

200 20 3 IV
KOJ/GET/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. Mai 2020

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. November 2019



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene, zuletzt (bzw. bis zur Kündigung per Ende Juli 2015) als ... erwerbstätige A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Juli 2015 unter Hinweis auf diverse gesundheitliche Beeinträchtigungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 2; 11 S. 6). Die IVB holte Berichte behandelnder Ärzte ein, zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei und übernahm die Kosten für ein Belastbarkeitstraining bei der damaligen Stiftung C._____ (act. II 39; 50), welches im April 2016 unter Hinweis auf einen nicht hinreichend stabilen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin abgebrochen wurde (act. II 55 S. 3; 56). In der Folge veranlasste die IVB – nachdem sie weitere ärztliche Berichte beigezogen hatte – bei der MEDAS F._____ eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 13. März 2017 [act. II 75.1 ff.]) und verneinte einen weiteren Anspruch auf berufliche Massnahmen (act. II 82). Zudem nahm die IVB Rücksprache mit Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, und Dr. med. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, beide Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD [act. II 83; 86; 88]), und stellte aufgrund deren vor allem in psychiatrischer Hinsicht geäusserten Kritik am Gutachten vom 13. März 2017 den Experten der MEDAS F._____ Ergänzungsfragen (act. II 90). Nachdem Dr. med. E._____ auch die ergänzende Stellungnahme der MEDAS F._____ vom 15. November 2017 (act. II 92) als nicht schlüssig beurteilt hatte, veranlasste die IVB bei der MEDAS G._____ S.A. (nachfolgend MEDAS G._____) eine weitere polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 6. September 2018 [act. II 112.2 ff.]) und holte bei ihrem Abklärungsdienst einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb ein (act. II 116 S. 2 ff.). Mit Vorbescheid vom 12. April 2019 (act. II 117) stellte die IVB der Versicherten bei einem nach Massgabe der gemischten Methode (Erwerb: 80%, Haushalt: 20%) ermittelten Invaliditätsgrad von 20% (bis 31. Dezember 2017) bzw. 18% (ab 1. Januar 2018) die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben und diverse Be-

richte behandelnder Ärzte einreichen (act. II 126; 128), woraufhin die IVB bei Dr. med. E. _____ (RAD) eine Stellungnahme einholte (act. II 130). Am 18. November 2019 (act. II 131) verfügte die IVB wie im Vorbescheid angekündigt.

B.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 31. Dezember 2019 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern vom 18. November 2019 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, der Beschwerdeführerin eine angemessene Invalidenrente auszurichten.

Eventuell: Die Akten seien an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach erfolgten zusätzlichen Abklärungen über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.
3. Der Beschwerdeführerin sei im vorliegenden Verfahren das Recht zur unentgeltlichen Rechtspflege, unter Beiordnung des Unterzeichnenden als amtlicher Anwalt zu erteilen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Gleichzeitig liess die Beschwerdeführerin weitere Berichte behandelnder Ärzte einreichen (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4; 6).

Mit Beschwerdeantwort vom 5. Februar 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zudem reichte sie eine weitere Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ vom 17. Januar 2020 zu den Akten (in den Gerichtsakten).

Mit Replik vom 12. Februar 2020 hält die Beschwerdeführerin an ihren beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren und vorgebrachten Standpunkten fest.

Mit Eingabe vom 12. März 2020 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme in Form einer Duplik, wobei sie an den in der Beschwerdeantwort vom 5. Februar 2020 gestellten Rechtsbegehren festhält.

Mit Verfügung vom 17. März 2020 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt gut.

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 18. November 2019 (act. II 131). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin 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

2.1.1 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

2.2 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).

3.

3.1 Bis zum Erlass der – zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden – angefochtenen Verfügung vom 18. November 2019 (act. II 131; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Im Bericht vom 10. September 2015 (act. II 24 S. 1 – 7) hielt Dr. med. H._____, Praktischer Arzt, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine hypochrome, microzytäre Anämie, eine arterielle Hypertonie, „schwere Eisenmängel“ (Anämie), eine Sensibilitätsstörung an der rechten Hand sowie eine hochgradige Osteochondrose L2/3, L3/4 und L4/5 fest. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Struma Grad I (Schilddrüsenzyste), einen Status nach Magenbypass sowie einen Status nach mehreren Operationen (betreffend Gebärmutter, Knie links, Leiste und Hinterkopf [vgl. S. 2, 17 f.]). Die Beschwerdeführerin leide vor allem unter chronischen Schmerzen, chronischer Müdigkeit sowie Erschöpfung (S. 3). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100% (S. 4).

3.1.2 Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 23. September 2015 (act. II 26) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine angstbetonte rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen und passiv-regressiv-konversiven Tendenzen, fest (S. 2). Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem 7. August 2015 100% (S. 4). Er empfehle ein Belastbarkeitstraining (S. 5).

3.1.3 Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, hielt im Bericht vom 10. Juni 2016 (act. II 61 S. 8 – 11) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen ein generalisiertes Schmerzsyndrom, bestehend ohne wesentlichen Krankheitswert seit ca. 2000, mit deutlichem Krankheitswert seit April 2015, fest (S. 8). Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine deutlich eingeschränkte

muskuläre Belastbarkeit betont im Bereich der Lendenwirbelsäule und dem Beckengürtel, aber auch generell bei insgesamt ausgeprägter muskulärer Insuffizienz (Dekonditionierung apparativ verifiziert). Die Belastbarkeit sei muskulär ausgeprägt vermindert, prädominant lumbospondylogen rechts. Inwieweit noch Mangelzustände wie Vitamin-Mangel, Eisenmangel und die Polyneuropathie zu dieser verminderten Belastbarkeit und chronischen Müdigkeit beitragen, könne er nicht beantworten. Aufgrund auch der objektiv feststellbaren Dekonditionierung sei eine Arbeit als ... aktuell nicht zuzumuten. Aus rheumatologischer Sicht sei das Weiterführen eines aufbauenden gesundheitsorientierten Krafttrainings zur Rekonditionierungsbehandlung unabdingbar (S. 10).

3.1.4 Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS F. _____ vom 13. März 2017 (act. II 75.1 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 75.1 S. 14 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Neurotische Persönlichkeitsstörung, dekompenziert seit Oktober 2013 nach einer Aggression (ICD-10 F60.9)
- Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung, seit Oktober 2013 (ICD-10 F62.0)
- Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)
- Spezifische Phobie vor Männern, die Kapuzen oder Mützen tragen (ICD-10 F40.2)
- Anpassungsstörung, anhaltende depressive Reaktion (ICD-10 F43.21)
- Akzentuierung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale des histrionischen Typs (ICD-10 Z73)
- Chronische Rückenschmerzen bei Diskopathie L3/L4, mehretägere Diskopathien als Folge der Scheuermann-Krankheit
- Beginnende Gonarthrose auf der linken Seite

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Statische Probleme der Füsse
- Hallux valgus links
- Minimal sensible Polyneuropathie der unteren Extremitäten, wahrscheinlich als Folge einer früheren Hypovitaminose
- Status nach Magenbypass
- Status nach Cholezystektomie

Der neurologische Experte hielt fest, klinisch dominiere ein diffuses Schmerzsyndrom, das auf eine Fibromyalgie oder Somatisierung zurückzuführen sei. Die Beschwerdeführerin mache Schmerzen am ganzen Körper („dans tout le corps“) geltend, vorwiegend in den unteren Gliedmassen,

verstärkt beim Sitzen und Gehen (act. II 75.3 S. 3). Eine neurologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liege nicht vor (S. 4). Der rheumatologische Gutachter hielt fest, die Kriterien für das Vorliegen einer Fibromyalgie seien erfüllt. Diese führe aus streng rheumatologischer Sicht zu keiner besonderen Einschränkung irgendeiner Tätigkeit. Jedoch resultierten aus den Rückenbeschwerden und der Gonarthrose Einschränkungen in Bezug auf das Tragen von Lasten von mehr als 5kg, gewisse Rückenbewegungen, längeres Gehen sowie Fortbewegen in unebenem Gelände und kniende oder hockende Positionen; auch seien regelmässige Positionswechsel notwendig. In einer Tätigkeit, welche diesen Beeinträchtigungen angepasst sei, bestehe medizinisch-theoretisch keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (act. II 75.4 S. 6). In psychiatrischer Hinsicht (act. II 75.2) wurde festgehalten, es bestehe eine neurotische Persönlichkeitsstörung, die sich seit der Kindheit schrittweise und in Phasen in den Jahren 1995 (Tod des Vaters [vgl. S. 6]) und 2010 (Schlaganfall des Bruders [vgl. S. 6]) entwickelt habe und dann seit dem Überfall vom ... 2013 definitiv dekompenziert sei. Das geklagte Beschwerdebild sei mittels mehrerer ICD-Positionen zu codieren (S. 7). Seit dem ... 2013 bestehe keine medizinisch-theoretische Arbeits- und Leistungsfähigkeit mehr (S. 9).

In der interdisziplinären Beurteilung (act. II 75.1) hielten die Gutachter fest, die Hauptbeschwerden, die eine Arbeitsunfähigkeit erklärten, seien zunächst im Wesentlichen im Lendenwirbelbereich aufgetreten, hätten sich aber rasch ausgebreitet und seien von einem diffusen Spektrum von Symptomen begleitet worden, darunter Gleichgewichtsstörungen und Angstzustände (S. 15). Bei der Untersuchung habe sich eine vorgealterte Frau präsentiert, die ihre Einschränkungen sehr demonstrativ vorgetragen habe. Die Untersuchungen seien durch Hinken, Gleichgewichtsstörungen sowie von ständigem Klagen und Stöhnen geprägt bzw. eingeschränkt gewesen, wobei die Beschwerden sich als leicht überwindbar erwiesen hätten (S. 16). Insgesamt lägen authentische funktionelle Einschränkungen vor, hauptsächlich aufgrund von Rückenbeschwerden, die ihrerseits mit degenerativen Wirbelsäulenveränderungen zusammenhängen. Ferner liege eine progressiv dekompenzierte neurotische Persönlichkeitsstörung vor, welche insbesondere durch den Überfall von 2013 beschleunigt worden sei. In diesem Zusammenhang habe sich ein komplexes psychiatrisches Beschwer-

debild entwickelt. Es liege seit Oktober 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor (S. 17).

3.1.5 In der Stellungnahme vom 11. September 2017 (act. II 88) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ fest, die im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS F. _____ aufgelisteten Diagnosen entsprächen nicht den ICD-Kriterien und seien nicht nachvollziehbar (S. 17).

Mit „Complément d'Expertise“ vom 15. November 2017 (act. II 92) bestätigten die Gutachter der MEDAS F. _____ ihre Schlussfolgerung vom März 2017, wonach bei der Beschwerdeführerin eine neurotische Charakterentwicklung von Kindheit an gut dokumentiert und bestätigt sei, auch wenn sie dadurch nicht an der Arbeit gehindert worden sei. Auch werde bestätigt, dass seit dem traumatischen Erlebnis im Jahr 2013 und dem Auftreten einer psychosomatischen Komponente mit veränderter Persönlichkeit bei gleichzeitiger Dekompensation der Persönlichkeitsstörung die psychischen Ressourcen nicht mehr ausreichen, um die Beschwerden willentlich zu überwinden (S. 2).

In der Stellungnahme vom 31. Januar 2018 (act. II 95) kam die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ zusammenfassend zum Schluss, eine vorbestehende Persönlichkeitsstörung oder andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung sei nicht mit den dafür geforderten Diagnosekriterien nachvollziehbar dargelegt worden.

3.1.6 Mit Bericht vom 16. August 2018 (act. II 109) hielt Dr. med. I. _____ fest, die rezidivierende depressive Störung zeige trotz allen ambulanten und stationären Behandlungsbemühungen einen wechselhaften Krankheitsverlauf, welcher in seiner Ausprägung von einer leichten bis zu einer mittelgradigen depressiven Episode variieren könne (S. 1). Die Besonderheiten der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin seien ebenfalls verantwortlich für die schmalen persönlichkeitsbezogenen Ressourcen (S. 2). Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3).

3.1.7 Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS G. _____ vom 6. September 2018 (act. II 112.2 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 112.2 S. 3 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Lumbale Diskopathie mit Osteochondrose von L2 bis L5 ohne Kompressionsphänomene oder Kanalstenose
- Gonarthrose links mit femoropatellärer Arthrose und Osteochondrose des medialen Femurkondylus (chirurgischer Eingriff am Knie zwecks Menis-kektomie)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01), bestehend seit 2015 (dokumentierter Beginn der Schmerzen)
- Neurotische Erkrankung vom Typ Neurasthenie (ICD-10 F48.0)
- Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)
- Seit Jahren bekannter sekundärer gastro-ösophagealer Reflux mit Barrett-Ösophagus
- Arterielle Hypertonie
- Seit Jahren bekannter Eisenmangel im Zusammenhang mit Hypermenorrhoe mit Episoden von hypochromer mikrozytärer Anämie
- Kropf Grad I
- Laparoskopische Cholezystektomie im Oktober 2014 bei symptomatischer Cholezystolithiasis
- Status nach Operation einer Inguinalhernie 2014
- Status nach Magenbypass Juli 2011 (bei morbider Adipositas)
- Rezidivierende, exzidierte Atherome am Kopf, letztmals 2015
- Status nach Lipomexzision im März 2018
- Status nach zervikaler epithelialer Dysplasie des Gebärmutterhalses 1998
- Inkontinenz
- Hallux valgus links
- Fibromyalgie
- Fehlen von klinischen Anzeichen für Polyneuropathie
- Karpaltunnelsyndrom rechts, diagnostiziert durch elektrophysiologische Untersuchung im Jahr 2015

In rheumatologischer Hinsicht wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin leide seit vielen Jahren an ausstrahlenden Rückenschmerzen in der rechten unteren Extremität als Folge einer häufigen Diskopathie L2 bis L5 ohne Anzeichen einer Kompression. Sie habe auch Schmerzen in beiden Knien, hauptsächlich im linken Knie, wo bereits eine Arthroskopie wegen einer Meniskusverletzung erfolgt sei. Die klinische Untersuchung ergebe keinen Gelenkerguss und ein kaltes Knie, die Mobilität sei normal. Objektiv liege einzig ein bilaterales patellofemorales Syndrom vor. Ferner beständen Zeichen einer Fibromyalgie. Auffallend seien sodann die sehr demonstrative Art der Beschwerdeführerin und die diffusen Beschwerden, wobei sie selbst im Untersuchungsraum und zum Stehen einen Stock benötige, was aus rheumatologischer Sicht nicht erklärt werden könne (act. II 112.6 S. 5). In der angestammten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 0%, für eine ange-

passte Tätigkeit 100%. Dabei seien das Hochheben von Lasten vom Boden sowie das Arbeiten mit nach vorne gestreckten Armen nicht zumutbar und das Tragen von Gewichten auf 5kg begrenzt. Das Sitzen sei auf eine Stunde limitiert mit anschliessendem Wechseln der Position. Kniende Arbeiten sowie Tätigkeiten auf einem Hocker oder einer Leiter seien nicht zumutbar; ebenso seien Treppensteigen und Gehen in unebenem Gelände zu vermeiden (S. 6). Der psychiatrische Experte (act. II 112.3) hielt fest, die Beschwerdeführerin leide seit ihrer Jugend an einer Neurasthenie, die zu den neurotischen Diagnosen nach ICD-10 gehöre; sie sei intelligent, habe in ihrem Heimatland studiert und sei in die Schweiz gekommen, um zu arbeiten und von ihrem ersten Ehemann wegzukommen, der als gewalttätig beschrieben werde. Sie verfüge über Ressourcen und Anpassungsfähigkeiten, die sie ihr ganzes Leben lang unter Beweis gestellt habe, die jedoch seit dem Auftreten der Schmerzen im Jahr 2015, welche sie als sehr behindernd erlebe, nachgelassen hätten – dies in einem eher günstigen sozialen Umfeld. Sodann seien die geäusserten Beschwerden nicht in allen Bereichen plausibel und konsistent. Die funktionellen Einschränkungen ständen in direktem Zusammenhang mit der depressiven Episode, die während der Untersuchung leicht gewesen sei und die im Jahr 2015 für einige Monate einen durchschnittlichen Grad erreicht haben könnte – dies im Sinne von Schwierigkeiten, mit Emotionen umzugehen, Schwierigkeiten mit administrativen Aufgaben sowie bei alltäglichen Lebensverrichtungen, welche jedoch von eher milder Ausprägung gewesen seien. Die Beschwerdeführerin verfüge über Ressourcen, um mit den Schmerzen umzugehen, aber sie sei davon überzeugt, sehr krank und nie wieder in der Lage zu sein, an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren (S. 6).

In der interdisziplinären Beurteilung (act. II 112.2) hielten die Gutachter fest, aus rheumatologischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit seit August 2015 100% als ..., ... oder In einer den Leiden angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100%, wobei insbesondere funktionelle Einschränkungen rheumatologischer Art zu berücksichtigen seien (S. 5). Von der in psychiatrischer Hinsicht seit 2013 attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit werde abgewichen, da die während des Gesprächs objektivierten Befunde klinisch und anamnestisch fehlten (S. 3).

3.1.8 Im Überweisungsschreiben vom 4. Juni 2019 an die psychiatrische Klinik K._____ (act. II 126 S. 12 f.) hielt Dr. med. I._____ fest, er melde die Beschwerdeführerin für eine stationäre Behandlung an, da sich die depressive Entwicklung deutlich verschlechtert habe (S. 12).

3.1.9 Im zu Händen des Rechtsvertreters verfassten Bericht vom 25. Juni 2019 (act. II 126 S. 5 – 7) hielt Dr. med. J._____ fest, die Gesamtsituation und die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin hätten sich verschlechtert (S. 5). Die Beschwerdeführerin sei auch aus somatischer Sicht für sämtliche Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig. Die Schlussfolgerungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit im zweiten Gutachten seien absolut nicht nachvollziehbar (S. 6).

3.1.10 Vom 25. Juni bis 30. Juli 2019 befand sich die Beschwerdeführerin in der Klinik K._____ in stationärem Aufenthalt. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 31. Juli 2019 (act. II 128 S. 2 – 7) wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), eine nichttoxische Struma, nicht näher bezeichnet (ICD-10 E04.9) sowie eine Fibromyalgie (mehrere Lokalisationen, ICD-10 M79.7) diagnostiziert (S. 2). Die Beschwerdeführerin habe initial eine ausgeprägte depressive Grundstimmung gezeigt; der Austritt sei am 30. Juli 2019 in deutlich gebessertem psychischem und stabilem physischem Zustand erfolgt (S. 5).

3.1.11 Dr. med. J._____ hielt mit an Dr. med. L._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Pneumologie, gerichtetem Überweisungsbericht vom 18. Oktober 2019 (act. I 4) fest, er ersuche sie, die Beschwerdeführerin bei Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom zur pneumologischen Untersuchung aufzubieten (S. 1).

3.1.12 Im zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin verfassten Bericht vom 30. November 2019 (act. I 6) hielt Dr. med. I._____ fest, es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3).

3.2 Zu prüfen ist zunächst, ob die Beschwerdegegnerin zur Einholung einer zweiten Expertise befugt war. Die Beschwerdeführerin rügt in diesem Zusammenhang, trotz Vorliegens eines schlüssigen polydisziplinären Gutachtens (Gutachten der MEDAS F._____ vom 13. März 2017 [act. II

75.1 ff.]) habe die Beschwerdegegnerin ein zweites polydisziplinäres Gutachten (Gutachten der MEDAS G. _____ vom 6. September 2018 [act. II 112.2 ff.]) erstellen lassen (Beschwerde, S. 4 f., Art. 2). Damit macht die Beschwerdeführerin die Einholung einer unzulässigen „second opinion“ geltend.

3.2.1 In grundsätzlicher Hinsicht ist zunächst darauf hinzuweisen, dass nach Treu und Glauben (vgl. Art. 5 Abs. 3 der Bundesverfassung [BV; SR 101]) die versicherte Person Einwendungen möglichst bald nach Kenntnismahme der massgebenden Kenndaten der Begutachtung zu erheben hat; deren Rechtzeitigkeit richtet sich indessen nach den Umständen des Einzelfalls (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 275). Das Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) des BSV sieht vor, dass Einwände und Zusatzfragen innert zehn Tagen seit der Mitteilung einzureichen sind; diese Frist kann auf schriftliches Gesuch hin verlängert werden (Rz. 2076.1 und 2083.2 KSVI). Gegen diese Regelung ist grundsätzlich nichts einzuwenden, da das Verfahren einfach und rasch bleiben muss (BGE 139 V 349 E. 5.2.3 S. 356; vgl. ferner BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 129 E. 5.3.2, 2018 IV Nr. 74 S. 240 E. 5.2).

Vorliegend hat die Beschwerdeführerin weder anlässlich der Anordnung der zweiten Begutachtung vom 22. Februar 2018 (act. II 97) noch im Vorbescheidverfahren, als sie bereits anwaltlich vertreten war (act. II 126 S. 1 – 4; 128 S. 1), den Einwand erhoben, es handle sich um eine „second opinion“. Diese nun erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren erhobene Rüge ist mit Blick auf die dargelegte Rechtsprechung verspätet.

3.2.2 Im Übrigen war das Einholen eines weiteren Gutachtens sachlich geboten, wie nachfolgend zu zeigen ist. Zwar ist das Einholen einer sogenannten „second opinion“ unzulässig, wenn es sich um eine Expertise handelt, welche der Versicherungsträger trotz eines bereits in einem Gutachten umfassend festgestellten Sachverhalts einholt, weil ihm die Schlussfolgerungen des Erstgutachtens nicht passen (vgl. SVR 2007 UV Nr. 33 S. 112 E. 4.2). Eine derartige Konstellation ist hier jedoch nicht gegeben:

Nach Vorliegen des Gutachtens der MEDAS F. _____ vom 13. März 2017 (act. II 75.1 ff.) ersuchte die Beschwerdegegnerin den RAD, insbesondere zum psychiatrischen Teilgutachten Stellung zu nehmen, woraufhin Dr. med. E. _____ (RAD) mit ausführlicher Stellungnahme vom 11. September 2017 (act. II 88) festhielt, die im Gutachten gestellten psychiatrischen Diagnosen entsprächen nicht den ICD-Kriterien und seien nicht nachvollziehbar (S. 16). Dies trifft zu, werden die diversen gestellten psychiatrischen Diagnosen doch nicht hinreichend mittels einer nachvollziehbaren Herleitung begründet, was den rechtsprechungsgemässen Vorgaben widerspricht (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Weiter wies Dr. med. E. _____ überzeugend darauf hin, dass die Grundkriterien für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung nicht gegeben seien. Auch wenn die Beschwerdeführerin nach der Aktenlage respektive im Längsschnitt Vulnerabilitätskriterien aufweise, die zum Entstehen psychischer Störungen beitragen könnten, so zeige sie vorliegend keine pathologischen Verhaltensmuster, Denkmuster oder eine Wahrnehmung von sich oder der Umwelt sowie eine Gefühlslage, die deutlich und durchgehend und in den meisten Belangen des Lebens gegenüber der Mehrheit der Bevölkerung abwichen; im Gegenteil wiesen die vorliegenden Akten auf gute Ressourcen auf der Persönlichkeitsebene hin (S. 14). Auch diese Einschätzung überzeugt, zumal bis zum Vorliegen des Gutachtens der MEDAS F. _____ in den Akten keine Hinweise auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung bestanden und namentlich auch der behandelnde Psychiater Dr. med. I. _____ vor Vorliegen des Gutachtens der der MEDAS F. _____ ausschliesslich von einem depressiven Geschehen gemäss ICD-10 F33.1 ausging (vgl. act. II 26 S. 2). Zudem beginnen Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit oder Adoleszenz (vgl. DILLING /MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 274), wofür in den Akten jedoch keinerlei (echtzeitlichen) Anhaltspunkte bestehen, so dass die im psychiatrischen Teilgutachten der der MEDAS F. _____ getroffene Annahme, wonach die Beschwerdeführerin wahrscheinlich („probablement“) bereits während der Kindheit limitierte Ressourcen in Bezug auf ihre Persönlichkeit aufgewiesen habe (vgl. act. II 75.2 S. 9), nicht nachvollziehbar ist. Im Übrigen war die Beschwerdeführerin in der Lage, in ihrem Heimatland Ökonomie zu studieren (act. II 126 S.

9) und in der Schweiz über rund 15 Jahre hinweg – trotz belastender Umstände in Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand und auch von Dr. med. E._____ anerkannter Vulnerabilitätsfaktoren (vernachlässigende Mutter, Gewalterlebnisse, Kriegssituation in ..., Ankunft in der Schweiz als Flüchtling [act. II 88 S. 14]) – erwerbstätig zu sein und sich sozial zu integrieren (act. II 47 S. 3; 88 S. 14; 95 S. 2; 116 S. 3), welche Umstände zusammen mit dem Fehlen pathologischer Verhaltens- und Denkmuster gemäss den schlüssigen Einschätzungen von Dr. med. E._____ – wie eingangs dargelegt – gegen das Vorliegen einer (bereits in der Adoleszenz angelegten) Persönlichkeitsstörung sprechen (vgl. act. II 88 S. 14). Das Gesagte gilt grundsätzlich auch in Bezug auf die postulierte und mit dem Überfall vom ... 2013 begründete Entwicklung einer andauernden Persönlichkeitsänderung, welche einer Erfahrung von extremer Belastung folgen kann (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 286). Es bestehen in den Akten keine (echtzeitlichen) Hinweise, wonach die Beschwerdeführerin infolge dieses Ereignisses in psychiatrischer Behandlung stand. In der Folge ebenso wenig nachvollziehbar ist sodann die psychiatrische Folgeabschätzung, wonach gemäss dem entsprechenden Teilgutachten bereits ab dem ... 2013 (dem Zeitpunkt des Überfalls – dieser wird unterschiedlich datiert, so etwa auf den ... 2013 [vgl. act. II 26 S. 3]) eine dauerhafte und gänzliche (psychisch bedingte) Arbeits- und Leistungsunfähigkeit eingetreten sein soll. Es bestehen in den Akten keine Hinweise, wonach die Beschwerdeführerin die Arbeit nach dem Überfall (für längere Zeit) ausgesetzt hätte. Vielmehr arbeitete sie nach Lage der Akten bis Oktober 2014 weiter (vgl. act. II 5 S. 6; 7 S. 2) und die ab diesem Zeitpunkt attestierte Arbeitsunfähigkeit wurde auch nicht mit einer psychischen Beeinträchtigung, sondern ausschliesslich mit somatischen Einschränkungen begründet (vgl. act. II 13.2 S. 8). Erst ab dem 7. August 2015 attestierte Dr. med. I._____ eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit (act. II 26 S. 4), wobei er den Überfall anamnestisch erwähnte, jedoch keinen ausdrücklichen Bezug zur festgestellten psychischen Störung herstellte, sondern deren Beginn im Mai 2000 verortete (S. 2). Schliesslich erfolgte die Begründung für das angebliche Fehlen jeglicher Ressourcen im psychiatrischen Teilgutachten der der MEDAS F._____ (und in der Folge interdisziplinär) pauschal und undifferenziert, durch blosses Aufzählen der Items gemäss Mini-ICF-Rating (für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträch-

tigungen bei psychischen Erkrankungen; vgl. act. II 75.2 S. 8 unten), was den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 nicht genügt.

Diese Mängel wurden sodann auch nicht im Rahmen der „Complément d’expertise“ vom 15. November 2017 (act. II 92) behoben. Vielmehr beschränkte sich der psychiatrische Experte im Wesentlichen darauf, seine bereits im Gutachten vom 13. März 2017 (act. II 75.1 ff.) gemachte Einschätzung zu bestätigen, ohne sich mit den Einwänden von Dr. med. E._____ im Bericht vom 11. September 2017 (act. II 88) auseinanderzusetzen (vgl. act. II 95 S. 2). Im Weiteren hielt die RAD-Ärztin in ihrem Bericht vom 31. Januar 2018 (act. II 95) durchaus plausibel fest, dass der Ansatz der MEDAS F._____, jede Person, deren BMI von 16.3 auf 46 ansteige, habe ein erhebliches tiefer liegendes psychisches Problem (vgl. act. II 92 S. 2 oben), zu kurz greift, zumal die Gewichtszunahme gemäss den von der MEDAS F._____ angeführten Daten innerhalb eines langen Zeitraums von 14 Jahren erfolgte. Schliesslich wies Dr. med. E._____ zutreffend darauf hin, dass die Diagnosen – namentlich eine in die Adoleszenz zurückreichende Persönlichkeitsstörung – weiterhin nicht nachvollziehbar hergeleitet bzw. begründet werden.

3.2.3 Demnach erweisen sich das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (sowie die darauf zurückgeführten weiteren psychischen Störungen) und namentlich auch die daraus (auch interdisziplinär) abgeleitete gänzliche Aufhebung des funktionellen Leistungsvermögens (vgl. act. II 75.1 S. 17) gestützt auf das Gutachten der der MEDAS F._____ vom 13. März 2017 (act. II 75.1 ff.) nicht als nachvollziehbar und schlüssig. Sodann wurden die Unzulänglichkeiten mittels Zusatzfragen nicht behoben. Da die Beschwerdegegnerin nach Massgabe des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) gehalten ist, den Sachverhalt soweit zu ermitteln, um über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden zu können, war eine erneute fachärztliche Untersuchung indiziert und es kann in Bezug auf das in der Folge veranlasste Gutachten der MEDAS G._____ somit nicht von einer unzulässigen „second opinion“ gesprochen werden.

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

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).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

3.4 Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS G. _____ vom 6. September 2018 (act. II 112.2 ff.) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.3 vorne) und erbringt vollen Beweis. Es ist in allen Teilen nachvollziehbar, die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet und es lassen sich gestützt darauf sämtliche vorliegend relevanten Tat- und Rechtsfragen zuverlässig beantworten. Die Gutachter gelangten zum Schluss, dass in somatischer Hinsicht eine lumbale Diskopathie mit Osteochondrose von L2 bis L5 ohne Kompressionsphänomene oder Kanalstenose sowie (betreffend das linke Knie) eine Gonarthrose mit femoropatellärer Arthrose und Osteochondrose des medialen Femurkondylus

vorliegt, welche die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit gänzlich, in einer den Leiden angepassten Tätigkeit jedoch nicht einschränken (act. II 112.2 S. 5). Diese Einschätzung überzeugt und steht – was die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit anbelangt – in weitgehender Übereinstimmung mit den entsprechenden Feststellungen in den somatischen Teilgutachten der Expertise der der MEDAS F._____ (vgl. act. II 75.3 S. 4; 75.4 S. 6). In psychischer Hinsicht führen gemäss den Gutachtern die Diagnosen einer leichten depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01), einer neurotischen Erkrankung vom Typ Neurasthenie (ICD-10 F48.0) sowie einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 112.2 S. 3 ff.). Auch diese Einschätzung überzeugt, indem die Gutachter die Diagnosen nachvollziehbar und plausibel begründen. Insbesondere wurde das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung bzw. -änderung schlüssig verneint (vgl. act. II 112.3 S. 5) und die Quantifizierung des funktionellen Leistungsvermögens erfolgte auf der Grundlage einer lege artis durchgeführten, normorientierten, d.h. nach Massgabe von BGE 141 V 281 erfolgten medizinischen Einschätzung (vgl. act. II 112.3 S. 6; BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 368).

3.5 Daran ändern sämtliche Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts:

3.5.1 Zunächst besteht entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde, S. 5) kein (im Sinne des Anspruchs auf rechtliches Gehör) unbedingter gesetzlicher Anspruch darauf, dass fachärztliche Berichte und Gutachten dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet werden (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 13. September 2016, 9C_417/2016, E. 2). Entscheidend ist, ob sich gestützt auf die im Recht liegenden Akten die sich konkret stellenden Tat- und Rechtsfragen auf dem Wege einer rechtskonformen Beweiswürdigung zuverlässig beurteilen lassen (vgl. E. 3.3 vorne), was vorliegend in Bezug auf das Gutachten der MEDAS G._____ zutrifft (vgl. E. 3.4 vorne).

3.5.2 Im Weiteren vermag die Beschwerdeführerin aus den Berichten von Dr. med. J._____ nichts zu ihren Gunsten abzuleiten: Soweit der behandelnde Rheumatologe im Bericht vom 25. Juni 2019 (act. II 126 S. 5

– 7) – offenkundig in Anlehnung an die frühere Überwindbarkeitspraxis (BGE 130 V 352) – für sämtliche Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit verneint hat, begründet dies keine Zweifel an der gegenteiligen Beurteilung in der Expertise der MEDAS G. _____, zumal Dr. med. J. _____ seine Einschätzung nicht mit Befunden untermauert. Im Übrigen wurde auch im Gutachten der der MEDAS F. _____ vom 13. März 2017 aus somatischer und namentlich auch rheumatologischer Sicht hinsichtlich angepasster Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert (act. II 75.4 S. 6). Sodann handelt es sich bei dem im Bericht vom 18. Oktober 2019 (act. I 4) erwähnten und als abklärungsbedürftig bezeichneten Schlafapnoe-Syndrom um eine Verdachtsdiagnose, bei welcher die Untersuchungsergebnisse eine Erkrankung bloss vermuten lassen (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 406). Eine fachärztlich einwandfrei diagnostizierte Gesundheitsbeeinträchtigung liegt somit nicht vor. Selbst jedoch, wenn Letzteres ausgeblendet würde, so hätten das Schlafapnoe-Syndrom und eine daraus potentiell resultierende Leistungseinschränkung jedenfalls im massgeblichen Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 18. November 2019 (vgl. E. 3.1 vorne) noch nicht drei Monate angedauert (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]), womit sie im vorliegenden Verfahren ausser Acht zu bleiben hätten.

3.5.3 Ferner vermögen auch die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. I. _____ keine (auch nur geringen) Zweifel an den Ergebnissen des Gutachtens der MEDAS G. _____ zu wecken: So lag sein Bericht vom 20. August 2018 (act. II 109) den Experten der MEDAS G. _____ vor (vgl. act. II 112.3 S. 4), änderte jedoch nichts an deren Einschätzung, wonach in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Dies ist nachvollziehbar, denn insoweit Dr. med. I. _____ das Vorliegen von funktionellen Einschränkungen mittels (wenngleich allein impliziter) Verwendung des Mini-ICF-Ratings begründet, so ist mit dem blossen Aufzählen dieser Items eine relevante Fähigkeitseinbusse nicht schlüssig erstellt (vgl. E. 3.2.2 vorne), zumal im Bericht eine auf objektiver Befundlage basierende Auseinandersetzung mit den leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und den Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits, welche es erlaubt, das tatsächlich erreichbare Leis-

tungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2 S. 285 ff., E. 3.4 bis 3.6 und 4.1 S. 291 ff.), fehlt. Was den nach Erlass des abschlägigen Vorbescheides (act. II 117) erstellten Überweisungsbericht von Dr. med. I. _____ vom 4. Juni 2019 (act. II 126 S. 12 f.) anbelangt, so fällt auf, dass die darin wiedergegebene Symptomatologie und Befundlage (S. 13) weitgehend und teilweise wortwörtlich mit den entsprechenden Feststellungen in den Berichten vom 23. September 2015 (act. II 26 S. 3) und vom 20. August 2018 (act. II 109 S. 2), welche den Gutachtern der MEDAS G. _____ vorlagen (vgl. act. II 112.7 S. 2; act. II 112.3 S. 4), übereinstimmen. Damit ist der Bericht vom 4. Juni 2019 nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Administrativexpertise zu wecken (vgl. E. 3.3 vorne), zumal er sich auch nicht mit ihr auseinandersetzt. Auch belegt dieser Bericht – entgegen der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 7 f., Art. 4) – im Vergleich zum Sachverhalt, wie er sich den Gutachtern der MEDAS G. _____ präsentierte, keine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen.

Dasselbe gilt für den nach dem stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der Klinik K. _____ vom 25. Juni bis 30. Juli 2019 (act. II 128 S. 2) erstellten Bericht von Dr. med. I. _____ vom 30. November 2019 (act. I 6): So deckt sich die auf S. 3 f. erfolgte Beschreibung der Befundlage weitgehend mit jener, wie sie Dr. med. I. _____ bereits im Bericht vom 20. August 2018 (act. II 109 S. 2) wiedergegeben hat und welcher Bericht – wie bereits dargelegt – auch den Gutachtern der MEDAS G. _____ vorlag. Die von Dr. med. I. _____ darin postulierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes (act. I 6 S. 3) ist somit bereits aus diesem Grund nicht erstellt. Zudem widerspricht seine Einschätzung, eine während des stationären Aufenthalts in der Klinik K. _____ „klinisch relevante Remission“ der depressiven Symptomatik sei „nicht erreicht“ worden (S. 3), den Feststellungen in deren Austrittsbericht vom 31. Juli 2019 (act. II 128 S. 2 – 7), wonach die Beschwerdeführerin eine Remission der depressiven Symptomatik beschrieben habe und sie am 30. Juli 2019 in deutlich gebesserem psychischem und stabilem physischen Zustand aus der Klinik ausgetreten sei (S. 5). Demnach widerlegt der Bericht der Klinik K. _____ vom 31. Juli 2019 das Postulat der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 8) und von Dr. med. I. _____ einer nachhaltigen, invali-

denversicherungsrechtlich potentiell relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Art. 88a Abs. 1 IVV; vgl. auch act. II 130 S. 2). Indem sich der behandelnde Psychiater zudem nicht mit dem Gutachten der MEDAS G. _____ befasst, geschweige denn, dass er darin Aspekte aufzeigt, welche auf eine nicht lege artis erfolgte medizinische Einschätzung durch die Administrativgutachter schliessen lassen könnten, bietet auch der Bericht vom 30. November 2019 keine Handhabe gegen den Beweiswert des Gutachtens der MEDAS G. _____.

3.5.4 Sodann handelt es sich beim Bericht von M. _____, infirmière en psychiatrie, vom 19. Dezember 2019 an den Rechtsvertreter (act. I 5) nicht um eine ärztliche Beurteilung des Sachverhalts und es werden darin folglich keine fachärztlich verifizierten Befunde erhoben bzw. dargelegt. Neue objektive medizinische Tatsachen oder Aspekte, welche die Gutachter der MEDAS G. _____ ausser Acht gelassen haben, ergeben sich daraus nicht.

3.5.5 Schliesslich greift der beschwerdeweise erhobene Einwand, der von den Gutachtern der MEDAS G. _____ gegenüber der Beschwerdeführerin erhobene Vorwurf „angeblich demonstrativen Verhaltens“ sei haltlos (Beschwerde, S. 6, Art. 3), ins Leere: Wie die Beschwerdeführerin replicando selber einräumt (S. 4, Art. 10), hielten auch die Gutachter der MEDAS F. _____ deutliche Hinweise auf demonstratives Verhalten fest („Elle [die Beschwerdeführerin] est donc constamment très démonstrative, en particulier lors de l'examen qui est accompagné de moult gémissements“ [act. II 75.1 S. 14]; „Nous avons été en présence d'une femme faisant plus que son âge, constamment très démonstrative. Les examens ont été parasités par une boiterie, des troubles de l'équilibre, des plaintes constantes, des gémissements; finalement facilement surmontés“ [S. 16]). Die Experten der MEDAS G. _____ hielten in der interdisziplinären Beurteilung fest, die rheumatologische Begutachtung sei u.a. durch das sehr demonstrative Vortragen der Beschwerden und die diffusen Beschwerdeschilderungen geprägt gewesen, wobei die Beschwerdeführerin selbst im Untersuchungsraum und zum Stehen einen Stock benötigt habe, was aus rheumatologischer Sicht nicht erklärt werden könne (act. II 112.2 S. 4). Zwar wird der Beschwerdeführerin in den Berichten der Stiftung

C._____ eine gute Motivation bescheinigt (vgl. act. II 52 S. 2; 55 S. 6). Diese Einschätzung stammt jedoch aus der Zeit der Eingliederungsbemühungen vom 14. Dezember 2015 bis 7. April 2016, weshalb daraus keine Rückschlüsse für die erst zu einem wesentlich späteren Zeitpunkt erfolgten gutachterlichen Untersuchungen gezogen werden können.

3.6 Zusammenfassend ergeben sich weder aus den Berichten der behandelnden Ärzte noch aus den Vorbringen der Beschwerdeführerin konkrete Indizien (vgl. E. 3.3 vorne), welche gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens der MEDAS G._____ vom 6. September 2018 sprechen. Daran ändert auch nichts, dass zwei Gutachten mit „diametral entgegengesetzten Einschätzungen“ (Beschwerde, S. 5) vorliegen: Eine weitere Begutachtung wäre nur dann anzuordnen, wenn die bereits im Recht liegenden (und grundsätzlich gleichrangigen) Expertisen voll beweiskräftig wären, was jedoch dem Dargelegten zufolge in Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS F._____ und in der Folge auch für deren interdisziplinäre Einschätzungen nicht zutrifft. Der Sachverhalt erweist sich somit als hinreichend abgeklärt und gestützt darauf ergibt sich ein widerspruchsfreies Beweisergebnis (vgl. E. 3.3 ff. vorne), womit es weder der (eventualiter) beantragten Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zwecks weiterer Abklärungen (Beschwerde, Rechtsbegehren, Ziff. 3) noch der (eventualiter) beantragten Einholung eines gerichtlichen Obergutachtens (Beschwerde, S. 5) bedarf.

3.7 Gestützt auf das Gutachten der MEDAS G._____ vom 6. September 2018 besteht in somatischer Hinsicht aufgrund des neurologischen und rheumatologischen Teilgutachtens der MEDAS F._____ (act. II 75.3 S. 4; 75.4 S. 6) – welche die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an den Beweiswert von ärztlichen Berichten erfüllen (vgl. E. 3.3 vorne) und auf welche somit abgestellt werden kann (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2) – sowie des Gutachtens der MEDAS G._____ in der angestammten Tätigkeit keine, in einer den Leiden angepassten Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Dabei sind das Hochheben von Lasten vom Boden sowie das Arbeiten mit nach vorne gestreckten Armen nicht zumutbar und das Tragen von Gewichten ist auf 5kg begrenzt. Das Sitzen ist auf eine Stunde limitiert, wobei die Position

anschliessend gewechselt werden muss. Kniende Arbeiten sowie Tätigkeiten auf einem Hocker oder einer Leiter sind nicht zumutbar, ebenso Treppensteigen und Gehen in unebenem Gelände (act. II 112.2 S. 5 i.V.m. act. II 112.6 S. 6). Diese Einschätzung gilt für den gesamten Beurteilungszeitraum.

Sodann liegt keine psychisch bedingte Beeinträchtigung und in der Folge insoweit auch keine Arbeitsunfähigkeit vor. Ein strukturiertes Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 ist nicht erforderlich, nachdem eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) durch das beweiswertige Gutachten der MEDAS G._____ (act. II 112.2 ff.) in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird – respektive keine triftigen Gründe bestehen, von den darin getroffenen Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit abzuweichen (BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 367; vgl. auch E. 3.4 vorne) – und den gegenteiligen Einschätzungen aus den dargelegten Gründen (vgl. E. 3.5 vorne) kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 145 V 215 E. 7 S. 228). Dies gilt in Bezug auf den gesamten Beurteilungszeitraum, nachdem aufgrund des Gutachtens der MEDAS F._____ vom 13. März 2017 der Schluss auf eine psychisch bedingte Invalidität nicht möglich war (vgl. E. 3.2.2 vorne) und die Folgen dieser Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete Beschwerdeführerin zu tragen hat (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308).

Auf dieser medizinisch-theoretischen Grundlage ist nachfolgend der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

4.

4.1 Der Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns liegt mit Blick auf die im Juli 2015 (act. II 2 S. 6) erfolgte Anmeldung sowie im Lichte der ab Oktober 2014 attestierten Arbeitsunfähigkeit (act. II 5 S. 6) im Januar 2016 (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG).

4.2 Der angefochtenen Verfügung vom 18. November 2019 (act. II 131) legte die Beschwerdegegenerin einen Status von 80% Erwerb und 20% Haushalt zugrunde. Dies ist mit Blick auf die Angaben der Beschwerdefüh-

lerin gegenüber der Abklärungsfachperson (act. II 116 S. 3), dem vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zuletzt ausgeübten Arbeitspensum (act. II 34 S. 2) sowie in Anbetracht der gesamten persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse (BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30) nicht zu beanstanden und wird auch beschwerdeweise ausdrücklich nicht in Frage gestellt (S. 9, Art. 5).

4.3

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

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

4.3.2.1 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).

4.3.2.2 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 lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3).

4.3.3 Bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, berechnet sich der Invaliditätsgrad wie folgt:

4.3.3.1 Nach der bis am 31. Dezember 2017 gültigen Rechtslage war für den erwerblichen Bereich die nach Massgabe der Einkommensvergleichsmethode ermittelte Einkommenseinbusse (vgl. E. 4.3.2 vorne) als Anteil des Valideneinkommens in Prozenten auszuweisen und der so erhaltene Invaliditätsgrad aus dem Erwerbsteil mit dem Anteil der hypothetischen Erwerbstätigkeit ohne gesundheitliche Beeinträchtigung zu multiplizieren, um den gewichteten Invaliditätsgrad im Erwerbsteil zu erhalten. In Bezug auf den Aufgabenbereich war die durch einen Betätigungsvergleich (vgl. E. 4.3.1 vorne) ermittelte Invalidität mit dem Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich zu multiplizieren, woraus sich der gewichtete Invaliditätsgrad im Aufgabenbereich ergab. Der gesamte Invaliditätsgrad ergab sich durch Addition der in beiden Bereichen berechneten und gewichteten Teilinvaliditäten (vgl. LEUENBERGER/MAURO in: Soziale Sicherheit CHSS 1/2018, S. 41 f.; BGE 125 V 146).

4.3.3.2 Nach der seit 1. Januar 2018 gültigen Regelung werden der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich summiert (Art. 27^{bis} Abs. 2 IVV [in Kraft seit 1. Januar 2018]). Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG (vgl. E. 4.3.2 vorne). Das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, wird dabei auf ein Vollpensum hochgerechnet. Die prozentuale Erwerbseinbusse wird schliesslich anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (Art. 27^{bis} Abs. 3 IVV [in Kraft seit 1. Januar 2018]). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Er wird anhand des Anteils des Aufgabenbereichs gewichtet (Art. 27^{bis} Abs. 4 IVV [in Kraft seit 1. Januar 2018]). Die Gesamtinvalidität

ergibt sich aus der Addition der beiden gewichteten Teilinvaliditäten (vgl. LEUENBERGER/MAURO, a.a.O, S. 45).

4.3.3.3 Bei der Berechnung der Erwerbseinbusse gemäss Art. 27^{bis} Abs. 3 IVV, in Kraft seit 1. Januar 2018, ist nicht nur das Validen-, sondern auch das Invalideneinkommen auf der Grundlage einer hypothetischen Vollzeit-tätigkeit zu ermitteln (BGE 145 V 370).

4.3.3.4 Verfahrensmässig bildet die Änderung der IVV einen Revisionsgrund, welcher nach Abs. 1 der Übergangsbestimmung zur Verordnungsänderung vom 1. Dezember 2017 sofort per 1. Januar 2018 zu berücksichtigen ist.

4.4 Zu prüfen ist zunächst die Invalidität im erwerblichen Bereich (vgl. E. 4.3.2 vorne).

4.4.1 Bei Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung arbeitete die Beschwerdeführerin als ... in einem ... der N. _____ AG (act. II 7; 11 S. 6 f.). Es bestehen keine Hinweise in den Akten, wonach sie diese Tätigkeit als Gesunde überwiegend wahrscheinlich aufgegeben bzw. den Arbeitgeber gewechselt hätte, weshalb entgegen der Beschwerdegegnerin (act. II 116 S. 4 f.) kein Anlass besteht, das Valideneinkommen nach Massgabe der LSE zu bestimmen (vgl. E. 4.3.2.1 vorne). Demnach ist für die Ermittlung des Valideneinkommens von demjenigen Einkommen auszugehen, welches die Beschwerdeführerin zuletzt als Gesunde bei der N. _____ AG erzielte. Dieses bezifferte sich gemäss Angaben der Arbeitgeberin pro 2015 auf Fr. 38'480.-- jährlich (act. II 7 S. 3 f.). Ferner ist das Valideneinkommen der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung anzupassen, wobei auf den Nominallohnindex gemäss der entsprechenden Erhebung des BFS abzustellen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 10. Mai 2013, 8C_67/2013, E. 3.3.5). Unter Berücksichtigung der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.2.10 Nominallohnindex, Frauen, 2011 – 2018, Abschnitt G [vgl. NOGA 2008, Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige, Erläuterungen S. 145 zu Ziff. 473000, abrufbar unter www.bfs.admin.ch]) beträgt das jährliche (einem 80%-Pensum entsprechende) Valideneinkommen pro 2016 Fr. 38'917.70 (Fr. 38'480.-- /105.5 x 106.7). Ab Januar 2018 (vgl. E. 4.3.3.2 ff. vorne) beziffert sich das einem 100%-Pensum ent-

sprechende und dem Nominallohnindex angepasste massgebliche Valideneinkommen auf Fr. 49'422.20 (Fr. 38'480.-- /105.5 x 108.4 /0.8).

4.4.2 Indem die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft respektive keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, sind für die Ermittlung des Invalideneinkommens statistische Werte gemäss LSE 2016 zu berücksichtigen (vgl. E. 4.3.2.2 vorne). Die Beschwerdegegnerin hat dem Invalideneinkommen den Wert „Total“ gemäss TA1, Kompetenzniveau 1, Frauen, Fr. 4'363.--, zugrunde gelegt, was mit Blick auf das im Gutachten der MEDAS__G vom 6. September 2018 interdisziplinär formulierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.7 vorne) nicht zu beanstanden ist, was ebenso auf den zugrunde gelegten Arbeitsunfähigkeitsgrad von 0% zutrifft. Ferner hat die Beschwerdegegnerin einen leidensbedingten Abzug (vgl. E. 4.3.2.2 vorne) von 15% berücksichtigt. Ein triftiger Grund, der ein Abweichen vom vorinstanzlich gewährten leidensbedingten Abzug als erforderlich erscheinen lässt, ist weder ersichtlich noch wird dergleichen von der Beschwerdeführerin geltend gemacht.

Zu berücksichtigen ist, dass den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit im Bereich der Tabellenposition Total von TA1, welche sich im Jahr 2016 auf 41.7 Wochenstunden belief (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 77; BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen). Bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden betrug das jährliche Invalideneinkommen beim potentiellen Rentenbeginn im Januar 2016 Fr. 37'115.15 (Fr. 4'363.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 Wochenstunden x 0.8 x 0.85) respektive ab 1. Januar 2018 – bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit sowie unter Berücksichtigung der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.2.10 Nominallohnindex, Frauen, 2011 - 2018, Abschnitt Total) und einem leidensbedingten Abzug von 15% – Fr. 46'791.60 (Fr. 4'363.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 Wochenstunden / 105 x 105.9 x 0.85).

4.4.3 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert pro 2016 eine Erwerbseinbusse von Fr. 1'802.55 (Fr. 38'917.70 - Fr. 37'115.15) und damit ein Invaliditätsgrad von 4.63% (Fr. 1'802.55 /

Fr. 38'917.70 x 100) bzw. gewichtet (vgl. E. 4.2 vorne) 3.71% (4.63% x 0.8).

Ab dem 1. Januar 2018 beziffert sich die Erwerbseinbusse auf Fr. 2'630.60 (Fr. 49'422.20 - Fr. 46'791.60), woraus ein Invaliditätsgrad von 5.32% (Fr. 2'630.60 / Fr. 49'422.20 x 100) bzw. gewichtet von 4.26% (5.32% x 0.8) resultiert.

4.5 Mit Bezug auf den Aufgabenbereich wurde im Abklärungsbericht Haushalt vom 22. März 2019 (act. II 116 S. 2 ff.) mittels Betätigungsvergleichs pro 2016 unter Berücksichtigung eines Wechselwirkungszuschlags von 10% eine Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt von ungewichtet 37% bzw. gewichtet 7.4% und für die Zeit ab 1. Januar 2018 von ungewichtet 27% respektive gewichtet 5.4% ermittelt (S. 9).

Die Beschwerdeführerin macht pauschal geltend, die von der Abklärungsperson veranschlagte Einschränkung im Haushalt von 37% bzw. 27% sei offensichtlich zu tief ausgefallen (Beschwerde, S. 9, Art. 5). Wie es sich damit verhält, kann offen bleiben. Denn selbst wenn im Aufgabenbereich Haushalt eine 100%ige Einschränkung zu veranschlagen wäre – was offensichtlich nicht zutrifft – betrüge der Invaliditätsgrad pro 2016 bei einer gewichteten Einschränkung von 3.71% im Erwerbsbereich (vgl. E. 4.4.3 vorne) und 20% im Haushaltsbereich (100% x 0.2) gerundet lediglich 24% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123). Für die Zeit ab 1. Januar 2018 beliefe sich der Invaliditätsgrad bei einer gewichteten Einschränkung von 4.26% im Erwerbsbereich (vgl. E. 4.4.3 vorne) und 20% im Haushaltsbereich (100% x 0.2) ebenfalls auf gerundet 24%. Damit besteht für den gesamten Beurteilungszeitraum kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.1.2 vorne).

4.6 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 18. November 2019 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

5.

Mit der Abweisung der Beschwerde ist die Beschwerdeführerin als unterliegend zu betrachten, womit sie grundsätzlich kostenpflichtig wird (Art. 108 VRPG).

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt und der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der mit Verfügung vom 17. März 2020 gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

5.2 Infolge Unterliegens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss] und Art. 108 Abs. 3 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt bleibt dessen amtliches Honorar festzulegen.

5.2.1 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 (MWSt.) werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

5.2.2 Mit nicht zu beanstandender Kostennote vom 23. März 2020 macht Rechtsanwalt B._____ einen Aufwand von 20.75 Stunden (bei einem Stundenansatz von Fr. 250.--) geltend. Gestützt darauf ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf total Fr. 5'764.95 festzusetzen (Honorar: Fr. 5'187.50; Auslagen: Fr. 165.30; MWSt.: Fr. 412.15 [7.7% auf Fr. 5'352.80]). Demnach ist Rechtsanwalt B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 4'150.-- (20.75 Stunden x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 165.30 und die MWSt. von 7.7% auf Fr. 4'315.30, ausmachend Fr. 332.30, total somit eine Entschädigung von Fr. 4'647.60, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

5.3 Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern keinen Anspruch auf Parteikostenersatz (Art. 61 Ingress ATSG i.V.m. Art. 104 Abs. 3 und Art. 2 Abs. 1 lit. a VRPG sowie Art. 2 Abs. 1 des Einführungsgesetzes vom 23. Juni 1993 zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [EG IVG; BSG 841.21]; vgl. auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin 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 des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 5'764.95 (inkl. Auslagen und MWSt.) festge-

setzt. Davon wird Rechtsanwalt B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 4'647.60 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt 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.