

200 21 724 IV
SCP/BOC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. Dezember 2021

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. September 2021



Sachverhalt:

A.

Die 1959 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Mai 2004 erstmals bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 2). Die IVB liess die Versicherte interdisziplinär durch Dr. med. C. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, und Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertisen vom 16. und 27. April 2005 [act. II 20 und 21]). Mit Verfügung vom 16. Mai 2005 (act. II 22) verneinte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 15 % den Anspruch auf eine Rente. Auf die dagegen erhobene Einsprache trat die IVB mit Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2005 nicht ein, was mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Februar 2006, IV 66286, bestätigt wurde (act. II 24 - 36). Dieser Entscheid blieb unangefochten.

Auf eine im April 2006 erfolgte Neuanmeldung (act. II 37) trat die IVB mit Verfügung vom 18. Mai 2006 (act. II 41) nicht ein, was sie mit Einspracheentscheid vom 8. April 2008 (act. II 48) bestätigte. Auch dieser Entscheid blieb unangefochten.

B.

Im Februar 2019 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine neu zur Schmerzkrankheit hinzugetretene Herzerkrankung erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (act. II 54). Nach Vornahme erwerblicher und medizinischer Abklärungen und Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 59, 61 - 66) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 17. April 2019 (act. II 67) bei einem Invaliditätsgrad von 15 % die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht. Nachdem die Versicherte dagegen Einwand erhob und die IVB eine Stellungnahme des RAD eingeholt hatte (act. II 70 - 74), liess die IVB die Versicherte durch die Gutachterstelle E. _____ (MEDAS) polydisziplinär in

den Disziplinen Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie und Kardiologie begutachten (Expertise vom 31. Dezember 2019 inklusive Teilgutachten [act. II 89.1 - 89.7]). Daraufhin forderte die IVB die Versicherte mit Schreiben vom 8. April 2020 (act. II 97) unter Hinweis auf die Folgen im Unterlassungsfall dahingehend zur Mitwirkung auf, als sie sich umgehend in fachspezifische kardiologische Behandlung zu begeben und die nötigen medizinischen Abklärungen inklusive allfällig angezeigter Therapie vorzunehmen habe.

Nach Eingang diverser medizinischer Unterlagen und der Einholung von Stellungnahmen des RAD (act. II 100 f., 106, 108 f., 113, 117) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 30. November 2020 (act. II 120) bei einem Invaliditätsgrad von 0 % die Ablehnung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Nachdem die Versicherte dagegen Einwände erhob und die IVB eine Stellungnahme des RAD einverlangt hatte (act. II 123, 125, 128 f.), holte die IVB bei den MEDAS-Gutachtern eine ergänzende Stellungnahme ein (act. II 130), welche am 3. Juni 2021 erstattet wurde (act. II 135).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren und Einholung weiterer Stellungnahmen des RAD (act. II 142 - 148) verneinte die IVB mit Verfügung vom 20. September 2021 (act. II 150) bei einem Invaliditätsgrad von 0 % den Anspruch auf eine Rente.

C.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B._____, am 21. Oktober 2021, ergänzt mit nachgeschobener Eingabe vom 24. Oktober 2021, Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. November 2021 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig reichte sie eine Verfügung der Ausgleichskasse des Kantons Bern vom 9. April 2021 ein, gemäss welcher die Beschwerdeführerin seit dem 1. Mai 2021 eine ordentliche Altersrente von monatlich Fr. 984.-- bezieht (act. II 152).

Der Instruktionsrichter stellte der Beschwerdeführerin mit prozessleitender Verfügung vom 25. November 2021 die Beschwerdeantwort (inklusive Protokoll per 22. November 2021 und Rentenverfügung der AHV vom 9. April 2021) in einem Doppel zu und verfügte, dass kein weiteres Beweisverfahren durchgeführt werde.

Mit unaufgeforderter Replik vom 29. November 2021 hielt die Beschwerdeführerin insbesondere fest, es bestehe rückwirkend Anspruch auf eine befristete Rente und bei dieser Sachlage bestehe auch ein Anspruch auf vorgängige Eingliederungsmassnahmen, da die Beschwerdeführerin in fortgeschrittenem Alter stehe.

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 Angefochten ist die Verfügung vom 20. September 2021 (act. II 150). Umstritten ist der Anspruch auf Rentenleistungen für die Zeit von August 2019 (frühestmöglicher Rentenbeginn bei Anmeldung im Februar 2019 [act. II 54]; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG und E. 5.4 hiernach) bis Ende April 2021, d.h. 21 Monate à Fr. 984.-- (AHV-Rente ab Mai 2021 [act. II 152]; vgl. Art. 30 IVG), womit ein Streitwert von Fr. 20'664.-- resultiert. Folglich fällt die Beurteilung der Beschwerde in die Zuständigkeit einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 i.V.m. Art. 57 Abs. 1 GSOG).

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

2.

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

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung

gung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

2.3 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 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).

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. 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. 2.2 und 2.2.1 S. 287, E. 3.6 S. 294).

2.4 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-

ditätsgrad 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 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1).

2.5

2.5.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente 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 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

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

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

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

3.

3.1 Da die Verwaltung auf die Neuanschuldung vom Februar 2019 (act. II 54) eingetreten ist, ist die Eintretensfrage nicht richterlich zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Vorliegend ist zu prüfen, ob seit der letzten rechtskräftigen Leistungsverweigerung gemäss Verfügung vom 16. Mai 2005 (act. II 22) bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 20. September 2021 (act. II 150) eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Leistungsanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.3 hiervor).

Die Verfügung vom 16. Mai 2005 (act. II 22) basierte in medizinischer Hinsicht auf der rheumatologisch-psychiatrischen Begutachtung durch die Dres. med. F._____ und G._____ (Expertisen vom 16. und 27. April 2005 [act. II 20 und 21]). Dort wurden aus interdisziplinärer Sicht die folgenden Diagnosen aufgeführt (act. II 20/7):

1. Beginnende Somatisierungsstörung
 - Panalgie, Beschwerden betont an der oberen Körperhälfte mit Neigung zur Generalisierung
2. Generalisierte Hyperlaxität im Sinne des Hypermobilitäts-Syndroms
 - Cervicalbetontes cervico- und thorakospondylogenes Syndrom
 - Langbogige thorakal rechts- und lumbal linkskonvexe Skoliose (maximal 12°)
 - Gonalgien
3. Adipositas mit Body Mass Index von 31.5
4. Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung
5. Invalider Ehemann

Mit der seit 2015 vermuteten und im Jahr 2017 bestätigten koronaren Herzerkrankung (vgl. act. II 89.7/4) hat sich mit Blick auf die vorstehend

aufgeführten Diagnosen eine wesentliche Veränderung im Gesundheitszustand ergeben, womit der Rentenanspruch frei zu prüfen ist (vgl. E. 2.5.4 hiervor).

3.2 Den Akten ist in medizinischer Hinsicht – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, gab im Bericht vom 27. Juni 2019 (act. II 72/4) an, die Beschwerdeführerin sei nicht 100 % als ... erwerbsfähig. Sie leide unter einer mittelschweren koronaren Kardiopathie, die zur Zeit immer wieder symptomatisch sei (Thoraxschmerzen, Anstrengungsdyspnoe und Blutdruckentgleisungen), sowie unter massiven muskulo-skelettären Schmerzen der Halswirbelsäule aufgrund ausgeprägter degenerativer Veränderungen mit neurokompressiven Anteilen. Eine Tätigkeit, die wie es bei ... üblich sei, besonders die Halswirbelsäule belaste, sei für die Beschwerdeführerin nicht geeignet. Eine polydisziplinäre Begutachtung und ein Arbeitsintegrationsversuch seien unabdingbar.

3.2.2 In der Konsensbeurteilung des polydisziplinären MEDAS-Gutachtens vom 31. Dezember 2019 wurden unter der Fallführung von Dr. med. I._____, Fachärztin für Prävention und Gesundheitswesen FMH, unter Einbezug der Disziplinen Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie und Kardiologie (act. II 89.1 - 89.7) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (act. II 89.1/7):

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)
2. Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2)
3. Chronisches myotendinotisches Zervikothorakalsyndrom (ICD-10: M54.2, M54.6) mit/bei
 - radiomorphologisch keinen gravierenden degenerativen Läsionen der Halswirbelsäule im MRT der HWS vom 27. August 2003 sowie in Röntgenbilder der HWS vom 15. März 2019
 - klinisch keine Hinweise auf Progression relevanter degenerativer Veränderungen, keine Hinweise auf zervikale Myelopathie, keine Hinweise auf segmentale Dysfunktion der gesamten Wirbelsäule
 - im Vordergrund klinisch myotendinotische Verspannung der paravertebralen Muskulatur in zervikalen und thorakalen Bereichen inklusive der Mus-

- culi trapezii beidseits bei sonst normal erhaltener, schmerzfreier Beweglichkeit der gesamten Wirbelsäule
- im Vergleich zum letzten Gutachten vom 16. Mai 2005 keine klinischen Hinweise auf Progression degenerativer Veränderungen

Als Diagnosen mit möglicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die Folgenden angegeben (act. II 89.1/7):

Koronare 2-Gefäss-Erkrankung

- 12/2015: neu sporadisches, belastungsabhängiges retrosternales/links-thorakales Engegefühl mit teils Ausstrahlung in den Hals und begleitender Dyspnoe
- 12/2015 TTE: normale systolische Globalfunktion bei fraglicher leichter Hypokinesie inferior-basal
- NSTEMI am 7. Juni 2017
- 7. Juni 2017 Koronarangiographie (Spital M. _____): Funktioneller Verschluss des 1. Diagonalastes (klein): PTCA/1xDES; kontrakollateralisierter chronischer Verschluss der RCA, normale LV-Funktion
- 8. Februar 2018 Dobutamin-Stressechokardiographie (Dr. med. J. _____, Praxis K. _____): keine Hinweise für eine grössere, prognostisch relevante, belastungsabhängige Myokardischämie
- cvRF: arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas
- aktuell: TTE: LVEF 63 %; Spiroergometrie: klinisch positiv, ansonsten aber bei fehlender Ausbelastung nicht diagnostisch

Die Gutachter führten zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aus (act. II 89.1/10), im Unterschied zur Vorbegutachtung werde die angestammte Tätigkeit in einer ... als eine körperlich schwere Tätigkeit klassifiziert (andere Beurteilung des Anforderungsprofils), für die aus rheumatologischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde festgehalten (act. II 89.1/10), die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolge unter dem Vorbehalt, dass aus kardiologischer Sicht in den weiteren Abklärungen eine belastungsabhängige Myokard-Ischämie ausgeschlossen werden könne. In diesem Fall widerspiegle das nachfolgende Profil und die Arbeitsfähigkeit die konsensuale Beurteilung der involvierten Gutachter. Sollte sich hingegen herausstellen, dass eine belastungsinduzierte Angina pectoris schon bei den in der aktuell durchgeführten Spirometrie geringen Belastungen aufträte, wäre die Arbeitsfähigkeit bis zur kausalen Behandlung (ggf. erneute Stenteinlage) nicht gegeben. Zum Belastungsprofil bzw. zu den qualitativen

Limitierungen gaben die Gutachter an (act. II 89.1/10), rheumatologisch gälten als geeignetes Belastungsprofil jegliche körperlich leichte Tätigkeiten ohne die Notwendigkeit, Lasten über 10 kg zu heben, zu tragen oder zu stossen. Idealerweise sollte die Möglichkeit gegeben sein, die Körperhaltung zu verändern im Stehen, Sitzen und Gehen, mit Arbeit auf Tischebene, ohne Überkopfarbeiten. Psychiatrisch sollte genügend Zeit für Pausen gegeben sein und das Team sollte rücksichtsvoll und eher klein sein. Kundenkontakt sei nicht sinnvoll. Für eine optimal adaptierte Tätigkeit bestehe aktuell bis zum Ausschluss einer belastungsabhängigen Myokardischämie keine Arbeitsfähigkeit. Sofern bei der Beschwerdeführerin eine belastungsabhängige Myokardischämie ausgeschlossen werden könne, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die (zeitliche) Einschränkung erfolge dann primär aufgrund der psychiatrischen Beurteilung. Zur Würdigung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest (act. II 89.1/10), psychiatrisch sei ein Bericht, ein psychiatrisches Gutachten, aus dem Jahr 2005 vorliegend, ansonsten keinerlei weitere Berichte. Insofern lasse sich psychiatrisch zum Verlauf in dieser Zeit kaum etwas sagen. Es sei plausibel davon auszugehen, dass die aktuell attestierte Arbeitsfähigkeit seit zirka Neuantrag für IV-Leistungen im 02/2018 (richtig: 2019) bestehe. Aus somatischer Sicht ergebe sich retrospektiv (kardiale Abklärung ausgenommen, siehe oben) bis zum Zeitpunkt der Neuanschuldung 02/2018 (richtig: 2019) keine nachvollziehbare Einschränkung.

3.2.3 Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, führte im Bericht vom 27. April 2020 (act. II 100/1 - 4) die folgenden (Haupt-)Diagnosen auf:

- Koronare 2-Gefässerkrankung
- Kardiovaskuläre Risikofaktoren: arterielle Hypertonie, Adipositas Klasse I (BMI 31 kg/m²), leichte Hypercholesterinämie (04/2020: LDL 3.1 mmol/l)

Trotz klinisch positiver (Angina pectoris) Spiroergometrie 10/2019 (Spital L._____) sei im Gesamtkontext eine grössere, das heisst prognostisch relevante Myokardischämie unwahrscheinlich (aktuell bei den täglichen 8 - 10-stündigen [richtig: km langen] Spaziergängen wie auch in der heutigen Ergometrie keine Angina pectoris bei auch elektrisch negativem Belastungstest, negative Dobutamin-Stressechokardiografie 02/2018). Nichts-

destotrotz sei in dieser unklaren Situation eine alternative, weiterführende, nichtinvasive Ischämiediagnostik angezeigt, insbesondere auch zur Klärung der IV-Situation. Diagnostisch werde eine Herzsintigrafie im Spital M. _____ (Herz-MRI sei wegen Klaustrophobie nicht möglich), eine Polysomnografie/pneumologische Kontrolle und allenfalls eine ergänzende 24h-Blutdruckmessung vorgeschlagen. Therapeutisch werde Vorderhand unverändert die konservative Behandlung des chronischen RCA-Verschlusses vorgeschlagen. Ein Revaskularisationsversuch wäre nur im Falle eines Nachweises einer grösseren, das heisst prognostisch relevanten Myokardischämie gerechtfertigt. Unter Voraussetzung des Ausschlusses einer grösseren, das heisst prognostisch relevanten Myokardischämie, und einer adäquaten medikamentös-konservativen Behandlung eines allfälligen kleineren Ischämieareals bestünden von kardialer Seite keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit.

3.2.4 Dr. med. N. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, hielt im Bericht vom 7. Juni 2020 (act. II 106) die folgenden Diagnosen fest:

1. Schweres Obstruktives Schlafapnoesyndrom AHI 35/h
 - Risikofaktoren: Adipositas; Rückenschläferin
2. Arterielle Hypertonie
3. St.n. Myokardinfarkt (keine zusätzlichen Informationen vorhanden)

Es bestehe ein schweres obstruktives und Rückenlage-dominantes Schlafapnoesyndrom. Eine CPAP-Therapie sei formal indiziert. Es sei, da sie sich eine Maskentherapie kaum vorstellen könne, auch über die Alternativen gesprochen worden. Eine Gewichtsreduktion könnte allenfalls das Problem auch lösen oder zumindest in einen Bereich führen, wo die alternativen Methoden in Frage kämen.

3.2.5 Im Zusammenhang mit einer Kurzhospitalisation im Spital M. _____ am 17. Juli 2020 wurden im Bericht vom gleichen Tag die folgenden Diagnosen aufgeführt (act. II 113/2 f.):

Koronare Herzerkrankung (ED 2017)

- 2017 NSTEMI Koronarangiographie: funktioneller Verschluss des 1. Diagonalastes (klein): PTCA/1xDES, kontrakollateralisierter chronischer Verschluss der RCA, normale LV-Funktion (LVEF 65 %)

- 10/2019 Spiroergometrie: klinisch positiv
- 13. Mai 2020 Myokard-SPECT in Ruhe und unter Belastung: Radiopharmakonminderbelegung unter Belastung im Apex mit Ausdehnung nach antero/septoapikal (ca.10 % des LV Myokards). Sonst homogene Radiopharmakon-speicherung des linksventrikulären Myokards. LVEF 55 % in Ruhe bzw. 62 % post Stress. Keine regionale Wandbewegungsstörung.

Aktuell

- 17. Juli 2020 Koronarangiographie: signifikante Stenose des mittleren RIVA: PCI/1xDES/PTCA; signifikante Stenose des DA.1: PCI/1xDES/PTCA; CTO der RCA, kollateralisiert von links; LVEF: 70 % bei LV-Hypertrophie

Der Eintritt zur Koronarangiographie (vgl. Bericht des Spitals M._____ vom 17. Juli 2020 [act. II 113/4 - 6]) erfolge nach Vorstellung auf der Notfallstation am 13. Juli 2020 aufgrund von Thoraxschmerzen (vgl. Bericht des Spitals M._____ vom 13. Juli 2020 [act. II 113/7 - 10]). In der Myokardszintigraphie habe sich ein Nachweis einer prognostisch relevanten Myokardischämie im RIVA-Gebiet gezeigt (vgl. Bericht des Spitals M._____ vom 13. Mai 2020 [act. II 101/3 f.]). Die Beschwerdeführerin klagte in den letzten Tagen vermehrt über thorakale Schmerzen, sowohl in Ruhe als auch bei Belastung, sowie eine stabile Anstrengungsdyspnoe NYHA II. Es habe sich ein komplikationsloser postinterventioneller Verlauf gezeigt. Die Punktionsstellen femoral und radial rechts seien bei Austritt indolent, ohne relevantes Hämatom gewesen und es habe kein neues Strömungsgeräusch auskultiert werden können. Das postinterventionelle EKG sei unverändert zum Vorbefund gewesen und die kardialen Biomarker hätten keinen relevanten Anstieg gezeigt. Die Patientin habe gleichentags beschwerdefrei nach Hause entlassen werden können.

3.2.6 Der RAD-Arzt Dr. med. O._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in der Stellungnahme vom 5. November 2020 (act. II 117) fest, nach der am 17. Juli 2020 durchgeführten Koronarangiographie mit erfolgreichen Interventionen bei signifikanten Stenosen im Bereich des RIVA und des ersten Diagonalastes und einer nachgewiesenen normalen links-ventrikulären Funktion (LVEF 70 %) könne aus Sicht des RAD somit der Einschätzung im Rahmen der kardiologischen Begutachtung vom 23. September 2019 gefolgt werden, dass aus kardiologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Verweistätigkeiten bestehe. Dabei sei die der Beschwerdeführerin im Rahmen der kardialen Be-

schwerden und der entsprechenden Interventionen attestierte Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen. Aus Sicht des RAD sei jedoch darauf hinzuweisen, dass gemäss der kardiologischen Verlaufskontrolle vom 27. April 2020 bei der Beschwerdeführerin bei ihren täglichen Spaziergängen von 8 - 10 km jeweils keine Angina pectoris aufgetreten sei bei chronischer Belastungsdyspnoe NYHA I (-II). Dies belege aus Sicht des RAD die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin seit der zitierten kardiologischen Begutachtung vom 23. September 2019 gut in der Lage gewesen sei, das darin aus pathologischer Sicht formulierte, angepasste Leistungsprofil ohne Einschränkungen und ohne zusätzliche Leistungsminderung gut umzusetzen trotz der anlässlich der Myokardszintigraphie vom 13. Mai 2020 nachgewiesenen Ischämie im Bereich des Herzapex, zumal die in der Folge empfohlene Koronarangiographie von der Beschwerdeführerin zuerst abgelehnt worden sei. Somit sei aus Sicht des RAD im zitierten angepassten Leistungsprofil lediglich eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit vom 13. - 27. Juli 2020 gerechtfertigt. Bezüglich des schweren obstruktiven Schlafapnoesyndroms, welches im Juli 2020 diagnostiziert worden sei, liessen sich aus Sicht des RAD keine Einschränkungen auf das anlässlich der polydisziplinären Begutachtung im September/Oktober 2019 formulierte angepasste Leistungsprofil ableiten, da sich die Beschwerdeführerin nicht mehr in pneumologischer Behandlung befinde und die ihr vorgeschlagene CPAP-Therapie offenbar nicht durchführen möchte, obwohl diese Therapie ihr aus medizinischer Sicht zumutbar wäre. Es könne am Zumutbarkeitsprofil für die angepasste Tätigkeit aus dem polydisziplinäre Gutachten vom September/Oktober 2019 festgehalten werden. Allerdings sei dabei die der Beschwerdeführerin aus kardialer Sicht aufgrund der am 13. Juli 2020 neu aufgetretenen Angina pectoris und der in der Folge am 17. Juli 2020 durchgeführten Koronarangiographie attestierte 100 %ige Arbeitsunfähigkeit vom 13. - 27. Juli 2020 zu berücksichtigen.

3.2.7 In der ergänzenden Stellungnahme vom 3. Juni 2021 (act. II 135) führten die MEDAS-Gutachter aus, im Dezember 2015 sei bei der Beschwerdeführerin bei neuen, typischen, belastungsabhängigen und laufbandergometrisch reproduzierbaren Beschwerden der Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit geäussert worden. Diesbezüglich fachärztlich empfohlene weiterführende Untersuchungen seien von der Beschwerdeführerin

zu diesem Zeitpunkt abgelehnt worden. Sie habe vorerst den geplanten Weihnachtsurlaub im ... verbringen wollen. Beschwerden träten nur unter grösseren körperlichen Belastungen auf, Hinweis auf eine instabile Situation bestünden keine (Arztbericht Dr. med. J. _____ vom 17. Dezember 2015 [act. II 64/8 - 10]). Zwischen 2015 und 2017 lägen keinerlei medizinische Berichte vor. Im Juni 2017 sei ein NSTEMI diagnostiziert worden und in der daraufhin durchgeführten Koronarangiografie habe sich eine koronare 2-Gefässerkrankung ergeben, die entsprechend versorgt worden sei mittels Stent. Folgend habe sich die Beschwerdeführerin kardial beschwerdefrei gezeigt. Der behandelnde Kardiologe Dr. med. J. _____ habe im 11/2017 einen erfreulichen Verlauf mit Beschwerdefreiheit im Rahmen der alltäglichen Belastungen attestiert (act. II 64/4 - 7). Bei postinterventioneller Beschwerdefreiheit sei maximal drei Monate nach Ereignis (NSTEMI) von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten auszugehen, d.h. hier ab September 2017. Folgend hätten sich kardiologisch in einer Dobutamin-Stress-Echokardiographie im 02/2018 keine Hinweise für eine grössere, prognostisch relevante, belastungsabhängige Myokardischämie im RCA-Versorgungsgebiet gezeigt (act. II 64/1 - 3). Weitere kardiologische Berichte fehlten. Ab dem Zeitpunkt des Gutachtens 10/2019 (Untersuchungszeitpunkt) bestehe kardiologisch eine volle Arbeitsunfähigkeit. Aber wann es, bei anzunehmender schleichender Verschlechterung des Gesundheitszustandes, zu einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen sei, lasse sich retrospektiv kardiologisch (bei fehlenden fachärztlichen Unterlagen) nicht mit abschliessender Sicherheit festlegen; wenn man jedoch den hausärztlichen Bericht vom 27. Juni 2019 berücksichtige, wäre eine Arbeitsunfähigkeit ab diesem (Bericht-)Zeitpunkt anzunehmen. Nach dem kardialen Ereignis am 7. Juni 2017 habe vorübergehend eine volle Arbeitsfähigkeit (wohl: Arbeitsunfähigkeit) bis zirka September 2017 bestanden. Ab September 2017 habe aus kardiologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten bestanden. Ab spätestens dem Gutachtenszeitpunkt, allenfalls bereits 06/2019 sei eine volle Arbeitsunfähigkeit zu attestieren bis zur Durchführung weiterführender kardiologischer Untersuchungen. Psychiatrisch werde eine 20 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit zirka dem Neuantrag für IV Leistungen im 02/2018 (richtig: 2019) zuerkannt. Dem Einwand der Rechtsanwältin sei zu entnehmen, dass zwischenzeitlich ein Herzeingriff erfolgt sei mit Nach-

weis einer Ischämie. Demnach habe sich der gutachterlich formulierte Verdacht bestätigt. Entsprechend wäre die Arbeitsfähigkeit nach erfolgtem Eingriff durch die Behandler oder allenfalls mittels kardiologischer Verlaufsbeurteilung festzulegen.

4.

4.1

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

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

4.1.3 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).

4.2 Das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 31. Dezember 2019 (act. II 89.1 - 89.7) erfüllt die höchstrichterlichen Anforderungen an ein voll beweiskräftiges Gutachten (vgl. E. 4.1.2 hiervor), da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet. Das Belastungsprofil, wonach der Beschwerdeführerin jegliche körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als 10 kg vollschichtig zumutbar sind (act. II 89.5/15, 89.1/10), steht unter dem Vorbehalt der im Begutachtungszeitpunkt noch ausstehenden kardiologischen Abklärungs- und gegebenenfalls Behandlungsmassnahmen. Aus rheumatologisch-neurologischer Sicht berücksichtigt es sowohl die altersbedingten, geringen Befunde an der Wirbelsäule als auch die langjährige muskuläre Dekonditionierung mit Insuffizienz der paravertebralen Muskulatur mit Bildung von myotendinotischen Verspannungen im Bereich der Schultergürtelmuskulatur sowie der paravertebralen Muskulatur im zervikalen und thorakalen Bereich (act. II 89.1/9). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 1) liegt nicht ein seit Jahrzehnten bestehendes Wirbelsäulenleiden vor, sondern vielmehr eine muskuläre Dekonditionierung zufolge der seit Jahrzehnten unverändert bestehenden subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung (act. II 13/3, 20/11, 89.4/11, 89.1/12).

In kardiologischer Hinsicht wurde der von der MEDAS – bei subjektiver angina pectoris (act. II 89.7/4 f.) – geäusserte Verdacht einer belastungsabhängigen Myokardischämie in der nachfolgenden Abklärung nicht bestätigt. Mit der am 17. Juli 2020 erfolgten Koronarangiographie und Angioplastie mit komplikationslosem postinterventionellem Verlauf (act. II 113/2 - 6) ist die anlässlich der Begutachtung noch vorhandene Unsicher-

heit so oder anders weggefallen und das im interdisziplinären Gutachten umschriebene Zumutbarkeitsprofil hat vollumfänglich Gültigkeit, wie der RAD-Arzt Dr. med. O. _____ am 5. November 2020 (act. II 117/ 5 f.) zutreffend festhält. Auf die Anordnung einer, wie von der MEDAS vorgeschlagenen (act. II 135/4), Verlaufsbegutachtung durfte die Beschwerdeführerin im Rahmen der antizipierten Beweiswürdigung (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) mit Fug verzichten, bestand doch nach der erfolgreich durchgeführten kardiologischen Intervention mit Implantation von zwei Stents (act. II 113/4 ff.) diesbezüglich kein weiterer Abklärungsbedarf, womit davon ausgegangen werden kann, mit den invasiven Behandlungsmassnahmen vom 17. Juli 2020 sei die Sauerstoffversorgung des Herzmuskels nachhaltig wiederher- und sichergestellt worden und der kardiologischen Beurteilung (act. II 89.7/5) komme nach Wegfall des Vorbehaltes volle Beweiskraft zu. Dass die Arbeitsunfähigkeitsangaben der behandelnden Ärztin Dr. med. H. _____ (vgl. insbesondere den Bericht vom 27. Juni 2019 [act. II 72/4]) auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beruhen und sich mit den objektiven Befunden nicht nachvollziehen lassen, wurde insbesondere im rheumatologischen Teilgutachten einlässlich nachgewiesen (act. II 89.5/13).

Sodann lässt sich, anders als dies die Beschwerdeführerin in ihrer Eingabe vom 29. November 2021 geltend macht, mit der instabilen angina pectoris kein Anspruch auf eine befristete Rente begründen. Die Indikation zur invasiven Koronardignostik ist nach den massgebenden Leitlinien zurückhaltend zu stellen (ACHENBACH/NABER/LEVENSON/BÖNING/SCHÄCHINGER, Indikation zur invasiven Koronardiagnostik und Revaskularisation, Positionspapier/Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V., in: Der Kardiologe 2017, 11:272-284). Dass eine solche Indikation laut dem behandelnden Herzspezialisten Dr. med. J. _____ nicht zu stellen war bzw. er zu diesem Zeitpunkt eine prognostisch relevante Myokardischämie für unwahrscheinlich hielt, hat er im Bericht vom 27. April 2020 (act. II 100/1 - 4) nachvollziehbar begründet, weshalb bis zu den Abklärungen im Spital M. _____ am 13. Mai 2020 (act. II 101/3 f.) eine Arbeitsunfähigkeit weder attestiert wurde noch ausgewiesen ist. Selbst bei dieser Untersuchung ergab das Belastungs-EKG kei-

nen Nachweis Ischämie-typischer ST-Streckenveränderungen und das Myokard-SPECT ergab keine regionale Wandbewegungsstörung. Einziger Befund war denn auch, dass zirka 10 % des linksventrikulären Myokards von der Durchblutungsstörung betroffen sind, was das Mindestmass zur Annahme einer prognostisch relevanten Ischämie darstellt (act. II 101/3 f., 108/3 f.; ACHENBACH/NABER/LEVENSON/BÖNING/SCHÄCHINGER, a.a.O., S. 275). Folglich ist mit Bezug auf eine leichte Tätigkeit im Sinne des gutachterlichen Zumutbarkeitsprofils vor der Notfallkonsultation am 13. Juli 2020 (act. II 113/7 ff.) eine Arbeitsunfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen bzw. bei erfolgreicher Behandlung am 17. Juli 2020 eine vorübergehende Verschlechterung von mehr als drei Monaten (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV) nicht erstellt. Mit anderen Worten erweist sich die von den MEDAS-Gutachtern ab dem Begutachtungszeitpunkt (letzte Untersuchung im Oktober 2019 [act. II 89.1/2]) nachträglich und durchgehend attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit als beweismässig nicht erstellt, beruht doch diese Beurteilung in Anbetracht des Umstandes, dass den Gutachtern die fachärztlichen Berichte nicht zur Verfügung standen, welche nach der Begutachtung erstellt wurden (act. II 135/2), einzig auf dem Hinweis im Bericht des RAD vom 26. Januar 2021 (act. II/129), dass im Juli 2020 eine Koronarangiographie und Angioplastie erfolgt sei.

Ob die der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % in einer leidensangepassten Tätigkeit (act. II 89.1/10, 89.4/12) aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht zu berücksichtigen ist, was die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf diverse Indikatoren (vgl. E. 2.3 hiervor) mit nachvollziehbarer Begründung verneint hat (vgl. act. II 150; Beschwerdeantwort S. 3 f. Ziff. 17), kann aufgrund des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin mit dem Vorbezug der AHV-Rente (vgl. act. II 152) ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben hat, letztlich offenbleiben, da bei einem Invaliditätsgrad von maximal 20 % (vgl. E. 5.5.3 hiernach) so oder anders kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad resultiert.

Schliesslich ist festzuhalten, dass die nach dem 1. Mai 2021 verfassten medizinischen Berichte (act. II 139, 141/2, 143, 146/3, 148) – mit Ausnahme der ergänzenden Stellungnahme der MEDAS-Gutachter vom 3. Juni 2021 (act. II 135; vgl. dazu jedoch die Ausführungen hiervor) – hier nicht

mehr von Relevanz sind bzw. ausserhalb des vorliegenden Beurteilungszeitraumes liegen, da der per 1. Mai 2021 erfolgte Vorbezug der AHV-Rente (act. II 152) in diesem Zeitpunkt zum Erlöschen eines allfälligen Rentenanspruchs der Invalidenversicherung führen würde (Art. 30 IVG), womit sich diesbezügliche weitere Ausführungen erübrigen.

5.

Es bleibt der Einkommensvergleich vorzunehmen.

5.1 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).

5.2 Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2019 BVG Nr. 16 S. 64 E. 4.4.2).

5.3

5.3.1 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 ange-

passten 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).

5.3.2 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 herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (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 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).

5.4 Mit Blick auf die im Februar 2019 erfolgte Neuanmeldung (act. II 54) fällt der frühestmöglich Rentenbeginn auf Anfang August 2019 (Art. 29 Abs. 1 IVG), sofern in diesem Zeitpunkt das Wartejahr abgelaufen war (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Mit Blick auf die Ausführungen der MEDAS-Gutachter in der Stellungnahme vom 3. Juni 2021 (act. II 135), wonach sich – bei anzu-

nehmender schleichender Verschlechterung des Gesundheitszustandes – retrospektiv nicht mit abschliessender Sicherheit feststellen lasse, wann es kardiologisch (bei fehlenden fachärztlichen Unterlagen) zu einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen sei, wobei unter Berücksichtigung des (nicht beweiskräftigen) hausärztlichen Berichtes vom 27. Juni 2019 (act. II 72/4) eine Arbeitsunfähigkeit ab diesem Berichtszeitpunkt anzunehmen sei, bleibt unklar, ob das Wartejahr Anfang August 2019 tatsächlich abgelaufen war. Diese Frage kann aber letztlich offen bleiben, da selbst bei deren Bejahung ein Rentenanspruch zu verneinen ist, wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen.

5.5

5.5.1 Beim Valideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin auf den Totalwert der LSE abgestellt und das Valideneinkommen auf Fr. 55'222.-- festgesetzt (act. II 150/2). Dies wirkt sich zugunsten der Beschwerdeführerin aus, würde doch aufgrund des bei der P. _____ AG im Jahr 2001 erzielten höchsten Jahreseinkommens von Fr. 43'752.-- (act. II 59) per 2019 ein Valideneinkommen von Fr. 54'863.-- resultieren (Tabelle T1.2.93_I, Nominallohnindex, Frauen, 1993 - 2001 und 2002 - 2010, Abschnitt D, Verarbeitendes Gewerbe, Industrie, Index Jahr 2001: 112.5 Punkte, Index Jahr 2010: 130.5 Punkte / Fr. 43'752.-- : 112.5 x 130.5 = Fr. 50'752.32; Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen 2011 - 2020, Wirtschaftszweig C, Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren, Index Jahr 2010: 100 Punkte, Index Jahr 2019: 108.1 Punkte / Fr. 50'752.32 : 100 x 108.1 = Fr. 54'863.25).

5.5.2 Da die Beschwerdeführerin nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine ihr an sich zumutbare Tätigkeit aufgenommen hat, hat die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen zutreffenderweise auch gestützt auf die LSE festgelegt (vgl. E. 5.3.2 hiervoor) und zwar auf der gleichen Basis wie das Valideneinkommen (vgl. act. II 150/2), womit das Invalideneinkommen ebenfalls Fr. 55'222.-- beträgt. Das medizinisch-theoretische Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt alle altersbedingt-körperlichen und psychischen Einschränkungen, weshalb kein zusätzlicher Abzug (vgl. E. 5.3.2 hiervoor) vom LSE-Lohn zu gewähren ist. Obwohl die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der ersten Leistungsprüfung im Jahr 2005 als zu 85 %

Arbeits- und Leistungsfähig galt (vgl. act. II 20 - 22), hat sie aufgrund ihrer Behinderungsüberzeugung und damit aus IV-fremden Gründen auf eine berufliche Wiedereingliederung verzichtet, weshalb sie sich nun nach mehr als 15-jähriger Untätigkeit (vgl. act. II 89.3/4) nicht auf ihr Alter berufen kann (vgl. Beschwerde S. 1 f.; Stellungnahme vom 29. November 2021 S. 2). Wie die Beschwerdegegnerin im Übrigen zutreffend darauf hinweist (Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 19), liegt hier weder eine Rentenaufhebung noch eine erstmalige befristete Rentenzusprache vor (vgl. BGE 145 V 209 E. 5.4 S. 214; Entscheid des Bundesgerichts vom 19. Mai 2020, 8C_80/2020, E. 2.3.3), weshalb vorliegend keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen geschuldet sind und sich solche mit Blick auf die per 1. Mai 2021 erfolgte Frühpensionierung auch nicht mehr als notwendig bzw. möglich erweisen.

5.5.3 Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen – so wie vorliegend (vgl. E. 5.5.1 und 5.5.2 hier vor) –, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2). Selbst wenn die aus psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % zu berücksichtigen wäre, ergäbe dies nach dem Dargelegten einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 20 %. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

6.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG) und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]); auch die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern nicht Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (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 werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 29. November 2021)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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