

200 20 6 IV
KNB/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. November 2020

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. November 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1957 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Dezember 2017 unter Hinweis auf Rückenschmerzen bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV; Antwortbeilage [AB] 1). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei zog sie insbesondere ein zuhänden des Krankentaggeldversicherers der Versicherten erstelltes bidisziplinäres Gutachten der Dres. med. C._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, vom 3. Januar 2018 (AB 22.2) bei. Gestützt auf die Ergebnisse der getätigten Erhebungen stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 15. Juni 2018 (AB 46) ab 1. Juni 2018 bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 100% die Zusprache einer ganzen IV-Rente in Aussicht. Damit zeigte sich der Berufsvorsorgeversicherer der Versicherten nicht einverstanden (AB 56 und 58). Nach weiteren medizinischen Erhebungen und insbesondere nach Einholung zweier Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 64 und 79) stellte die IVB der Versicherte mit Vorbescheid vom 8. Februar 2019 (AB 80) bei einem IV-Grad von 42% die Zusprache einer befristeten Viertelsrente vom 1. Juni 2018 bis 31. März 2019 in Aussicht. Dagegen verneinte sie einen Rentenanspruch für die Zeit ab dem 1. April 2019 bei einem IV-Grad von 4%. Hiergegen erhob die Versicherte Einwand (AB 85). In der Folge führte die IVB wiederum medizinische Erhebungen durch. Dabei veranlasste sie eine bidisziplinäre Begutachtung durch die Dres. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie (bidisziplinäres Gutachten vom 27. August 2019, AB 111.1; vgl. auch die zwei Teilgutachten vom 22. und 25. August 2019, AB 111.3 und 111.4). Mit Vorbescheid vom 11. Oktober 2019 (AB 115) stellte die IVB der Versicherten bei einem IV-Grad von 28% nunmehr die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte abermals nicht einverstanden und erhob Einwand (AB 120). Am

29. November 2019 verfügte die IVB wie im Vorbescheid vom 11. Oktober 2019 angekündigt und wies das Rentenbegehren ab (AB 122).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit auf den 24. Dezember 2019 datierten, der Post am 3. Januar 2020 übergebenen Rechtsschrift Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die rückwirkende Zusprache einer IV-Rente in gesetzlicher Höhe nebst Verzugszins.

Mit Beschwerdeantwort vom 14. Februar 2020 schloss die Beschwerdegegnerin 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 auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 29. November 2019 (AB 122). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2

2.2.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

2.2.2 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429). Die Anerkennung eines rentenbegründenden IV-Grades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308).

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

2.4 Für die Bestimmung des IV-Grades 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 Um den IV-Grad 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 Bezüglich des Gesundheitszustandes und der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

3.1.1 Dr. med. G._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 21. August 2017 (AB 15.1 S. 17 f.) eine Lumboischialgie ausgelöst durch degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) und eine reaktive Depression. Die Beschwerdeführerin habe seit Juni 2017 lumbale Schmerzen. "Vier Tage später" habe sie unerwartet die Kündigung der Arbeitsstelle bekommen. Es könne mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung gerechnet werden. Jedoch könne wegen der psychischen Belastung nicht mit einer Rückkehr an den Arbeitsplatz gerechnet werden. Seit dem 26. Juni 2017 sei die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsunfähig geschrieben. Sie werde erst an einer neuen Arbeitsstelle wieder arbeitsfähig sein. Möglich wären leichte Tätigkeiten im Sitzen. Schwere Tätigkeiten seien nicht möglich (S. 17).

3.1.2 Die Dres. med. C.____ und D._____ diagnostizierten im zuhänden des Krankentaggeldversicherers erstellten Gutachten vom 3. Januar 2018 (AB 22.2) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein zervikoradikuläres bzw. zervikobrachiales Irritationssyndrom rechts (ICD-10 M54.14), eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), eine Enthesopathie oder Bursitis trochanterica rechts (ICD-10

M70.6) sowie eine Tendopathie des Schulterrotatorenapparats rechts (ICD-10 M75.8). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter eine Persönlichkeitsakzentuierung mit stark leistungsorientierten, insgesamt narzisstisch anmutenden Zügen (ICD-10 Z73.1), ein wahrscheinliches leichtes lumbo-radikuläres Kompressionssyndrom rechts (ICD-10 M54.16), eine aktenanamnestische Arthritis psoriatica (ICD-10 M07.39) sowie eine aktenanamnestisch mögliche Arthritis urica (Gichtarthritis; ICD-10 M10.09) auf (S. 18 Ziff. 6).

Aus rheumatologischer Sicht lägen die aktuellen Hauptbeschwerden in einem Schmerzsyndrom im Bereich der oberen Extremitäten. Die lange Zeit sehr drängenden Beschwerden im Bereich der rechten Hüfte und Bein hätten sich dagegen subjektiv wie objektiv deutlich zurückgebildet (S. 14 Ziff. 5.1). Aufgrund der aktuell festgestellten Situation müsse die Tätigkeit als ... zu 100% als nicht zumutbar betrachtet werden. Es bestehe Behandlungsbedarf für das Schmerzsyndrom des rechten Armes bzw. der Schulter und für dasjenige der Hüfte. Die heutige Lage könne als behandelbar betrachtet werden und habe gute Aussichten, auf die notwendigen Behandlungen erfolgreich anzusprechen und damit wieder eine verbesserte Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Eine zuverlässige Prognose über den weiteren Verlauf sei dabei allerdings nicht möglich. Für Verweistätigkeiten wäre zu beachten, dass Kraft erfordernde Greif-, Hebe- und Transferabläufe für die rechte Hand und den ganzen Arm nicht zugemutet werden könnten, falls es sich nicht um seltene Einzelbelastungen, sondern wiederkehrende Abläufe handle. Motorisch leichte, nur selten bis maximal mittelschwere Verrichtungen dürften dagegen medizinisch-theoretisch auch nach einem relativen Scheitern von therapeutischen Massnahmen mit einer Leistungsfähigkeit von ca. 80% zumutbar sein (S. 15).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion nach massiv kränkender Kündigung der langjährigen Arbeitsstelle. Die Symptomatik habe von der Ausprägung und Dauer her retrospektiv wahrscheinlich die Kriterien einer leicht bis mittelgradig oder mittelgradig ausgeprägten reaktiven depressiven Episode mit eigenständigem Krankheitswert erreicht. Gegenwärtig würden noch knapp die diagnostischen Kriterien für eine leichte depressive Episode erfüllt (S. 16). Im Ver-

laufe der vergangenen sechs Monate seit der Kündigung und der Krankenschreibung habe sich eine Besserung der reaktiven depressiven Symptomatik ergeben. Zurückgeblieben seien noch Befindlichkeitsschwankungen und ein Mangel an Antrieb und Motivation, wofür wesentlich auch die bisher nicht stattgefundene "Loslösung" von der Arbeitsstelle verantwortlich sein dürfte, bestehe das Arbeitsverhältnis zu der bisherigen Arbeitgeberin doch wegen des Krankenstandes und der Sperrfrist weiterhin. Derzeit sei von einer leichten Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit auszugehen bei deutlich affektiver Labilität und noch fehlender psychischer Stabilität. Es seien leichte Beeinträchtigungen der Intentionalität, Antrieb, zeitliches Durchhaltevermögen, Konzentrationsspanne, Selbstvertrauen, Konstanz und Stressbelastbarkeit zu erwarten. Dies bezogen auf Verweistätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz sei kontraindiziert und nicht mehr zumutbar, da dadurch eine erneute Reaktivierung der erlittenen Kränkung und der dadurch verursachten depressiven Symptome zu erwarten sei. Für die bisherige Tätigkeit bestehe somit bis zum Austritt aus dem Arbeitsverhältnis eine volle Arbeitsunfähigkeit. Medizinisch-theoretisch könne in einer Verweistätigkeit als ... oder einer anderen vergleichbaren Tätigkeit ohne Führungsfunktion ab dem Zeitpunkt der Begutachtung von einer Teilarbeitsfähigkeit von 70% ausgegangen werden, wobei die Arbeitsfähigkeit bei weiterer Verbesserung der psychischen Stabilität innerhalb der nächsten zwei bis drei Monate auf das angestammte Pensum von 100% gesteigert werden sollte (S. 17).

Aus bidisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass die bisherige Tätigkeit als ... aus somatisch-rheumatologischer Sicht nicht mehr zumutbar sei (S. 19 Ziff. 9). In einer angepassten Tätigkeit bestehe aus somatischer Sicht eine Leistungsfähigkeit von 80%. Aus psychiatrischer Sicht seien angepasste Tätigkeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an die kognitiven Leistungen sowie an die Stressbelastbarkeit ab dem Zeitpunkt der Begutachtung zu 70% zumutbar, wobei die Arbeitsfähigkeit bei weiterer Verbesserung der psychischen Stabilität innerhalb der nächsten zwei bis drei Monate auf das angestammte Pensum von 100% gesteigert werden sollte (S. 20 Ziff. 9c).

3.1.3 Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 25. Januar 2018 (AB 28) aus, die Beschwerdeführerin habe im Sommer eine für sie sehr kränkende Kündigung ohne Angaben von Gründen erhalten, woraufhin sie eine depressive Reaktion entwickelt habe. Im Vergleich zum Beginn der Therapie im Oktober "beginnende Besserung". Sie sei jedoch noch affektiv und vom Antrieb gemindert (S. 1 Ziff. 1.4). Es bestünden Einschränkungen bei der bisherigen Tätigkeit durch Lustlosigkeit, schnelle Überforderung, verminderte Energie und generalisierte Ängste. Es sei davon auszugehen, dass bei jeder Tätigkeit das Arbeitstempo und die Arbeitseffizienz deutlich reduziert seien und die Fehlerquote deutlich gesteigert sei (S. 2 Ziff. 1.7).

3.1.4 Die Beschwerdeführerin war vom 29. Januar bis 17. März 2018 in der Rehaklinik I. _____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 17. März 2018 (AB 30) wurden namentlich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), eine arterielle Hypertonie, ein Diabetes Mellitus Typ II, eine Dyslipoproteinämie, ein HWS-Syndrom mit Brachialgie rechts und eine Psoriasisarthritis diagnostiziert. Die Zuweisung sei erfolgt, da sich die Beschwerdeführerin nach der Kündigung sehr erschöpft und niedergeschlagen fühle. Sie sei verbittert, enttäuscht, habe keine Energie und werde von Selbstzweifeln geplagt (S. 1). Die Symptomatik bei Eintritt und der Beck Depression Inventory (BDI) von 33 Punkten sprächen am ehesten für eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome. Die Überprüfung mittels ICD-10 Kriterien habe diesen Schweregrad ebenfalls nahegelegt. Besonderen Nutzen habe die Beschwerdeführerin aus der Aufarbeitung der biographischen vulnerabilisierenden Faktoren durch schematherapeutische Imagination ziehen können. Sie habe in deutlich gebessertem Zustand entlassen werden können (S. 5). Bis zur vollständigen Rekonvaleszenz sei die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... sei sie unter drei Stunden pro Tag arbeitsfähig. Vermieden werden sollten das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten schwerer als 15 kg, länger andauernde Tätigkeiten in kniender/hockender Haltung oder Überkopparbeiten, häufiges Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten. Unzumutbar seien ferner Nachtschichten sowie Arbeiten, die

die vollständige Kraftentfaltung/Koordination der Hände voraussetzen. Die Feinmotorik sei Arthritis bedingt nachhaltig eingeschränkt (S. 6).

3.1.5 Dr. med. H. _____ bezeichnete den Gesundheitszustand im Bericht vom 4. Juni 2018 (AB 45) als verbessert, wobei er als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode, anführte. Die Beschwerdeführerin leide unter Lustlosigkeit; die Antriebsstörung sei verbessert; sie habe mehr Energie jedoch Ängste vor allem vor einer erneuten Dekompensation. Es bestehe eine leichtgradige affektive Auslenkung (S. 2). Weiter attestierte er eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Trotz reduzierten depressiven Symptomen sei davon auszugehen, dass bei Wiedereinstieg auf dem ersten Arbeitsmarkt bald Dekompensationen einträten. Bisher habe die Beschwerdeführerin versucht, das mangelnde Selbstvertrauen durch Arbeit auszugleichen. Der Zusammenbruch sei durch Überidentifikation und die Kündigung erfolgt (S. 3).

3.1.6 Der RAD-Arzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (...), hielt im Bericht vom 2. Oktober 2018 (AB 64) fest, im Austrittsbericht der Rehaklinik I. _____ vom 17. März 2018 finde sich keine dezidierte Diskussion der ICD-10 Kriterien hinsichtlich des Vorliegens einer depressiven Episode. Der Schweregrad der depressiven Symptomatik werde auch nicht nachvollziehbar anhand der Kriterien der ICD-10 hergeleitet. Es entstehe der Eindruck, dass insbesondere aufgrund der Selbstangaben der Beschwerdeführerin der Schweregrad der depressiven Symptomatik festgestellt worden sei. Eine entsprechende Beschwerdevalidierung sei nicht vorgenommen worden. Aus dem psychopathologischen Befund sei eine schwere depressive Symptomatik nicht nachvollziehbar. Zudem werde berichtet, dass die Beschwerdeführerin bei Austritt euthym und ausgeglichen gewirkt habe. Auch der Antrieb sei als unauffällig beschrieben worden. Es sei daher davon auszugehen, dass jedwede depressive Symptomatik zum Ende der stationären Rehabilitationsmassnahmen als remittiert zu bewerten sei. Dieser Umstand spreche dafür, dass keine schwere depressive Symptomatik bei Aufnahme vorgelegen haben könne, da sonst in einem Zeitraum von gut sechs Wochen ohne medikamentöse Umstellung eine so deutliche Verbesserung hinsichtlich

der depressiven Symptomatik ohne depressive Restsymptomatik nicht zu erwarten gewesen wäre (S. 2 f.).

3.1.7 Dr. med. K. _____, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 10. Oktober 2018 (AB 69) eine Psoriasis-Arthropathie, aktuell kompensiert, wobei diesbezüglich keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Passager habe eine psychosoziale Belastungssituation 2017 bestanden nach Entlassung als ... von der langjährigen Arbeitgeberin. Die Beschwerdeführerin habe stark von der Hospitalisation in der Rehaklinik I. _____ profitiert. Aktuell sei sie auch von psychischer Seite soweit beurteilbar kompensiert. Seitens der rheumatologischen Erkrankung bestehe ein guter Verlauf unter Basistherapie (S. 3). Aus rein rheumatologischer Sicht sei eine körperlich leichte Tätigkeit zu mindestens 70% grundsätzlich zumutbar (S. 4).

3.1.8 Nachdem bei der Beschwerdeführerin ein palmares Handgelenkganglion rechts, eine beginnende Rhizarthrose rechts, eine DIP-Arthrose Dig V rechts sowie eine PIP-Gelenksarthrose Dig II und IV rechts diagnostiziert worden war, wurden die rechte Hand resp. die Finger an der besagten Hand am 17. September 2018 durch Dr. med. L. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und für Handchirurgie, operativ saniert (AB 68 S. 2 f.). Im Bericht vom 7. November 2018 (AB 74 S. 2 f.) führte die Fachärztin zu der sechs Wochen postoperativ durchgeführten klinischen und radiologischen Kontrolle aus, die Schmerzen seien deutlich besser als vor der Operation. Die Haut an der rechten Hand sei intakt und zeige keinerlei Auffälligkeiten. Lediglich der Zeigefinger sei noch etwas geschwollen. Radiologisch zeige sich ein sehr schönes Ergebnis (S. 3).

3.1.9 Dr. med. G. _____ bezeichnete den Gesundheitszustand im Bericht vom 18. November 2018 (AB 75) als stationär. Es bestünden aktuell Schmerzen in den Fingern; die Beschwerdeführerin sei nervös und habe Schlafstörungen (S. 2). Sie attestierte vom 26. Juni 2017 bis 17. Juni 2018 eine 100%-ige, vom 18. Juni bis 16. September 2018 eine 80%-ige und ab 17. September 2018 bis auf Weiteres eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3). Es sei der Beschwerdeführerin keine Arbeit mehr zumutbar (S. 4).

3.1.10 Nachdem die Beschwerdeführerin gegen den Vorbescheid vom 8. Februar 2019 (AB 80), in welchem ihr von 1. Juni 2018 bis 31. März 2019 die Zusprache einer befristeten Viertelsrente in Aussicht gestellt worden war, Einwand erhoben hatte (AB 85), liess die Beschwerdegegnerin sie durch die Dres. med. F._____ und E._____ begutachten. Die beiden Fachärzte diagnostizierten im bidisziplinären Gutachten vom 27. August 2019 (AB 111.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0-1), ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5), eine Minderung der Handfunktion rechts sowie ein Widespread Pain Syndrom/Fibromyalgie (ICD-10 M79.7). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie namentlich akzentuierte perfektionistische und narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), eine Periarthropathia humeroscapularis tendinotica et calcarea rechts (ICD-10 M75), eine Arthritis psoriatica (ICD-10 M07.39), eine idiopathische Fingerpolyarthrose sowie eine beginnende Rhizarthrose rechts auf (S. 8 f. Ziff. 4.2).

Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine leichte Beeinträchtigung der körperlichen Funktion, dies bezogen auf körperlich schwere Belastung sowie Greiffunktion der rechten Hand und Überkopfarbeiten mit dem rechten Arm. Dies sei begründet durch die degenerativen Veränderungen, den Status nach zweimaliger Wirbelsäulenoperation lumbal und nach Fingermittelgelenksprothesen II bis IV rechts, die DIP-Arthrodese rechts und die Sehnenoperation der rechten Schulter. Im Weiteren bestehe eine leichte Belastungslimitierung im Bereich des unteren Rückens. Eine leichte und intermittierend mittelschwere Tätigkeit könne aus rheumatologischer Sicht uneingeschränkt ausgeführt werden (S. 10 Ziff. 4.3). Eine ideal angepasste Tätigkeit beinhalte eine Wechselbelastung leicht bis mittelschwer mit Möglichkeit des freien Positionswechsels und möglichst viel gehend. Repetitive Bückbewegungen und Zwangshaltungen gebückt, Traglasten repetitiv mit dem rechten Arm und der rechten Hand über 5 kg einhändig für Halte- und Positionsarbeiten sowie Arbeiten über der Brusthorizontalen sollten vermieden werden. 15 kg könnten zeitweise getragen werden bei hängendem Arm. Einschränkungen aufgrund der degenerativen Veränderungen der LWS ergäben sich für nur schwere Tätigkeiten, keine Einschränkungen ergäben sich aufgrund der zervikalen Beschwerdesymptomatik. Ein Gross-

teil der Beschwerden sei aufgrund der Fibromyalgie-Symptomatik zu sehen und aus diesem Grund bestehe eine 20%-ige Einschränkung der zeitlichen Belastbarkeit aufgrund des erhöhten Pausen- und Erholungsbedarfes (S. 13 Ziff. 4.8).

Aus psychiatrischer Sicht sei eine Störung der „komplexen Ich-Funktionen“ nicht vorhanden und eine Persönlichkeitsstörung nicht zu diagnostizieren. Vielmehr sei vom Vorliegen von perfektionistischen und narzisstischen akzentuierten Persönlichkeitszügen auszugehen (S. 10 Ziff. 4.4). Die Reduktion der Konzentration, das Grübeln, die Anhedonie, die Affektlabilität, die Insuffizienzgefühle, die Ängste, die Reduktion des Antriebs, die erhöhte Ermüdbarkeit sowie die Gereiztheit führten insgesamt im Rahmen der Diagnose der jetzigen leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode zu einer deutlich verminderten Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin, welche sich vor allem ab dem Mittag zeige, wo praktisch keine Tätigkeiten aufgrund der erhöhten Ermüdbarkeit mehr möglich seien. Aber auch am Morgen sei sie in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt und verlangsamt (S. 9 Ziff. 4.3). Aufgrund der genannten Beeinträchtigungen bestehe eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 50% (S. 12 Ziff. 4.7). In einer angepassten Tätigkeit, d.h. in einer Tätigkeit, bei welcher die Beschwerdeführerin bei Bedarf kürzere Pausen einlegen könne und nicht in der Nacht oder am Wochenende arbeiten müsse, bestehe eine lediglich 40%-ige Arbeitsunfähigkeit. Im Verlauf sei davon auszugehen, dass mindestens bis März 2018 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen für sämtliche Tätigkeiten aufgrund des damaligen Vorliegens einer schwergradigen depressiven Episode bestanden habe. Seither sei die zuvor genannte Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Insgesamt sei es zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik seit der letzten Begutachtung im Dezember 2017 gekommen (S. 12 f. Ziff. 4.8).

Aus bidisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass die psychiatrische Beurteilung der Arbeits- und Leistungseinschränkung und deren künftiger Verlauf im Rahmen der Wiedereingliederung unter Berücksichtigung der rheumatologischen Einschränkungen massgebend sei (S. 8 Ziff. 4.1).

3.2 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).

3.3 Die Dres. med. F._____ und E._____ haben sich in ihren ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das bidisziplinäre Gutachten vom 27. August 2019 (AB 111.1) – samt den diesbezüglichen Teilgutachten – die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm grundsätzlich volle Beweiskraft zukommt (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Auf dieses Gutachten ist – wie nachfolgend dargelegt wird – prinzipiell abzustellen (vgl. aber E. 3.4.3 und E. 3.5.3 hiernach).

Auch dem – zuhanden des Krankentaggeldversicherers erstellten – bidisziplinären Gutachten der Dres. med. C. _____ und D. _____ vom 3. Januar 2018 (AB 22.2) kommt im Übrigen (für die Zeit bis zur Begutachtung) voller Beweiswert zu.

3.4

3.4.1 In somatischer/rheumatologischer Hinsicht hat der Gutachter Dr. med. F. _____ einlässlich begründet, dass die Beschwerdeführerin aufgrund des bestehenden lumbovertebralen Schmerzsyndroms, der Minderung der Handfunktion rechts sowie dem Widespread Pain Syndrom/Fibromyalgie in einer angepassten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit (wechselbelastend, mit der Möglichkeit des freien Positionswechsels, möglichst viel gehend, ohne repetitive Bückbewegungen und Zwangshaltungen gebückt, ohne repetitive Traglasten mit dem rechten Arm und der rechten Hand über 5 kg einhändig für Halte- und Positionsarbeiten, ohne Arbeiten über der Brusthorizontalen, mit zweitem Tragen von 15 kg bei hängendem Arm) zu 80% arbeitsfähig ist (AB 111.1 S. 8 f. Ziff. 4.2 und S. 13 Ziff. 4.8, 111.3 S. 20 Ziff. 6 und S. 26 f. Ziff. 8). Diese Einschätzung ist nicht nur in sich nachvollziehbar und überzeugend, sondern sie steht im Einklang mit derjenigen von Dr. med. D. _____ im bidisziplinären Gutachten vom 3. Januar 2018 (AB 22.2). So ging auch dieser davon aus, dass eine leichte, nur selten bis maximal mittelschwere Verweistätigkeit, ohne wiederkehrende Kraft erfordernde Greif-, Hebe- und Transferabläufe für die rechte Hand und den ganzen Arm, mit einer Leistungsfähigkeit von ca. 80% zumutbar sei (S. 15). Auch Dr. med. K. _____ bezeichnete im Bericht vom 10. Oktober 2018 (AB 69 S. 4 Ziff. 2.7) eine körperlich leichte Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht zu mindestens 70% zumutbar. Die überzeugende rheumatologische Beurteilung von Dr. med. F. _____ wird denn auch nicht bestritten (Beschwerde S. 9 Ziff. 9).

Ob die bescheinigte Restarbeitsfähigkeit mit Blick auf das ermittelte Zumutbarkeitsprofil in der angestammten Tätigkeit als ... verwertbar ist oder nicht, was Dr. med. F. _____ hauptsächlich aufgrund der psychischen Beschwerdesymptomatik verneint hat (AB 111.1 S. 12 Ziff. 4.7, 111.3 S. 26 Ziff. 8), braucht im Übrigen nicht abschliessend beurteilt zu werden, da selbst wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin davon ausgegangen wird,

dass ihr die angestammte Tätigkeit (aus somatischer Sicht) nicht mehr zumutbar ist, ein rentenausschliessender IV-Grad entsteht (vgl. E. 4.5 hier-nach).

3.4.2 Am Beweiswert des bidisziplinären Gutachtens ändert nichts, dass Dr. med. G. _____ in den Berichten vom 21. August 2017 (AB 15.1 S. 17 f.) und vom 18. November 2018 (AB 75 S. 3 Ziff. 1.1) eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat. Denn eine substantiierte Begründung der attestierten Arbeitsunfähigkeit fehlt in diesen Berichten. Diesbezüglich ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die Hausärztin im Bericht vom 21. August 2017 (AB 15.1 S. 17 Ziff. 5) diese namentlich mit den bestehenden psychischen Belastungen begründete, sie jedoch über keinen Facharztstitel der Psychiatrie und Psychotherapie und damit nicht die erforderliche fachliche Qualifikation zur abschliessenden Beurteilung des psychischen Gesundheitsschadens der Beschwerdeführerin verfügt. Darüber hinaus hielt die Hausärztin fest, dass die Beschwerdeführerin "erst an einer neuen Arbeitsstelle wieder arbeitsfähig sein" werde (AB 15.1 S. 17 Ziff. 6). Dies erweckt den Anschein, dass sie in der attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit arbeitsrechtliche Überlegungen der Beschwerdeführerin berücksichtigt hat.

Letztlich bleibt festzuhalten, dass – soweit die Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht betreffend – im Zusammenhang mit dem operativen Eingriff an der rechten Hand vom 17. September 2018 (AB 68 S. 2 f.) eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit nicht ausgewiesen ist und seitens der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht wird. So attestierte namentlich Dr. med. L. _____ im Bericht vom 7. November 2018 (AB 74 S. 2 f.) keine Arbeitsunfähigkeit. Sechs Wochen postoperativ waren die Schmerzen bereits deutlich besser.

3.4.3 Da Dr. med. F. _____ die 20%-ige Einschränkung der zeitlichen Belastbarkeit mit dem aufgrund der Fibromyalgie-Symptomatik bestehenden erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf erklärte (AB 111.1 S. 13 Ziff. 4.8), kann der (aus somatischer Sicht) attestierten Leistungsminderung aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht ohne weiteres gefolgt werden. Bei der Fibromyalgie handelt es sich zwar nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) um eine rheumatische Erkrankung und sie ist dementspre-

chend in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) im Kapitel XIII "M00-M99; Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes" unter M79.0 und damit im Bereich der somatischen Erkrankungen eingereiht (BGE 132 V 65 E. 3.2 S. 68). Was die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer Person betrifft, die an Fibromyalgie leidet, ist letztere jedoch rechtsprechungsgemäss – analog zur somatoformen Schmerzstörung und im Sinne eines diagnostischen Gegenstücks in der Rheumatologie – als unklares syndromales Beschwerdebild zu qualifizieren (BGE 132 V 65, 139 V 346 E. 2 S. 346). Dies hat auch unter der Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 weiter zu gelten und hat dementsprechend zur Folge, dass – wie bei sämtlichen psychischen Störungen (BGE 143 V 418) – das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen grundsätzlich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters zu beurteilen ist (vgl. E. 2.2.2 hiervor und E. 3.5.3 hiernach).

3.5

3.5.1 Aus psychiatrischer Sicht hat Dr. med. E. _____ unter Beizug der klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10 (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 f.) einlässlich begründet, dass die Beschwerdeführerin (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode, leidet und in der angestammten Tätigkeit als ... eine Arbeitsunfähigkeit von 50% besteht. In einer angepassten Tätigkeit (mit der Möglichkeit bei Bedarf kürzere Pausen einzulegen, ohne Nacht- und Wochenendarbeit) attestierte der Gutachter eine 40%-ige Arbeitsunfähigkeit (AB 111.1 S. 8 Ziff. 4.2 und S. 12 f. Ziff. 4.7 f.). Auf diese nachvollziehbare und überzeugende Beurteilung ist – zumindest aus diagnostischer Sicht – abzustellen.

Soweit Dr. med. H. _____ im Bericht vom 4. Juni 2018 aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (AB 45 S. 2 f. Ziff. 3 und 11), vermag dies den Beweiswert des bidisziplinären Gutachtens vom 27. August 2019 (AB 111.1) nicht zu schmälern. Abgesehen davon, dass dieser Bericht vom behandelnden Psychiater erstattet worden ist, so dass der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass dieser im Zweifelsfall zu

Gunsten der Versicherten aussagt (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470), ist nach der Rechtsprechung ein Administrativgutachten nicht stets in Frage zu stellen, bloss weil es zu anderen Einschätzungen als die behandelnden Ärzte gelangt. Vorbehalten bleiben Fälle, in welchen sich eine klärende Ergänzung oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 5. Juli 2019, 8C_229/2019, E. 5.1). Solche Aspekte werden im erwähnten Bericht jedoch nicht genannt und sind auch anderweitig nicht ersichtlich. Darüber hinaus ist es nicht nachvollziehbar und wird vom behandelnden Psychiater auch nicht näher begründet, weshalb er bei einer bloss leichtgradig ausgeprägten depressiven Störung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat. Und es erscheint unlogisch, dass er den Gesundheitszustand – trotz der attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit – als verbessert bezeichnet hat (AB 45 S. 2 Ziff. 1).

3.5.2 Hinsichtlich des Verlaufs des psychischen Gesundheitsschadens kam Dr. med. E. _____ zum Schluss, dass es nach der Begutachtung durch die Dres. med. C. _____ und D. _____ im Dezember 2017 zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik gekommen sei und dass bis März 2018 aufgrund des damaligen Vorliegens einer schwergradigen depressiven Episode eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (AB 111.1 S. 13 Ziff. 4.8, 111.4 S. 23 f. Ziff. 7.2 und 8). Dieser Einschätzung kann vorliegend jedoch – mit Blick auf die echtzeitlichen Begebenheiten – nicht gefolgt werden. Zwar wurde im Austrittsbericht der Rehaklinik I. _____ vom 17. März 2018 im Zusammenhang mit der stationären Rehabilitation vom 29. Januar bis 17. März 2018 eine gegenwärtig schwere Episode einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert und bis zur vollständigen Rekonvaleszenz eine (vollständige) Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 30 S. 1 und S. 6). Der RAD-Arzt Dr. med. J. _____ hat sich im Bericht vom 2. Oktober 2018 (AB 64 S. 2 f.) jedoch einlässlich mit dieser Beurteilung auseinandergesetzt und schlüssig dargelegt, weshalb diese nicht zutrifft. Dabei wies er zu Recht darauf hin, dass der Schweregrad der depressiven Symptomatik nicht nachvollziehbar anhand der Kriterien der ICD-10 hergeleitet worden ist. Vielmehr scheint sich die behandelnde Fachärztin der Rehaklinik I. _____ – wie der RAD-Arzt zutreffend

ausführt – in ihrer Einschätzung massgebend auf die aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht massgebenden subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und nicht auf objektivierte Befunde gestützt zu haben. Zudem legte der RAD-Arzt schlüssig dar, dass der Umstand, dass die Beschwerdeführerin beim Austritt euthym und ausgeglichen gewirkt habe und der Antrieb als unauffällig beschrieben worden sei, dafür spreche, dass keine schwere depressive Symptomatik beim Klinikeintritt vorgelegen haben könne, da sonst in einem Zeitraum von gut sechs Wochen ohne medikamentöse Umstellung eine so deutliche Verbesserung hinsichtlich der depressiven Symptomatik ohne depressive Restsymptomatik nicht zu erwarten gewesen wäre (AB 64 S. 2 f.). Darüber hinaus sprechen auch die Berichte des behandelnden Psychiaters gegen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin resp. gegen das Vorliegen einer schweren depressiven Episode. So bezeichnete Dr. med. H. _____ im Bericht vom 25. Januar 2018 – und damit nur vier Tage vor Eintritt der Beschwerdeführerin in die Rehaklinik I. _____ am 29. Januar 2018 – den Gesundheitszustand als verbessert (AB 28 S. 1 Ziff. 1.4). Und auch im (Verlaufs-)Bericht vom 4. Juni 2018 sprach er von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes. Eine auch nur vorübergehende Verschlechterung der depressiven Störung erwähnte er dagegen nicht (AB 45 S. 2 f.). Damit ist eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes während des Aufenthalts in der Rehaklinik I. _____ – entgegen der nachträglichen Annahme von Dr. med. E. _____ – nicht ausgewiesen.

Letztlich bleibt darauf hinzuweisen, dass selbst wenn während der Dauer des Aufenthalts in der Rehaklinik I. _____ vom 29. Januar bis 17. März 2018 eine – aufgrund einer schweren depressiven Episode – 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hätte, dies nichts ändern würde, weil diese vorübergehende Verschlechterung nicht drei Monate angedauert hätte und damit keine massgebende Veränderung darstellen würde (vgl. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

3.5.3 Soweit Dr. med. E. _____ aufgrund der bestehenden rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode,

in der angestammten Tätigkeit ein 50%-ige resp. in einer angepassten Tätigkeit eine 40%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (AB 111.1 S. 8 Ziff. 4.2 und S. 12 f. Ziff. 4.7 f.), ist deren rechtliche Ausgewiesenheit nachfolgend nach Massgabe der einschlägigen Indikatoren zu prüfen (vgl. E. 2.2.2 hiervor). Dasselbe hat für die von Dr. med. F._____ aufgrund der bestehenden Fibromyalgie attestierte 20%-ige Leistungsminderung zu gelten (vgl. E. 3.4.3 hiervor):

Diesbezüglich ist vorab festzuhalten, dass hier keine Ausschlussgründe in Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung vorliegen (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. unter Hinweis auf BGE 131 V 49). Insbesondere finden sich in den Akten keine Hinweise für eine Aggravation oder Simulation (AB 111.1 S. 12 oben). Im Rahmen der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex "Gesundheitsschädigung" zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Zum Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ist festzuhalten, dass eine reduzierte Konzentration, ein Grübeln, eine Anhedonie, eine Affektlabilität, Insuffizienzgefühle, Ängste, ein reduzierter Antrieb, eine erhöhte Ermüdbarkeit und eine Gereiztheit festgestellt worden sind. Unter Berücksichtigung dieser Befunde ist die psychische Störung gemäss dem Gutachter als leicht- bis mittelgradig zu qualifizieren (AB 111.1 S. 9 Ziff. 4.3 und S. 12 Ziff. 4.7; 111.4 S. 18 Ziff. 4.3 und S. 24 Ziff. 8). Im Zusammenhang mit der Fibromyalgie resp. der diesbezüglichen Schmerzsymptomatik stellte Dr. med. F._____ einzig einen erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf fest (AB 111.1 S. 10 Ziff. 4.3). Damit erweisen sich die diagnoserelevanten Befunde nicht als sonderlich ausgeprägt. Betreffend den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin seit November 2017 bei Dr. med. H._____ in psychiatrischer Behandlung steht. Diese befindet sich jedoch "in der Endphase" und die Therapie findet nur (noch) einmal im Monat statt (AB 111.4 S. 17 oben). Damit liegen weder eine Behandlungs- noch eine Eingliederungsresistenz vor. Als massgebende somatische Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) bestehen ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom und eine Minderung der Handfunktion rechts (AB 111.1 S. 8 Ziff. 4.2). Die diagnostizierten akzentuierten perfektionistischen und narzisstischen

Persönlichkeitszüge wurden als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt (AB 111.1 S. 9 Ziff. 4.2), womit diesbezüglich auch keine Wechselwirkungen zu berücksichtigen sind.

Anhaltspunkte dafür, dass die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin ein Leistungsvermögen ausschliesse, sind nicht ersichtlich (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302).

Der Komplex sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass die Beschwerdeführerin über mobilisierbare Ressourcen verfügt. Sie lebt seit 2004 in einer guten partnerschaftlichen Beziehung und pflegt zudem eine gute Beziehung zu ihrer Tochter und deren Familie. Darüber hinaus hat sie zwei Freundinnen, mit welchen sie seit ca. 15 Jahren befreundet ist, wobei der Kontakt in den letzten Jahren deutlich weniger geworden sei (AB 111.4 S. 15).

In der Kategorie "Konsistenz" in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) sind deutliche Ungleichmässigkeiten ersichtlich. Zwar kamen die beiden Gutachter zum Schluss, es bestehe eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus. Inkonsistenzen wurden verneint (AB 111.1 S. 11 f. Ziff. 4.6). Aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen (Teil-) Gutachten vom 22. August 2019 (AB 111.4) geht jedoch hervor, dass die Beschwerdeführerin diverse Freizeitaktivitäten ausübt. So ... sie gerne, ..., verbringt Zeit ..., ... und macht kleinere Spaziergänge. Ferner erledigt sie am Morgen Haushaltstätigkeiten und erledigt Einkäufe. Zudem trifft sie sich alle zwei Tage mit ihrer Tochter und deren Familie. Dabei unterstützt sie ihre Tochter teilweise bei der Kinderbetreuung. An den Wochenenden wird sie regelmässig von ihrer Tochter und deren Familie besucht. Dabei ... sie jeweils ... und bereitet dieses teilweise den ganzen Tag vor. Darüber hinaus war die Beschwerdeführerin im August 2019 gemeinsam mit ihrem Partner und der Familie ihrer Tochter in einem ... in ... (AB 111.4 S. 15 f.). Im weiteren erklärte sie gegenüber Dr. med. C._____, in den letzten Jahren aufgrund der Arbeit den gemeinsamen Kollegenkreis von ihr und ihrem Partner etwas vernachlässigt zu haben. Dies hole sie jetzt nach, indem sie es nun sei, die mehr auf die Kollegen zugehe und sie einlade (AB 22.2 S. 10). Der dokumentierte Tagesablauf (AB 111.4 S. 16) und das

geschilderte Aktivitätsniveau sind somit mit der attestierten blossen Teilarbeitsfähigkeit von 50% resp. 60% nicht vereinbar. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin gegenüber den Dres. med. C. _____ und D. _____ selber angegeben hat, sie gehe davon aus, dass sie ab Januar 2018 wieder arbeitsfähig geschrieben werde (AB 22.2 S. 8 oben). Dafür, dass sie keine neue Arbeitsstelle gesucht hat, scheinen jedoch hauptsächlich arbeitsrechtliche Überlegungen eine Rolle gespielt zu haben. So führte Dr. med. C. _____ die bestehenden Befindlichkeitschwankungen und der Mangel an Antrieb und Motivation massgebend auf die bis jetzt nicht stattgefundene "Loslösung" von der bisherigen Arbeitsstelle zurück, da das Arbeitsverhältnis bei der bisherigen Arbeitgeberin wegen des Krankenstandes und der Sperrfrist weiterhin bestand und sie sich – namentlich aufgrund der erfolgten Kränkung – offensichtlich nicht vorstellen konnte, dort bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nochmals zu arbeiten (AB 22.2 S. 17).

Demnach lassen die zu berücksichtigenden Indikatoren nicht den Schluss auf invalidisierende Funktionseinbussen im rechtlichen Sinne zu. Zwar sprechen einige Standardindikatoren in der Kategorie "funktioneller Schweregrad" für eine gewisse Ressourcenhemmung, die mobilisierbaren Ressourcen im Komplex "sozialer Kontext" und vor allem die auffälligen Unregelmässigkeiten in der Kategorie "Konsistenz" mit dem mit der attestierten eingeschränkten Restarbeitsfähigkeit unvereinbaren Aktivitäts- und Leistungsniveau überwiegen in der Gesamtbetrachtung jedoch deutlich. In der Folge ist weder die von Dr. med. E. _____ attestierte 50%-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit resp. die 40%-ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit noch die von Dr. med. F. _____ attestierte 20%-ige Leistungsminderung in sämtlichen Tätigkeiten als rechtlich massgebend zu beurteilen, ohne dass das Administrativgutachten aus medizinischer Sicht dadurch seinen Beweiswert verliert (vgl. Entscheid des BGer vom 26. November 2018, 8C_480/2018, E. 5.2.2 mit Hinweis auf BGE 144 V 50 E. 4.3 S. 53 f.). Folglich hat die Beschwerdegegnerin – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 9 Ziff. 9) – keine unzulässige juristische Parallelprüfung vorgenommen (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364 und E. 4.3 S. 367 f., 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

3.6 Demnach ist vorliegend zumindest in einer angepassten Tätigkeit (wechselbelastend, mit der Möglichkeit des freien Positionswechsels, möglichst viel gehend, ohne repetitive Bückbewegungen und Zwangshaltungen gebückt, ohne repetitive Traglasten mit dem rechten Arm und der rechten Hand über 5 kg einhändig für Halte- und Positionsarbeiten, ohne Arbeiten über der Brusthorizontalen, mit zweitweisem Tragen von 15 kg bei hängendem Arm) von einer 100%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen.

4.

4.1 Nachfolgend ist der IV-Grad mittels Einkommensvergleichs zu ermitteln.

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

Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik 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).

4.1.2 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 LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohn-mässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Unter der Annahme, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit (aus somatischer Sicht) nicht mehr zumutbar ist (vgl. E. 3.4.1 hiervor) und damit das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt ist, ist der frühestmöglich Rentenbeginn ausgehend von der Anmeldung zum Leistungsbezug im Dezember 2017 (AB 1) und in Berücksichtigung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf das Jahr 2018 hin festzulegen.

4.3 Es ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit weiterhin ihren angestammten Beruf als ... ausüben würde. Da sie ihre letzte langjährige Arbeitsstelle bei der M._____ AG aus invaliditäts-

fremden Gründen verlor ("Störung des Betriebsklimas"; AB 23 S. 2 Ziff. 2.2), ist das Valideneinkommen – entgegen dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin (AB 122 S. 3) – nicht anhand des zuletzt erzielten Einkommens, sondern gestützt auf die Tabellenlöhne (LSE 2016; BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297; Entscheid des BGer vom 27. November 2019, 8C_64/2019, E. 6.2.1) zu ermitteln (vgl. E. 4.1.1 hiervor). Dabei würde es sich angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin keine Ausbildung abgeschlossen hat (AB 1 S. 4 Ziff. 5.3, 18 S. 2), grundsätzlich rechtfertigen, auf das Kompetenzniveau 1 (einfache Arbeiten körperlicher oder handwerklicher Art) der Ziff. 55-56 (Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie) der TA1 abzustellen. Selbst wenn unter Berücksichtigung der langjährigen Berufserfahrung der Beschwerdeführerin als ... (fast 30 Jahre, AB 16 S. 1, 18 S. 2) zuletzt sogar mit leitender Funktion (AB 22.2 S. 7 Ziff. 2.4.1, 111.3 S. 10) und letztlich zu Gunsten der Beschwerdeführerin auf das Kompetenzniveau 2 abgestellt wird, welches praxisgemäss besondere Fertigkeiten und Kenntnisse voraussetzt (Entscheid des BGer vom 22. April 2020, 8C_5/2020, E. 5.3.2), resultiert – wie nachfolgend dargelegt wird – ein rentenausschliessender IV-Grad.

Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Frauen beträgt gemäss LSE 2016, TA1, Ziff. 55-56, Kompetenzniveau 2, Fr. 4'197.--. An die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 42.3 Stunden (Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [BUA], Ziff. 56 [Gastronomie]) angepasst und auf das Jahr 2018 aufgerechnet resultiert daraus ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 53'682.20 (Fr. 4'197.-- : 40 x 42.3 x 12 : 100.9 x 101.7; BFS, Nominallohnindex Frauen 2016 – 2019, Tabelle T1.2.15, lit. I [Beherbergung und Gastronomie]).

4.4

4.4.1 Bezüglich der Berechnung des Invalideneinkommens ist vorab zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin – entsprechend der Auffassung in der Beschwerde (S. 5 Ziff. 3) – aufgrund ihres Alters auf dem freien Arbeitsmarkt nicht mehr vermittelbar ist.

Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Gründen vermag keinen Rentenanspruch zu begründen. Die Invalidenversicherung hat nicht dafür einzustehen, dass Versicherte infolge ihres Alters, wegen mangelnder Ausbildung oder Verständigungsschwierigkeiten keine entsprechende Arbeit finden; die hieraus sich ergebende "Arbeitsunfähigkeit" ist nicht invaliditätsbedingt (BGE 107 V 17 E. 2c S. 21; AHI 1999 S. 238 E. 1). Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 145 V 2 E. 5.3.1 S. 16, 138 V 457 E. 3.1 S. 460; SVR 2019 IV Nr. 7 S. 21 E. 3.2).

Zum Zeitpunkt der Erstellung der bidisziplinären Beurteilung der Dres. med. F._____ und E._____ im August 2019 (AB 111.1), auf den es hinsichtlich der Frage der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter grundsätzlich ankommt (BGE 143 V 431 E. 4.5.1 S. 433, 138 V 457 E. 3.3 S. 462; SVR 2017 IV Nr. 85 S. 266 E. 2.2.2), war die Beschwerdeführerin rund 62.5 Jahre alt. Der medizinische Sachverhalt und dabei namentlich die aus psychiatrischer Sicht bestehende Arbeitsfähigkeit stand jedoch bereits bei der Beurteilung durch die Dres. med. C._____ und D._____ im Dezember 2017 (AB 22.2) fest. Diese erachteten die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit aus psychiatrischer

Sicht zu 70% resp. innerhalb von zwei bis drei Monaten zu 100% arbeitsfähig (AB 22.2 S. 20 Ziff. 9c). Dabei ging die Beschwerdeführerin selber davon aus, dass sie ab Januar 2018 wieder arbeitsfähig sein werde (AB 22.2 S. 8 oben). Dass sie in der Folge keine Arbeitsstelle gesucht hat, scheint massgebend auf das weiterhin bestehende Arbeitsverhältnis mit der ehemaligen Arbeitgeberin – und damit auf invaliditätsfremde Gründe – und nicht auf gesundheitliche Einschränkungen zurückzuführen zu sein (vgl. E. 3.5.3 hiervor). Deshalb rechtfertigt es sich vorliegend bezüglich der verbleibenden Aktivitätsdauer auf den Zeitpunkt der Begutachtung der Dres. med. C. _____ und D. _____ (Dezember 2017) abzustellen. Die verbleibende Aktivitätsdauer bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters betrug damit noch über drei Jahre. Diese Zeitspanne kann als ausreichend bezeichnet werden, um eine neue einfache Erwerbstätigkeit aufzunehmen, sich einzuarbeiten und diese Arbeit dann auszuüben (vgl. Entscheid des BGer vom 23. Dezember 2019, 8C_563/2019, E. 5.3). Da zudem Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (Entscheid des BGer vom 21. September 2020, 8C_393/2020, E. 4.2) und das von den Gutachtern formulierte Zumutbarkeitsprofil einerseits einen breiten Fächer an möglichen Tätigkeiten zulässt (z.B. leichte manuelle Tätigkeiten wie auch Kontroll- und Überwachungsarbeiten) sowie andererseits eine ganztägige Präsenz am Arbeitsplatz postuliert, ist im Lichte der relativ hohen Hürden, die das Bundesgericht für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt hat (Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2019, 9C_693/2019, E. 5), ein IV-rechtlich bedeutsamer fehlender Zugang der Beschwerdeführerin zum Arbeitsmarkt zu verneinen. Auch dass die Beschwerdeführerin _____ nie _____ eine Berufsausbildung abgeschlossen hat, spricht angesichts der langen Erwerbskarriere nicht dagegen, dass sie eine Erwerbstätigkeit aufnehmen könnte. Denn die fehlende Berufsausbildung steht der Verwertung der Arbeitsfähigkeit bei Hilfsarbeiten kaum entgegen (Entscheid des BGer vom 26. Januar 2011, 9C_717/2010, E. 5.1).

4.4.2 Da die Beschwerdeführerin ihre zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.6 hiervor) nicht verwertet, ist das

Invalideinkommen gestützt die Tabellenlöhne (LSE 2016) zu ermitteln (vgl. E. 4.1.2 hiervor).

Ausgehend von der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig ist (vgl. E. 3.4 bis 3.6 hiervor), ist es vorliegend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen gestützt auf das Total des Kompetenzniveaus 1, Tabelle TA1, festgelegt hat (AB 122 S. 3), zumal der Beschwerdeführerin verschiedene Verweistätigkeiten in diversen Tätigkeitsgebieten offen stehen. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Frauen beträgt Fr. 4'363.--. An die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, BUA, Total) angepasst und auf das massgebende Jahr 2018 aufgerechnet resultiert daraus ein Einkommen von Fr. 55'068.45 (Fr. 4'363.-- : 40 x 41.7 x 12 : 100.8 x 101.7 [BFS, Nominallöhne Frauen 2016 – 2019, Tabelle T1.2.15, Total]) im Jahr.

Der von der Beschwerdegegnerin zugestandene behinderungsbedingte Abzug von 15% (AB 122 S. 3) trägt allen einkommensbeeinflussenden Aspekten genügend Rechnung. Ein anderweitiger persönlicher oder beruflicher Umstand, der einen höheren Abzug rechtfertigte, ist nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht. Dabei ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass allfällige invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) hier bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Damit resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 46'808.20 (Fr. 55'068.45 x 0.85) im Jahr.

4.5 Bei einem Valideneinkommen von maximal Fr. 53'682.20 und einem Invalideneinkommen von Fr. 46'808.20 resultiert ein IV-Grad von gerundet höchstens 13% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1). Es besteht folglich kein Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. E. 2.3 hiervor).

4.6 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Es 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.
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):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Zur Kenntnisnahme (R):

- N. _____

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.