

200 21 568 IV
MAK/SVE/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. November 2022

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Juni 2021



Sachverhalt:

A.

Die 1973 geborene, zuletzt als ... tätig gewesene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich erstmals im Jahr 2010 unter Hinweis auf nach einem 1987 (recte wohl: 1985) erlittenen Autounfall immer noch bestehende starke Schmerzen im Kniebereich (beidseitig) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2). Gestützt auf erwerbliche und medizinische Abklärungen (AB 26, 28, 30, 33 f.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 5. Juli 2012 (AB 41) bei einem Invaliditätsgrad von 13 % einen Rentenanspruch, was mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Dezember 2012 (IV/2012/806 [AB 47]) und mit Entscheid des Bundesgerichts (BGer) vom 18. März 2013 (9C_79/2013 [AB 52]) bestätigt wurde.

Am 25. Juni 2018 (Posteingang bei der IVB: 4. September 2018) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine posttraumatische Kniefehlstellung beidseits nach Verkehrsunfall, einen Zustand nach Femurosteotomie (25. Oktober 2017) sowie eine Diskushernie L5/S1 erneut zum Leistungsbezug an (AB 57). Die IVB führte abermals erwerbliche und medizinische Erhebungen durch. Am 20. Mai 2019 teilte die IVB der Versicherten mit, dass keine Eingliederungsmassnahmen durchgeführt werden könnten und der Rentenanspruch geprüft werde (AB 105). In der Folge veranlasste sie eine orthopädisch-psychiatrische Begutachtung der Versicherten durch die MEDAS (MEDAS-Gutachten vom 8. August 2019 [AB 107]) und liess durch den Bereich Abklärungen einen Bericht erstellen (Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 30. September 2019 [AB 108]). Mit Vorbescheid vom 31. Oktober 2019 (AB 109) stellte sie der Versicherten die Zusage einer vom 1. Juli bis 30. November 2019 befristeten ganzen Rente in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 114, 116) tätigte die IVB abermals medizinische Abklärungen und holte insbesondere Stellungnahmen beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) ein (Stellungnahmen vom 1. Dezember 2020 [AB 144 ff.]). Nach erneutem Vorbescheidverfahren (AB 149 ff.) sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 11. Juni

2021 (AB 167) bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine vom 1. Juli bis 30. November 2019 befristete ganze Rente (samt Kinderrenten) zu.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 17. August 2021 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die Verfügung vom 11. Juni 2021 aufzuheben.
2. Es seien der Beschwerdeführerin Invalidenrenten sowie Invalidenkinderrenten in folgendem Umfang zuzusprechen:
 - Vom 1. Juli 2019 bis 31. Oktober 2019 eine ganze Rente
 - ab dem 30. November und bis auf weiteres eine halbe Rente.
3. Eventualiter sei die Angelegenheit an die IV-Stelle Bern zur weiteren Abklärung zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 24. September 2021 auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt

und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. Juni 2021 (AB 167). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbezugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; SVR 2019 IV Nr. 32 S. 100 E. 3.2; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Streitig und zu prüfen ist demnach der Rentenanspruch unter Einschluss der vom 1. Juli bis 30. November 2019 zugesprochenen ganzen IV-Rente.

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 In formeller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin zunächst eine schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, indem die Beschwerdegegnerin die angefochtene Verfügung erlassen habe, ohne im Geringsten auf die gemachten Einwände einzugehen (Beschwerde S. 12 ff. Ziff. 44 ff.).

2.2 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; SVR 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.1.2).

Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 140 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.3.1). Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 140 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.3.1).

2.3 Es trifft zwar zu, dass die Beschwerdegegnerin sich in der angefochtenen Verfügung vom 11. Juni 2021 (AB 167) nicht mit jedem einzelnen im Einwand vorgebrachten Argument auseinandersetzte. Allerdings legte sie dar, welche Vorbringen sie für erheblich hielt und auf welche

Überlegungen sie ihren Entscheid stützte, wobei sie sich zulässigerweise auf die wesentlichen Gesichtspunkte beschränkte. Abgesehen davon, dass eine ausdrückliche und einlässliche Auseinandersetzung mit jeder einzelnen Rüge nicht erforderlich ist (vgl. E. 2.2 hiervor), war es der Beschwerdeführerin denn auch ohne weiteres möglich, eine ausführlich begründete Beschwerde einzureichen. Überdies verwies die Beschwerdegegnerin bereits im Vorbescheidverfahren (vgl. AB 149 S. 3) auf den Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 30. September 2019 (AB 108) als Bestandteil des Entscheides, welcher sich ausführlich mit den Standardindikatoren auseinandersetzte. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs resp. der Begründungspflicht ist vorliegend somit nicht erfolgt (vgl. BGE 142 III 433 E. 4.3.2 S. 436). Selbst wenn von einer Gehörsverletzung auszugehen wäre, die indes – entgegen der in der Beschwerde vertretenen Ansicht (S. 14 Ziff. 50) – nicht als schwerwiegend zu werten wäre, wäre diese geheilt, da die Beschwerdeführerin sich vor dem angerufenen Gericht, das sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann, äussern konnte (vgl. E. 2.2 hiervor).

3.

3.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213), und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

3.2 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 Behand-

lung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

3.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

3.3.1 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).

3.3.2 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht.

3.3.3 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades 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 (E. 6 S. 308).

3.4 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 Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invali-

Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

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

3.6 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (aArt. 17 Abs. 1 ATSG). Wurde eine Rente bereits einmal wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201], vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

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

3.6.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit

den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

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

3.6.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

3.7 Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeein-

flus-sende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

3.8 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom September 2018 (AB 57) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Praxisgemäss ist die Eintretensfrage durch das Gericht daher nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Streitig ist der Rentenanspruch, wobei zunächst zu prüfen ist, ob ein Revisionsgrund vorliegt. Gegebenenfalls ist anschliessend der Rentenanspruch allseitig frei zu beurteilen (vgl. E. 3.6.2 ff. hiavor).

Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die Verfügung vom 5. Juli 2012 (AB 41; bestätigt mit VGE IV/2012/806 [AB 47] und BGer 9C_79/2013 [AB 52]) – als letztmals eine allseitige Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen erfolgte – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 11. Juni 2021 (AB 167; vgl. E. 3.6.3 hiavor). Die Beschwerdeführerin wurde im Oktober 2017 am linken Knie (vgl. AB 72 S. 13) und im April 2019 am rechten Knie (vgl. AB 120 S. 12) operiert. Nach diesen Operationen bestanden jeweils viermonatige Episoden mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit (vgl. AB 107.2 S. 11 Ziff. 8). Damit ist eine revisionsrechtlich relevante Sachverhaltsänderung resp. ein Neuanmeldungsgrund ausgewiesen. Dementsprechend ist der Rentenanspruch frei zu prüfen.

4.2 Bei Erlass der die zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) angefochtenen Verfügung vom 11. Juni 2021 (AB 167) präsentierte sich die medizinische Aktenlage – soweit entscheidungswesentlich – wie folgt:

4.2.1 In der bidisziplinären Gesamtbeurteilung des MEDAS-Gutachtens vom 8. August 2019 (AB 107.1 S. 5 ff. Ziff. 4) führten die Dres. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie D._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 6 Ziff. 4.2):

1. Posttraumatische laterale und femo(ro)patellare Gonarthrose links mit posttraumatischer Gelenkumformung (Vagusfehlstellung 20° und negativer Slope 30°) im Status nach lateral aufklappender Femurosteotomie am 25. Oktober 2017;
2. Posttraumatische Fehlstellung rechtes Kniegelenk mit Varusdeformität im Femur mit negativem Slope im Status nach Flexionsosteotomie Tibia und Proximalisierung der Tuberositas tibia vom 17. April 2019;
3. Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts bei nachgewiesener Diskushernierung L5/S1 rechts mit leichtgradiger Funktionseinschränkung;
4. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradiges Ausmass mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11);
5. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1);
6. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41).

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Experten keine auf (AB 107.1 S. 6 Ziff. 4.2). In der bisherigen Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit seit Oktober 2017 (Zeitpunkt der ersten Umstellungsosteotomie) aufgehoben. Aus psychiatrischer Sicht seien keine Arbeitsunfähigkeiten dokumentiert (S. 8 Ziff. 4.7). In einer leidensangepassten Tätigkeit habe ab Oktober 2017 mit der ersten Umstellungsoperation eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis Ende Februar 2018 und anschliessend wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Vom 17. April 2019 (Umstellungsosteotomie) bis Mitte August 2019 sei die Beschwerdeführerin erneut 100 % arbeitsunfähig gewesen. Sodann habe sich bezüglich einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (4.5 [recte wohl: 4.25; vgl. AB 107.3 S. 13 Ziff. 8] Stunden pro Tag bei 100%iger Leistungsfähigkeit) eingestellt (Ziff. 4.8). Seit dem Zeitpunkt der Verfügung vom 5. Juli 2012

habe sich eine wesentliche Veränderung dahingehend ergeben, als beide Kniegelenke, die vor vielen Jahren eine posttraumatische Gelenksumformung erfahren hätten, in den Jahren 2017 und 2019 in den Achsen korrigiert und in ihrer Biomechanik optimiert worden seien. Zweifellos bestehe trotz der Korrekturen eine Belastungsminderung beider Kniegelenke, welcher mit dem formulierten Belastungsprofil Rechnung getragen werde. Radiologisch komme dies in einer ausgeprägten Osteopenie zum Ausdruck, die Arthrose sei radiologisch nur leicht bis mittelgradig ausgeprägt. Subjektiv würden vermehrt Schmerzen angegeben, wobei die Schmerzverarbeitung aufgrund einer psychischen Labilität nur vermindert möglich sei, so dass auch aus diesem Grund die Schmerzen verstärkt wahrgenommen würden, wodurch wiederum die depressive Symptomatik zugenommen habe und umgekehrt, aber auch Symptome bei der PTBS vermehrt getriggert werden könnten (S. 9 Zusatzfragen).

Im federführenden orthopädischen Teilgutachten (AB 107.2) hielt Dr. med. C._____ fest, nach dem Unfallereignis im Jahr 1985 sei die Beschwerdeführerin konservativ mit einer Immobilisation und einer Gipsschiene behandelt worden. Im Jahr 2017 und zuletzt im April 2019 hätten sich Korrekturosteotomien beider Kniegelenke angeschlossen (S. 9 Ziff. 7.1). Die Beschwerdeführerin werde spätestens mit der Konsolidierung der Osteotomie im Bereich des rechten Kniegelenks, welche etwa vier Monate nach Eingriff erreicht werde (vgl. S. 9 Ziff. 7.2), in der Lage sein, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu zehn Kilogramm durchzuführen. Die Tätigkeiten sollten im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen erfolgen. Tätigkeiten in kniender und kauender Stellung, in Vorbeuge und mit einem Anspruch an erhöhte Standsicherheit (wie auf Leitern, Gerüsten oder Treppen) sollten ebenso wie Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe vermieden werden (S. 10 Ziff. 7.4). In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Ab Oktober 2017 habe in der bisherigen (recte wohl: angepassten) Tätigkeit bis Ende Februar 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Danach habe bis zum 17. April 2019 (Umstellungsosteotomie) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Vom 17. April bis Mitte August 2019 sei die Beschwerdeführerin erneut 100 % arbeitsunfähig ge-

wesen. Ab Mitte August 2019 sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 10 f. Ziff. 8).

Dr. med. D. _____ führte im psychiatrischen Teilgutachten (AB 107.3) aus, die Beschwerdeführerin habe im Alter von etwa zwölf Jahren einen Unfall mit unklarem Hergang erlitten. Sie sei nach anamnestischen Angaben im Koma gelegen, habe ein Schädel-Hirntrauma und mehrere Knochenbrüche erlitten. Dies habe bei ihr eine PTBS mit entsprechenden Symptomen ausgelöst. Zudem habe sie komorbid eine depressive Erkrankung entwickelt, die nur sporadisch behandelt worden sei. Durch die Erlebnisse sei eine verminderte Stressverarbeitung begünstigt worden, so dass Schmerzen nach dem Unfall unter anderem dadurch zugenommen und bereits das Ausmass einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung angenommen hätten. Dies habe zudem die Depression wiederholt begünstigt. Sie habe zwischendurch beruflich tätig sein können. Es sei vor etwa drei Jahren bei körperlicher Überlastung und Dauer der Schmerzen zu einer deutlich verschlechterten depressiven Verstimmung gekommen, was dann auch die Symptome im Rahmen der PTBS aufrechterhalten und verstärkt (Trigger: Schmerzen) habe, wobei diese nie adäquat behandelt worden sei und somit als chronifiziert angesehen werden müsse (S. 11 Ziff. 7.1). Es ergäben sich keine Hinweise für IV-fremde psychosoziale Faktoren, die die Depression in hohem Ausmass begünstigten (S. 10 Ziff. 6). Nach anamnestischen Angaben seien bisher nur sporadisch ambulante psychiatrische Behandlungen erfolgt, einerseits kurzfristig nach dem Unfall in der ..., dann im Jahr 2004 etwa für drei bis vier Jahre mit auch psychopharmakologischer Behandlung und jetzt seit 2018 ohne psychopharmakologische Behandlung mit einer Frequenz von zweimal pro Woche. Es werde berichtet, dass die jetzt erfolgende ambulante Psychotherapie für sie günstig verlaufe. Nichtsdestotrotz seien die therapeutischen Möglichkeiten, insbesondere auch im Hinblick auf die posttraumatische Symptomatik, noch nicht ausgeschöpft (Ziff. 7.2). Betreffend Inkonsistenzen führte Dr. med. D. _____ aus, die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Exploration teilweise unterschiedliche Angaben zu Behandlungen und Schmerzverlauf gemacht, wobei Konzentrationsstörungen bestanden hätten, die dafür ursächlich sein könnten. Meist habe sich bei näherer Nachfrage dann ein nachvollziehbarer Verlauf ergeben. Ansonsten habe sie syn-

thym ihre Einschränkungen geschildert (S. 7 Ziff. 3.2). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin während 4.25 Stunden anwesend sein, wobei die Leistungsfähigkeit bei depressionsbedingten Konzentrationsstörungen und verminderter Durchhaltefähigkeit um 30 % gemindert sei. Insgesamt werde die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auf 35 % eingeschätzt, welche aufgrund der geschilderten nochmals deutlicheren Verschlechterung wegen der Dauer der Schmerzen vor drei Jahren mit vermehrter depressiver Verstimmung seit Oktober 2017 bestehe. Eine angepasste Tätigkeit erfordere eine wertschätzende und kooperative Atmosphäre ohne ausgeprägte Stressoren wie rasche Flexibilität und Umstellfähigkeit, mit regelmässigen Pausen, eher repetitiven, wenig konzentrativen Aufgaben und ohne körperliche Belastung. In einer solchen Tätigkeit sei eine Präsenz von 4.25 Stunden ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit möglich, d.h. es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % seit Oktober 2017 (S. 13 f. Ziff. 8).

4.2.2 Im Bericht des Spitals E. _____ vom 17. Dezember 2019 (AB 116 S. 6 ff.) führten Dr. med. F. _____, Praktische Ärztin, und lic. phil. G. _____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, zu Handen der Rechtsvertretung folgende Diagnosen auf:

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41);
2. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2);
3. Verdacht auf Traumafolgestörung (ICD-10 F43.1).

Es liege eine tiefgreifende chronifizierte psychiatrische Störung vor. Aktenanamnestisch bestünden Hinweise auf eine PTBS. Bisweilen habe die Beschwerdeführerin jedoch kein konkretes Ereignis benennen können, welches eine solche Diagnose verfestigt habe. Von einer raschen Genesung sei nicht auszugehen. Zurzeit sei weder eine Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt noch eine Tätigkeit zu 50 % möglich. Eine medikamentöse Behandlung sei vorgeschlagen worden, was die Beschwerdeführerin aufgrund starken Erbrechens bis anhin abgelehnt habe. Um die chronifizierten Muster zu durchbrechen und nochmals den Versuch einer medikamentösen Therapie zu starten, werde eine stationäre Behandlung empfohlen.

4.2.3 Dr. med. F. _____ hielt im Verlaufsbericht vom 2. April 2020 (AB 124) fest, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (S. 2 Ziff. 1). Als neue Diagnose nannte sie eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung mit dependenten und ängstlich vermeidenden Zügen aufgrund stark chronifiziertem Verlauf (ICD-10 F62.0; Ziff. 2). Die Sitzungen hätten verkürzt stattgefunden, da die Beschwerdeführerin schnell in hohe Spannungszustände mit vegetativen Symptomen wie Erbrechen, Schwindel und in dissoziative Zustände geraten sei (Ziff. 4). Ein vollständiger psychopathologischer Befund habe deswegen nicht erhoben werden können (S. 3 Ziff. 6). Das ambulante Setting stosse langsam aber sicher an seine Grenzen. Auch kleine Fortschritte könnten kaum erzielt werden. Eine stationäre Behandlung mit dem Ziel einer medikamentösen Behandlung aber auch mit Einbezug des familiären Systems wäre nötig, um Veränderungen zu erzielen. Die Beschwerdeführerin habe sich jedoch bis heute nicht darauf einlassen können (Ziff. 7). Eine antidepressive Medikation, welche aufgrund sofortiger Übelkeit und Erbrechen abgelehnt worden sei, sei dringend indiziert (Ziff. 8). Es bestehe seit April 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 11).

4.2.4 Dr. med. H. _____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, hielt im Bericht vom 18. Februar 2021 (AB 159 S. 3 f.) z.H. der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin fest, die Betreuung durch sie erfolge erst seit April 2020, weshalb lediglich über den Verlauf seit diesem Zeitpunkt Stellung genommen werden könne. Aufgrund der Symptomatik, dass der Beschwerdeführerin bereits beim Sprechen über Medikamente übel geworden sei, werde von einer zusätzlichen phobischen Störung bezüglich Einnahme von Medikamenten und stationärer Aufnahme ausgegangen. Es sei mit einer entsprechenden verhaltenstherapeutischen Behandlung begonnen worden. Die geschilderten Symptome hätten bis jetzt eine regelmässige Einnahme der verordneten Medikation und die Einwilligung in eine stationäre Behandlung verhindert. Es sei nach Besserung der Angstsymptomatik erneut eine Psychopharmakotherapie geplant. Zusätzlich sei die Beschwerdeführerin nun für einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik angemeldet.

4.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

4.4

4.4.1 Das MEDAS-Gutachten vom 8. August 2019 (AB 107) erfüllt – jedenfalls was die erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen betrifft – die Anforderungen an den Beweiswert von Gutachten (vgl. E. 4.3 hiavor),

was zwischen den Parteien denn auch nicht bestritten ist, weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann.

4.4.2 In somatischer Hinsicht zeigte Dr. med. C. _____ gestützt auf die anlässlich der Exploration erhobenen Befunde und die bildgebenden Untersuchungen nachvollziehbar auf, es bestünden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische laterale und femoropatellare Gonarthrose links mit posttraumatischer Gelenkumformung (Valgusfehlstellung 20° und negativer Slope 30°) im Status nach lateral aufklappender Femurosteotomie am 25. Oktober 2017, eine posttraumatische Fehlstellung des rechten Kniegelenks mit Varusdeformität im Femur und negativem Slope im Status nach Flexionsosteotomie Tibia und Proximalisierung der Tuberositas tibia vom 17. April 2019 sowie ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts bei nachgewiesener Diskushernierung L5/S1 rechts mit leichtgradiger Funktionseinschränkung (AB 107.2 S. 8 Ziff. 6). Es leuchtet ein, dass der orthopädische Gutachter der Beschwerdeführerin als Folge der Operationen im Oktober 2017 und April 2019 (Umstellungsosteotomien) für die Zeit der Rekonvaleszenz (von Oktober 2017 bis Ende Februar 2018 sowie vom 17. April 2019 bis Mitte August 2019) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte und die Arbeitsfähigkeit aufgrund der bestehenden somatischen Befunde in der bisherigen Tätigkeit generell als aufgehoben einschätzte. Im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils einer angepassten Tätigkeit (im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen körperlich leichte Tätigkeiten mit Lasten von bis zu zehn Kilogramm mit Vermeidung von kniender und kauender Stellung, von Vorbeuge und von einem Anspruch an erhöhte Standsicherheit wie auf Leitern, Gerüsten oder Treppen sowie von extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe) trug er den Beeinträchtigungen ebenso angemessen Rechnung (S. 10 f. Ziff. 8). Damit wurden die somatischen Einschränkungen vollständig berücksichtigt.

4.4.3 Psychiatrischerseits diagnostizierte Dr. med. D. _____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradiges Ausmass mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11), eine PTBS (ICD-10 F43.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41; AB 107.3 S. 10 Ziff. 6). Gestützt

darauf schloss die Expertin auf eine Arbeitsfähigkeit von 35 % in der bisherigen sowie eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit (mit wertschätzender und kooperativer Atmosphäre ohne ausgeprägte Stressoren wie rasche Flexibilität und Umstellfähigkeit, mit regelmässigen Pausen, eher repetitiven, wenig konzentrativen Aufgaben; S. 13 f. Ziff. 8).

Was zunächst die Diagnose einer PTBS (ICD-10 F43.1) betrifft, vermag diese nicht zu überzeugen. Denn die Gutachterin begründete diese Diagnose nicht nachvollziehbar, sondern führte sie einzig auf den 1985 erlittenen Unfall zurück (S. 9 ff. Ziff. 6; vgl. auch AB 107.1 S. 6 Ziff. 4.1). Dabei setzte sich Dr. med. D._____ jedoch weder mit der Unfallschwere noch dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin trotz einer angeblichen PTBS jahrelang in Beruf und Familie (mit zwei Kindern) bestehen konnte, auseinander. Überdies beschäftigte sich die Gutachterin auch nicht mit dem Kriterium, wonach eine PTBS gemäss ICD-10 F43.1 (auch in der 2022 geltenden Fassung) mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten nach einem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentem Ausmass auftritt (Entscheid des BGer vom 26. Juni 2013, 9C_228/2013, E. 4.1.2; vgl. auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 207 f.). Schliesslich wurde der 1985 erlittene Unfall auch in den Berichten des SRO (AB 116 S. 7, 124 S. 2 ff.) nicht als Grundlage einer möglichen PTBS erwähnt.

Nach dem Dargelegten erscheint weiter fraglich, ob die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41) hinreichend begründet ist, erachtete Dr. med. D._____ diese doch insbesondere als durch die posttraumatische Belastungsstörung begünstigt (S. 10 Ziff. 6, S. 11 Ziff. 7.1). Dies kann letztlich jedoch offenbleiben, denn so oder anders ist nach Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens in psychiatrischer Hinsicht kein invaliderender Gesundheitsschaden ausgewiesen (vgl. E. 5.5 hiernach).

Hingegen überzeugt mit Blick auf die psychiatrische Befunderhebung (wie unter anderem: etwas beeinträchtigte Konzentration, depressiv bedingt geminderte Antriebslage, depressive Grundstimmung, Minderung der affektiven Schwingungsfähigkeit, Interessenlosigkeit, Rückzug sowie eine ge-

wisse Anhedonie, erhebliche Schlafstörungen, Appetitminderung; vgl. AB 107.3 S. 7 ff. Ziff. 4.3) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradiges Ausmass mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11). Soweit Dr. med. F. _____ davon abweichend die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (AB 116 S. 6 ff., 124 S. 2 Ziff. 3) stellt, fehlt ihr dazu als Praktische Ärztin grundsätzlich die psychiatrische Fachkompetenz (vgl. zur Bedeutung der fachärztlichen Qualifikation der Ärzte hinsichtlich des Beweiswertes ihrer Aussagen: Entscheid des BGer vom 15. November 2021, 9C_458/2021, E. 3.3). Invalidenversicherungsrechtlich massgebend ist denn auch nicht die genaue diagnostische Zuordnung, sondern die Auswirkung des Gesundheitsschadens auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Die Ärzte sind sich immerhin insoweit einig, als ein depressives Geschehen vorliegt. Allerdings sind nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung die verschiedenen medizinisch-psychiatrischen Interpretationen zulässig und zu respektieren, sofern die Gutachterperson – wie in concreto – lege artis vorgegangen ist (statt vieler: Entscheid des BGer vom 23. Mai 2019, 9C_851/2018, E. 4.2.2). Was die unterschiedliche Folgenabschätzung betrifft, ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass diese – gerade, aber nicht nur im Bereich der Psychiatrie – eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195, 137 V 210 E. 3.4.2.3 S. 253). Hinzu kommt, dass die behandelnden Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall die Einschätzung eher zu Gunsten ihrer Patienten vornehmen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dr. med. F. _____ bringt denn auch keine neuen Aspekte vor, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Der Umstand allein, dass der Behandler eine abweichende Meinung äussert, vermag nicht Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Dies umso mehr, als Dr. med. F. _____ erwähnte, den psychopathologischen Befund nicht vollständig erheben zu können (AB 124 S. 3 Ziff. 6). Auch der Bericht von Dr. med. H. _____ (AB 159 S. 3 f.) vermag keine neuen Aspekte aufzuzeigen und betrifft überdies erst den Behandlungszeitraum ab April 2020, womit er von vornherein nicht geeignet ist, die gutachterliche Einschätzung in Zweifel zu zie-

hen. Was den Austrittsbericht der Klinik I. _____ über den Aufenthalt vom 20. Juni bis 10. Juli 2021 (AB 170) betrifft, datiert dieser nach Verfügungserlass (vgl. zum massgebenden Sachverhalt E. 4.2 hiervor). Überdies enthält auch dieser keine neuen Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären.

4.4.4 Nach dem Ausgeführten hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt mit dem voll beweiskräftigen MEDAS-Gutachten vom 8. August 2019 (AB 107) rechtsgenügend abgeklärt. Demnach kann in antizipierter Beweiswürdigung auf ergänzende medizinische Abklärungen verzichtet werden (vgl. Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 3; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

Gestützt auf die bidisziplinäre Konsensbeurteilung (AB 107.1 S. 5 ff. Ziff. 4) ist erstellt, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit seit Oktober 2017 aufgehoben ist. In einer angepassten Tätigkeit (vgl. zum Zumutbarkeitsprofil S. 7 Ziff. 4.5) besteht nach Auffassung der Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, mit Ausnahme der Zeiträume von Oktober 2017 bis Ende Februar 2018 sowie vom 17. April 2019 bis Mitte August 2019, während derer jeweils eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jedweder Tätigkeit bestand (S. 8 Ziff. 4.7 f.).

5.

5.1 Zu prüfen bleibt damit, ob anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 der psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit ab Oktober 2017 (vgl. 107.1 S. 8 Ziff. 4.8 i.V.m. AB 107.3 S. 13 f. Ziff. 8) auch aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann (vgl. E. 3.3.1 ff. hiervor), wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416).

Die Beschwerdeführerin bringt diesbezüglich unter Hinweis auf den Entscheid des BGer vom 2. Dezember 2019, 9C_808/2018, vor, indem die Beschwerdegegnerin gestützt auf das strukturierte Beweisverfahren einen

invalidisierenden Gesundheitsschaden verneint habe (vgl. AB 108 S. 3 f.), habe sie eine unzulässige juristische Parallelprüfung vorgenommen. Denn von einer normorientierten medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit dürfe nur aus triftigen Gründen abgewichen werden (Beschwerde S. 6 Ziff. 17). Wie das Bundesgericht im vorgenannten Entscheid in E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 143 V 417 E. 6 S. 247 festgehalten hat, ist ärztlicherseits substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Dies ist vorliegend nicht erfolgt. Dr. med. D._____ erwähnte zwar die „sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten“ der Beschwerdeführerin, bezog diese jedoch nicht in überzeugender Weise in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit ein. Sie erwähnte ferner auch, dass die Beschwerdeführerin die Behandlungsoptionen nicht ausschöpft, trug diesem Umstand jedoch nicht annähernd plausibel Rechnung. Mithin liegen triftige Gründe vor, welche die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens erlauben. Aus rechtlicher Sicht kann denn auch von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer Expertise abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert gänzlich einbüsste. Darin liegt weder eine Geringschätzung der ärztlichen Beurteilung noch eine gerichtliche Kompetenzanmassung, sondern es ist notwendige Folge des rein juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit und Invalidität (Entscheid des BGer vom 21. April 2020, 8C_147/2020, E. 5.2 mit Hinweisen).

Damit hat das Gericht – ohne dass es sich dabei um eine unzulässige juristische Parallelprüfung handelt – die Leistungsfähigkeit anhand des strukturierten Beweisverfahrens eigenständig zu beurteilen.

5.2 Die klassifikatorischen Vorgaben zumindest betreffend die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, sind eingehalten (vgl. AB 107.3 S. 10 Ziff. 6; vgl. E. 4.4.3 hiavor). Die psychiatrische Gutachterin führte aus, die Beschwerdeführerin habe ihre Einschränkungen synthym geschildert (AB 107.3 S. 7 Ziff. 3.2). Hinweise auf Aggravation oder eine Verdeutlichungstendenz führte

Dr. med. D. _____ keine auf. Vielmehr konnte sie keine Inkonsistenzen feststellen (AB 107.1 S. 8 Ziff. 4.6). Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus (vgl. E. 3.3.2 hiervor), womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 3.3.3 hiervor).

5.3 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.):

5.3.1 Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

5.3.1.1 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 ff.). Im Rahmen der Untersuchung konstatierte Dr. med. D. _____ – nebst unauffälligen Befunden – unter anderem eine etwas beeinträchtigte Konzentration, einen etwas verlangsamten formalen Gedankengang, eine konzentrationsbedingte leichte Beeinträchtigung der Merkfähigkeit, des Kurz- und Langzeitgedächtnisses, eine depressiv bedingt geminderte Antriebslage, eine depressive Grundstimmung, eine geminderte affektive Schwingungsfähigkeit, eine Interessenlosigkeit, einen Rückzug sowie eine gewisse Anhedonie (AB 107.3 S. 8 Ziff. 4.3). Der Mini-ICF-Ratingbogen ergab mittelgradige Beeinträchtigungen (S. 12 Ziff. 7.4). Insgesamt kann die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde daher zumindest nicht als schwer bezeichnet werden.

5.3.1.2 Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Zur Behandlung berichtete die Gutachterin, bisher seien nur sporadisch ambulante psychiatrische Behandlungen erfolgt, einerseits kurzfristig nach dem Unfall in der ..., dann im Jahr 2004 etwa für drei bis vier Jahre mit auch psychopharmakologischer Behandlung und jetzt seit 2018 ohne psychopharmakologische Behandlung mit einer Frequenz von zweimal pro Woche. Nichtsdestotrotz seien die the-

rapeutischen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft (AB 107.3 S. 11 Ziff. 7.2). Vielmehr sollte die psychiatrisch-/psychotherapeutische Behandlung fortgeführt und intensiviert und eine Traumabehandlung erwogen werden. Zudem sollte auch eine psychopharmakologische Behandlung überdacht werden (S. 15 Ziff. 8). Diese Einschätzung deckt sich denn auch mit jener der behandelnden Ärzte (vgl. AB 116 S. 7, 124 S. 3 Ziff. 7 f., 159 S. 3). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin handelt es sich hierbei folglich nicht um eine reine Prognose (Beschwerde S. 8 Ziff. 28). Dass angeblich eine phobische Störung bezüglich der Einnahme von Medikamenten bestehen soll, wie im Bericht von Dr. med. H. _____ vom 18. Februar 2021 (AB 159 S. 3 f.) festgehalten (vgl. Beschwerde S. 9 Ziff. 30 und S. 12 Ziff. 40), überzeugt nicht. Anlässlich der Begutachtung bestanden zwar Hinweise, dass die Beschwerdeführerin bisher aus Angst vor Nebenwirkungen auf die Einnahme von Medikamenten verzichtete (vgl. AB 107.3 S. 9 Ziff. 4.3); dass diese Angst inzwischen dergestalt zugenommen hätte, dass sie krankheitswertig geworden wäre, ist jedoch nicht überzeugend dargetan. Mithin sind die Therapiemöglichkeiten bei weitem nicht ausgeschöpft und es liegt offenkundig keine ausgewiesene Behandlungsresistenz vor.

5.3.1.3 Was den Indikator Komorbiditäten (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) anbelangt, führte die Gutachterin aus, die Symptomkomplexe bedingten sich ungünstig gegenseitig und hielten sich somit gegenseitig aufrecht (AB 107.3 S. 10 Ziff. 6). Ob dieser Einschätzung mit Blick auf das in E. 4.4.3 hiavor Dargelegte überhaupt zu folgen ist, kann offenbleiben. Denn selbst wenn von Wechselwirkungen auszugehen wäre, wäre hervorzuheben, dass die Medikamentenspiegel sämtlicher Schmerzmittel ausserhalb der Nachweisgrenze liegen (AB 107.3 S. 9 Ziff. 4.3), was sich mit den Angaben der Beschwerdeführerin deckt, wonach sie die Medikamente überwiegend nicht einnehme. Die nicht ausgeschöpften psychiatrischen und psychopharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten (vgl. E. 5.3.1.2 hiavor) würden somit den Umfang relativieren, in welchem Wechselwirkungen anzunehmen wären.

5.3.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) stellte die Gutachterin keine Hinweise für eine Persönlichkeitsak-

zentuierung oder gar eine Persönlichkeitsstörung fest (AB 107.3 S. 12 Ziff. 7.4).

5.3.3 Zum Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) hielt die Gutachterin fest, die Beschwerdeführerin lebe mit ihrer Familie in einer 4.5-Zimmerwohnung. Finanziell werde sie vom Ehemann unterstützt. Die Partnerschaft werde als gut beschrieben, sie fühle sich vom Ehemann gut unterstützt. Auch der ältere Sohn helfe ihr sehr viel. Sie habe in der Schweiz Bekannte, sowohl ... als auch Derzeit habe sie eher wenig Kontakt zu diesen, welche aber Verständnis für ihre Situation hätten. Sie sehe fern, liege gerne auf dem Balkon und bei besserer Konzentration lese und koche sie gerne. Letztes Jahr sei sie in der ... in den Ferien gewesen (AB 107.3 S. 6 Ziff. 3.2). Insbesondere unter Berücksichtigung des Umstandes, dass Dr. med. D. _____ die Einbindung und Unterstützung durch die Familie explizit als Ressource bezeichnete (AB 107.3 S. 11 Ziff. 7.1; vgl. Beschwerde S. 10 Ziff. 34), ist zwar von einem relativen, aber nicht ausgeprägten sozialen Rückzug auszugehen. Vielmehr hält das soziale Umfeld durchaus gewisse Ressourcen bereit. Inwiefern durch die Berücksichtigung der familiären Ressourcen das Recht auf Familienleben gemäss Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) verletzt werden soll (Beschwerde S. 10 Ziff. 34), ist nicht nachvollziehbar.

5.4 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie „Konsistenz“. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

5.4.1 Zum Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) bemerkte die Expertin keine Diskrepanzen (vgl. AB 107.3 S. 11 Ziff. 7.3).

5.4.2 Was den Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) anbelangt, erfolgten bisher nur sporadisch ambulant psychiatrische Behandlungen ohne psychopharmakologische Therapie. Die Therapiemöglichkeiten sind daher bei weitem nicht ausgeschöpft (vgl. AB 107.3 S. 15 Ziff. 8). Erst nach Erlass des Vorbescheides, mithin möglicherweise durch das laufende

Versicherungsverfahren beeinflusst, wurde die Beschwerdeführerin nun für einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik angemeldet (AB 159 S. 3) bzw. unterzog sie sich einer stationären Behandlung in der Klinik I. _____ (vgl. AB 170).

5.5 In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren daher nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens zu verneinen ist. Vor diesem Hintergrund ist auf die psychiatrisch attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Optik nicht abzustellen.

In somatischer Hinsicht ist nach dem in E. 4.4.2 hiavor Dargelegten erstellt, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit seit Oktober 2017 aufgehoben ist. In einer angepassten Tätigkeit (vgl. zum Zumutbarkeitsprofil AB 107.2 S. 11 Ziff. 8) besteht eine vollständige Arbeitsfähigkeit mit Ausnahme für die Zeiträume von Oktober 2017 bis Ende Februar 2018 sowie vom 17. April 2019 bis Mitte August 2019, während derer als Folge der Operationen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestand (AB 107.1 S. 8 Ziff. 4.8). Gestützt auf diese somatischen Einschränkungen ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

6.

6.1 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. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2021 UV Nr. 26 S. 125 E. 6.1).

6.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2021 Nr. 51 S. 168 E. 3.2). 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/Aufenthalts-kategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). 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).

6.3 Wird auf Tabellenlöhne abgestellt, sind grundsätzlich immer die im Zeitpunkt des angefochtenen Verwaltungsaktes aktuellsten statistischen Daten zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297; SVR 2020 IV Nr. 70 S. 244 E. 4.1).

6.4 Unter Berücksichtigung der Neuanmeldung vom September 2018 (AB 57) fiel der frühestmögliche Zeitpunkt eines allfälligen Rentenbeginns

grundsätzlich auf März 2019 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG), womit ein erster Einkommensvergleich auf diesen Zeitpunkt hin durchzuführen ist. Die aufgrund der Operation vom 17. April bis Mitte August 2019 resultierende Phase der vollständigen Arbeitsunfähigkeit stellt einen Revisionsgrund dar, welcher ab Juli 2019 zu berücksichtigen ist (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV). Ebenso ist aufgrund der per Mitte August 2019 eingetretenen Verbesserung ein Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV).

6.5 Was das Valideneinkommen betrifft, stellte die Beschwerdegegnerin auf das zuletzt in den Jahren 2017 und 2018 als ... in einem 100%-Pensum im ... des Ehemannes erzielte Einkommen ab, welches Fr. 44'300.-- betrug (vgl. AB 71, 75 S. 4 Ziff. 2.12, 78.2 f., 108 S. 2 Ziff. 1). Dies ist nicht zu beanstanden und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten.

Da die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, stellte die Beschwerdegegnerin zur Bestimmung des Invalideneinkommens zu Recht auf Tabellenlöhne ab. Daraus resultiert gestützt auf die LSE 2018 (vgl. E. 7.3 hiervor), Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1, indexiert pro 2019 (gemäss Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, 2011-2021, Total, 2018: 105.9, 2019: 107.0), angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit (vgl. Tabelle „Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BFS, Total), für das Jahr 2019 ein Invalideneinkommen von Fr. 55'249.20 (Fr. 4'371.-- x 12 / 40 x 41.7 / 105.9 x 107.0).

6.6 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 44'300.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 55'249.20 resultiert ab März 2019 ein Invaliditätsgrad von 0 %, womit kein Rentenanspruch besteht.

Infolge der vollständigen Arbeitsunfähigkeit vom 17. April bis Mitte August 2019 hat die Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2019 Anspruch auf eine ganze Rente (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV).

Aufgrund der ab Mitte August 2019 eingetretenen Verbesserung (100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit; vgl. E. 5.5 hiervor) beläuft sich der IV-Grad bei einem Valideneinkommen von Fr. 44'300.-- und einem

Invalideneinkommen von Fr. 55'249.20 erneut auf 0 %, womit ab Dezember 2019 kein Rentenanspruch mehr besteht (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV).

7.

Die angefochtene Verfügung vom 11. Juni 2021 (AB 167) erweist sich damit als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

8.

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

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 in gleicher Höhe entnommen.

8.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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

Die Kammerpräsidentin:

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.