200 20 111 IV
WIS/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Juli 2021

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Schnyder

A._____
vertreten durch B._____ GmbH, C._____

Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 15. Januar 2020

Sachverhalt:

A.

Die 1961 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 22. Juli 2009 unter Hinweis auf eine seit Jahren bestehende Behinderung geistiger und körperlicher Art bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug (Rente) an (Akten der IVB [act. II] 2). Die IVB führte in der Folge medizinische und berufliche Abklärungen durch. Insbesondere holte sie bei den Dres. med. D._____, Fachärztin für Neurochirurgie, und E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein neurochirurgisch-psychiatrisches Gutachten vom 7. bzw. 11. Juli 2014 (act. II 101.1, 102.1/2, 102.2) ein und veranlasste eine Abklärung durch ihren Abklärungsdienst, welche am 15. Oktober 2014 vorgenommen wurde (vgl. Abklärungsbericht Haushalt vom 23. Oktober 2014 [act. II 106/2]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 107, 111, 113) holte die IVB bei Dr. med. F._____, Fachärztin für Anästhesiologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eine Stellungnahme vom 7. Januar 2015 (act. II 115) ein und verneinte mit Verfügung vom 13. Januar 2015 (act. II 116) bei einem Invaliditätsgrad von 20% einen Rentenanspruch. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 117/4) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 17. Mai 2016, IV/2015/148 (act. II 120), ab. Das Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.

Am 14. Juni 2017 (act. II 129) meldete sich die Versicherte bei der IVB erneut zum Leistungsbezug an. Diese trat in der Folge auf das Leistungsgesuch ein (vgl. Schreiben vom 23. Juni 2017 [act. II 132]) und tätigte medizinische sowie berufliche Abklärungen. Mit Vorbescheid vom 14. September 2018 (act. II 166) stellte die IVB in Aussicht, mangels Vorliegens einer Invalidität im Sinne des Gesetzes einen Leistungsanspruch zu verneinen, wogegen die Versicherte Einwände erhob (act. II 174). Auf Anraten von

Dr. med. F._____ (vgl. RAD-Beurteilung vom 28. Januar 2019 [act. II 189]) holte die IVB bei der G._____ AG Bern ein interdisziplinäres Gutachten vom 19. Juli 2019 (MEDAS; act. II 207.1-207.7) ein. Nach einer weiteren Stellungnahme von Dr. med. F._____ vom 3. September 2019 (act. II 210) verneinte die IVB mit Verfügung vom 15. Januar 2020 (act. II 224) nach erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 211, 222) das Vorliegen eines Revisionsgrundes und wies den Rentenanspruch ab.

C.

Mit Eingabe vom 5. Februar 2020 erhob die Versicherte, vertreten durch die B._____ GmbH, C._____, dagegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 15. Januar 2020 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei eine Rente der Eidg. Invalidenversicherung anzuerkennen.
3. Es sei ein zweiter Schriftenwechsel zu gewähren.
4. Eventualiter sei ein neues Gutachten in Auftrag zu geben.
5. Subeventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
6. Der Beschwerdeführerin sei der Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren.

Am 27. Februar 2020 ging beim Verwaltungsgericht eine Eingabe der Beschwerdeführerin inkl. Beilagen (Akten der Beschwerdeführerin [act. IA] 1-3) ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. März 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei insofern gutzuheissen, als der Beschwerdeführerin vom 1. Dezember 2017 bis zum 31. März 2018 eine befristete ganze Rente zuzusprechen sei (Beschwerdeantwort S. 3). Des Weiteren sei die Beschwerde abzuweisen.

In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest.

Am 7. Juli 2021 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs.1 lit. b des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) statt.

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 GSOG 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsgestand bildet die Verfügung vom 15. Januar 2020 (act. II 224). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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).

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).

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

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

2.5

2.5.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten 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).

2.5.2 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. anspruchsrelevant 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).

2.5.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht

nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

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

2.5.5 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 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

3.

3.1 Da die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 14. Juni 2017 (act. II 129) eingetreten ist (act. II 132), ist die Eintretensfrage richterlich nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob eine für den Leistungsanspruch relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist (vgl. E. 2.5.3 hiervor), wobei der Sachverhalt zur Zeit der leistungsablehnenden Verfügung vom 13. Januar 2015 (act. II 116) mit demjenigen bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 15. Januar 2020 (act. II 224) zu vergleichen ist (vgl. E. 2.5.4 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 13. Januar 2015 (act. II 116) basierte im Wesentlichen auf dem neurochirurgisch-psychiatrischen Gutachten der Dres. med. D._____ und E._____ vom 7. bzw. 11. Juli 2014 (act. II 101.1, 102.1/2, 102.2). In deren interdisziplinären Beurteilung (act. II 102.2) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbales und lumboischialgieformes Schmerzsyndrom links mit/bei LWS-Fehlform/-haltung, degenerativen LWS-Veränderungen sowie Spondylanterolisthesis L5/S1 diagnostiziert. Seitens des Fachgebietes Psychiatrie wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein thorakales Schmerzsyndrom mit/bei BWS-Fehlform/-haltung und degenerativen BWS-Veränderungen sowie ein zervikales Schmerzsyndrom mit/bei HWS-Fehlform/-haltung und degenerativen HWS-Veränderungen diagnostiziert (S. 1). Aus interdisziplinärer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aufgrund der bestehenden körperlichen Beeinträchtigungen qualitativ und quantitativ beeinträchtigt. Ihr seien körperlich leichte und zeitweise körperlich mittelschwere (der Anteil mittelschwerer Arbeit sei mit 10% begrenzt) wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von achteinhalb Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche bei dabei bestehender bis 20% verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht würden dabei keine Anforderungen an ein spezifisches Arbeitsplatz-/Belastungsprofil formuliert. Ausgeschlossen seien körperlich schwere und ständig sowie häufig/überwiegend körperlich mittelschwere Tätigkeiten, die LWS statisch belastende Arbeiten, Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der LWS, Arbeiten in Zwangshaltungen der LWS (Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen) sowie Arbeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg, repetitiv mit 5 kg limitiert (S. 3 f.).

3.3 Zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 15. Januar 2020 (act. II 224) ist den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Im interdisziplinären Gutachten der MEDAS vom 19. Juli 2019 (act. II 207.1) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen gestellt (S. 10 Ziff. 4.2):

1. Lumbago bei degenerativen Veränderungen der LWS mit Facettengelenkarthrosen und bei
2. Status nach Versteifung im Segment L5/S1 von ventral am 19. Januar 2017 und von dorsal am 7. Februar 2017
3. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit fraglichen psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.1)
4. Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61)
5. Somatoforme Störung (ICD-10 F45.0).

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Mammakarzinom (Erstdiagnose: April 2017), ein leichter Hohl-Rundrücken, rezidivierende Nackenschmerzen, ein Verdacht auf ein obstipations-dominantes Reizdarmsyndrom, eine Dranginkontinenz bei Blasenspeicherstörung mit Detrusorüberaktivität, Untergewicht, eine Dyslipidämie sowie eine geringgradige Leukozytopenie diagnostiziert (S. 11 Ziff. 4.2).

Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich seit der Verfügung vom 13. Januar 2015 wesentlich verändert (S. 14 Ziff. 1). Aus onkologischer Sicht sei in der Zwischenzeit die Behandlung eines Mammakarzinoms erforderlich gewesen. Diese sei unter kurativer Absicht erfolgt und abgeschlossen. Grundsätzlich bestehe aus onkologischer Sicht daher keine Veränderung im Vergleich zum 13. Januar 2015. Aus neurochirurgischer Sicht sei es durch die Operationen (Versteifung im Segment L5/L1 von ventral am 19. Januar 2017 und von dorsal am 7. Februar 2017) zu einer deutlichen Änderung des Leistungsprofils gekommen. Diese Veränderung bestehe spätestens ab dem 1. Januar 2018. Davor könne aus neurochirurgischer Sicht keine sichere Einschätzung abgegeben werden. Jedoch könne die Beurteilung vom Vorgutachter aus dem Jahr 2014 in Bezug auf die Wirbelsäule im Wesentlichen nachvollzogen werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe die Veränderung in einer depressiven Dekompensation vor dem Hintergrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, ferner liege eine somatoforme Störung vor. Die genannten Störungen würden sich wechselweise aufrechterhalten und bis heute andauern. Sie seien im Wesentlichen als therapierefraktär anzusehen (S. 14 Ziff. 2).

Für die zuletzt ausgeübte Arbeit wie auch allgemein körperlich schwere Tätigkeiten bestehe aufgrund der neurochirurgischen und rheumatologischen Einschätzung eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (S. 12 Ziff. 4.3).

Was eine leidensangepasste Tätigkeit betreffe, habe vom 19. Januar bis zum 31. Dezember 2017 allein aus neurochirurgischen und onkologischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestanden (S. 13 Ziff. 4.8). Danach sei für angepasste Tätigkeiten die Einschränkung in der psychiatrischen Beurteilung massgeblich; die geringfügige onkologische Einschränkung stelle keine additive Limitation dar und die neurochirurgische Einschränkung wirke sich lediglich auf das Belastungsprofil aus (S. 14 Ziff. 4.9). In allgemein-internistischer Hinsicht liege keine Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. Bezüglich der Einschränkungen des Bewegungsapparates könnten der Versicherten ihrer verminderten Belastbarkeit angepasste leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeitstätigkeiten vollzeitig zugemutet werden (S. 11 Ziff. 4.3). Zu empfehlen seien wechselbelastende Tätigkeiten; zu unterlassen seien Arbeiten in Zwangshaltungen der Wirbelsäule sowie wiederholende Rotationsbewegungen oder Tätigkeiten in häufiger Vor- oder Rückenbeugung, mit Vibrationen oder auf unsicherem Gelände sowie unter Kälte, Nässe und wechselnden Temperaturen. Auch sollte sich eine Toilette gut erreichbar in der Nähe des Arbeitsplatzes befinden (S. 12 Ziff. 4.5). Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit wegen der depressiven Dekompensation sowie der dazugetretenen Schmerzproblematik um 70% eingeschränkt. Es handle sich um globale Einschränkungen, weshalb sie auch für jede andere denkbare Tätigkeit gelten würden (S. 11 f. Ziff. 4.3). Dies gelte seit dem 1. Januar 2018; über weiter zurückliegende Zeiträume könnten keine zuverlässigen Aussagen gemacht werden (S. 13 Ziff. 4.8).

3.3.2 Dr. med. F._____ führte in der RAD-Aktenbeurteilung vom 3. September 2019 (act. II 210) zu der im MEDAS-Gutachten diagnostizierten Persönlichkeitsstörung aus, selbst wenn man aufgrund der auffälligen Partnerschaften von einer abhängigen und selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung ausgehen würde, habe die Versicherte bis 2009 immer genug Ressourcen gehabt, um zu arbeiten. Es habe sich also nicht um eine schwer ausgeprägte Persönlichkeitsstörung gehandelt. Ersichtlich sei im psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten hingegen eine depressive Symptomatik. Gemäss dem Tagesablauf und den Befunden sei diese aber nicht schwer ausgeprägt. Im Beck-Depressions-Inventar sei eine Punktezahl erreicht worden, die einer schweren Depression entspreche. Das Beck-

Depressions-Inventar sei ein Selbstbeurteilungsfragebogen und zeige daher an, wie sich die Versicherte erlebe, entspreche aber nicht einer auf Befunden abgestützte Fremdbeurteilung, wobei man auch noch das Funktionsniveau (Verhalten) im Alltag mitberücksichtigen müsse. Dass rezidivierende depressive Störungen vorlägen, könne nachvollzogen werden, aber keine zum Gutachtenszeitpunkt schwer ausgeprägte, sondern eine mittelschwere. Die Versicherte beklage vor allem Müdigkeit. Müdigkeit sei ein häufiges Symptom, dass nach Krebstherapien (Chemo- und Strahlentherapie) auftrete. Im Allgemeinen bessere sich diese Müdigkeit zwei Jahre nach Ende der Krebstherapien. Bestehe eine depressive Symptomatik, dann habe auch diese Anteil an der Müdigkeit. Wieviel Prozent wovon herrühre, könne man nicht quantifizieren. Trotz der Müdigkeit sei die Versicherte aber noch zu den im Tagesablauf geschilderten Aktivitäten fähig. Dass sie voll arbeitsfähig wäre, treffe aber auch nicht zu. Der Gutachter habe gemeint, wenn nicht alle Beschwerden somatisch erklärbar seien, handle es sich um eine somatoforme Schmerzstörung. Auch bei Depressionen würden somatische Beschwerden auftreten, die nicht somatisch oder allein somatisch zu begründen seien. Es sei sogar recht typisch für Depressionen, dass somatisch nicht erklärbare somatisch anmutende Beschwerden auftreten würden. Es wäre hier medizinisch nur von akademischem Interesse, ob man nun diese Beschwerden der Depression zuordne oder eigenständig als somatoforme Störung kodiere (S. 9). Mehr oder minder sei nachvollziehbar, dass der psychiatrische MEDAS-Gutachter von einem therapierefraktären Zustand ausgehe, obwohl die Versicherte noch nie in stationärer Behandlung gewesen sei. Diese sei schon ziemlich lange in dem Zustand, sei zudem nicht schwer depressiv und auch nicht suizidal, womit die Indikation für eine stationäre Therapie fehle. Zumutbar und umsetzbar wäre eine teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik (S. 10).

3.3.3 Dr. med. H._____ bestätigte im Schreiben vom 23. Februar 2020 (act. IA 1) zuhanden des Vertreters der Versicherten im Wesentlichen die im MEDAS-Gutachten gestellten psychiatrischen Diagnosen. Weiter könne die von Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie im Bericht vom 24. April 2009 [act. II 13/3]) diagnostizierte Neurasthenie (ICD-10 F48.0) auch Eingang in den Diagnosekatalog finden (S. 1 Ziff. 1). Wie der psychiatrische MEDAS-Gutachter erwähnt habe, müsse

von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes spätestens seit dem Sommer 2017 ausgegangen werden (Ziff. 2). Sämtliche psychiatrischen Diagnosen hätten im Zusammenspiel Auswirkung auf die Arbeits(un)fähigkeit (Ziff. 3). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit schätze er (Dr. med. H._____) fortgesetzt auf maximal 30% ein, mit erheblich eingeschränkter und sehr inkonstanter Leistungsfähigkeit (Ziff. 4). Die Versicherte weise ein komplexes Störungsbild mit lebensgeschichtlich bedingter posttraumatischer Verstärkung auf, das sich seit Behandlungsbeginn 2009 zusehends verschlechtert habe, nicht zuletzt auch wegen der multiplen körperlichen Probleme und Erkrankungen. Die immer wieder einmal aufkeimende Hoffnung auf eine substantielle Verbesserung habe sich leider bis anhin nicht erfüllt (S. 2 Ziff. 5).

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

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

3.4.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Unter-

suchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 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 Die Beschwerdeführerin unterzog sich im Frühjahr 2017 zwei Operationen (Versteifung im Segment L5/S1 von ventral am 19. Januar 2017 und von dorsal am 7. Februar 2017); ab dem 19. Januar 2017 bestand diesbezüglich bis zum 31. Dezember 2017 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 207.1/14 Ziff. 2; vgl. auch act. II 158/8, 158/10). Am 24. April 2017 wurde ein Mammakarzinom diagnostiziert; der Tumor wurde am 1. Mai 2017 operativ entfernt und in der Folge wurden eine Chemotherapie sowie eine Therapie mit Herceptin durchgeführt (act. II 146/7, 156/5). Aus onkologischer Sicht wurde ab dem 26. April 2017 bis zum 1. Januar 2018 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit und danach bis Juli 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 20% attestiert (act. II 156/3 Ziff. 11, 207.3/10 Ziff. 8; vgl. dazu auch E. 3.6.1 hiernach). Damit ist erstellt, dass sich aus somatischer Sicht die gesundheitlichen Verhältnisse seit der rentenablehnenden Verfügung vom 13. Januar 2015 (act. II 116) über die Dauer von mehr als drei Monaten massgeblich verändert haben. Weiter liegt in psychiatrischer Hinsicht insofern eine Veränderung vor, als aufgrund des psychiatrischen MEDAS-Gutachtens vom 3. Mai 2019 (act. II 207/10 Ziff. 6) und des Berichts der RAD-Psychiaterin Dr. med. F._____ vom 3. September 2019 (act. II 210/9) neu von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen ist. Unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten ist das Erfordernis einer auf Dauer gerichteten Änderung mit dem Ablauf der dreimonatigen Wartezeit im Sinne von Art. 88a Abs. 2 IVV erfüllt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] 21. September 2012, 9C_530/2012, E. 5.2). Folglich ist der Rentenanspruch nachfolgend 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 (vgl. E. 2.5.5 hiervor).

3.6

3.6.1 In somatischer Hinsicht erfüllen das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 19. Juli 2019 (act. II 207.1) sowie die dieszüglichen Teilgutachten (onkologisches Teilgutachten vom 4. Juni 2019 [act. II 207.3], internistisches Teilgutachten vom 3. Mai 2019 [act. II 207.4], rheumatologisches Teilgutachten vom 3. Mai 2019 [act. II 207.5] und neurochirurgisches Teilgutachten vom 3. Mai 2019 [act. II 207.6]) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor). Die Feststellungen der Experten beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und Einschränkungen getroffen worden. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Den Gutachten kommt volle Beweiskraft zu und es kann diesbezüglich darauf abgestellt werden. Damit bestand aus onkologischer Sicht ab dem 26. April 2017 bis zum Ende der Chemotherapie mit entsprechender Rekonvaleszenzzeit, d.h. bis zum 1. Januar 2018, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Danach betrug unter der Behandlung mit Herceptin bis Juli 2018 die Arbeitsunfähigkeit 20%. Seither liegt eine vollständige Arbeitsfähigkeit vor (act. II 207.3/10 Ziff. 7.4). Aus allgemeininternistischer Sicht hat zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen. Einzig wegen der Harninkontinenz ergibt sich insofern eine mögliche Arbeitsplatzbeschränkung, als der Arbeitsplatz so ausgerichtet sein muss, dass eine Toilette in der Nähe ist (act. II 207.4/13 Ziff. 8). In rheumatologischer Hinsicht besteht für die bisherige Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr, ihrer verminderten Belastbarkeit angepasste leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten sind jedoch vollzeitig und ohne weitere Einschränkungen zumutbar (act. II 207.5/9 f. Ziff. 7.4 und 8). Was das neurochirurgische Fachgebiet betrifft, besteht in der bisherigen Tätigkeit spätestens seit dem 19. Januar 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Vom 19. Januar bis zum 31. Dezember 2017 hat auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit dem 1. Januar 2018 besteht aus neurochirurgischer Sicht – idealerweise mit einer schrittweisen Wiedereingliederung – in

einer angepassten Tätigkeit (leichte bis zeitweise mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule, ohne wiederholende Rotationsbewegungen und ohne Arbeiten in häufiger Vor- oder Rückbeugung, ohne Tätigkeiten mit Vibrationen oder auf unsicherem Gelände und ohne Arbeiten unter Kälte, Nässe und wechselnden Temperaturen) eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit bei einem Vollpensum und ohne weitere Einschränkungen (act. II 207.6/12 f. Ziff. 8).

3.6.2 Auch in psychiatrischer Hinsicht erfüllen das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 19. Juli 2019 (act. II 207.1) und das psychiatrische MEDAS-Teilgutachten vom 3. Mai 2019 (act. II 207.7) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor). Die Feststellungen des psychiatrischen Experten beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und Einschränkungen getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Dem MEDAS-Gutachten kommt bezüglich der erhobenen Befunde und der Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit fraglichen psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.1) sowie einer somatoformen Störung (ICD-10 F45.0) volle Beweiskraft zu. Die Diagnosestellung dieser beiden Gesundheitsschäden wurde vom Experten nachvollziehbar und einleuchtend anhand der klassifikatorischen Vorgaben sowie unter Berücksichtigung von zusätzlich durchgeführten Untersuchungen (Beck'sches Depressionsinventar, TOMM, act. II 207/8 und 12) begründet. Auch Dr. med. F._____ vom RAD anerkannte in der Aktenbeurteilung vom 3. September 2019 (act. II 210) im Gegensatz zu früher (vgl. Aktenbeurteilung vom 7. Januar 2015 [act. II 115]) das Vorliegen eines psychischen Gesundheitsschadens zumindest in Form einer rezidivierenden depressiven Störung, wobei sie im Gegensatz zum MEDAS-Psychiater von einer mittelschweren und nicht von einer schweren depressiven Störung ausging. Soweit sie eine unterschiedliche Schwere der Ausprägung der depressiven Störung postulierte, vermag sie dadurch die Diagnosestellung des Gutachters nicht zu entkräften. Denn die RAD-

Psychiaterin untersuchte die Beschwerdeführerin nicht persönlich, brachte keine neuen Erkenntnisse vor und ihre Ausführungen sind nicht als konkrete Indizien zu werten, welche gegen die Zuverlässigkeit der MEDAS-Expertise sprechen würden (vgl. E. 2.4 hiervor).

Dem psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten ist jedoch insoweit nicht zu folgen, als darin eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) diagnostiziert wird (act. II 207/10 Ziff. 6). Solche Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend, manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter und führen meistens zu deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [HRSG.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 274; vgl. statt vieler Entscheid des BGer vom 5. Oktober 2012, 8C_422/2012, E. 3.2.2.1). Zumindest für den ersten Punkt bestehen in den Akten weder echtzeitliche noch spätere Anhaltspunkte. Das Verwaltungsgericht hatte in VGE IV/2015/148 insbesondere gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E._____ von Juli 2014 das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung verneint (E. 3.3.3). Die diesbezüglichen Feststellungen haben nach wie vor ihre Gültigkeit. Gemäss den obigen Darlegungen in der Literatur sowie der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist ausgeschlossen, dass eine Persönlichkeitsstörung erst nach der Begutachtung durch Dr. med. E._____ entstanden sein könnte. Der psychiatrische MEDAS-Gutachter legte denn auch nicht dar, inwiefern die Feststellungen des Dr. med. E._____ zu beanstanden sind. Dr. med. E._____ beurteilte die Persönlichkeitseigenschaften der Beschwerdeführerin allenfalls als akzentuiert, ohne dass die Kriterien einer spezifischen Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 erfüllt wären (act. II 102.1/17). Auch Dr. med. F._____ ging ihrer Aktenbeurteilung vom 7. Januar 2015 (act. II 115) von akzentuierten Persönlichkeitseigenschaften aus. Diese Persönlichkeitszüge wurden vom psychiatrischen MEDAS-Gutachter offenkundig anders gewertet und unter die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung subsumiert, was nicht überzeugt. Dadurch wird der Beweiswert des psychiatrischen MEDAS-Gutachtens allerdings nicht geschmälert, denn der Experte leitete aufgrund der Hauptdiagnose einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer somatoformen Störung sowohl für die zuletzt ausgeüb-

te als auch für jede leidensangepasste Tätigkeit bei einem Vollzeitpensum eine Arbeits- und Leistungsunfähigkeit von 70% ab, wobei er der ebenfalls diagnostizierten Persönlichkeitsstörung bezüglich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit keine eigenständige Bedeutung zumass. Dies gelte seit Juni 2017 (act. II 207.7/13 f. Ziff. 8).

3.7 Aus interdisziplinärer Sicht ist aufgrund des unter E. 3.6 hiervor Dargelegten erstellt, dass vom 19. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 allein durch die neurochirurgischen und onkologischen Einschränkungen eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Seit dem 1. Januar 2018 besteht entsprechend der psychiatrischen Einschätzung eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 30% in einer angepassten Tätigkeit (act. II 207.1/13 Ziff. 4.8). Was die aus psychiatrischer Sicht postulierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit betrifft, ist diese unter E. 4 hiernach anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu verifizieren, wobei hierfür die Beschwerdeführerin die materielle Beweislast zu tragen hat (vgl. E. 2.2.2 ff. hiervor).

4.

4.1 Zunächst sind Ausschlussgründe im Sinne von BGE 131 V 49 (vgl. E. 2.2.2 hiervor) zu verneinen. So fanden sich während der psychiatrischen Exploration keine Hinweise auf das Vorliegen einer Aggravation oder gar Simulation. Der psychiatrische MEDAS-Gutachter beurteilte die Testergebnisse als vollkommen unauffällig und führte aus, nicht einmal eine Beschwerdeverdeutlichung sei wahrnehmbar gewesen (act. II 207.7/8 Ziff. 4.3, 207.7/12 Ziff. 7.3). Die Prüfung auf der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus, womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 2.2.4 hiervor).

4.2 Zu prüfen sind vorab 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 Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Im Rahmen der Untersuchung kam der psychiatrische Gutachter zum Schluss, dass keine Beeinträchtigungen der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Fähigkeit zur Selbstpflege und der Verkehrsfähigkeit bestehen. Weiter beurteilte er die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, die Gruppenfähigkeit und die Fähigkeit zu familiären Beziehungen bzw. intimen Beziehungen als leicht beeinträchtigt. Mittelgradige Einschränkungen postulierte er in Bezug auf die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen und die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben. Als schwer beeinträchtigt sah er die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit sowie die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten an (act. II 207.7/13 Ziff. 7.4). Im Rahmen der Untersuchung konstatierte der psychiatrische MEDAS-Experte – nebst unauffälligen Befunden – eine leicht erschwerte Auffassung, eine durchgehend beeinträchtigte Konzentration, eine ausgeprägte Logorrhoe, Wahngedanken im Sinne eines Glaubens an schwarze Magie, eine verarmte Gestik und Mimik sowie eine psychomotorisch synthym unterstrichene Stimmung und ein psychomotorisch synthym unterstrichener Affekt. Weiter hielt er fest, dass die Beschwerdeführerin deutlich hin zum „depressiven Pol" verschoben gewesen war, wobei weniger eine Traurigkeit, als vielmehr eine innere Leere verdeutlicht wurde. Auch konstatierte er eine nahezu aufgehobene affektive Schwingungsfähigkeit und konnte zudem eine Interessenlosigkeit sowie einen partiellen Rückzug erfragen. Weiter stellte er eine reduzierte Urteils- und Kritikfähigkeit sowie Hinweise für paranoide Denkinhalte fest. Die Beschwerdeführerin berichtete über Schlafstörungen, eine Störung des Appetits und eine Beeinträchtigung bzw. Aufhebung der sexuellen Interessen (act. II 207.7/6 ff. Ziff. 4.3). Unter diesen Umständen ist insgesamt von einer aktuell deutlich ausgeprägten gesundheitlichen Beeinträchtigung auszugehen.

4.2.1.2 Sodann ist auf den Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder die -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f).

Im psychiatrischen MEDAS-Teilgutachtens wird postuliert, die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht mehr relevant verbessert werden und es sei von einem therapierefraktären Zustand auszugehen (act. II 207.7/15 Ziff. 8). Der Gutachter begründet dies wie folgt: Die Beschwerdeführerin befinde sich nunmehr seit zehn Jahren in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung. Ein durchgreifender Therapieerfolg habe nicht verwirklich werden können. In diesem Zusammenhang müsse zunächst darauf hingewiesen werden, dass es therapierefraktäre Depressionen gebe, dies sei der Beschwerdeführerin sicherlich nicht vorzuwerfen. Darüber hinaus sei unbestrittenes psychiatrisches Wissen, dass die Depressionen, die auftreten würden, wenn eine Persönlichkeitsstörung im Lebenslauf dekompensiere, sehr schwer zu behandeln seien. So verhalte es sich bei der Beschwerdeführerin. Es überrasche daher nicht, dass ein durchgreifender Therapieerfolg bisher nicht eingetreten sei. Es sei aus psychiatrischer Sicht sehr unwahrscheinlich, dass ein entsprechender Therapieerfolg zukünftig eintreten werde (act. II 207.7/11 Ziff. 7.2). Diese Schlussfolgerungen überzeugen nicht, insbesondere, weil vorliegend von keiner Persönlichkeitsstörung auszugehen ist. Wie der behandelnde Psychiater Dr. med. H._____ im Schreiben vom 8. Dezember 2018 (act. II 179/5) ausführte, „sah“ er die Beschwerdeführerin im Sinne einer stützenden ärztlichen Begleitung im „Jahr 2015 noch etwas häufiger, im Jahr 2016 nur noch zu einigen wenigen Konsultationen und 2017/218 nicht zuletzt aufgrund der neu aufgetretenen Erkrankung durch ein Mamma-Ca nur noch je zwei Mal“. Damit ist die Feststellung des psychiatrischen MEDAS-Gutachters, die Beschwerdeführerin befinde sich seit zehn Jahren in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung, zu relativieren. Richtig ist diese Feststellung zumindest bis und mit dem Jahr 2016. Es bestehen keine Anhaltspunkte, dass die psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung bis dahin nicht adäquat erfolgt wäre. Weiter erscheint es plausibel, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit von Januar 2017 bis Juli 2018, in welcher sie sich Operationen an

der Wirbelsäule (Versteifung im Segment L5/L1 von ventral am 19. Januar 2017 und von dorsal am 7. Februar 2017) unterziehen musste, ein Mammakarzinom diagnostiziert wurde, eine operative Entfernung des Tumors und Therapien erfolgten und sie wegen dieser Leiden arbeitsunfähig war (vgl. E. 3.5 hiervor), weniger Zeit und keine Ressourcen hatte, psychiatrische bzw. psychotherapeutische Therapieoptionen zu nutzen. Ob von einer Therapieresistenz auszugehen ist, scheint fraglich. In den Akten finden sich jedenfalls keine Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin sich ab August 2018 wieder in psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung begeben hat. Dr. med. F._____ brachte in der Beurteilung vom 3. September vor, eine teilstationäre Behandlung wäre ihr zumutbar. Zum Erfolg bzw. zur Wirkung einer solchen Behandlung äusserte sie sich jedoch nicht. Die Frage, ob eine Behandlungsresistenz vorliegt, braucht jedoch mit Blick auf die Ausführungen in E. 4.4 und 5.6 hiernach nicht abschliessend geklärt zu werden.

4.2.1.3 Hinsichtlich des Indikators Komorbiditäten (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 429 f., 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) ist von einer wechselseitigen Wirkung der rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1) und der somatoformen Störung (ICD-10 F45.0; act. II. 207.7/13 Ziff. 7.4) auszugehen, womit eine gewisse ressourcenhemmende Wirkung – anders als von der Beschwerdegegnerin vorgebracht (act. II 224/2) – nicht abzusprechen ist.

4.2.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist aufgrund der psychiatrischen Befunde von erheblichen Defiziten und wenigen Ressourcen auszugehen (act. II 207).

4.2.3 Was den Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) betrifft, ist den Akten das Folgende zu entnehmen: Die Beschwerdeführerin lebt alleine in einer 3-Zimmerwohnung, hat jedoch seit acht Jahren einen Partner. Ihre Eltern sieht sie ein bis zwei Mal im Monat, beschränkt den Kontakt mit ihnen jedoch „aufs Nötigste". Zu ihren beiden Schwestern besteht kein regelmässiger Kontakt. Ihre Tochter sieht sie einmal im Jahr, ansonsten haben sie telefonischen oder schriftlichen Kontakt. Die Beschwerdeführerin hat zwar einen Freundeskreis, muss jedoch oft Treffen absagen, „da es ihr nicht gut gehe" (act. II 207.3/4 Ziff. 3.2, 207.6/5 f. Ziff. 3.2, 207.7/3 ff. Ziff. 3.2). Damit ist erstellt, dass die Unter-

stützung durch den Lebenspartner zwar Ressourcen bereithält, doch scheint der Kontakt zur Tochter und Ursprungsfamilie kaum Ressourcen zu bieten; weitere nennenswerten sozialen Kontakte bestehen nicht. Damit hält der soziale Kontext – anders als die Beschwerdegegnerin vorbringt (act. II 224/2) – insgesamt nur geringe mobilisierbare Ressourcen bereit.

4.3 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.).

4.3.1 Betreffend den Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin zwischen 07.00 und 07.30 Uhr aufsteht, wenn sie Termine hat, ansonsten erst zwischen 09.00 und 10.00 Uhr. Sie tätigt kleinere Hausarbeiten wie die Erledigung der Wäsche und der Einkäufe, die Zubereitung der Mahlzeiten sowie die Pflege der Balkonpflanzen alleine bzw. mit Unterstützung ihres Partners; für schwerer Haushaltstätigkeiten erhält sie Hilfe durch die Spitex. Weiter erledigt die Beschwerdeführerin Bürotätigkeiten, bezahlt Rechnungen, führt Telefonate (maximal drei pro Tag) und besucht Therapien. Auch macht sie kurze, maximal 15-30 Minuten dauernde Spaziergänge, geht hin und wieder zur Meditation ins buddhistische Zentrum, trifft sich mit Freunden, dekoriert die Wohnung, liest oder schaut DVDs. Als Hobby gab sie Fotografieren mit dem Smartphone an (act. II 207.3/4 f. Ziff. 3.2, 207.4/6 f. Ziff. 3.2, 207.5/4 Ziff. 3.2, 207.6/6 Ziff. 3.2, 207.7/5 Ziff. 3.2). Damit ist zwar ein gewisses Aktivitätsniveau erstellt, welches mit der gutachterlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit von 70% bzw. einer Arbeitsfähigkeit von 30% aber durchaus vereinbar ist, zumal ein wesentlicher Teil der Freizeit- und Alltagsgestaltung überwiegend passives, konsumierendes Tun darstellt und zumindest keine fordernden Aktivitäten beinhaltet (vgl. Entscheid des BGer vom 9. Mai 2018, 9C_899/2017, E. 4.2.5).

4.3.2 Was den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck und in diesem Zusammenhang die therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) angeht, ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin beim Psychiater Dr. med. H._____ im Jahr 2016 nur noch einige wenige und in den Jahren 2017 und 2018 nicht zu-

letzt aufgrund der Erkrankung durch ein Mammakarzinom nur noch je zwei Konsultationen in Anspruch nahm (Bericht vom 8. Dezember 2018 [act. 179/6]), was, wie in E. 4.2.1.2 hiervor dargelegt, für die Zeit von Januar 2018 bis Juli 2019 jedoch nachvollziehbar und ihr nicht anzulasten ist.

4.4 In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu bejahen ist. Vor diesem Hintergrund ist aus rechtlicher Sicht ab dem 1. Januar 2018 auf die gutachterlich bzw. fachpsychiatrisch attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70% abzustellen. Für die Zeit vom 19. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 hat – wie in E. 3.7 hiervor festgehalten – allein durch die neurochirurgischen und onkologischen Einschränkungen eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden.

5.

5.1 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 statistische Werte wie die Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlöhnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2019 UV Nr. 40 S. 153 E. 6.2.3).

5.2 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 Bundesamt für Statistik herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemässem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfliessen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

5.3 Frühestmöglicher Rentenbeginn ist unter der Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG, der Neuanmeldung vom Juni 2017 (act. II 129) sowie dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin seit ca. 2008 aus somatischer Sicht in ihrer Arbeit- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; act. II 101.1/24 Ziff. 6), der 1. Dezember 2017 (Art. 29 Abs. 3 IVG). Somit ist auf diesen Zeitpunkt hin der Einkommensvergleich durchzuführen.

5.4 Da die Beschwerdeführerin ab dem 19. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 allein durch die neurochirurgischen und onkologischen Einschränkungen zu 100% arbeitsunfähig war und zwar für sämtliche

Tätigkeiten, bestand ab dem 1. Dezember 2017 ein Invaliditätsgrad von 100% und damit Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

5.5 Wie bereits dargelegt (vgl. E. 4.4 hiervor), bestand ab dem 1. Januar 2018 in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 30%. Dies stellt einen Revisionsgrund dar, weshalb auf diesen Zeitpunkt hin ein neuer Einkommensvergleich vorzunehmen ist.

Insbesondere aufgrund des Auszuges aus dem Individuellen Konto (act. II 5, 137) ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin neben immer wieder wechselnden Arbeitgebern auch jahrelang selbstständig erwerbstätig war. Daher lässt sich das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse nicht genau beziffern, weshalb es gestützt auf die statistischen Zahlen der LSE zu bestimmen ist (vgl. E. 5.1 hiervor). Massgebend hierfür ist im vorliegenden Fall die Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2016, Kompetenzniveau 1, Totalwert, Frauen. Der gleiche Wert ist für die Bestimmung des Invalideneinkommens heranzuziehen, da die Beschwerdeführerin seit 2008 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht (act. II 207.4/6 Ziff. 3.2), obwohl ihr dies zumutbar wäre (vgl. E. 5.2 hiervor). Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2). Hier beruhen beide Vergleichseinkommen auf statistischen Grössen, weshalb invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahr, Nationalität / Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Damit besteht bei einer Arbeitsunfähigkeit von 70% ein Invaliditätsgrad in der gleichen Höhe.

5.6 Aufgrund des Dargelegten hat die Beschwerdeführerin ab dem 1. Dezember 2017 bei einem Invaliditätsgrad von 100% und ab dem 1. Januar 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 70% Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Daher ist die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 15. Januar 2020 (act. II 224) aufzuheben und der Beschwerdeführerin ab 1. Dezember 2017 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund der Beurteilung von Dr. med. F._____ vom 3. September 2019 von der Zumutbarkeit einer teilstationären psychiatrischen Behandlung auszugehen ist (act. II 210/10). Es steht der Beschwerdegegnerin frei, die therapeutischen Optionen zu prüfen, wobei die Beschwerdeführerin aufgrund der ihr obliegenden Schadenminderungspflicht zur Inanspruchnahme von zumutbaren und geeigneten psychiatrischen Behandlungen verpflichtet wäre.

6.

6.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1bis IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 82a 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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

6.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Entsprechend der angemessenen Kostennote des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom 25. April 2020 wird die Parteientschädigung inkl. Auslagen auf Fr. 2‘488.55 (Aufwand von 15.3333 Stunden à Fr. 160.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 35.20) festgesetzt.

6.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege im Sinne der unentgeltlichen Prozessführung als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 15. Januar 2020 aufgehoben und der Beschwerdeführerin ab 1. Dezember 2017 eine ganze Invalidenrente zugesprochen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2‘488.55. (inkl. Auslagen), zu ersetzen.

4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.

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

Die Kammerpräsidentin: 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.