär keine Änderung an der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (act. II 167).

3.4 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in

Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche 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 Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

3.5 Das Gutachten der MEDAS vom 9. November 2018 (inklusive Teलगutachten [act. II 158.1-158.8] und Antwort auf Rückfrage der Verwaltung vom 21. Februar 2019 [act. II 167]) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich eines Konsensgesprächs (vgl. act. II 70.1 S. 2 und S. 26 ff.). Insoweit kommt dem Gutachten (inkl. Teलगutachten) voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Beweiskraft wird im Übrigen auch von der Beschwerdeführerin nicht bestritten. Demnach besteht aus interdisziplinärer Sicht für eine leidensangepasste (körperlich leichte bis selten mittelschwere) Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 % seit mindestens November 2016 (zwei Jahre vor Gutachtenserstellung; act. II 158.1 S. 11, act. II 167 S. 1), wobei in der Fachdisziplin Orthopädie eine solche von 80 % (act. II 158.2 S. 14), in derjenigen der Pneumologie eine solche von 70 % (act. II 158.4 S. 9), in denjenigen der Allgemeinen Inneren Medizin und Neurologie solche von je 100 %

(act. II 158.5 S. 7, act. II 158.6 S. 12) und in derjenigen der Psychiatrie eine solche von 60 % (act. II 158.3 S. 13) besteht. Ferner hat der neurologische Gutachter überzeugend dargelegt, dass sich das neurologische Zustandsbild seit der Verfügung vom 13. April 2016 (act. II 102) verändert hat, indem infolge des erhöhten Hirndrucks im Rahmen des Auftretens eines dringenden Verdachts auf eine benigne intrakranielle Hypertension eine Verminderung der körperlichen Belastbarkeit eingetreten ist (act. II 158.6 S. 13). Das beweiskräftige Gutachten belegt damit auch eine veränderte gesundheitliche Situation und damit einen Revisionsgrund, weshalb eine allseitig freie Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen hat (vgl. E. 2.4 in fine hiavor).

4.

Vorab ist festzuhalten, dass die somatische Beurteilung unbestritten ist. Hingegen geht die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die von psychiatrischer Seite her attestierten Einschränkungen (act. II 158.3 S. 11 ff.) – da diese anhand der Standardindikatorenprüfung nicht als überwiegend wahrscheinlich erstellt seien – unberücksichtigt zu bleiben hätten (act. II 169 S. 3 f., act. II 175 S. 3, Beschwerdeantwort S. 2 f. Rz. 6). Streitig und zu klären ist damit nachfolgend die IV-Relevanz der erhobenen psychischen Störungen (kombinierte Persönlichkeitsstörung [ICD-10 F61.0] und Belastung im Rahmen der Traumatisierung der vergangenen Jahrzehnte, nicht andern Orts klassifizierbar [ICD-10 Z73.3]; act. II 158.1 S. 9, 158.3 S. 11) und dabei insbesondere die Massgeblichkeit der gutachterlich attestierten psychischen Einschränkung in rechtlicher Hinsicht.

Mit Blick auf die Vorbringen in Beschwerde – wonach die Aufspaltung der interdisziplinär festgehaltenen Arbeitsfähigkeit und die Indikatorenprüfung für die psychisch bedingten Beeinträchtigungen nicht sachgerecht sei (S. 4) – ist darauf hinzuweisen, dass gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand des strukturierten normativen Prüfungsrasters (mit einem Katalog von Indikatoren) zu erfolgen hat (vgl. E. 2.2.4 hiavor). Sodann ist es rechtsprechungsgemäss nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten

Arztpersonen, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Die Frage, ob und in welchem Umfang die Feststellungen in einem medizinischen Gutachten anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, ist rechtlicher Natur und damit frei überprüfbar. Darum kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer Expertise abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert gänzlich einbüsst. Darin liegt weder eine Geringschätzung der ärztlichen Beurteilung noch eine gerichtliche Kompetenzanmassung, sondern es ist notwendige Folge des rein juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit und Invalidität (Entscheid des Bundesgerichts vom 25. Juni 2018, 8C_74/2018, E. 5.1). Dementsprechend sind die gutachterlich festgestellten psychischen Leiden für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit dem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen.

4.1 Bezüglich der vom psychiatrischen Gutachter gestellten Diagnosen sind die klassifikatorischen Vorgaben (vgl. E. 2.2.2 hiavor) eingehalten. In seinem Gutachten zeigt er auch keine Diskrepanzen im Sinne eines Ausschlussgrundes nach BGE 131 V 49 (vgl. E. 2.2.3 hiavor) auf, insbesondere hat er keinen Hinweis für eine bewusste Aggravation oder gar eine Simulation festgestellt (act. II 158.3 S. 13 Ziff. 7.3). Nachdem die Prüfung der ersten Ebene somit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht ausschliesst, hat auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen (vgl. E. 2.2.4 hiavor).

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

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

4.2.1.1 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgesche-

hens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Der psychiatrische Gutachter bezeichnete den aktuellen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwar als schlecht (act. II 158.3 S. 13 Ziff. 7.3). Bei dessen Untersuchung fielen jedoch die diagnoserelevanten Befunde insgesamt gering ausgeprägt aus. Der psychiatrische Befund war bis auf die im Rahmen der Thematik "psychischer und physischer Gewalt durch den Ex-Ehemann (2008 bis 2012)" sowie der gelegentlich auftretenden Energie-, Freud- und Appetitlosigkeit sowie dem geltend gemachten gelegentlichen Gedankenkreisen als unauffällig beschreiben worden (act. II 158.3 S. 7 f. Ziff. 4.3). Hinzu kommt, dass – entgegen dem gutachterlich erhobenen Befund – die Traumatisierungen im Rahmen der häuslichen Gewalt nicht in der zweiten Ehe (2008-2012; recte: act. II 72) stattgefunden haben, sondern während der ersten Ehe (1988-2008). Sie liegen somit schon lange Zeit zurück und wurden anfänglich als Status nach Anpassungsstörung diagnostiziert (vgl. Bericht von Dr. med. F. _____ vom 15. September 2015; act. II 87 f.). Zudem beruhen die weiteren als belastend aufgeführten Befunde einzig auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Sodann wirken sich die diagnosespezifischen Befunde und Symptome der diagnostizierten kombinierten Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, selbstunsicheren und emotional instabilen Anteilen (bspw. Störung der Impulskontrolle, Abhängigkeit gegenüber anderen Personen/Unterordnung; vgl. hierzu auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 279 ff.), überwiegend im privaten Bereich aus, im Sinne von (früheren) Konflikten mit den ehemaligen Partnern, den Eltern und der Schwester (vgl. act. II 158.3 S. 9). Indessen zeitigen sie gemäss dem gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil in einer adaptierten Tätigkeit, insbesondere der privaten Personenpflege mit beschränktem Personenverkehr oder der Hauspflege von einzelnen Personen (act. II 158.3 S. 13 f. Ziff. 8.2 und 8.4), keine wesentlichen Auswirkungen. Ausserdem liegen, wie den Ausführungen des Gutachters zu entnehmen sind, zahlreiche Belastungsfaktoren (Arbeitslosigkeit, fehlende berufliche Perspektive, angespannte finanzielle Situation) vor, die zur Zuweisung für die psychotherapeutische Behandlung führten und dort therapeutisch angegangen wurden (act. II 158.3

S. 12, 14). Unter diesen Umständen fällt somit eine aus den psychischen Leiden herrührende (jedenfalls) schwere Beeinträchtigung ausser Betracht, zumal die Beschwerdeführerin auch in der Lage ist, eine an ... erkrankte Person drei bis vier Stunden pro Tag ... (act. II 153.3 S. 5 Ziff. 3.2.7), ihren Alltag zu ordnen, in einer Wohngemeinschaft zu leben, die Wohnungs-, Haus-, Wäsche und Kleiderpflege (ausgenommen kraftaufwändige Tätigkeiten; act. II 158.1 S. 12) zu verrichten und verschiedenen Freizeitbeschäftigungen (Fotografieren, Schreiben, Zeichnen, Baden, mehrmals täglich Spazieren mit dem Hund) nachzugehen (act. II 153.3 S. 5 f. Ziff. 3.2.10).

4.2.1.2 Weiter ist auf Verlauf und Ausgang von Therapien und Eingliederungsmassnahmen (und damit auf den jeweiligen Erfolg bzw. die Resistenz) als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.): Zur Behandlung führte der psychiatrische Experte aus, die Beschwerdeführerin befinde sich derzeit in psychotherapeutischer Behandlung. Nach kurzzeitigem Unterbruch der Therapie sei die Wiederaufnahme im Jahr 2016 erfolgt. Bei anfänglichen Vertrauensproblemen bezüglich medikamentöser Therapie, hätten dennoch im weiteren Verlauf antidepressive Versuche durchgeführt werden können. Auf eine teilstationäre Behandlung habe sich die Beschwerdeführerin nicht einlassen können (act. II 158.3 S. 12); dies deutet auf einen (falls überhaupt) nicht besonders grossen Leidensdruck hin. Unter diesen Umständen erweisen sich die Behandlungsoptionen als noch nicht ausgeschöpft bzw. eine Behandlungsresistenz ist nicht ausgewiesen. Daran ändert nichts, dass der Gutachter prognostisch kaum eine weitere Verbesserung erwartet (act. II 158.3 Ziff. 14) und die behandelnde Psychiaterin in ihrer Stellungnahme vom 25. September 2019 ausführt, Persönlichkeitsstörungen würden lege artis höchstens mit stationären Kriseninterventionen bzw. vor allem ambulant behandelt (act. II 177 S. 37). Nicht gefolgt werden kann sodann der Beschwerdeführerin, dass kaum Behandlungserfolge auszuweisen seien (Beschwerde S. 5), hielt doch der psychiatrische Experte fest, seit April 2016 habe sich psychisch eine Gesundheitszustandsverbesserung gezeigt. Dies habe dazu geführt, dass sich die Beschwerdeführerin soweit selbstbewusst gefühlt habe, um eine zweite Arbeitsstelle als ... anzutreten (act. II 158.3 S. 14 Ziff. 8.4 Frage 2). Weiter

gab die Beschwerdeführerin in Bezug auf die berufliche Tätigkeit bzw. Eingliederung an, die aktuelle Tätigkeit in Form der ... gefalle ihr, diese könne sie sich auch in Zukunft vorstellen (act. II 158.3 S. 6 Ziff. 3.2.12), womit auch keine Eingliederungsresistenz vorliegt.

4.2.1.3 Die bisherigen Kriterien der psychiatrischen Komorbidität und körperlichen Begleiterkrankung wurden zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst. Relevant ist die Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301). Die Gutachter der MEDAS haben in ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung – trotz langer Diagnoseliste (act. II 158.1 S. 9 f.) – keine Wechselwirkungen beschrieben. Sodann hielten sie im Rahmen der Begründung der Gesamtarbeitsfähigkeit fest, dass auch keine Addition der in den einzelnen Fachbereichen attestierten Arbeitsunfähigkeiten erfolge (act. II 158.1 S. 11 Ziff. 4.9.). Inwiefern sich die diagnostizierten Leiden gegenseitig beeinflussen, wie vom Hausarzt vorgebracht, begründet dieser weder in der Stellungnahme vom 10. April 2018 (act. II 139) noch in derjenigen nach Verfügungserlass vom 27. September 2019 (act. II 177 S. 41). Die Anmerkungen, wonach "das Ganze mehr als die Summe der Einzelteile sei", die einzelnen Probleme einen "überadditiven" Effekt auf die Gesamtleistung hätten und die multiplen Einschränkungen von verschiedenen Organsystemen in ihrer kumulativen Beeinflussung berücksichtigt werden müssten, genügt nicht. Massgebende Wechselwirkungen sind damit – wie erwähnt – nicht ausgewiesen.

4.2.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung leidet (act. II 158.1 S. 9 f. Ziff. 4.2.1 und 4.4). Es ist ihr aber dennoch möglich, eine mehrstündige Arbeitstätigkeit in der ... auszuüben (act. II 153.3 S. 5 Ziff. 3.2.7). Schliesslich wurden auch im psychiatrischen Untersuchungsbefund keine Hinweise für ungenügende Konzentration und Aufmerksamkeit, formale oder inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen, Wahrnehmungsstörungen oder Ich-Störungen beschrieben (act. II 158.3 S. 7 Ziff. 4.3), sodass insgesamt von erhaltenen

persönlichen Ressourcen auszugehen ist, wie auch die vielfältigen Freizeitaktivitäten zeigen.

4.2.3 Zum Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in einer Wohngemeinschaft mit einem Mitbewohner lebt (act. II 158.3 S. 5). Dem neurologischen Gutachter teilte sie mit, sie habe zwei bis drei gute Bekannte und einen sehr guten Freund, wobei sie zu allen häufig Kontakt habe (act. II 158.6 S. 5 oben). Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter erwähnte sie, sie habe eine Freundin, empfinde aber nicht die Notwendigkeit für mehr Freundschaften; anfänglich habe sie alleine nur schwer leben können, jetzt geniesse sie aber die aktuelle Situation und die Lebenseinstellung, sich selber die nächste zu sein (act. II 158.3 S. 5 Ziff. 3.2.8). Die Beschwerdeführerin machte damit zwar anlässlich der Begutachtung teilweise unterschiedliche Angaben. Von einem (generellen bzw. alle Lebensbereiche betreffenden) sozialen Rückzug kann aber – mit Blick auf die geschilderte (von ihr gewählte) Situation – in keiner Weise gesprochen werden. Diesbezüglich ergibt sich, wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (S. 3) zutreffend ausführte, dass selbst wenn nicht mehr viele soziale Beziehungen bestehen, die Beschwerdeführerin keinen Leidensdruck verspürt – sondern die Situation (nach eigenen Angaben) vielmehr geniesst.

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

4.3.1 Zum Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) äusserte sich der psychiatrische Gutachter nicht explizit. Dem psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS kann jedoch entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin neben der beruflichen Tätigkeit vielfältigen Aktivitäten nachgeht, so bspw. Baden, Spazieren mit dem Hund (mehrmals täglich), Lesen, Fotografieren, Schreiben bzw. Zeichnen (act. II 158.3 S. 5 f.). Weiter wurde darin vermerkt, dass sowohl aktenanamnestisch als auch im Gespräch keine Einschränkungen bei der Haushaltsführung ausgewiesen seien (act. II 158.3 S. 14 Ziff. 8.4 Frage 1).

Anlässlich der neurologischen Begutachtung gab die Beschwerdeführerin an, sie stehe meist schon um 05:15 Uhr auf und richte sich her. Die Arbeitseinsätze in der ... seien zwei bis vier Mal pro Woche zu unterschiedlichen Zeiten und Dauer. Wenn sie zu Hause sei, meist gegen 08:00 Uhr, frühstücke sie nicht regelmässig; vormittags beschäftige sie sich mit dem Haushalt. Sie könne alle Arbeiten ausführen mit Ausnahme von schweren Tätigkeiten. Sie erledige einmal pro Woche zusammen mit ihrem Wohnungspartner den Einkauf. Mittags esse sie oft nichts oder nur eine Kleinigkeit. Mittags ruhe sie sich aus, schlafe aber nicht. Am Nachmittag beschäftige sie sich mit Lesen, Musik hören, gehe aber auch Spazieren, was sie mit dem Hund sowieso mehrfach täglich mache. Sie sei auch gerne im Garten oder halte Kontakt zu ihren Bekannten, rufe diese auch teilweise an. Die Hauptmalzeit nehme sie am Abend ein; meistens gehe sie gegen 20:00 Uhr ins Bett, insbesondere, wenn sie früh aufgestanden sei, sonst auch später (act. II 158.6 S. 5 Ziff. 3.2.10). Mithin steht das von der Beschwerdeführerin geschilderte Aktivitätsniveau in deutlichem Widerspruch zu der vom psychiatrischen Gutachter attestierten 40 %-igen Einschränkung bzw. einer bloss 60 %-igen Arbeitsfähigkeit in der dem Leiden angepassten Tätigkeit (act. II 158.3 S. 13 Ziff. 8.2); die beschriebenen ausgedehnten ausserberuflichen Aktivitäten und erhaltenen Fähigkeiten übersteigen die bei einer psychisch bedingten 40 %-igen Arbeitsunfähigkeit zu erwartenden Aktivitäten deutlich und sind insoweit inadäquat. Dass diese Aktivitäten, wie sowohl von der Psychiaterin Dr. med. F. _____ als auch der Beschwerdeführerin postuliert (act. II 177 S. 37, Beschwerde S. 5), teils alleine ausgeübt werden, ändert am Missverhältnis und der entsprechenden Inkonsistenz im Vergleich zur geltend gemachten bzw. psychiatrisch attestierten beruflichen Einschränkung nichts.

4.3.2 Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) spricht grundsätzlich für einen gewissen Leidensdruck, doch bestehen hierbei (ebenfalls) Inkonsistenzen dahingehend, dass phasenweise Unterbrüche in der Behandlung bestanden haben, die Beschwerdeführerin sich nicht auf eine teilstationäre Behandlung hat einlassen können bzw. einlassen wollen (vgl. act. II 158.3 S. 12 Ziff. 7.2) und erst seit Mitte November 2018 wieder in fachärztlicher, d.h. psychiatrischer Behand-

lung bei Dr. med. F. _____ steht (act. II 177 S. 37). In Anbetracht dessen ist nicht von einer besonderen Ausprägtheit des Leidensdrucks auszugehen.

4.4 Wenngleich die Indikatoren der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome sowie der Komplex Persönlichkeit allenfalls für eine gewisse funktionelle Einschränkung bzw. eine gewisse Ressourcenhemmung sprechen, stehen die übrigen Komplexe der psychiatrischerseits attestierten Arbeitsunfähigkeit entgegen. In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren mithin nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens vorliegend zu verneinen ist bzw. auf jeden Fall nicht als die somatisch ausgewiesenen Einschränkungen additiv steigernd berücksichtigt werden kann. Vor diesem Hintergrund ist auf die attestierte Arbeitsunfähigkeit, soweit diese mit psychischen Funktionseinbussen begründet wird, aus rechtlicher Optik nicht abzustellen.

4.5 Aufgrund des Dargelegten sind somit für die Invaliditätsbemessung (vgl. E. 5 hiernach) einzig die somatischen Beschwerden bzw. Leistungseinschränkungen massgebend. Nach den beweiskräftigen gutachterlichen Einschätzungen besteht sowohl aus internistischer wie auch neurologischer Sicht in einer angepassten (körperlich leichten bis selten mittelschweren) Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit (act II 158.5 S. 7, 158.6 S. 12; vgl. E. 3.5 hiervor). Hingegen besteht seit (mindestens) zwei Jahren aus orthopädischer Sicht in einer entsprechenden Tätigkeit (einzig) eine solche von 80 % (act. II 158.2 S. 13 f.) bzw. aus pneumologischer Sicht eine solche von 70 % (act. II 158.4 S. 8). Beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen überschneiden sich deren erwerbliche Auswirkungen in der Regel, sodass eine blosser Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsfähigkeitsgrade nicht zulässig ist (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 2. Oktober 2013, 8C_548/2013, E. 5.2.2). Mit Blick auf diese Rechtsprechung leuchtet ein, dass gemäss den Gutachtern der MEDAS bei der Beurteilung der Gesamtarbeits(un)fähigkeit keine Addition der in den ein-

zelen somatischen Fachrichtungen attestierten Arbeitsunfähigkeiten zu erfolgen hat (act. II 158.1 S. 11 Ziff. 4.9). Dies zumal sich auch die beiden Zumutbarkeitsprofile der orthopädischen bzw. pneumologischen Fachrichtung (act. II 158.2 S. 13 f., 158.4 S. 8) mit Blick auf die leistungseinschränkenden Pausen in gleicher Weise und damit nicht additiv auswirken bzw. übereinstimmen. Damit ist hinsichtlich der Gesamtarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf die aus pneumologischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % abzustellen und auf dieser Grundlage nachstehend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

5.

5.1

5.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). 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).

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

nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohn-mässig 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).

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). Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der Anmeldung im Oktober 2017 (act. II 109) und in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung) auf April 2018 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

5.3 Das Valideneinkommen von Fr. 58'352.-- berechnete die Beschwerdegegnerin gestützt auf das in der rechtskräftigen Verfügung vom 13. April 2016 ermittelte Einkommen von Fr. 57'355.-- (Valideneinkommen im Jahr 2015; act. II 102 S. 2) und indexierte dieses auf das Jahr 2018. Dies wird von der Beschwerdeführerin nicht bestritten. Selbst wenn das mutmassliche Einkommen ohne Behinderung anhand des Totalwertes der

Tabelle TA1, Frauen, Kompetenzniveau 1 (einfache Arbeiten körperlicher oder handwerklicher Art) der LSE 2016 festgesetzt würde (vgl. E. 5.1.1 hiervor), änderte dies nichts am Ergebnis (vgl. E. 5.4 hiernach).

Die Beschwerdeführerin schöpft ihre Restarbeitsfähigkeit nicht aus. Die Beschwerdegegnerin stellte somit zu Recht bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf die LSE 2016, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Frauen, Total, ab. Bei einem monatlichen Einkommen von Fr. 4'363.--, aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche und indexiert auf das Jahr 2018 ergab dies unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit von 70 % ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 38'540.-- (act. II 175 S. 3), was nicht zu beanstanden ist. Hiervon ist – anders als die Beschwerdeführerin verlangt (Beschwerde S. 6 f. und Eingabe vom 26. November 2019) – kein (behinderungsbedingter) Tabellenlohnabzug vorzunehmen. Die behinderungsbedingten Einschränkungen sind in der medizinischen Leistungsbeurteilung umfassend berücksichtigt und flossen bereits in das Anforderungs- und Belastungsprofil ein, weshalb sie nicht nochmals als abzugsrelevant herangezogen werden dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2). Der Umstand allein, dass nur mehr leichte Arbeiten zumutbar sind, ist auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leistungsbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst (Entscheid des BGer vom 23. März 2018, 8C_61/2018, E. 6.5.2). Die Teilzeittätigkeit rechtfertigt ebenfalls keinen Abzug, da bei teilzeitlich angestellten Frauen das Kriterium des reduzierten Beschäftigungsgrades von vornherein kaum ins Gewicht fällt (Entscheid des BGer vom 30. November 2012, 8C_712/2012, E. 4.2.2). Dass der Beschwerdeführerin aufgrund der Notwendigkeit, ihre Arbeitstätigkeit auf Vor- und Nachmittag (mit sonst betriebsüblichen Pausen) zu verteilen (bzw. jedenfalls durch genügend Pausen zu unterbrechen), allenfalls nicht mehr sämtliche leichten Tätigkeiten im hier zugrunde gelegten Kompetenzniveau 1 offen stehen, lässt nicht ohne Weiteres den Schluss zu, es seien ihre Anstellungschancen, verglichen mit einer gesunden Mitbewerberin, nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse intakt. Der hier massgebliche ausgeglichene Arbeitsmarkt bietet eine Vielzahl verschiedenartiger Stellen. Anhaltspunkte, dass sich darunter keine Tätigkei-

ten befänden, in denen ein 70 %-Pensum mit täglicher Präsenz und jeweils einer verlängerten Mittagspause zur Erholung (mit sonst betriebsüblichen Pausen) ohne zusätzliche Lohneinbusse möglich wäre, sind nicht ersichtlich und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht aufgezeigt (Entscheidung des BGer vom 25. Mai 2020, E. 4.3.3 mit Hinweisen). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass das hier massgebliche Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 4.4 hiervor) nicht derart eng formuliert ist, dass eine entsprechende Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich wäre, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischen Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre (vgl. SVR 2011 IV Nr. 6 S. 18 E. 4.2.4, 2008 IV Nr. 62 S. 205 E. 5.2). Ebenso wenig vermag die Beschwerdeführerin aus der Tatsache, dass in der rentenabweisenden Verfügung vom 13. April 2016 ein behinderungsbedingter Abzug von 10 % gewährt wurde (act. II 102 S. 2), etwas zu ihren Gunsten abzuleiten (Beschwerde S. 5 und Eingabe vom 26. November 2019). Liegt ein Revisions- bzw. ein Neuanmeldungsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (vgl. E. 2.4 in fine hiervor). Schliesslich rechtfertigen auch die übrigen Einzelfallkriterien (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie; vgl. E. 5.1.2 hiervor) keinen zusätzlichen Abzug.

5.4 Aus der Gegenüberstellung des Validen- und des Invalideneinkommens resultiert eine Einbusse von Fr. 19'812.-- (Fr. 58'352.-- ./ Fr. 38'540.--) und damit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 34 % (Fr. 19'812.-- / Fr. 58'352.-- x 100; vgl. E. 2.3 hiervor; zur Rundung: BGE 130 V 121). Ebenfalls ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad resultiert, wenn das Valideneinkommen basierend auf dem Totalwert der Tabelle TA1, Frauen, Kompetenzniveau 1, der LSE 2016 ermittelt würde (vgl. E. 5.3 hiervor), da der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (hier 30 % [vgl. E. 4.4 hiervor]) unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (hier 0 %) entspricht, wenn Validen- und Invalideneinkommen aufgrund des gleichen Tabellenlohns bestimmt werden (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2).

5.5 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 20. September 2019 (act. II 175) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Zuzufolge der mit Verfügung vom 21. November 2019 bewilligten unentgeltlichen Rechtspflege ist die Beschwerdeführerin jedoch – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht der Verfahrenskosten befreit.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Festzusetzen bleibt indessen das amtliche Honorar von Rechtsanwältin B._____.

6.3 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Prozessführung sind nach den

gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der kantonalen Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 26. November 2019 macht Rechtsanwältin B._____ einen Aufwand von 14.5 Stunden bzw. ein Honorar von Fr. 3'190.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 81.10 sowie Mehrwertsteuer von 7.7 % (von Fr. 3'271.10) im Betrag von Fr. 251.85, total Fr. 3'522.95, geltend. Dies ist nicht zu beanstanden. Folglich wird der tarifmässige Parteikostenersatz für dieses Verfahren auf Fr. 3'522.95 festgesetzt. Davon ist Rechtsanwältin B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 2'900.-- (14.5 Std. x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 81.10 und Mehrwertsteuer von Fr. 229.55 (7.7 % von Fr. 2'981.10), total somit eine Entschädigung von Fr. 3'210.65, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

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 tarifmässige Parteikostenersatz der amtlichen Anwältin wird in diesem Verfahren auf Fr. 3'522.95 (inkl. Auslagen und MWSt.) festge-

setzt. Davon wird Rechtsanwältin B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 3'210.65 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin B._____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.