

200 20 932 IV
SCP/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Februar 2021

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. November 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1959 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Januar 2018 unter Hinweis auf Schmerzen in den (operierten) Knien, Arthrose sowie Depressionen bei Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1 und 4). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei veranlasste sie insbesondere auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 40) eine polydisziplinäre (internistische, rheumatologische, orthopädische, psychiatrische) Begutachtung durch die Fachärzte der C._____ (MEDAS; Expertise vom 20. März 2020; AB 56 S. 2 ff.). Ferner liess sie einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb erstellen (AB 59). Mit Vorbescheid vom 13. Juli 2020 (AB 60) stellte die IVB der Versicherten bei einem in Anwendung der gemischten Methode (60% Erwerb und 40% Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 35% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden und erhob Einwand (AB 61, 66, 68, 73). Nach Einholung einer Stellungnahme des Abklärungsdienstes (AB 74) verfügte die IVB am 19. November 2020 wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Rentenbegehren ab (AB 75).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 28. Dezember 2020 Beschwerde. Sie beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer Teilrente ab 1. Juli 2018.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Januar 2021 schliesst die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf eine Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 13. Januar 2021 (AB 81 S. 2 ff.) 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 19. November 2020 (AB 75). 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 höchststrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturieren 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 bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der

IV-Grad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 145 V 370 E. 4.1 S. 373, 144 I 21 E. 2.1 S. 23).

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.

Umstritten ist vorliegend der Status der Beschwerdeführerin resp. der Umfang, in welchem sie als Gesunde erwerbstätig wäre. Im Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 8. Juli 2020 (AB 59) wurde die Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der zwischen 2012 und 2016 durchschnittlich geleisteten Arbeitsstunden zu 60% als Erwerbstätige und zu 40% als Hausfrau eingestuft (S. 3 ff. Ziff. 3.2 und 3.4). Diesem Vorgehen kann jedoch nicht ohne weiteres gefolgt werden, da sich die bestehende Kniepathologie bereits seit 2012 manifestiert hat, worauf die Beschwerdeführerin zu Recht hinweist (Beschwerde S. 4 Ziff. 3.3). So wurde das rechte Knie am 23. Januar 2012 operativ saniert (AB 2.2 S. 27), wobei am 30. April 2018 eine weitere Operation durchgeführt wurde (AB 25 S. 18). Eine entsprechende Operation am linken Knie fand am 20. Juli 2016 statt (AB 2.2 S. 17). Damit lassen die effektiv geleisteten Arbeitsstunden der Jahre 2012 bis 2016 nicht ohne weiteres Rückschlüsse auf das bei guter Gesundheit verrichtete Arbeitspensum zu. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass sie bei guter Gesundheit zu 100% arbeiten würde (Beschwerde S. 5 Ziff. 3.5 f.; AB 59 S. 4 Ziff. 3.4), kann ihr insbesondere mit Blick auf das von ihr vor 2012 ausgeübte Arbeitspensum (ab 2008: 8 Stunden in der Woche; ab 2011: 15 Stunden in der Woche; AB 59 S. 3 f. Ziff. 3.2) ebenfalls nicht ohne

weiteres gefolgt werden. Zwar macht die Beschwerdeführerin unter Beilage der entsprechenden Arbeitsbemühungen geltend, dass sie sich zwischen 2014 und 2017 um eine Vollzeitstelle bemüht habe (Beschwerde S. 5 Ziff. 3.6; vgl. Beschwerdebeilage [BB] 3; vgl. auch AB 73 S. 3 ff.). Damit allein ist jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass sie als Gesunde zu 100% arbeiten würde, abgesehen davon, dass sich die Kniepathologie in dieser Zeit – wie zuvor dargelegt wurde – bereits manifestiert hatte. Bezüglich der Statusfestlegung erweist sich der Sachverhalt damit unzureichend abgeklärt, weshalb die Sache grundsätzlich an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen, so namentlich zur Edition der amtlichen Akten der Arbeitslosenversicherung, zurückzuweisen wäre.

Eine Rückweisung erübrigt sich hier jedoch, da – wie nachfolgend dargelegt wird – selbst wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin von einem Status 100% Erwerbstätigkeit ausgegangen wird, kein Anspruch auf eine IV-Rente besteht.

4.

4.1 Bezüglich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

4.1.1 Dr. med. D._____, Facharzt für Rheumatologie, diagnostizierte im Bericht vom 20. Oktober 2017 (AB 2.2 S. 1 ff.) ein generalisiertes myofaszielles Schmerzsyndrom, beginnende Polyarthrosen und chronische Handgelenksschmerzen links (S. 1). Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine mechanisch-statische Überlastungssituation des Bewegungsapparates mit beginnender Polyarthrose, insbesondere im Bereich der Finger- und Kniegelenke. Es fänden sich klare Zeichen eines generalisierten myofasziellen Schmerzsyndroms bei ausgeprägten Tendomyosen und Triggerpunkte der Schulter-/Beckengürtelmuskulatur wie auch der Weichteilstrukturen im Bereich der gelenkstabilisierenden Muskulatur. Aufgrund der Selbstlimitierung in der klinischen Untersuchung und der fraglichen positiven Waddel-Testung könne eine zusätzliche nicht-organische Schmerzkomponente vermutet werden. Aus rein rheumatologischer Sicht könne keine längerfris-

tige Arbeitsunfähigkeit für eine leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit attestiert werden (S. 2).

4.1.2 Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 18. Januar 2019 (AB 25 S. 10 f.) einen Status nach Knie-Hemiprothesenversorgung medial rechts mit Restbeschwerden vom 30. April 2018 und eine zunehmende mediale Degeneration Knie links symptomatisch. Die bildgebende Untersuchung vom 17. Januar 2019 des rechten Knies habe eine in situ liegende Prothese ohne Hinweise auf eine Lockerung gezeigt. Medial bestehe eine bekannte Sklerosierung und auch ein leichter Überstand. Im Bereich der rechten Seite sei das Ergebnis noch nicht ganz zufriedenstellend. Insgesamt bestehe jedoch eine Schmerzverbesserung (S. 10).

4.1.3 Med. pract. F. _____, praktischer Arzt, diagnostizierte in einem undatierten Bericht, welcher der Beschwerdegegnerin am 18. März 2019 zugeht (AB 25 S. 2 ff.), mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Schmerzsyndrom und eine Depression (S. 5 Ziff. 2.5). Er attestierte seit dem 14. Juni 2017 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als ... (S. 3 f. Ziff. 1.3). Die Beschwerdeführerin leide an Schmerzen in beiden Knien und beiden Schultern (S. 4 Ziff. 2.2). Eine angepasste Tätigkeit könne sie ausüben. Jedoch sollte auch der behandelnde Psychiater konsultiert werden (S. 7 Ziff. 4.2).

4.1.4 Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 27. Mai 2019 (AB 31) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere eine initial schwergradige, aktuell mindestens mittelgradige depressive Episode bei Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F32.1), bestehend mindestens seit 2017, eine Angststörung (ICD-10 F41.9), bestehend seit mindestens 2017, sowie differentialdiagnostisch beides eventuell im Rahmen eines seit Jahren bestehenden atypisch verlaufenden posttraumatischen Belastungssyndroms (S. 4 Ziff. 2.5). Ferner attestierte er für die Tätigkeit als ... vom 28. September bis 27. Oktober 2017, vom 30. November bis 31. Dezember 2017, vom 29. Januar bis 28. Februar 2018 sowie vom 1. Februar bis 31. März 2019 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.3). Es bestünden eine be-

trächtlich reduzierte psychische Belastbarkeit bei hoher Vulnerabilität und eine erhöhte Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit bei anhaltenden Schmerzen, die die Beschwerdeführerin in ihrem Tagesablauf vollkommen lähmten. Antrieb und Ausdauer vermögen fehlten. Zudem beständen ein Konzentrationsdefizit bei Besetztsein durch einen erheblichen Angstpegel, ein Vermeidungsverhalten mit intermittierender Neigung zur projektiv-paranoiden Verarbeitung mit konsekutivem sozialem Rückzug bei wiederholter diffuser Angst, Insuffizienzgefühlen, anhaltender Niedergeschlagenheit sowie anhaltendem Energiedefizit. Darüber hinaus bestehe eine tief verwurzelte "Negativspirale" der depressiv bedingten Selbstvorwürfe und Selbstabwertung, die das erwähnte Vermeidungsverhalten und die Überzeugung eigener Wertlosigkeit und Leistungsinsuffizienz nach dem Prinzip des "Circulus vitiosus" weiter verstärkten (S. 5 Ziff. 3.4). Wenn überhaupt seien der Beschwerdeführerin nur sehr wenige Arbeitsstunden pro Tag zumutbar (S. 7 Ziff. 4.1).

4.1.5 Dr. med. E. _____ diagnostizierte im Bericht vom 9. Dezember 2019 (AB 56 S. 99 f.) eine Überbelastungsreaktion femoral und tibial nach Hemiprothese medial Knie rechts vom 30. April 2018. Die Beschwerdeführerin leide weiterhin an Schmerzen unter Belastung auf der operierten Seite mehr als auf der Gegenseite. Es bestehe kein Verdacht auf eine Lockerung. Auch scheine die Prothese achs- und grössengerecht implantiert zu sein. In dieser Situation könne keine sinnvolle chirurgische Massnahme empfohlen werden. Es käme lediglich der Ausbau und die Implantation einer Totalprothese in Frage. Ob dies die Situation für die Beschwerdeführerin jedoch verbessere sei fraglich (S. 99).

4.1.6 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 20. März 2020 (AB 56) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine bilaterale Varusgonarthrose (ICD-10 M17.9), beginnende, leicht progrediente Polyarthrosen der Hände (ICD-10 M15.9), bilaterale Senk-Spreizfüsse (ICD-10 M21.6), ein intermittierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5), eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1) und eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter anamnestisch eine derzeit remittierte rezidivierende depressive Störung bzw. depressive Episode

unterschiedlichen Schweregrades (ICD-10 F33.4), eine arterielle Hypertonie und eine Adipositas (BMI 33.8 kg/m²) auf (S. 7 ff. Ziff. 4.2).

Aus rheumatologischer Sicht wurde festgehalten, die bilaterale Varusgonarthrose führe zu einer verminderten Belastbarkeit der Kniegelenke für Tätigkeiten, die vorwiegend im Stehen und Gehen verrichtet werden müssten, sowie für Tätigkeiten, die das Knien bzw. In-die-Hocke-Gehen erforderten. Ungünstig seien ebenfalls das Gehen auf unebenem Boden, das Betreten von Treppen, Leitern oder Gerüsten. Aufgrund der beginnenden degenerativen Veränderungen der oberen Extremitäten (Hand-, Finger- und Ellbogengelenke) seien Tätigkeiten, die das Hantieren mit Kraftanwendung der Hände über 5 kg erforderten, ungünstig (S. 46 f. Ziff. 7.2). Es fänden sich auch gewisse Hinweise auf eine Schmerzausdehnung bzw. auf eine verdeutlichende Präsentation der Schmerzsymptomatik. Radiomorphologisch zeigten sich keine manifesten Gelenkspaltverschmälerungen, es seien aber leichtgradige Veränderungen zu vermuten. Daraus lasse sich schlussfolgern, dass körperlich schwere Tätigkeiten auch im Bereich der oberen

Extremitäten starke Schmerzen auslösen könnten. Im Alltag bei körperlich leichter Tätigkeit seien allerdings keine gravierenden funktionellen Folgen festzustellen (S. 47 Ziff. 7.5). In der angestammten Tätigkeit bestehe aufgrund der degenerativen Veränderungen beider Kniegelenke, der Hände, der Handgelenke, der Ellbogen und der Füsse eine volle Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit (körperlich leicht, vorwiegend sitzend, mit der Möglichkeit für kurze Strecken bzw. kurze Zeitspannen zu gehen und zu stehen, ohne Notwendigkeit zu knien bzw. in die Hocke zu gehen, ohne Notwendigkeit, auf unebenem Boden, auf Gerüsten, auf Treppen bzw. auf Leitern zu treten, ohne Notwendigkeit, mit Kraftanwendung der Hände über 5 kg zu hantieren) bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (S. 48 Ziff. 8.1 f.).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine nach dem Kriegs-, Lagerhaft- und Fluchterleben 1992 noch persistierende leichte traumaassoziierte Symptomatik bei Konfrontation mit den entsprechenden Erinnerungen sowie im Rahmen der angegebenen gelegentlichen Flashback-Episoden. Deshalb sei eine PTBS zu diagnostizieren. Die darüber hinausgehende eher leicht-

gradige Angstsymptomatik entspreche einer generalisierten Angststörung, da sich die Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen auf alltägliche Ereignisse beziehen und mit glaubhafter Schreckhaftigkeit, "Magenzittern" und "Herzflattern" sowie Ruhelosigkeit bzw. Nervosität und vor allem Angst um Angehörige einhergehen würden. Eine über die rein somatisch begründete Symptomatik hinausgehende (psychogene) Schmerzsymptomatik lasse sich nur in sehr leichtem, funktionell nicht weitergehend relevantem Ausmass feststellen. Depressive Symptome, wie z.B. Niedergestimmtheit, eine relevante Antriebsverminderung, Freudlosigkeit oder gar Lebensmüdigkeit/Suizidalität seien nicht feststellbar. Die rein psychiatrische Erkrankung sei aktuell leicht- bis allenfalls mittelgradig einzuschätzen. Die angegebenen traumaassoziierten Symptome hätten fast keine oder allenfalls geringe funktionelle Relevanz, solange es nicht zu einer spezifischen Triggerung komme. Dementsprechend sei es der Beschwerdeführerin nach der Traumatisierung bis zu den häufigen orthopädisch begründeten Krankenschreibungen auch fast 20 Jahre lang durchgehend möglich gewesen, als angestellte ... in Pensen zwischen ca. 40% und 100% tätig zu sein. Auch die Angstsymptomatik bleibe hinsichtlich funktioneller Auswirkungen geringgradig (S. 61 f. Ziff. 7.1). Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin zu 70% arbeitsfähig. Die quantitative Einschränkung berücksichtige einen erhöhten Erholungsbedarf bei Vorliegen einer Angststörung und schon lange bestehender traumaassoziiierter Symptomatik. Bei sämtlichen Tätigkeiten sei die Konfrontation mit traumaassoziierten Triggern zu vermeiden (S. 63 f. Ziff. 81 f.).

Aus orthopädischer Sicht wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin leide insbesondere an Kniegelenkschmerzen beidseits. Insgesamt liege ein polyarthrotisches Krankheitsbild vor mit Arthrose-Entwicklungen auch im Bereich der Fuss- und Sprunggelenke sowie im Bereich der Hand- und Fingergelenke. Weitere relevante Beschwerden beklage die Beschwerdeführerin im Bereich beider Füsse. Die orthopädischen Befunde und Diagnosen wirkten sich funktionell relevant aus. Es bestünden vor allem bei Belastung Schmerzen. Das Gehen oder in die Knie Gehen sei daher erheblich eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin sei sehr gangunsicher und in ihrer Mobilität erheblich beeinträchtigt. Das Gangbild sei stark verlangsamt und unsicher. Sie könne nur noch auf ebenem Untergrund und auch nur zeitlich und

hinsichtlich der Strecke limitiert gehen (S. 72 Ziff. 7.1 f.). In der angestammten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin seit April 2017 arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit, überwiegend sitzend, nur kurzfristiges Gehen und Stehen, sei theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 50% gegeben. Allerdings sei bei instabilem Verlauf und noch nicht abgeschlossener Behandlung (Überlastungsreaktion rechts, empfohlene Prothese linkes Knie) keine endgültige Aussage möglich. Dabei sei ein erhöhter Zeitbedarf notwendig. Dies einerseits aufgrund zusätzlich benötigter Zeiten für Therapien und Fahrwege, andererseits sei die Leistungsfähigkeit aufgrund der Schmerzen reduziert (S. 73 f. Ziff. 8.1 f.).

Aus internistischer Sicht wurden keine Erkrankungen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt (S. 82 Ziff. 5).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass die angestammte Tätigkeit als ... seit April 2017 nicht mehr zumutbar sei. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit aufgrund der Schmerzen und der Bewegungseinschränkung. Dabei bestehe folgendes Belastungsprofil: körperlich leichte Tätigkeiten, vorwiegend sitzend, mit nur geringen Phasen des Stehens und Gehens, ohne Notwendigkeit zu knien bzw. in die Hocke zu gehen, ohne Notwendigkeit, auf unebenem Boden, auf Gerüsten, auf Treppen bzw. auf Leitern zu treten, ohne Notwendigkeit, mit Kraftanwendung der Hände über 5 kg hantieren zu müssen, ohne Konfrontation mit traumassozierten Triggern, mit wohlwollendem Arbeitsumfeld und mit eher gleichförmigen Tätigkeitsbereichen und Abläufen (S. 10 f. Ziff. 4.7 f.).

4.2 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).

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung massgeblich auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 20. März 2020 (AB 56 S. 2 ff.) gestützt.

Die Gutachter 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 den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das Gutachten – jedenfalls was die Befunderhebung und relevante Diagnostik betrifft – die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.2 hiervor), weshalb ihm insoweit volle Beweiskraft zukommt (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

4.4 Aus somatischer (internistischer, rheumatologischer, orthopädischer) Sicht diagnostizierten die MEDAS-Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine bilaterale Varusgonarthrose, beginnende, leicht progrediente Polyarthrosen der Hände, bilaterale Senk-Spreizfüsse sowie ein intermittierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom (AB 56 S. 7 ff. Ziff. 4.2). Sie attestierten aufgrund der degenerativen Veränderungen beider Kniegelenke, der Hände, der Handgelenke, der Ellbogen und der Füsse in einer angepassten Tätigkeit (körperlich leicht, vorwiegend sitzend, mit

nur geringen Phasen des Stehens und Gehens, ohne Notwendigkeit zu knien bzw. in die Hocke zu gehen, ohne Notwendigkeit, auf unebenem Boden, auf Gerüsten, auf Treppen bzw. auf Leitern zu treten, ohne Notwendigkeit, mit Kraftanwendung der Hände über 5 kg hantieren zu müssen) eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 11 Ziff. 4.8), wobei weder aus internistischer noch aus rheumatologischer Sicht eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt worden ist (S. 48 Ziff. 8.1 f.; S. 82 Ziff. 5). Die angestammte Tätigkeit als ... erachteten die Gutachter dagegen seit April 2017 nicht mehr als zumutbar (S. 10 f. Ziff. 4.7). Die gestellten Diagnosen und das erstellte Zumutbarkeitsprofil sind bereits für sich, aber auch unter Berücksichtigung der medizinischen Akten, schlüssig, weshalb darauf abgestellt werden kann.

Soweit der orthopädische Gutachter jedoch in einer angepassten Tätigkeit eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (S. 73 Ziff. 8.2), vermag dies nicht zu überzeugen. Denn es ist nicht nachvollziehbar, weshalb er aufgrund der erhobenen Befunde und Diagnosen eine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit postuliert hat als der rheumatologische Gutachter. So steht die Schlussfolgerung des Orthopäden, dass sich namentlich die beidseitigen, vor allem bei Belastung auftretenden Kniegelenkschmerzen, die rechts mehr als links lokalisiert seien, funktionell relevant auswirkten (S. 72 Ziff. 7.1 f.), im Einklang mit der Beurteilung des Rheumatologen, welcher als Hauptbefund eine bilaterale Varusgonarthrose aufführte und daraus eine verminderte Belastbarkeit der Kniegelenke beidseits ableitete (S. 44 Ziff. 7.1). Dabei wurde im Zusammenhang mit der von der Beschwerdeführerin beklagten residuellen Schmerzsymptomatik an den beiden Knien eine Knochenstoffwechselsteigerung der femoralen und tibialen Komponente der Hemiprothese am rechten Kniegelenk medial festgestellt, was sowohl von Dr. med. E. _____ (AB 56 S. 99 f.) als auch vom rheumatologischer und vom orthopädischen Gutachter als Zeichen einer Überlastung gewertet wurde (AB 56 S. 44 Ziff. 7.1, S. 72 Ziff. 7.1). Eine Lockerung der Hemiprothese im rechten Knie konnte dagegen bildgebend ausgeschlossen werden (S. 44 Ziff. 7.1, S. 72 Ziff. 7.1; vgl. auch AB 25 S. 10, 56 S. 99 f.). Dr. med. E. _____ stellte im Bericht vom 9. Dezember 2019 aufgrund einer unmittelbar nach den Begutachtungen veranlassenen Röntgenaufnahme vom 19. November 2019 – bei achs- und grössen-

gerecht implantierter sowie mechanisch adäquater Prothese – einen leichten medialen Überstand fest (AB 56 S. 99). Aufgrund dieser (einheitlichen) Befunde leiteten die beiden (orthopädischen und rheumatologischen) Gutachter nachvollziehbar ein Belastbarkeitsprofil ab, wonach die Beschwerdeführerin in einer leichten Tätigkeit mit überwiegend sitzender Tätigkeit, in welcher das Gehen und Stehen nur kurzfristig und hinsichtlich Zeit und Ausmass limitiert erforderlich seien, arbeitsfähig sei (AB 56 S. 48 Ziff. 8.2, S. 73 Ziff. 8.2). Eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurde dabei aus rheumatologischer Sicht in einer angepassten leichten Tätigkeit nicht festgehalten (S. 48 Ziff. 8.2). Dies wurde namentlich mit der anlässlich der Begutachtung geschilderten Tagesgestaltung, so insbesondere mit dem täglichen Sparziergang von einer halben bis einer Stunde, begründet (S. 37, S. 47 Ziff. 7.5). Für angepasste Tätigkeiten wurde die Beschwerdeführerin denn auch vom behandelnden Hausarzt med. pract. F. _____ für arbeitsfähig gehalten (AB 25 S. 7 Ziff. 4.2). Zudem attestierte Dr. med. E. _____ über den 31. Dezember 2018 hinaus keine Arbeitsunfähigkeit mehr (AB 17.3 S. 1 f., 25 S. 12). Dass aus orthopädischer Sicht eine weitergehende Einschränkung als aus rheumatologischer Sicht besteht, ist damit weder aufgrund der erhobenen Befunde noch aufgrund der weiteren medizinischen Akten überwiegend wahrscheinlich erstellt.

Darüber hinaus begründete der orthopädische Gutachter die 50%-ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit zum einen mit einem erhöhten Zeitbedarf für Therapien (inkl. Fahrwege) und zum anderen mit den geklagten Schmerzen (AB 56 S. 74 Ziff. 8.2). Darauf ist aus versicherungsrechtlicher Sicht nicht abzustellen, hat doch die Beschwerdeführerin die erforderlichen Therapien und damit auch die Übungen zur Beweglichkeit und Muskelkräftigung im Rahmen der ihr obliegenden Schadenminderungspflicht (BGE 129 V 460 E. 4.2 S. 463; SVR 2020 EL Nr. 6 S. 23 E. 7.3.1) in ihrer Freizeit zu verrichten. Ferner geht aus dem Gutachten klar hervor, dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Schmerzen überzeichnet sind. So fand der rheumatologische Gutachter Hinweise auf eine Schmerzausdehnung bzw. auf eine verdeutlichende Präsentation der Schmerzsymptomatik. Dabei wies er darauf hin, dass die Angabe der Schmerzintensität wenig modulierbar sei (AB 56 S. 47 Ziff. 7.5). Ebenfalls der orthopädische Gutachter sprach von einer untypischen generalisierten, über das zu erwartenden

de Mass hinausgehenden Schmerzhaftigkeit im Bereich beider Kniegelenke. Zudem habe die Beschwerdeführerin schon bei leichter Berührung auch an nicht typischen anatomischen Landmarken Schmerzen angegeben (S. 73 Ziff. 7.5). Diesbezüglich ist insbesondere hervorzuheben, dass der orthopädische Gutachter – im Gegensatz zum rheumatologischen Gutachter, der die Beschwerdeführerin umfassend untersucht hat (S. 38 ff. Ziff. 4.3) – am hier entscheidrelevanten Knie bloss eine eingeschränkte klinische Untersuchung vorgenommen hat, was er mit dem adipösen Zustand und den global geklagten Schmerzen im Bereich des Kniegelenks begründete (S. 70). Damit hat er bezüglich der erwähnten Schmerzen hauptsächlich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und nicht auf klinische Befunde abgestellt. Die Beurteilung dieser massgeblich subjektiven Beschwerden fällt nicht in das orthopädische, sondern in das psychiatrische Fachgebiet. Diese geltend gemachten Einschränkungen vermögen damit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht zu begründen.

4.5

4.5.1 Aus psychiatrischer Sicht wurde im Gutachten unter Bezug der klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10 (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 f.) einlässlich begründet, dass die Beschwerdeführerin an einer PTBS und einer generalisierten Angststörung leidet und dass in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit (ohne Konfrontation mit traumaassoziierten Triggern) eine 70%-ige Arbeitsfähigkeit besteht (AB 56 S. 58 Ziff. 6.1, S. 63 f. Ziff. 8.1 f.). Darauf kann grundsätzlich abgestellt werden (vgl. aber E. 4.5.2 hiernach). Im Zusammenhang mit der diagnostizierten PTBS ist aber augenfällig, dass die Gutachterin sich in ihrer Beurteilung einzig auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestützt hat. Diese wurden nicht z.B. mit echtzeitlichen Asylakten verifiziert. Ferner ist aufgrund des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin nach dem erwähnten Kriegs-, Lagerhaft- und Fluchterleben 1992 über 20 Jahre offenbar ohne psychische Einschränkungen arbeitstätig war (AB 56 S. 62), fraglich, ob hier eine PTBS tatsächlich vorliegt. Denn eine solche soll grundsätzlich nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis aufgetreten ist, während bei einer länge-

ren Latenzzeit die klinischen Merkmale typisch sein müssen und keine andere Diagnose (wie beispielsweise eine depressive Episode) gestellt werden kann. Späte, chronifizierte Folgen von extremer Belastung, d.h. solche, die noch Jahrzehnte nach der belastenden Erfahrung bestehen, sind als andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) zu klassifizieren (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 208). Jedoch lässt sich die PTBS-Diagnose – ohne Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls – rechtsprechungsgemäss nicht von vornherein bloss aufgrund der Latenz verweigern (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 6. Juli 2017, 8C_73/2017, E. 6.5). Die Frage, ob bei der Beschwerdeführerin – neben der Angststörung – eine PTBS-Symptomatik vorliegt, muss jedoch letztlich nicht abschliessend beurteilt werden, da so oder anders kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden besteht (vgl. E. 4.5.2 hiernach).

Soweit Dr. med. G._____ – neben einer Angststörung – eine initial schwergradige, aktuell mindestens mittelgradige depressive Episode diagnostiziert hat (AB 31 S. 4 Ziff. 2.5), ändert dies vorliegend nichts. Denn die MEDAS-Psychiaterin hat sich in ihrer Beurteilung mit dieser Diagnose auseinandergesetzt und einlässlich dargelegt, weshalb diese nicht zu erheben ist. Dabei wies sie namentlich darauf hin, dass anlässlich ihrer Untersuchung depressive Symptome wie z.B. Niedergestimmtheit, eine relevante Antriebsverminderung, Freudlosigkeit oder gar Lebensmüdigkeit/Suizidalität nicht feststellbar gewesen seien (AB 56 S. 60 ff. Ziff. 7.1, insbesondere S. 62).

4.5.2 Wenn die psychiatrische Gutachterin aufgrund der bestehenden PTBS und der generalisierten Angststörung in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit eine 30%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (AB 56 S. 63 f. Ziff. 8.1 f.), ist deren rechtliche Ausgewiesenheit nachfolgend nach Massgabe der einschlägigen Indikatoren zu prüfen (vgl. E. 2.2.2 hiervor):

Diesbezüglich ist vorab festzuhalten, dass trotz festgestellter Schmerzverdeutlichung (vgl. E. 4.4 hiervor) hier nicht von einer Aggravation oder Simulation auszugehen ist (vgl. AB 56 S. 63 Ziff. 7.3), womit keine Ausschluss-

gründe im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung vorliegen (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. unter Hinweis auf BGE 131 V 49). 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 keine Defizite hinsichtlich Merkfähigkeit, Gedächtnis oder Konzentration, keine Störungen des inhaltlichen Denkens oder des Ich-Erlebens sowie kein sozialer Rückzug festgestellt worden sind. Affektiv war die Beschwerdeführerin weitgehend ausgeglichen. Dagegen wies sie eine typische traumaassoziierte Symptomatik in Bezug auf Kriegs-, Haft- und Fluchterleben auf (AB 56 S. 57 Ziff. 4.3). Unter Berücksichtigung dieser Befunde qualifizierte die Gutachterin die psychische Störung als leicht- bis allenfalls mittelgradig ausgeprägt. Gleichzeitig gab sie aber an, dass die traumaassoziierten Symptome fast keine oder allenfalls geringe funktionelle Relevanz hätten, solange es nicht zu einer spezifischen Triggerung komme. Und auch die Angstsymptomatik beurteilte die Gutachterin hinsichtlich funktioneller Auswirkungen als geringgradig (AB 56 S. 62 Ziff. 7.1). Damit erweisen sich die diagnoserelevanten Befunde und Symptome als geringgradig 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 März 2017 bei Dr. med. G. _____ in Behandlung steht. Diese findet alle zwei bis vier Wochen statt (AB 31 S. 2 Ziff. 1.1 f.). Eine stationäre Behandlung fand bislang nicht statt (AB 56 S. 54). Zudem nimmt die Beschwerdeführerin keine Psychopharmaka ein (AB 56 S. 63 Ziff. 7.3). 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 eine bilaterale Varusgonarthrose, beginnende, leicht progrediente Polyarthrosen der Hände, bilaterale Senk-Spreizfüsse sowie ein intermittierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom (AB 56 S. 7 ff. Ziff. 4.2).

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 mit ihrem Ehemann zusammen und pflegt zudem eine gute Beziehung zu ihren drei Töchtern und den sieben Enkelkindern. Darüber hinaus hat sie auch Freunde (AB 56 S. 55).

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 Ungleichmässigkeiten ersichtlich. Aus dem MEDAS-Gutachten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin diverse Freizeitaktivitäten ausübt und zudem in ihrem Alltag nicht wesentlich eingeschränkt ist. So geht sie am Morgen nach dem Frühstück spazieren und kocht anschliessend das Mittagessen für sich und ihren Mann. Am Nachmittag geht sie wieder spazieren (entweder im Wald oder in der Stadt). Das Einkaufen und die Hausarbeiten erledigt sie zusammen mit ihrem Mann. Am Abend schaut sie Fernsehen. Zudem pflegt sie guten Kontakt zu ihren drei Töchtern, zu deren Familien und zu Freunden (AB 56 S. 55). Darüber hinaus fährt sie in die Ferien (AB 56 S. 47 Ziff. 7.5). Der dokumentierte Tagesablauf und das geschilderte Aktivitätsniveau sind somit mit der attestierten blossen Teilarbeitsfähigkeit von 70% in sämtlichen Tätigkeiten nicht vereinbar, was auch der rheumatologische Gutachter festhielt (AB 56 S. 37, S. 47 Ziff. 7.5).

Demnach lassen die zu berücksichtigenden Indikatoren rechtlich nicht den Schluss auf invalidisierende Funktionseinbussen zu. Zwar sprechen insbesondere die zahlreichen somatischen Komorbiditäten in der Kategorie "Gesundheitsschädigung" für eine gewisse Ressourcenhemmung. Jedoch wirken sich die erhobenen somatischen Befunde – wie zuvor dargelegt wurde (vgl. E. 4.4 hiervor) – nur in der bisherigen Tätigkeit, aber nicht im Alltag oder in einer angepassten Tätigkeit aus. Zudem überwiegen die doch sehr geringgradige Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, die mobilisierbaren Ressourcen im Komplex "sozialer Kontext" und die Unregelmässigkeiten in der Kategorie "Konsistenz" in der Gesamtbetrachtung deutlich. In der Folge ist die von der psychiatrischen Gutachterin attestierte 30%-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit als rechtlich nicht massgebend zu beurteilen, ohne dass das Administrativgutachten aus medizinischer Sicht dadurch seinen

Beweiswert verliert (Entscheid des BGer vom 26. Oktober 2020, 8C_483/2020, E. 2 mit Hinweis auf BGE 144 V 50 E. 4.3 S. 53 f.).

4.6 Zusammenfassend ist vorliegend die angestammte Tätigkeit seit April 2017 nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit ist dagegen von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

5.

5.1 Unter der Prämisse eines Status 100% Erwerbstätigkeit (vgl. E. 3 hiervor) ist nachfolgend der IV-Grad mittels Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.4 hiervor).

5.1.1 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 statistische Werte wie die 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; SVR 2019 UV Nr. 40 S. 153 E. 6.2.3).

5.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

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

5.2 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 Beachtung, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als ... seit April 2017 nicht mehr zumutbar ist (AB 56 S. 11 Ziff. 4.7), ist das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt und der frühestmögliche Rentenbeginn ausgehend von der Anmeldung im Januar 2018 (AB 4) und in Berücksichtigung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf Juli 2018 hin festzulegen.

5.3 Es ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit weiterhin ihren bisherigen Beruf als ... ausüben würde. Da sie in ihrer letzten Arbeitsstelle bei der H._____ GmbH jedoch über Jahre ein Teilzeitpensum ausübte (AB 59 S. 3 f. Ziff. 3.2) und zudem gemäss Auskunft

der Arbeitgeberin die Verträge je nach Auftragslage ausgestellt werden und kein Anspruch auf eine feste Stundenzahl besteht (AB 59 S. 4 Ziff. 3.4), ist das Valideneinkommen – mit Bezug auf ein vollzeitliches Erwerbsspensum – nicht anhand des zuletzt erzielten Einkommens, sondern gestützt auf die Tabellenlöhne (LSE 2018) zu ermitteln (vgl. E. 5.1.1 hiervor). Dabei würde es sich angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin keine Ausbildung abgeschlossen hat (AB 4 S. 5 Ziff. 5.3), grundsätzlich rechtfertigen, auf das Kompetenzniveau 1 (einfache Arbeiten körperlicher oder handwerklicher Art) der Ziff. 96 (sonstige persönliche Dienstleistungen) der TA1 abzustellen. Selbst wenn unter Berücksichtigung der langjährigen Berufserfahrung der Beschwerdeführerin als ... (ca. 20 Jahre [seit 1997; AB 56 S. 37]) 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 2018, TA1, Ziff. 96, Kompetenzniveau 2, Fr. 3'935.--. An die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.8 Stunden (Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [BUA], Ziff. 94-96 [Erbringen von sonstigen Dienstleistungen]) angepasst resultiert daraus ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 49'344.90 (Fr. 3'935.-- : 40 x 41.8 x 12).

5.4

5.4.1 Bezüglich der Berechnung des Invalideneinkommens ist vorab zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin aufgrund ihres Alters auf dem freien Arbeitsmarkt noch 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; AHJ 1999 S. 238 E. 1). Das fortgeschrit-

tene 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 realistischweise 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 2020 IV Nr. 5 S. 20 E. 7.1).

Zum Zeitpunkt der Erstellung des polydisziplinären MEDAS-Gutachtens im März 2020 (AB 56 S. 2 ff.), 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 60 Jahre und 5 Monate alt. Die verbleibende Aktivitätsdauer bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters betrug damit noch über dreieinhalb 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).

5.4.2 Da die Beschwerdeführerin ihre zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen gestützt die Tabellenlöhne (LSE 2018) zu ermitteln (vgl. E. 5.1.2 hiavor).

Ausgehend von der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig ist (vgl. E. 4.4 bis 4.6 hiavor), ist es vorliegend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen gestützt auf das Total des Kompetenzniveaus 1, Tabelle TA1, festgelegt hat (AB 59 S. 6 Ziff. 5.2), zumal der Beschwerdeführerin verschiedene Verweistätigkeiten in diversen Tätigkeitsgebieten offen stehen. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Frauen beträgt Fr. 4'371.--. An die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, BUA, Total) angepasst resultiert daraus ein Einkommen von Fr. 54'681.20 (Fr. 4'371.-- : 40 x 41.7 x 12) im Jahr.

Ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn ist hier – entgegen dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin (AB 59 S. 6 Ziff. 5.2; Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 13. Januar 2021 [AB 81 S. 4]) – grundsätzlich nicht gerechtfertigt. Dass der Beschwerdeführerin nur noch leichte und vorwiegend sitzende Tätigkeiten ohne Kraftanwendung der Hände über 5 kg zumutbar sind, ist kein Grund für einen leidensbedingten Abzug, zumal der Tabellenlohn auf dem hier zugrunde gelegten Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von körperlich leichten Tätigkeiten umfasst (vgl. Entscheide des BGer vom 22. Dezember 2020, 8C_725/2020, E. 4.4.2, vom 24. Januar 2020, 8C_586/2019, E. 5.3.1, vom 8. Oktober 2019, 9C_447/2019,

E. 4.3.2). Darüber hinaus sind hier allfällige invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) bei beiden auf statistischen Angaben beruhenden Einkommen zu berücksichtigen (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5).

Selbst unter Berücksichtigung eines maximalen Abzuges von 25% (vgl. E. 5.1.2 hiervor) resultiert – wie nachfolgend dargelegt wird – ein rentenausschliessender IV-Grad.

5.5 Bei einem Valideneinkommen von maximal Fr. 49'344.90 und einem Invalideneinkommen von minimal Fr. 41'010.90 (Fr. 54'681.20 x 0.75) resultiert ein IV-Grad von gerundet höchstens 17% (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).

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

5.7 Letztlich ist die Beschwerdegegnerin darauf hinzuweisen, dass das Dokument AB 25 S. 35 f. nicht die Beschwerdeführerin betrifft und aus den amtlichen Akten zu entfernen ist.

6.

6.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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

6.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG; Art. 104 Abs. 3 VRPG).

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

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.