

200 20 663 IV
SCP/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. Januar 2021

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 3. Juli 2020



Sachverhalt:

A.

A.a.

Die ... geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) arbeitete bis zu ihrer aus gesundheitlichen Gründen per 31. Juli 2012 erfolgten Kündigung als ... im ... der C._____ AG (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. IIA] 8, 11.5; [act. II] 144.2 S. 23). Im September 2012 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine Diskushernie bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (act. IIA 1). Die IVB klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab, zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei und holte Berichte der behandelnden Ärzte ein. Nach einem mehrwöchigen stationären Aufenthalt in der Klinik D._____ (act. IIA 28 S. 2 – 8) gewährte die IVB zwei Arbeitstrainings (act. IIA 44; 58) sowie Arbeitsvermittlung (act. IIA 68), wobei keine Eingliederung in die freie Wirtschaft realisiert werden konnte (act. IIA 86). Ferner verneinte sie mit Verfügung vom 24. Dezember 2014 (act. IIA 79) bei einem Invaliditätsgrad von 2% einen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die dagegen von der Versicherten erhobene Beschwerde (act. IIA 82) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 18. Juni 2015 (VGE IV/2015/99 [act. IIA 87]) ab, soweit es darauf eintrat. Auf ein Neuanmeldungs-gesuch vom Oktober 2016 (act. IIA 89), mit welchem die Versicherte eine chronifizierte Schmerzproblematik infolge von vier Unfällen mit Schleudertrauma in den Jahren 2005 bis 2009 geltend machte, trat die IVB mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 6. April 2017 (act. IIA 110) nicht ein, nachdem sie die neu eingereichten medizinischen Berichte zweimal Dr. med. E._____, Facharzt für Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Tropenmedizin und Reisemedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), zur Beurteilung vorgelegt hatte (act. IIA 97; 109).

A.b.

Im Dezember 2018 meldete sich die Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 113), wobei sie auf eine generelle Verschlechterung des Gesundheitszustandes in somatischer und psychischer Hinsicht (act. II 119) bzw. einen neu entdeckten Diabetes mellitus hinweisen liess (act. II 124 S. 1). In der Folge veranlasste die IVB bei der F. _____ (nachfolgend MEDAS) eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 14. Oktober 2019 [act. II 144.1 ff.]) und stellte der Versicherten anschliessend mit Vorbescheid vom 31. Januar 2020 (act. II 149) bei einem Invaliditätsgrad von 11% die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben und diverse Dokumente, namentlich Berichte behandelnder Ärzte, einreichen (act. II 164; 173), welche die IVB dem RAD-Arzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zur Beurteilung unterbreitete. Dieser nahm mit Bericht vom 23. Juni 2020 (act. II 172) bzw. Aktennotiz vom 30. Juni 2020 (act. II 174) Stellung, nachdem er das Dossier den RAD-Ärzten Dres. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und I. _____, im Rahmen einer RAD-internen Zuweisung vorgelegt hatte. Mit Verfügung vom 3. Juli 2020 (act. II 175) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, mit Eingabe vom 7. September 2020 Beschwerde erheben. Sie stellt den folgenden Antrag:

Die Verfügung vom 3. Juli 2020 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 50% eine halbe Rente auszurichten, allenfalls unter Rückweisung der Akten an die Beschwerdegegnerin zwecks Vornahme weiterer Abklärungen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig legte sie eine Stel-

lungnahme des RAD-Arztes Dr. med. H. _____ vom 6. Oktober 2020 (in den Gerichtsakten) ins Recht.

Mit prozessleitender Verfügung vom 22. Oktober 2020 gewährte der Instruktionsrichter der Beschwerdeführerin die Möglichkeit zur Einreichung einer Stellungnahme im Rahmen von Schlussbemerkungen, wovon sie mit Schreiben vom 23. November 2020 innert Frist Gebrauch machte. Gleichzeitig reichte sie einen Bericht ihres Hausarztes, Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 17. November 2020, zu den Akten (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 5). Hierzu liess sich die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 4. Dezember 2020 vernehmen.

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 3. Juli 2020 (act. II 175). 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.

Die Beschwerdeführerin rügt, die Beschwerdegegnerin habe ihr rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]; Art. 42 ATSG) verletzt, indem sie die angefochtene Verfügung vom 3. Juli 2020 (act. II 175) erlassen habe, ohne die gestützt auf die Vorbringen der Beschwerdeführerin im Einwandverfahren einverlangten Arztberichte abzuwarten (vgl. Beschwerde, S. 9, Ziff. 14).

Nachdem die Beschwerdeführerin gegen den Vorbescheid vom 31. Januar 2020 (act. II 149) Einwand erhoben und im weiteren Verlauf zwei Arztberichte und einen Bericht der K. _____ (wo die Beschwerdeführerin vom 2. Oktober 2017 bis 28. Februar 2018 angestellt war) eingereicht hatte (act. II 164), holte die Beschwerdegegnerin eine Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. G. _____ ein (act. II 172). Mit Schreiben vom 22. Juni 2020 (act. II 173) reichte die Beschwerdeführerin sodann einen Bericht von Dr. med. J. _____ zu den Akten und teilte der Beschwerdegegnerin mit, dieser werde die Beschwerdeführerin bezüglich der "Verdachtsdiagnose des TOS" (Thoracic-outlet-Syndrom) untersuchen, weshalb die Beschwerdegegnerin ersucht werde, "mit der Fortsetzung des Verfahrens bis zum Erhalt des Berichts von [...] Dr. med. J. _____ zuzuwarten" (S. 1). In der Folge holte die Beschwerdeführerin bei Dr. med. G. _____ eine weitere Stellungnahme zum geltend gemachten TOS ein (act. II 174) und erliess anschliessend – ohne den Bericht von Dr. med. J. _____ abzuwarten

(welcher bei der Beschwerdegegnerin am 22. Juli 2020 einging [act. II 176 S. 1 f.]) – am 3. Juli 2020 (act. II 175) die angefochtene Verfügung.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2020 räumt die Beschwerdegegnerin ein, es sei ihrerseits "etwas unglücklich verfahren" worden (S. 2, Ziff. 7). Wie sie jedoch weiter zu Recht geltend macht, ist in Würdigung der gesamten Umstände eine Rückweisung der Sache nicht angezeigt: Zwar umfasst das rechtliche Gehör auch das Recht des Betroffenen, erhebliche Beweise beizubringen bzw. mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden (BGE 143 V 71 E. 4.1 S.72; SVR 2019 AHV Nr. 7S. 20 E. 3.1.1). Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Beschwerdegegnerin den fraglichen Bericht von Dr. med. J._____ (samt dem MRI-Befundbericht vom 6. Juli 2020 [act. I 4], welcher dem Bericht von Dr. med. J._____ zugrunde liegt) im laufenden Beschwerdeverfahren dem RAD zur Beurteilung vorgelegt hat, welche lite pendente durchgeführte Abklärungsmassnahme unter den gegebenen Umständen zulässig war (vgl. SVR 2019 IV Nr. 93 E. 5.3.1.2). In der Folge konnte sich die Beschwerdeführerin zum RAD-Bericht von Dr. med. H._____ vom 6. Oktober 2020 (in den Gerichtsakten) äussern (vgl. prozessleitende Verfügung vom 22. Oktober 2020), wovon sie denn auch Gebrauch gemacht hat (Eingabe vom 23. November 2020). Dabei ist zu beachten, dass der von der hierzu nicht qualifizierten Ergotherapeutin geäusserte Verdacht auf ein TOS sich nicht bestätigt hat und Dr. med. J._____ selbst ein solches ausgeschlossen hat (vgl. auch E. 4.6.3 hinten). Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person, wie vorliegend, die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2019 IV Nr. 65 S. 210 E. 4.3). Damit ist der von der Beschwerdegegnerin begangene Verfahrensfehler im vorliegenden Beschwerdeverfahren als geheilt zu betrachten.

Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung wäre im Sinne einer Heilung des Mangels im Übrigen selbst dann abzusehen, wenn – was hier nicht zutrifft – von einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen wäre, führte die

Rückweisung doch zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197; SVR 2019 AHV Nr. 7 S. 20 E. 3.1.1, 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2). Letzteres gälte vorliegend in Anbetracht des Umstands, dass die Beschwerdeführerin ausdrücklich einen materiellen Entscheid verlangt (vgl. Beschwerde, S. 2, Rechtsbegehren), erst recht, womit auch eine (nicht vorliegende) schwerwiegende Gehörsverletzung im vorliegenden Beschwerdeverfahren ohne weiteres geheilt werden könnte.

3.

3.1

3.1.1 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).

3.1.2 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).

3.2

3.2.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuanmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

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

3.2.3 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 u.a. bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar (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). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 84 E. 3).

3.2.4 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur

Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

3.3 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).

4.

4.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom Dezember 2018 (act. II 113) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die (mit VGE IV/2015/99 vom 18. Juni 2015 bestätigte [act. IIA 87]) Verfügung vom 24. Dezember 2014 (act. IIA 79) – mit welcher ein Anspruch auf eine Invalidenrente nach medizinischen Abklärungen sowie Durchführung eines Einkommensvergleichs verneint wurde – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 3. Juli 2020 (act. II 175; vgl. E. 3.2.4 vorne). Demgegenüber liegt der Nichteintretensverfügung vom 6. April 2017 (act. IIA 110) keine materielle Beurteilung des Leistungsbegehrens zugrunde, weshalb sie revisionsrechtlich nicht von Bedeutung ist.

4.2 Bei Erlass der Verfügung vom 24. Dezember 2014 (act. IIA 79) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf den RAD-Bericht von Dr. med. E. _____ vom 17. Dezember 2014 (act. IIA 78), worin dieser seine eigene Einschätzung im Bericht vom 7. Februar 2014 bestätigte. Im Einzelnen ergibt sich was folgt:

4.2.1 Im Bericht der Klinik D. _____ vom 17. April 2013 (act. IIA 28 S. 2 – 8) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 2):

1. "Zervikospondylogenes Syndrom
 - Fehlform und -haltung der WS, Hyperlaxität
 - St. n. 4x HWS-Distorsionstrauma 2005, 2x 2007, 2009
2. Lumbospondylogenes Syndrom
 - MRI LWS 01/12: kleine mediane DH L4/5 ohne Kompression, paramedian linksseitige Diskushernie L5/S1 mit Verlagerung der Nervenwurzel S1 links
 - Wirbelsäulenfehlhaltung
3. Refluxkrankheit
4. Sinusitis frontalis 11.03.-21.03.13, antibiotisch behandelt.
5. Hoher Vitamin D-Mangel
 - Vitamin D 25-OH 28 nmol/L vom 12.03.13"

Nach Abschluss des stationären Aufenthalts sei die früher ausgeübte ... ganztags wieder zumutbar, wobei längeres Sitzen wiederholt unterbrochen werden solle, ideal wäre auch der Wechsel an einem Steharbeitsplatz. Weiter sei die Beschwerdeführerin für eine andere leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit ganztags arbeitsfähig (S. 5).

4.2.2 Im Bericht vom 7. Februar 2014 (act. IIA 49) hielt Dr. med. E. _____ fest, ein Pensum von 100% sei für leichte bis mittelschwere Arbeiten (und damit auch ...) ohne Leistungseinschränkung zumutbar (S. 2).

Mit weiterem Bericht vom 17. Dezember 2014 (act. IIA 78) hielt Dr. med. E. _____ nach Einreichung weiterer ärztlicher Dokumente fest, aufgrund der Anpassungsstörung könne keine anhaltende Erwerbsunfähigkeit attestiert werden, da psychosoziale Belastungen nicht berücksichtigt würden. Die COPD (chronic obstructive pulmonary disease) und die Heiserkeit würden durch den Nikotinabusus unterhalten und teilweise ausgelöst. Es handle sich um Diagnosen, die keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten und die mit Nikotinabstinenz deutlich gebessert werden könnten. Ferner könne der gastroösophageale Reflux mittels Protonenpumpenhemmer erfolgreich behandelt werden und hätte keinen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit, weshalb an der medizinischen Einschätzung des RAD vom 7. Februar 2014 festgehalten werden könne (S. 2).

4.3 Bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 3. Juli 2020 (act. II 175) sowie unter Berücksichtigung des MRI-Befundberichts vom

6. Juli 2020 (act. I 4) und dem Bericht von Dr. med. J. _____ vom 22. Juli 2020 (act. II 176 S. 1; vgl. E. 2 vorne) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

4.3.1 Im Bericht vom 7. Januar 2019 (act. II 118 S. 5 – 7) diagnostizierte Dr. med. J. _____ im Wesentlichen chronische zervikothorakale und lumbosakrale Schmerzen, eine respiratorische Bronchiolitis im Sinne einer interstitiellen Pneumopathie, ein COPD Gold Stadium 3 Klasse D, eine Sicca-Symptomatik unklarer Ätiologie, eine chronische Rhinosinusitis mit Septumdeformität, eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom, rezidivierende depressive Störungen, aktuell kompensiert, sowie eine Partialruptur der Supraspinatussehne links (S. 5 f.). Die Beschwerdeführerin sei aktuell immer wieder auf medizinische Betreuung aufgrund ihrer medizinischen Diagnosen angewiesen. Letzthin seien die chronische Rhinosinusitis sowie die Pneumopathie im Vordergrund gestanden. Als chronischer Begleiter blieben die Nacken- und auch tieflumbalen Rückenschmerzen bestehen. Mit Unterstützung des Sozialdienstes absolviere die Beschwerdeführerin zurzeit ein dreimonatiges Abklärungsprogramm der Abklärungsstelle L. _____. Es sei ihm – Dr. med. J. _____ – ein Anliegen, dass die Beschwerdeführerin zur Abklärung aufgebeten werde, inwiefern eine Wiedereingliederung und auch eine Berentung im Umfang von 50% indiziert wäre (S. 6).

4.3.2 Im polydisziplinären, auf einer allgemein internistischen, rheumatologischen, pneumologischen und psychiatrischen Untersuchung beruhenden Gutachten der MEDAS vom 14. Oktober 2019 (act. II 144.1 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 144.1 S. 7 f.):

Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

1. "Chronifiziertes zervikospondylogenes Schmerzsyndrom nach mehrfachen Auffahrkollisionen mit:
 - HWS-Distorsionen, - möglicher Wurzelirritation C7 links, - Chondrose C4/5 und diskreten Unkarthrosen C4/5 und C5/6, - begleitender muskulärer Dysbalance
2. Chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit fortgeschrittener degenerativer Diskopathie L5/S1 (Osteochondrose) und links paramedianer Diskushernie L5/S1 (MRI 2012: damals mit Wurzelkontakt S1 links) ohne radikuläre Kompression
3. COPD GOLD-Stadium II mit:

- Lungenfunktionell stabiler Verlauf dokumentiert seit mindestens 06/2016,
- Erstsekundenvolumen 63% des Solls
- pulsoxymetrisch keine Hypoxie,
- spiroergometrisch leicht verminderte körperliche Leistungsfähigkeit (78% der Soll-Watt-Leistung) bei ventilatorischer Limitation ohne signifikanten Abfall der Sauerstoffsättigung unter Belastung,
- Status nach Nikotinabusus von zirka 20py, weitgehend sistiert seit Herbst 2018"

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

4. "Dysfunktionale Störungsverarbeitung (F54), DD Hinweise auf chronisches Schmerzsyndrom mit bio-psychozialen Konsequenzen (F62.80), ohne dass dieses Bild jedoch in seiner Gesamtheit gegeben erscheint
5. Eisenmangel (Ferritin 12µg/l)
6. Diabetes mellitus Typ II (aktuelles HbA1 c unter Therapie 6.1%)
7. Übergewicht (BMI 28kg/m²)
8. Anamnestisch Hypercholesterinämie (normale Lipidwerte unter Crestor-Behandlung)
9. Status nach Nasen-Nebenhöhlen-Operation und Nasenseptum-Plastik am 24.10.2018 mit seit dann Verbesserung der nasalen Symptomatik
10. Leichtgradiges subacromiales Impingement-Syndrom linke Schulter mit zumindest aktenanamnestisch vorliegender Partialruptur der Supraspinatussehne
11. Juli 2015: Diagnose einer interstitiellen Pneumopathie, Verdacht auf eine respiratorische Bronchiolitis, am wahrscheinlichsten im Rahmen des Nikotin-Abusus. CT-Thorax 07/2015 und Verlaufskontrolle 11/2015 mit unverändertem Befund einer Bronchiolitis.
12. Multiple kleine Raumforderungen subpleural beidseits im CT 07/2015. Unveränderter Befund im CT-Thorax vom 09.11.2015."

In der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, aufgrund der Lungenkrankheiten bestehe eine leicht verminderte körperliche Leistungsfähigkeit. Der Beschwerdeführerin seien schwere körperliche Arbeiten nicht mehr zumutbar. Aus pneumologischer Sicht sei sie für eine leichte und mittelschwere Arbeit in einer allergen- und raucharmen Umgebung jedoch voll arbeitsfähig.

Aufgrund der Gesundheitsstörungen am Bewegungsapparat bestehe eine leichte bis höchstens mittelgradige Reduktion der Belastbarkeit der Funktionseinheit "Nacken-Schultergürtel" und eine leichte Einschränkung der Belastbarkeit des unteren Achsenskelettes. Möglichkeiten zu Wechselpositionen vorausgesetzt, sei die früher praktizierte Tätigkeit als ... weiterhin zumutbar. Für folgende Funktionen sei die Beschwerdeführerin eingeschränkt: Repetitives Bücken und Aufrichten, Arbeitstätigkeiten über Schulterhöhe mit erforderlichem Blick nach oben, Arbeitstätigkeiten in der chronischen Vorneigehaltung des Rumpfes bzw. des Nackens (Zwangshal-

tungen), für repetitives Heben und Tragen von Gewichten über 7kg, für Arbeitstätigkeiten in kniender oder kauender Position und für Tätigkeiten mit rein statischer Belastung des Achsenskelettes im Stehen und im Sitzen ohne die Möglichkeit zu Wechselpositionen.

Für die weiteren genannten Gesundheitsstörungen (Diabetes mellitus Typ II, Eisenmangel, Übergewicht und Status nach Nasen-Nebenhöhlen- und Nasen-Septum-Operation) könnten keine relevanten und bleibenden Funktionseinschränkungen abgeleitet werden.

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine eingeschränkte Durchhaltefähigkeit, welche jedoch nicht grundsätzlich durch eine psychiatrische Krankheit, sondern auch aufgrund von Dekonditionierung und Schmerzerleben bedingt sei (S. 8).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% (Arbeitsunfähigkeit 0%). Diese Beurteilung gelte seit November 2015, Zeitpunkt des multidisziplinären Rehabilitationsprogrammes am Spital M._____. Die genannte Beurteilung gelte unter der Voraussetzung, dass die Beschwerdeführerin ihre Tätigkeit in individuell wählbaren Wechselpositionen durchführen könne. Die Arbeit als ... könne als angepasste Tätigkeit beurteilt werden (S. 10).

Schliesslich hätten die neuen Diagnosen im Vergleich zum Sachverhalt, wie er der Verfügung vom 18. Juni 2015 zugrunde gelegen habe, keine relevanten funktionellen Einschränkungen zur Folge und führten deshalb nicht zu einer wesentlichen Veränderung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit der Verfügung vom 18. Juni 2015 (act. II 144.1 S. 10).

4.3.3 N._____, Ergotherapeutin, hielt im Bericht vom 5. März 2020 (act. II 164 S. 10) fest, die Beschwerdeführerin sei in einem 14tägigen Rhythmus mit neuropathischen Schmerzen in die Ergotherapie gekommen. Es sei die Frage aufzuwerfen, ob ein TOS vorliege.

4.3.4 Dr. med. O._____, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im zu Handen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin verfassten Bericht vom 7. April 2020 (act. II 164 S. 7 –

9) fest, er halte an der Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom F62.80 (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) fest und bedauere, dass das insgesamt sorgfältige (psychiatrische) Gutachten ausgerechnet bei der relevanten Frage der Diagnose eine nicht nachvollziehbare Schlussfolgerung ziehe. Die arbeitsbedingten Einschränkungen durch die psychiatrische Diagnose zeigten sich v.a. in einer verminderten Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an neue Situationen, einem Misstrauen anderen Menschen gegenüber sowie einer Einbusse der Fokussierung und der Aufmerksamkeit/Konzentration über längere Zeit. Im Zusammenhang mit den schmerzbedingten Einschränkungen beurteile er die Arbeitsfähigkeit auf maximal 50%. In den verschiedenen arbeitsrehabilitativen Programmen und Belastungstrainings habe sich diese Einschätzung bestätigt (S. 9).

4.3.5 Der RAD-Arzt Dr. med. G. _____ hielt nach Einholung RAD-interner Berichte der Dres. med. H. _____ und I. _____ in seiner Stellungnahme vom 23. Juni 2020 (act. II 172) fest, auf die Einschätzungen im Gutachten der MEDAS könne auch im Lichte der von der Beschwerdeführerin zu den Akten gelegten Berichten abgestellt werden (S. 7).

Mit "Aktennotiz RAD" vom 30. Juni 2020 (act. II 174) hielt Dr. med. G. _____ weiter fest, gestützt auf die RAD-interne Stellungnahme von Dr. med. H. _____ liege weder anamnestisch noch klinisch gemäss vorliegender Akten ein TOS vor.

4.3.6 Ein am 6. Juli 2020 durchgeführtes MRI der Halswirbelsäule (HWS) im Zentrum P. _____ (act. II 176 S. 3) wurde wie folgt beurteilt: "Uncovertebralarthrosen in den Segmenten C3/4 bis C5/6 und leichte Facettengelenksarthrose C4/5. Vor allem ossär verursachte foraminale Engen in den Segmenten C3/4 bis C5/6 auf der linken Seite, vor allem Foramensstenose C4/5. Eine Reizung der entsprechenden Nervenwurzeln C4-C6 ist möglich. Bilaterale Facettengelenksarthrosen im Segment C6/7, keine foraminale Enge."

4.3.7 Dr. med. J. _____ hielt unter Bezugnahme auf das MRI vom 6. Juli 2020 im Bericht vom 22. Juli 2020 (act. II 176 S. 1 f.) fest, ein TOS habe mit der klinischen Untersuchung ausgeschlossen werden können.

Hingegen hätten sich eine Hyposensibilität im Daumen und Unterarmbereich linksseitig finden lassen, weshalb eine MRI-Untersuchung der HWS durchgeführt worden sei. Dort hätten sich neben Unkovertebralarthrosen und spondylarthrotischen Befunden auch ossäre foraminale Engstellungen C3/C4 bis C5/C6, vor allem eine Foramenstenose C4/C5, feststellen lassen. Die erhobene Anamnese wie dokumentiert, die klinischen Befunde und die radiologische Diagnostik passten hier gut überein. Selbstverständlich führe die Problematik neben Schmerzen und Hypästhesien auch zur Ausbildung von myofaszialen Befunden mit Triggerpunkten und weiteren Beschwerden im Schultergürtel- und Nackenbereich (S. 2).

4.3.8 Dr. med. H. _____ (RAD) hielt in der Stellungnahme vom 6. Oktober 2020 (in den Gerichtsakten) fest, das im rheumatologischen Fachgutachten der MEDAS formulierte Zumutbarkeitsprofil werde durch die Befundberichte des Zentrums P. _____ vom 6. Juli 2020 sowie den Bericht von Dr. med. J. _____ vom 22. Juli 2020 nicht in Zweifel gezogen (S. 4).

4.3.9 Im Bericht vom 17. November 2020 (act. I 5) stellte Dr. med. J. _____ die folgenden Diagnosen:

1. "COPD Goldstadium 2-3, Risikoklasse A
- Radiologisches Bild einer Respiratorischen Bronchiolitis
2. Diabetes mellitus Typ II Erstdiagnose 14.03.2019 mit diabetischer hyperglykämischer Entgleisung
- Aktuell medikamentös mit Metformin gut eingestellt.
3. Unkovertebralarthrosen in Segmenten C3/4 bis C5/6, leichte Fazetten Gelenksarthrose C4/5 sowie ossär verursachte foraminale Engen in C3/C4 bis C5/C6 links mit möglicher Reizung der entsprechenden Nervenwurzeln C4 bis C6
4. Myofasziale Befunde im Nacken-Schulter-Armbereich linksbetont. Kein sicherer Hinweis auf das Vorliegen eines vaskulären Thoracic Outlet Syndrom
5. Gastroösophageale Refluxerkrankung"

Ergänzend hielt er fest, aufgrund der vorliegenden Diagnosen und des fortgeschrittenen Alters der Beschwerdeführerin sei eine "IV-Rente zu 50% gerechtfertigt."

4.4

4.4.1 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).

4.4.2 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).

4.5 Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 14. Oktober 2019 (act. II 144.1 ff.) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 4.4.2 vorne) und erbringt Beweis. Es ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung sowie hinsichtlich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit 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 ein chronifiziertes zerviko- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom sowie ein COPD das funktionelle Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin einschränken, jedoch in der angestammten Tätigkeit als ... – welche auch als den Leiden angepasste Tätigkeit zu qualifizieren

sei – eine Arbeitsfähigkeit von 100% (Arbeitsunfähigkeit: 0%) bestehe (vgl. E. 4.3.2 vorne).

4.6 Was gegen diese gutachterlichen Einschätzungen vorgebracht wird, dringt nicht durch:

4.6.1 Die Beschwerdeführerin kritisiert insbesondere das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. Q._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie (Beschwerde, S. 7, Ziff. 13). Sie macht geltend, als Korrelat zu den von ihr geschilderten Beschwerden im Nacken- und Schultergürtelbereich liessen sich die ossär verursachten foraminale Engen in den Segmenten C3/4 bis C5/6 auf der linken Seite und vor allem die Foramenstenose C4/5 durch die MRI-Untersuchung vom 6. Juli 2020 objektivieren. Da Dr. med. Q._____ in seinem Gutachten vom 17. Juli 2019 die Annahme des Vorliegens einer Spinalkanalstenose, die für die von der Beschwerdeführerin glaubhaft geschilderten Beschwerden verantwortlich gemacht werden könnte, verneint habe, eine solche nunmehr jedoch bestätigt worden sei, könne auf das Gutachten von Dr. med. Q._____ nicht abgestellt werden (Beschwerde, S. 10, Ziff. 14.1 f.).

4.6.1.1 Dr. med. Q._____ hat seine Untersuchungsbefunde – namentlich auch hinsichtlich der Wirbelsäule im Allgemeinen bzw. der HWS im Besonderen – in seinem rheumatologischen Teilgutachten ausführlich wiedergegeben und dabei festgehalten, die HWS weise keine speziellen Einschränkungen der Beweglichkeit bzw. Einzelfunktionen auf, sei der Kinn-Sternum-Abstand bei der maximalen Inklination resp. Reklination doch 3 bzw. 15cm und betrage die Rotation aktiv nach beiden Seiten bis gut 75° (act. II 144.4 S. 9). Diese Feststellung wird weder bestritten noch ist ersichtlich, dass Dr. med. Q._____ bei dieser Befunderhebung nicht lege artis vorgegangen wäre. Ferner hielt der Gutachter fest, die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden seien Ausdruck eines chronifizierten zervikospondylogenen Schmerzsyndroms nach mehrfachen Auffahrkollisionen mit HWS-Distorsionen, möglicherweise mit einer Wurzelirritation von C7 links, aber ohne Hinweise auf eine radikuläre Kompression mit Ausfallerscheinungen und zumindest anamnestisch und klinisch ohne Hinweise auf ein Syndrom des engeren Spinalkanals. Die aktuell angefertigten konventionellen Röntgenaufnahmen der HWS (S. 10) zeigten

keine erheblichen degenerativen Veränderungen, mit Ausnahme einer leichtgradigen degenerativen Diskopathie C4/C5 und diskreten Unkarthrosen auf den Segmenten C4/C5 und C5/C6 (S. 11). Insgesamt schloss er unter Berücksichtigung der übrigen Befundlage – die Möglichkeit zu Wechselpositionen vorausgesetzt – auf eine in rheumatologischer Hinsicht uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als ... (S. 13), was im gutachterlichen Konsens bestätigt wurde (act. II 144.1 S. 10).

4.6.1.2 Anders als die Beschwerdeführerin anzunehmen scheint, bestehen keine Anhaltspunkte, wonach die Experten der MEDAS respektive Dr. med. Q._____ von einer grundsätzlich fehlenden Objektivierbarkeit der vorgetragenen somatischen Beschwerden ausgegangen wären. Letzterer hielt denn auch fest, es seien keine relevanten Inkonsistenzen erkennbar, die Plausibilität der Beschwerden sei weitgehend nachvollziehbar (act. II 144.4 S. 12). Jedoch gelangten die Gutachter im Allgemeinen (im Rahmen der Konsensbeurteilung) und Dr. med. Q._____ im Besonderen zum Schluss, dass die aus den objektivierbaren Befunden resultierenden, erwerbsbezogenen funktionellen Beeinträchtigungen nicht mit der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin übereinstimmen respektive keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen. Soweit die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf das Vorliegen einer Spinalkanalstenose auf eine der subjektiven Einschätzung entsprechenden Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50% (act. II 126 S. 7; 144.1 S. 9) schliessen will, verkennt sie zweierlei: Zum einen unterscheidet sich der anlässlich der Begutachtung erhobene bildgebende röntgenologische Befund betreffend die HWS (act. II 144.4 S. 10) nicht wesentlich von jenem, wie er im MRI vom 6. Juli 2020 (act. II 176 S. 3) zum Ausdruck kam. Namentlich wurde eine Reizung der Nervenwurzeln C4-C6 durch die Foramenstenose C4/C5 von der beurteilenden Radiologin lediglich als möglich erachtet, welche Einschätzung Dr. med. J._____ unter "Diagnosen" übernahm (vgl. act. II 176 S. 1). Damit ist eine anhaltende radikuläre Symptomatik gerade nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b. S. 360) erstellt, was sich mit den Einschätzungen von Dr. med. Q._____ deckt und auch vom RAD-Arzt Dr. med. H._____ in seiner Stellungnahme vom 6. Oktober 2020 (in den Gerichtsakten) bestätigt wird. Vor diesem Hintergrund erweisen sich

die anlässlich der Begutachtung durchgeführten bildgebenden Abklärungen weder ex ante noch ex post als unzureichend (vgl. auch act. II 170 S. 4 f.). Zum andern ergibt sich eine gesundheitliche Veränderung nicht allein aus neuen Ergebnissen bildgebender Untersuchungen; vielmehr sind für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit Degeneration der Wirbelsäule in erster Linie die klinischen Befunde massgeblich (Entscheid des BGer vom 18. Juni 2020, 9C_89/2020, E. 4.6; vgl. auch BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221 f.). Dabei ist mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Wie in E. 4.6.1.1 vorne dargelegt, hat Dr. med. Q._____ das dem Dargelegten zufolge invalidenversicherungsrechtlich allein massgebliche funktionelle Leistungsvermögen nachvollziehbar und mit hinreichender Detailliertheit sowie – wie eben erwogen – basierend auf einer lege artis erstellten Befundlage erhoben. Demgegenüber beschränkt sich Dr. med. J._____ in seinem von der Beschwerdeführerin ins Recht gelegten Bericht vom 17. November 2020 (act. I 5) darauf, aus den von ihm gestellten Diagnosen respektive aus deren Summe direkt auf "eine IV-Rente zu 50%" zu schliessen, ohne konkret darzulegen, aus welchen (medizinisch objektivierbaren) Gründen sich die mittels MRI vom 6. Juli 2020 erhobenen Befunde, auf welche er sich vorwiegend abstützt, abweichend von den gutachterlichen Feststellungen auf die Leistungsfähigkeit auswirken. Nichts Anderes folgt aus dem undatierten, bei der Beschwerdegegnerin am 22. Juli 2020 eingegangenen Bericht (act. II 176 S. 1 f.), worin Dr. med. J._____ sich ebenfalls nicht zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit äussert und welcher Bericht demnach ebenfalls nicht geeignet ist, Zweifel an den gutachterlichen Schlussfolgerungen von Dr. med. Q._____ zu wecken.

4.6.2 Im Weiteren ist nicht ersichtlich, weshalb auch hinsichtlich der Lendenwirbelsäule (LWS) eine weitere Untersuchung mittels MRI hätte erfolgen sollen (vgl. Eingabe vom 23. November 2020, S. 2, Ziff. 3). So finden sich in den Berichten der behandelnden Ärzte keinerlei Anhaltspunkte, welche auf einen entsprechenden Abklärungsbedarf hindeuten. Dabei ist hervorzuheben, dass Dr. med. J._____ im Bericht vom 17. November 2020 (act. I 5) das lumbospondylogene Schmerzsyndrom nicht mehr

als für die Arbeitsunfähigkeit relevante Diagnose aufführte. Ferner hielt Dr. med. Q._____ im rheumatologischen Gutachten fest, betreffend der unteren Extremitäten seien eigentlich keine störenden Beschwerden angegeben worden, ausser Schmerzen, die hin und wieder vom Rücken nach unten ziehen könnten, dies vor allem linksbetont und als Folge einer Diskushernie im Bereiche der LWS; Gramselparästhesien würden in den unteren Extremitäten nicht angegeben (act. II 144.4 S. 7). Diese Feststellungen werden beschwerdeweise nicht in Frage gestellt. Wenn Dr. med. Q._____ deshalb aus rheumatologischer respektive die Gutachter der MEDAS aus gesamtmedizinischer Sicht sich auf eine röntgenologische Untersuchung der LWS beschränkten (vgl. S. 10) und auf eine zusätzliche Abklärung mittels MRI verzichteten, schmälert dies weder den Beweiswert des rheumatologischen Fachgutachtens noch jenen des Gesamtgutachtens, zumal den Gutachtern, was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft, ein weiter Ermessensspielraum zukommt (Entscheid des BGer vom 30. Januar 2015, 8C_277/2014, E. 5.2).

4.6.3 Sodann verneinte nach dem RAD (act. II 174) auch Dr. med. J._____ das Vorliegen eines von der behandelnden Ergotherapeutin zur Diskussion gestellten TOS (act. II 164 S. 10; 176 S. 2), was beschwerdeweise zu Recht nicht mehr beanstandet wird.

4.6.4 Im Weiteren kritisierte Dr. med. O._____ im zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin verfassten Bericht vom 7. April 2020 die im Gutachten der MEDAS gestellten Diagnosen als unzutreffend; er halte an der Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom F62.80 fest; die Arbeitsunfähigkeit betrage 50% (act. II 164 S. 9).

Anders als der behandelnde Psychiater diagnostizierte Dr. med. R._____ im psychiatrischen Fachgutachten eine dysfunktionale Störungsverarbeitung (ICD-10 F54) und zog differentialdiagnostisch Hinweise auf ein chronisches Schmerzsyndrom mit bio-psychozialen Konsequenzen (ICD-10 F62.80) in Betracht, ohne dass dieses Bild jedoch in seiner Gesamtheit gegeben erscheine (act. II 144.3 S. 18), welche Einschätzung auch in der Konsensbeurteilung übernommen wurde (act. II 144.1 S. 8). Sie beruht namentlich auf einer umfassenden Befunderhebung

(act. II 144.3 S. 10 f.), einer Beschreibung der Persönlichkeit (S. 11 f.) und einer ausführlichen Diskussion der psychiatrischen Diagnosen nach den Hauptkapiteln des Kapitels F der ICD-10 (S. 12 – 16). Dass der Gutachter dabei nicht lege artis vorgegangen wäre, ist weder ersichtlich noch wird dergleichen geltend gemacht. Im Gegenteil räumte auch Dr. med. O._____ ein, das Gutachten sei insgesamt sorgfältig (act. II 164 S. 9). Sodann erfolgte die versicherungsmedizinische Beurteilung in Bezug auf das funktionelle Leistungsvermögen anhand der von der Rechtsprechung für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen entwickelten systematisierten Indikatoren (Beweisthemen und Indizien) – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen; BGE 145 V 361 E. 3.1 S. 363; 141 V 281; vgl. act. II 144.3 S. 18 – 24). Namentlich mit Blick auf die nahezu blande Befundlage (vgl. S. 10 f.), dem gemäss Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen weitgehenden Fehlen von Funktionseinschränkungen (act. II 144.3 S. 20 f.) und das nicht erheblich eingeschränkte ausserwerbliche Aktivitätenniveau (vgl. act. II 144.2 S. 24; 144.4 S. 7 f.) überzeugt die (auch seitens des RAD als schlüssig beurteilte [act. II 171 S. 6]) Einschätzung von Dr. med. R._____, es liege eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten vor (act. II 144.3 S. 25 f.). Daran vermag die von Dr. med. O._____ bescheinigte, jedoch anhand der hiervor erwähnten systematisierten Indikatoren nicht bestätigbare 50%ige Arbeitsfähigkeit nichts zu ändern, zumal es – wie in E. 4.6.1.2 vorne dargelegt – für den Nachweis einer Invalidität nicht primär auf die Diagnose ankommt. Im Übrigen basiert seine Beurteilung im Wesentlichen auf der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, welche sich für 50% arbeitsfähig hält (vgl. act. II 144.2 S. 24). Soweit er zur Begründung die Ergebnisse des (vom zuständigen Sozialdienst veranlassten) Belastbarkeitstrainings in der Abklärungsstelle L._____ hinzuzieht (vgl. act. II 126 S. 5 ff.) ist zu betonen, dass den Erkenntnissen von Eingliederungsfachpersonen im Rahmen von beruflichen Abklärungen respektive Programmen bezüglich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nur beschränkte Aussagekraft zukommt; sie beruhen in der Regel (wie auch vorliegend) nicht auf vertieften medizinischen Untersuchungen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person

wiedergeben (Entscheid des BGer vom 26. Juni 2019, 9C_379/2019, E. 3.5.3). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren die psychiatrischen Schlussfolgerungen im Gutachten der MEDAS nicht mehr in Frage stellt.

4.6.5 Sodann erfolgte die interdisziplinäre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf der Grundlage einer Konsensdiskussion, wobei sie unter Berücksichtigung sämtlicher Fachdisziplinen auf eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit schlossen (act. II 144.1 S. 10). Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt damit rechtsprechungsgemäss grosses Gewicht zu (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128). Entgegen der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 10, Ziff. 15) besteht für das Gericht kein Anlass, von dieser spezifisch medizinischen Einschätzung abzurücken (vgl. SVR 2020 IV Nr. 22 S. 76 E. 4.1), zumal diese – wie in den E. 4.6.1 ff. dargelegt – auch nicht mittels anderweitiger medizinischer Beurteilungen in Zweifel gezogen wird.

4.7 Zusammenfassend bestehen keine konkreten Indizien gegen den Beweiswert des Gutachtens der MEDAS vom 14. Oktober 2019 respektive hinsichtlich der einzelnen Fachgutachten. Der "allenfalls" beantragten Rückweisung zwecks weiterer Abklärung (Beschwerde, Rechtsbegehren, S. 2; S. 10, Ziff. 15 am Schluss) bedarf es demnach nicht.

5.

Gestützt auf das Gutachten der MEDAS vom 14. Oktober 2019 ergibt sich somit was folgt:

5.1 In Bezug auf den Revisionsgrund (vgl. E. 3.2.3 vorne) haben sich die Gutachter ausdrücklich zur Frage geäussert, ob und wenn ja inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1). Sie hielten hierzu fest, seit der Verfügung vom 18. Juni 2015 seien zusätzliche pneumologische Diagnosen gestellt worden, die Beschwerdeführerin sei im Oktober 2018 einer Nasen- und Nasen-Nebenhöhlen-Operation zugeführt worden und im Frühling 2019 sei ein Diabetes mellitus Typ II entdeckt worden; sodann habe

sich anlässlich der gutachterlichen Untersuchung ein markanter Eisenmangel finden lassen. Alle diese neuen medizinischen Diagnosen hätten jedoch keine relevanten funktionellen Einschränkungen zur Folge und führten deshalb nicht zu einer wesentlichen Veränderung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit der Verfügung vom 18. Juni 2015 (act. II 144.1 S. 10). Zum gleichen Schluss gelangte Dr. med. Q. _____ im Rahmen des rheumatologischen Fachgutachtens (vgl. act. II 144.4 S. 14). Dass die Gutachter – dem Fragenkatalog folgend (vgl. act. II 132 S. 2) – von einem unzutreffenden Vergleichszeitpunkt (18. Juni 2015 statt 24. Dezember 2014 [vgl. E. 4.1 vorne]) ausgegangen sind, schadet nicht, weil die dem VGE IV/2015/99 zugrunde gelegene medizinische Aktenlage identisch mit jener der Verfügung vom 24. Dezember 2014 war (vgl. E. 3.1.1 – 3.1.9 [act. IIA 87 S. 5 – 7]). Im Übrigen stimmen die Einschätzungen der Gutachter mit den echtzeitlichen medizinischen Berichten überein, wonach auch im Zeitpunkt der Verfügung vom 24. Dezember 2014 im Wesentlichen ein chronifiziertes Schmerzsyndrom von Seiten der HWS und LWS vorlag (vgl. E. 4.2.1 vorne), dieses jedoch medizinisch-theoretisch hinsichtlich einer den Leiden angepassten Tätigkeit – wozu auch die Tätigkeit der Beschwerdeführerin als ... gehörte – keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermochte (vgl. E. 4.2.2 vorne).

5.2 Weil eine weitere Diagnosestellung nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung bedeutet, wenn dieser veränderte Umstand den Rentenanspruch berührt (vgl. E. 3.2.3 vorne), was vorliegend dem Dargelegten zufolge bei unveränderter Arbeitsfähigkeit und hinsichtlich der angestammten Tätigkeit praktisch identischem Zumutbarkeitsprofil nicht zutrifft, ist ein Revisionsgrund nicht erstellt. Dass sich in erwerblicher Hinsicht oder bezüglich des Status der Beschwerdeführerin etwas geändert hätte, ist weder ersichtlich noch wird dergleichen geltend gemacht. Damit ist ein Revisionsgrund nicht gegeben und die Beschwerde bereits aus diesem Grund abzuweisen.

Doch selbst wenn entgegen dem Dargelegten ein Revisionsgrund erstellt wäre mit der Folge, dass 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 wäre (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), änderte sich am Ergebnis eines fehlenden Rentenanspruchs nichts, wie nachfolgend zu zeigen ist.

6.

6.1 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.

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

6.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE; 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).

6.1.3 Wird auf Tabellenlöhne abgestellt, sind grundsätzlich immer die im Zeitpunkt des angefochtenen Verwaltungsaktes aktuellsten statistischen Daten zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297; Entscheid des BGer vom 27. November 2019, 8C_64/2019, E. 6.2.1).

6.2 Der Zeitpunkt des potentiellen Rentenbeginns ist mit Blick auf die im Dezember 2018 erfolgte Neuanmeldung (act. II 113 S. 8) auf den 1. Juni 2019 festzulegen (Art. 29 Abs. 1 ATSG; Art. 29 Abs. 1 IVG).

6.3 Hinsichtlich des Valideneinkommens ist aufgrund der Akten erstellt, dass die Beschwerdeführerin seit Oktober 2007 bei der C._____ AG als ... angestellt war (act. IIA 8 S. 2 f.) und die per 31. Juli 2012 ausgesprochene Kündigung aus gesundheitlichen Gründen erfolgte (act. IIA 11.5). Es bestehen keine Anhaltspunkte in den Akten, dass sie im massgebenden Zeitpunkt des potentiellen Rentenbeginns im Juni 2019 überwiegend wahrscheinlich bei einem anderen Arbeitgeber oder in einem anderen Erwerbsbereich beschäftigt gewesen wäre (vgl. act. II 144.3 S. 6), weshalb auf den bei der C._____ AG zuletzt (im Jahr 2012) erzielten Verdienst von monatlich Fr. 6'140.-- (act. IIA 11.1) bzw. jährlich Fr. 79'820.-- (Fr. 6'140.-- x 13) abzustellen ist. Das dergestalt zu ermittelnde Valideneinkommen ist sodann 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 Loh-

nerhöhungen (BFS, T1.2.10 Nominallohnindex, Frauen, 2011 – 2019, Abschnitt C) beträgt das jährliche Valideneinkommen pro 2019 Fr. 84'594.-- (Fr. 6'140.-- x 13 Monate / 102 x 108.1).

6.4 Indem die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft bzw. keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, sind für die Ermittlung des Invalideneinkommens statistische Werte gemäss LSE zu berücksichtigen (vgl. E. 6.1.2 vorne). Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung vom 3. Juli 2020 (act. II 175) auf Tabelle "TA 17" (richtig: T17), Pos. 41 (Allgemeine Büro- und Sekretariatskräfte), >=50 Jahre, Frauen abgestellt, was mit Blick auf das im MEDAS-Gutachten formulierte Zumutbarkeitsprofil, wonach die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... auch einer den Leiden ideal angepassten Verweistätigkeit entspricht (vgl. E. 4.3.2 vorne), zutreffend ist und von der Beschwerdeführerin beschwerdeweise auch nicht beanstandet wird. Jedoch ist anstelle der LSE 2016 auf jene des (im Verfügungszeitpunkt bereits publizierten [vgl. E. 6.1.3 vorne]) Jahres 2018 abzustellen. Ferner hat die Beschwerdegegnerin einen leidensbedingten Abzug (vgl. E. 6.1.2 vorne) von 10% berücksichtigt, was in Anbetracht des Umstandes, wonach die Realisierung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit abgesehen von individuell wählbaren Wechsellpositionen keinen weiteren Restriktionen unterliegt, als grosszügig erscheint. Jedenfalls besteht für einen darüber hinausgehenden Abzug kein Anlass, auch nicht aufgrund der invaliditätsfremden Kriterien Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad. Zu berücksichtigen ist ferner, 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 massgeblichen Tabellenposition, welche sich im Jahr 2019 auf 41.7 Wochenstunden belief (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 77; BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Pos. G-S). Schliesslich ist auch das Invalideneinkommen der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung anzupassen.

Demnach beträgt das jährliche Invalideneinkommen pro 2019 unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden, der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.2.10 Nominallohnindex, Frauen, 2011 – 2019, Abschnitt G-S), einer Arbeitsfähigkeit von 100% so-

wie eines leidensbedingten Abzugs von 10% mindestens Fr. 74'091.15 (Fr. 6'519.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 Wochenstunden / 105.8 x 106.8 x 0.9).

6.5 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ergibt dies eine Erwerbseinbusse von Fr. 10'502.85 (Fr. 84'594.-- – Fr. 74'091.15) und damit einen Invaliditätsgrad von gerundet (zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123) maximal 12% (Fr. 10'502.85/ Fr. 84'594.-- x 100). Demnach bestände selbst bei Annahme eines Revisionsgrundes (vgl. E. 5.2 vorne) kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 3.1.2 vorne).

6.6 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 3. Juli 2020 im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

7.

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 geltenden Fassung i.V.m. Art. 83 ATSG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

7.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als öffentlichrechtliche Anstalt des Kantons Bern keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG; vgl. dazu 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 zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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