

200 21 7 IV
ACT/SVE/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. August 2021

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsanwalt D. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. November 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1984 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ..., zuletzt als ... in einer ... tätig gewesen, meldete sich erstmals im Mai 2006 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) unter Hinweis auf einen unerklärlichen Gewichtsverlust zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB 1, 32]). Die IVB tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und erteilte Kostengutsprache für ein Arbeitstraining vom 4. August 2008 bis 31. Mai 2009 (AB 23, 37) bei einer Familie. Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 11. Januar 2011 (AB 55) gewährte die IVB von 1. Juni bis 31. August 2006 eine halbe und von 1. September 2006 bis 30. September 2008 eine ganze Invalidenrente.

Im Februar 2014 stellte die Versicherte unter Hinweis auf das Epstein-Barr-Virus (EBV) mit chronischem Erschöpfungssyndrom als Folge wiederum ein Gesuch um Leistungen der IV (AB 57). Nach Vornahme erneuter Abklärungen verneinte die IVB mit Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 103) einen Leistungsanspruch mangels eines objektivierbaren Gesundheitsschadens. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Die Versicherte meldete sich im Februar 2018 unter Hinweis auf ein Chronic Fatigue Syndrom, ungeklärtes Fieber, Schwindel, eine endokrine Störung sowie ein Hypophysenadenom und einen daraus resultierenden Hormonmangel abermals zum Leistungsbezug bei der IV an (AB 104). Nachdem die IVB u.a. eine polydisziplinäre Begutachtung durch die C._____ GmbH (MEDAS-Gutachten vom 29. Juni 2020 [AB 154]) veranlasst hatte, stellte sie mit Vorbescheid vom 20. August 2020 (AB 157) in Aussicht, das Leistungsbegehren mangels wesentlicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der letzten Verfügung vom 29. Juni 2016 abzuweisen. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 160, 162, 164) verfügte die IVB am 20. November 2020 (AB 165) dem Vorbescheid entsprechend.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt D._____, B._____, mit Eingabe vom 5. Januar 2021 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern und beantragte, in Aufhebung der Verfügung vom 20. November 2020 sei ihr eine Invalidenrente zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 12. Februar 2021 auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist, soweit sie den Rentenanspruch betrifft, auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 20. November 2020 (AB 165). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

Soweit beschwerdeweise sinngemäss eine prozessuale Revision der Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 103) beantragt wird (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 6), liegt eine solche ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes, befand doch die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung (AB 165) nicht darüber, weshalb darauf nicht einzutreten ist (BGE 125 V 413 E. 1a S. 414). Die Beschwerde ist diesbezüglich an die Beschwerdegegnerin weiterzuleiten.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

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

ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.3 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 (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

2.5 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 bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

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

2.5.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

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

2.5.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

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

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom Februar 2018 (AB 104) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Praxisgemäss ist die Eintretensfrage durch das Gericht daher nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b. S. 114). Indes ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 103) – als letztmals eine allseitige Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen erfolgte (vgl. E. 2.5.3 hiervor) – mit demjenigen bei Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 20. November 2020 (AB 165) zu prü-

fen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.2 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 103) basierte im Wesentlichen auf den RAD-ärztlichen Aktenbeurteilungen von med. pract. E._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 28. Januar 2015 (AB 81) und vom 27. Juni 2016 (AB 102). Die RAD-Ärztin führte am 28. Januar 2015 aus, für die nur anamnestisch bekannten Fieberschübe gäbe es keinen objektiven Beweis. Sämtliche Untersuchungen des Spitals L._____ hätten keine Erklärung für die chronische Müdigkeit und die fraglich subfebrilen Temperaturen erbringen können. Bei fehlendem ausgewiesenem objektivierbarem Gesundheitsschaden bestehe aus medizinischer Sicht kein Anspruch auf IV-Leistungen. Zudem habe das Spital L._____ im letzten Bericht vom November 2014 (vgl. AB 79 S. 3) nochmals betont, dass es bei der Beschwerdeführerin in gutem Allgemein- und sportlichem Ernährungszustand und ausführlichem internistischen Status bis heute keinen Hinweis auf irgendeine über die IV anerkannte somatische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gebe (AB 81). Sodann hielt med. pract. E._____ mit Stellungnahme vom 27. Juni 2016 fest (AB 102), dass die weitläufigen Abklärungen der behandelnden Ärzte keine neuen Erkenntnisse erbracht hätten und keine ICD-10 anerkannte Diagnose habe gestellt werden können.

3.3 Für die Zeit seit Erlass der Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 103) präsentiert sich die medizinische Aktenlage – soweit entscheidungswesentlich – wie folgt:

3.3.1 Prof. Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 13. Dezember 2018 (AB 118) einen Verdacht auf Myopathie (Myalgien vor allem bei Belastungen; muskuläre Leistungsabnahme; chronisch progredient; normales EMG), eine Migräne, eine diskrete Leukenzephalopathie (im MRI 2013, zunehmend 2016 nun stabil), Fieber (früher phasenweise; nun eher konstant, aber fluktuierend; unklar geblieben), endokrinologische Dysfunktionen (Nebennierenrinden insuffizient; Dysthyreose; DHEA-S Mangel; Mikroadenom der Hypophyse) und einen Erschöpfungszustand (allgemeine Leistungsminderung, Müdigkeit, Insomnie; S. 2

Ziff. 3). Der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (Ziff. 1). Seit der letzten Diagnosestellung habe sich keine Änderung ergeben (Ziff. 2). Wegen der Erschöpfung und Leistungseinschränkung werde die Arbeitsdauer pro Tag deutlich verkürzt und das für jede Arbeit, wenn auch möglicherweise in unterschiedlichem Ausmass je nach Tätigkeit. Dazu kämen Abwesenheiten wegen Migräne und Fieber (S. 4 Ziff. 12).

3.3.2 Im Bericht vom 28. April 2019 (AB 126) hielt Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Endokrinologie-Diabetologie, fest, der Gesundheitszustand sei stationär (Ziff. 1). Seit der letzten Diagnosestellung bestehe neu eine Tendenz zur Bradykardie (kardiologisch in Abklärung), welche die Beschwerdeführerin psychophysisch (insbesondere physisch) zusätzlich beeinträchtige. Neu bestehe der Verdacht auf eine (entzündliche?) Leukenzephalopathie, beurteilt aufgrund von MR-Untersuchungen (Hirn) 2013, 2016 und aktuell 2018 (Ziff. 2). Weiter führte er als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Phasen mit relativer Bradykardie (neu Februar 2019), chronisch rezidivierende Unterbauchbeschwerden, eine Nebennierenrinden-Insuffizienz, eine Dysthyreose; einen DHEA-S Mangel, eine unklare Leistungsminderung seit 2013, eine symptomatische supraventrikuläre und ventrikuläre Extrasystolie, ein Chronic Fatigue Syndrome/psycho-physisches Fatigue syndrome, eine habituelle Hyperthermie, Erschöpfung und Müdigkeitssymptomatik, eine arterielle Hypotonie, eine therapierefraktäre Insomnie, ein mögliches Mikroadenom der Hypophyse sowie einen Androgenmangel auf (S. 1 ff. Ziff. 3). Es bestehe eine fortgesetzte 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 11).

3.3.3 Im polydisziplinären (allgemein-internistisch, neurologisch, endokrinologisch/diabetologisch, rheumatologisch, psychiatrisch) MEDAS-Gutachten vom 29. Juni 2020 (AB 154) wurden in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (AB 154.1 S. 9 ff. Ziff. 4) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen aufgeführt (S. 11 Ziff. 4.2):

1. Verdacht auf Myopathie;
 - belastungsakzentuierte Myalgien;
 - muskuläre Leistungsinsuffizienz;
 - chronisches Erschöpfungssyndrom;
2. Neurasthenie (ICD10 F48.0);
3. anamnestische Hypoglykämien jeweils vor dem Mittagessen bei Anorexia mentalis, chronique fatigue und Hypotonie.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter folgende Diagnosen fest:

4. Status nach EBV-Infektion 2012;
5. mögliche Endometriose gemäss Anamnese;
6. rezidivierende Fieberschübe unklarer Ätiologie;
7. zerebraler MRI-Befund einer diskreten Leukenzephalopathie unklarer Signifikanz;
8. insuffiziente muskuläre Rumpfstabilisation (Oberkörper wird im Stand nach dorsal verschoben, Lot fällt hinter das Becken);
9. Beckenhochstand rechts;
10. „Explorative“ Hydrocortison-/Florinef-/DHEA-Substitution seit März 2017;
11. Status nach hypothalamischem Hypogonadismus 2005/2006 bei Anorexie und Untergewichtigkeit;
12. Status nach Amenorrhoe bei Anorexie und Gewichtsverlust 2005/2006;
13. Dysmenorrhoe unter Cyclacur bei anamenstischer Endometriose;
14. Status nach multifaktorieller Hyperprolaktinämie (ED August 2013) bedingt durch:
 - chronique fatigue Syndrom;
 - rezidivierende Hyperthermien;
15. bekanntes Mikroadenom (5 mm) der posterioren Adenohypophyse ohne hormonelle Aktivität.

Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im allgemein-internistischen Teilgutachten (AB 154.2) keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 12 Ziff. 6).

Im neurologischen Teilgutachten (AB 154.3) führte Dr. med. I._____, Facharzt für Neurologie, aus, an objektiverbaren Befunden läge, neben dem klinischen Befund einer muskulären Hypotrophie und leichter distaler Paresen der oberen und unteren Extremitäten, der molekulargenetische Befund einer wahrscheinlich pathogenen Variante vor, welche vorliegend aber nicht sicher krankheitsassoziiert sei. Ferner liege der nicht näher spezifizierte, aber über das Altersübliche hinausgehende zerebrale – im Verlauf von 2013 zu 2016 progrediente und seither stabile (S. 19 Ziff. 7.1) – MRI-Befund multipler Marklagerläsionen vor. Es bestehe eine fragmentarische objektive Datenlage, ferner das Bild einer Beschwerdeführerin mit konsistentem Verhalten und beschwerdebedingten Einschränkungen in sämtlichen Lebensbereichen sowie die Einschätzung des behandelnden Neurologen Prof. Dr. med. F._____. Arbiträr sei neurologisch von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 60 % auszugehen, retrospektiv sei der Beginn dieser Einschränkung ab 2013 anzunehmen (S. 23 Ziff. 8).

Im endokrinologisch-diabetologischen Teilgutachten (AB 154.4) hielt Dr. med. Arnika Ryff-de Lèche, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Endokrinologie-Diabetologie, fest, aus rein endokrinologischer Sicht habe keine manifeste Störung bestanden und bestehe aktuell auch keine (S. 21 Ziff. 8).

Dr. med. J._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, führte im rheumatologischen Teilgutachten (AB 154.5) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 17 Ziff. 6). Im Vergleich zur ambulanten Untersuchung im Jahr 2013 auf der Rheumatologie im Spital L._____ lasse sich eine etwas verminderte Beweglichkeit des Achsenskeletts und nun deutliche insuffiziente muskuläre Rumpfstabilisation feststellen. Insofern sei die Belastbarkeit aktuell reduziert im Vergleich zur damaligen Untersuchung, was sich aber nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht auswirke (S. 21 Ziff. 8.4).

Im psychiatrischen Teilgutachten (AB 154.6) diagnostizierte Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0; S. 11 Ziff. 6). Anamnestisch und aktenanamnestisch müsse davon ausgegangen werden, dass die Symptome der Neurasthenie seit mindestens 2013 vorbeständen. Insbesondere seien sie im Bericht des Spitals L._____ vom 17. Mai 2016 (AB 100 S. 2) so festgehalten. Somit sei von keiner wesentlichen Veränderung des psychiatrischen Gesundheitszustandes seit der letzten Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 103) auszugehen (S. 13 Ziff. 7.2). Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aufgrund der deutlich erhöhten Ermüdbarkeit bei geringsten Anforderungen im Rahmen der Neurasthenie zu 50 % als arbeitsunfähig zu beurteilen. Dies zeige sich auch im durchgeführten Mini-ICF-App-Rating-Bogen. Aktenanamnestisch sei dieses Ausmass der Arbeitsunfähigkeit ab mindestens Mai 2016 anzunehmen (S. 14 Ziff. 8).

Gemäss Konsensbeurteilung (AB 154.1 S. 9 ff. Ziff. 4) sei unter Berücksichtigung der Verdachtsdiagnose einer Myopathie mit belastungsakzentuierten Myalgien und muskulärer Leistungsinsuffizienz von einer generellen Leistungsminderung auszugehen, insbesondere bestehe keine Belastbarkeit für körperlich mittelschwere und schwere Verrichtungen (S. 12 Ziff. 4.3). Der

Beschwerdeführerin werde ab 2013 eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiert. Die aus neurologischer und psychiatrischer Sicht gemachten Einschränkungen seien teiladditiv (S. 16 Ziff. 4.7).

3.3.4 Dr. med. G._____ hielt im Bericht vom 16. Oktober 2020 (AB 162) fest, er attestiere seit Jahren eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten resp. eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Er könne sich mit der Beurteilung einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % (vgl. AB 164) einverstanden erklären. Die Beschwerdeführerin sei 2016 wegen eines Leidens beurteilt worden, welches nicht näher charakterisiert werden können (aufgrund fehlender neuerer Erkenntnisse). Mittlerweile lägen gute Daten vor, dass eine Myopathie vorläge, evtl. auch als Folge einer Erkrankung des zentralen Nervensystems (ZNS).

3.4

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

3.4.2 Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 41 E. 4.2.2).

3.5

3.5.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung auf das MEDAS-Gutachten vom 29. Juni 2020 (AB 154). Dieses erfüllt – jedenfalls was die erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen betrifft – die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung gestellten Anforderungen an Expertisen (vgl. E. 3.4.1 hiavor), was von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten wird (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 7). Die gutachterliche Beurteilung beruht auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Die Sachverständigen setzten sich überdies im Speziellen mit der Frage nach einer relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiavor) auseinander und ihre diesbezüglichen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Dabei überzeugt insbesondere, dass die Experten trotz der neu gestellten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Verdacht auf Myopathie, Neurasthenie sowie anamnestischen Hypoglykämien jeweils vor dem Mittagessen bei Anorexia mentalis, chronique fatigue und Hypotonie; AB 154.1 S. 11 Ziff. 4.2) keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes annehmen, sondern für den Rechtsanwender nachvollziehbar aufzeigen, dass retrospektiv bereits von einer Einschränkung in neurologischer Hinsicht seit 2013 (AB 154.1 S. 15 Ziff. 4.7) resp. psychiatrischerseits seit mindestens Mai 2016 (S. 16 Ziff. 4.7) auszugehen ist. So führte der neurologische Experte unter Bezugnahme auf die sich in den Akten befindlichen MRI-Untersuchungen einleuchtend aus, die dargestellten unspezifischen, die altersphysiologische Norm überschreitenden Marklagerläsionen seien im Verlauf von 2013 zu 2016 progredient und seither stabil. Im Raum stehe demnach die Frage einer ZNS-Erkrankung als auch einer Myopathie sowie einer möglichen Assoziation der beiden Erkrankungen. Bisher seien ergänzend zu den Akten keine weiteren Abklärungen durchgeführt worden. Solche würden den Rahmen einer gutachterlichen Abklärung sprengen und seien Gegenstand der weiteren ärztlichen Behandlung (AB 154.3 S. 19 ff. Ziff. 7.1); diese allfälligen Abklärungen betreffen jedoch das hier massgebende Beweisthema – Veränderung des Sachverhalts zwischen 2016 und 2020 – von vornherein nicht, so dass darauf nicht näher einzugehen ist.

Bezugnehmend auf die Akten hielt der psychiatrische Gutachter sodann schlüssig fest, die Symptome der Neurasthenie bestünden seit mindestens 2013. So seien diese insbesondere im Bericht des Spitals L. _____ vom 17. Mai 2016 (AB 100 S. 2) so festgehalten, womit von keiner wesentlichen Veränderung des psychiatrischen Gesundheitszustands seit der letzten Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 103) auszugehen sei (AB 154.6 S. 13 Ziff. 7.2).

Damit ist erstellt, dass sich der medizinische Sachverhalt seit Erlass der letzten Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 103) nicht veränderte resp. stabil geblieben ist (vgl. AB 154.1 S. 15 f. Ziff. 4.7 f., 154.3 S. 19 Ziff. 7.1 und S. 23 Ziff. 8, 154.4 S. 21 Ziff. 8, 154.5 S. 21 Ziff. 8.4, 154.6 S. 14 f. Ziff. 8). Dies steht denn auch in Einklang mit der Auffassung des behandelnden Endokrinologen Dr. med. G. _____, welcher seit Jahren die gleiche Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 162; vgl. AB 93 S. 2).

3.5.2 Die Beschwerdeführerin bringt hiergegen vor, im Rahmen der aktuellen Begutachtung hätten im Gegensatz zu 2016 verschiedene Befunde objektiviert werden können, womit sich die gesundheitliche Situation verändert habe und eine freie Überprüfung möglich sei (Beschwerde S. 6 Ziff. 7). Dem ist entgegenzuhalten, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen. Notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 27. Mai 2021, 8C_121/2021, E. 4.2.2 mit weiteren Hinweisen), was hier gerade nicht vorliegt. Überdies war der Befund früher auch nicht unklar, vielmehr konnte – wie die RAD-Ärztin med. pract. E. _____ im Bericht vom 27. Juni 2016 festhielt – keine ICD-10 anerkannte Diagnose gestellt werden (AB 102 S. 3). Ausschlaggebend ist vorliegend entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 7) nicht, dass neu Befunde objektiviert werden können, vielmehr ist massgebend, dass diese bei Erlass der Referenzverfügung vom 29. Juni 2016 (AB 103) bereits bekannt waren, aber erst jetzt medizinisch eingeordnet werden, wobei im vorliegenden Verfahren offen bleiben kann, welche Bedeutung dem Umstand zukommt, dass die für die Leistungsein-

schränkung massgebliche einzige somatische Diagnose der Myopathie nur als Verdachtsdiagnose gestellt werden kann. Das Hinzutreten oder das Wegfallen einer Diagnose stellt jedoch per se keinen Revisionsgrund dar, da damit die erforderliche erhebliche Verschlechterung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen ist (vgl. BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12). Nach ständiger Praxis ist unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts denn auch unerheblich (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

3.5.3 Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass gesundheitlich sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht keine revisionsrechtlich relevante Veränderung ausgewiesen ist. Dass sodann eine Änderung in den erwerblichen Verhältnissen eingetreten wäre, ist weder ersichtlich noch wird dergleichen geltend gemacht. Mangels einer revisionsrechtlich relevanten Änderung erübrigt sich damit sowohl eine Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296) als auch eine Prüfung des Invaliditätsgrades (vgl. E. 2.5.4 hiervor).

4.

Die angefochtene Verfügung vom 20. November 2020 (AB 165) ist damit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezah-

lung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Beschwerde wird hinsichtlich des Antrags auf prozessuale Revision der Verfügung vom 29. Juni 2016 an die IV-Stelle Bern weitergeleitet.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Kopie der Beschwerde vom 5. Januar 2021)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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.