

200 20 158 IV  
FUE/FRN/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 25. Juli 2020**

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiberin Franzen

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. Januar 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1973 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ..., zuletzt seit 12. Januar 2010 bei der C.\_\_\_\_\_ AG mit einem Vollpensum als Mitarbeiterin ... angestellt, meldete sich im Dezember 2017 unter Hinweis auf Depressionen, Arthrose, Schlafprobleme sowie Stimmungsschwankungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 7, 23). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) erwerbliche und medizinische Abklärungen durch. Mit Mitteilung vom 25. September 2018 (AB 49) teilte sie der Versicherten mit, dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien. Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 64) hin veranlasste sie eine interdisziplinäre (Allgemeine Innere Medizin, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Psychiatrie) Untersuchung beim D.\_\_\_\_\_ (MEDAS-Gutachten vom 19. Juli 2019; AB 78.1-6). Mit Vorbescheid vom 25. Juli 2019 (AB 81) stellte die IVB in Aussicht, ab 1. August 2018 eine ganze IV-Rente befristet bis 30. September 2019 auszurichten. Hiergegen erhob der behandelnde Psychiater am 21. August 2019 Einwand (AB 86), welcher nachträglich von der Versicherten unterzeichnet wurde (AB 88 S. 5). Am 4. Oktober 2019 liess die Versicherte, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, ihre Einwände nachbessern (AB 93). In der Folge holte die IVB beim psychiatrischen Gutachter der MEDAS eine Stellungnahme ein (AB 98.1). Am 24. Januar 2020 verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend (AB 100).

### **B.**

Dagegen erhob die Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 25. Februar 2020 Beschwerde und beantragte Folgendes:

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 24. Januar 2020 sei aufzuheben und die Sache sei zur Vornahme weiterer Abklärungen

und zur Neubeurteilung im Sinne der nachfolgenden Erwägungen  
an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

-unter Kosten- und Entschädigungsfolge-

Mit Beschwerdeantwort vom 20. März 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 24. Januar 2020 (AB 100). 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 Überprüfungsbe-  
fugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen  
Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben  
(BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Folglich ist der Anspruch auf eine  
IV-Rente, unter Einschluss der unbestritten gebliebenen Zusprechung einer  
ganzen IV-Rente von 1. August 2018 bis 30. September 2019, zu prüfen.

**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 eine Verletzung  
des rechtlichen Gehörs geltend (Beschwerde S. 4 f.). Sie beanstandet, die  
Beschwerdegegnerin habe explizit nur zur schriftlichen Anhörung vom  
5. September 2019 Stellung genommen. Es sei nicht ersichtlich, ob sie die  
von ihr selbst einverlangte Begründung vom 4. Oktober 2019 überhaupt zur  
Kenntnis genommen habe. Hingegen sei ersichtlich, dass diese in der an-  
gefochtenen Verfügung in keiner Weise gewürdigt worden sei.

**2.2** Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2  
der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Die Begründungspflicht ist wesentli-  
cher 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 ge-  
gebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl  
die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Trag-  
weite 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 tatbeständli-

chen 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 2017 KV Nr. 6 S. 30 E. 5).

**2.3** Die Verfügung vom 24. Januar 2020 (AB 100) ist unter Hinweis auf die im Vorbescheidverfahren eingeholte Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters der MEDAS vom 19. November 2019 (AB 98.1) begründet worden. Korrekt ist, dass die Beschwerdegegnerin lediglich Bezug nahm auf die Anhörung vom 5. September 2019 bzw. 21. August 2019 (AB 88). Es ist jedoch zum einen festzustellen, dass – wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 20. März 2020 (S. 2) zutreffend ausführt – die Einwände vom 21. August 2019 (AB 88) und 4. Oktober 2019 (AB 93) jedenfalls partiell deckungsgleich waren, womit sich diesbezüglich eine gesonderte Stellungnahme erübrigte. Zum anderen hat sich die Beschwerdegegnerin zulässigerweise auf die wesentlichen Gesichtspunkte beschränkt (vgl. E. 2.2 hiavor). Der Beschwerdeführerin war es denn auch möglich, gestützt auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung eine ausführlich begründete Beschwerde einzureichen. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs resp. der Begründungspflicht ist vorliegend somit zu verneinen.

### **3.**

**3.1** 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).

**3.2** 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 zusätz-

lich 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. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

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

**3.5** Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invali-

denversicherung (IVV; SR 831.201) festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2019 IV Nr. 2 S. 4 E. 2).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

#### **4.**

**4.1** Zum Gesundheitszustand und zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

**4.1.1** Vom 19. Januar bis 1. Februar 2016 war die Beschwerdeführerin in stationärer Behandlung im psychiatrischen Dienst E.\_\_\_\_\_. Im Austrittsbericht vom 12. Februar 2016 (AB 25 S. 2 ff.) diagnostizierten die Ärzte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; S. 2). Die Familienanamnese sei positiv bezüglich Depressionen (S. 3). Zu Beginn des stationären Aufenthaltes habe die Beschwerdeführerin eine innere Antriebslosigkeit, gedrückte Stimmung sowie ein

Gefühl der Freundlosigkeit beschrieben. Weiter habe sie über ein vermindertes Selbstwertgefühl, Insuffizienzgefühle, Ein- und Durchschlafstörungen und von vagen suizidalen Plänen berichtet. Aufgrund dieser Symptomatik und ihrer Angaben, bereits mehrere depressive Episoden in ihrem Leben durchlebt zu haben, sei die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode gestellt worden (S. 4). Sie sei schliesslich bei remittierter depressiver Symptomatik und Abwesenheit von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung nach Hause ausgetreten (S. 4 f.).

**4.1.2** Ab dem 5. Februar 2018 war die Beschwerdeführerin in halbstationärer Behandlung in der Klinik F.\_\_\_\_\_. Im Bericht vom 1. Juni 2018 (AB 42) diagnostizierten die Ärzte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine komplexe Traumafolgestörung (sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, ICD-10 F43.8, mindestens seit Eintritt) differentialdiagnostisch eine Agoraphobie (ICD-10 F40.0, mindestens seit Eintritt, S. 5 Ziff. 2.5). Seit dem Eintritt bestehe für alle Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.3). Zu den Funktionseinschränkungen hielten die Ärzte fest, es bestehe eine stark eingeschränkte Funktion der Hände resp. Handgelenke, auch betreffend Gewichte heben, körperliche Schmerzen, Antriebsschwäche, erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, blockierende Ängste in sozialen Situationen oder an Orten mit vielen Menschen sowie Angst vor Körperkontakt durch fremde Männer (S. 42 Ziff. 3.4).

**4.1.3** Der behandelnde Psychiater, med. prakt. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 29. November 2018 (AB 62.2 S. 5 ff.) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2, S. 6). Momentan zeige sich die depressive Symptomatik remittierend. Es bestünden noch leicht ängstlich-depressive Zustände. Die Beschwerdeführerin zeige sich mehr in ihrem Selbstvertrauen und Selbstwert gestärkt. Auch habe sie gesunde Coping-Strategien entfalten können. Sie zeige sich motiviert für den Wiedereinstieg ins normale Sozial- und Arbeitsleben. Es beschäftigten sie noch die eingeschränkten somatischen Mög-

lichkeiten (Hände, die operiert seien/operiert werden müssten, S. 5). Seit November 2017 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 6).

**4.1.4** Im Austrittsbericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2018 (AB 62.2 S. 2 ff.) diagnostizierten die Ärzte des Spitals H. \_\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), eine komplexe Traumafolgestörung (ICD-10 F43.8), eine Adipositas (ICD-10 E66), einen Status nach Magenbypass-Operation sowie eine Gelenksarthrose der beiden Hände (S. 2). Beim Eintritt sei sie im Affekt labil gewesen. Ihre Grundstimmung sei deprimiert gewesen und es seien ängstlich-depressive Zustände aufgetreten. Sie sei in einem stabilisierten psychischen Zustand in frühere häusliche Umstände ausgetreten (S. 4).

**4.1.5** Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 19. Juli 2019 (AB 78.1-6) stellten die Experten nach allgemeinmedizinischen, orthopädischen sowie psychiatrischen Untersuchungen im interdisziplinären Konsens folgende Diagnosen (AB 78.1 S. 9):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Resektions-Arthroplastik des rechten Daumensattelgelenkes am 6. Mai 2019

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4)
- Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F45.9)
- Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.9)
- Geringe Kraftminderung der linken Hand nach der Resektions-Arthroplastik des Daumensattelgelenkes am 27. August 2018
- Senk-Spreizfuss beidseits
- Adipositas, derzeit erst- bis zweitgradig (BMI 35.9 kg/m<sup>2</sup>)
- Diabetes mellitus 2, derzeit remittiert
- Zustand nach Varizenoperation beidseits im November 2013

Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im psychiatrischen Teilgutachten (AB 78.3) keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Aktuell lägen im Zusammenhang mit einer Schmerzsymptomatik und damit zusammenhängenden Einschränkungen im Alltag zwar durchaus depressiv-dysphorische Affekte vor, diese befänden sich aber im normalpsychologischen Bereich einer emotionalen Reaktion auf eine Schmerzsymptomatik. Die rezidivierende depressive Störung sei gegenwärtig erneut remittiert. Die in der Gesamtheit von der Beschwer-

deführerin angegebenen Schmerzen seien nicht vollständig organmedizinisch nachvollziehbar, dies betreffe insbesondere die grosse Ausdehnung der Schmerzen. So habe sie gesagt, sie habe "praktisch am ganzen Körper Schmerzen". Es bestünden deutliche Hinweise für einen wesentlichen psychogenen Hintergrund der Schmerzproblematik. So habe sie in der Kindheit einen sexuellen Missbrauch über mehrere Jahre durch einen Onkel erlebt. Es sei bekannt, dass es nach traumatisierenden Erlebnissen zu psychosomatischen Schmerzsyndromen kommen könne, im Sinne einer Traumafolgestörung. Darüber hinaus lägen auch aktuelle psychosoziale Belastungsfaktoren vor. Zu erwähnen sei die Erkrankung des Ehemannes (Multiple Sklerose), eine langjährige Eheproblematik sowie die unsichere berufliche Zukunft der Beschwerdeführerin. Die zu diskutierende Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) liege nicht vor, weil diese Störung gemäss ICD-10 unter anderem einen erheblichen Mindestschweregrad im Sinne eines andauernden, schweren und quälenden Schmerzes voraussetze. Dieser Schweregrad liege nicht vor. Es ergebe sich somit die Diagnose einer somatoformen Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 45.9). Bezüglich des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit berichte die Versicherte durchaus über eine posttraumatische Symptomatik, das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gemäss ICD-10 F43.1 liege aber nicht vor. Hier seien die typischen Merkmale das wiederholte Erleben des Traumas hinsichtlich sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks) oder in Träumen, vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubt sein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber und Anhedonie. Ein solches Bild liege nicht annähernd vor, es ergebe sich damit die Diagnose Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F43.9; AB 78.3 S. 9 f.). In der angestammten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Emotional belastende Tätigkeiten sollten vermieden werden. Insbesondere kämen aufgrund der posttraumatischen Symptomatik keinerlei Tätigkeiten in Frage, die einen Bezug zu Gewalt hätten, wie Tätigkeiten in der I. \_\_\_\_\_ (AB 78.3 S. 12).

Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im orthopädisch-

traumatologischen Teilgutachten (AB 78.4) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Resektions-Arthroplastik des rechten Daumensattelgelenkes am 6. Mai 2019 (AB 78.4 S. 11). Seitens des Stütz- und Bewegungsapparates habe die Beschwerdeführerin "überall" Schmerzen angegeben. Hinweise auf eine Reizung zervikaler Nervenwurzeln hätten nicht bestanden. Für die angegebenen progredienten Schmerzen bei Bewegungen des Kopfes bestehe kein entsprechendes Korrelat. Anhand der aktuell erhobenen Untersuchungsbefunde seien die angegebenen Beschwerden und die angegebene Arthrose im Bereich beider Schultergelenke von orthopädisch-traumatologischer Seite ebenfalls nicht nachvollziehbar. Auch im MRI der Brustwirbelsäule habe kein pathologisches Korrelat für die angegebenen Beschwerden festgestellt werden können. Die diskrete links-konvexe skoliotische Fehlhaltung der Lendenwirbelsäule führe zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die angegebenen Beschwerden im Bereich der Hüft- und Kniegelenke und beider Oberschenkel könnten nicht nachvollzogen werden (AB 78.4 S. 10 f.). Am 27. August 2018 sei die Operation des linken Daumensattelgelenkes und am 6. Mai 2019 die Operation des rechten Daumensattelgelenkes erfolgt. Die postoperativen Behandlungsphasen dauerten jeweils etwa acht Wochen (AB 78.4 S. 12). Bis auf den im Gips befindlichen rechten Daumen seien sämtliche Fingergrundgelenke beider Hände reizlos und nicht druckempfindlich gewesen. Die geringe Verminderung der groben Kraft beider Hände sei nach dem operativen Eingriff im Sinne einer Resektions-Arthroplastik im Bereich der Daumensattelgelenke als regelrechtes postoperatives Ergebnis einzuschätzen (AB 78.4 S. 11). In der bisherigen Tätigkeit bestehe ab Anfang Juli 2019 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Ausser Tätigkeiten mit notwendigem kraftvollem Zugreifen beider Hände seien sämtliche Tätigkeiten möglich (AB 78.4 S. 14 f.).

Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte im internistischen Teilgutachten (AB 78.6) keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Nach einer Magenbypassoperation habe die Beschwerdeführerin 30 kg abgenommen, in diesem Zusammenhang sei auch der Diabetes mellitus derzeit remittiert. Es bestünden keine Beeinträchtigungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (AB 78.6 S. 8).

Im interdisziplinären Konsens hielten die Gutachter folgenden Verlauf der Arbeitsfähigkeit fest: 14. August 2017 bis 29. September 2017: Arbeitsfähigkeit 0%; 30. September 2017 bis 4. Februar 2018: Arbeitsfähigkeit 50%; 5. Februar 2018 bis 27. Oktober 2018: Arbeitsfähigkeit 0%; 28. Oktober 2018 bis 15. November 2018: Arbeitsfähigkeit 100%; 16. November 2018 bis 14. Januar 2019: Arbeitsfähigkeit 50%; 15. Januar 2019 bis 3. Mai 2019: Arbeitsfähigkeit 0%; 4. Mai 2019 bis 5. Mai 2019: Arbeitsfähigkeit 100%; seit dem 6. Mai 2019: Arbeitsfähigkeit 0%. Die Arbeitsunfähigkeit von 100% ab dem 6. Mai 2019 sei rein orthopädisch und dauere bis 8 Wochen nach der durchgeführten Resektions-Arthroplastik des rechten Daumengelenkes. Damit bestehe ab Anfang Juli 2019 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (AB 78.1 S. 11). Emotional belastende Tätigkeiten sollten vermieden werden. Insbesondere kämen aufgrund der posttraumatischen Symptomatik keinerlei Tätigkeiten in Frage, die einen Bezug zu Gewalt haben, wie Tätigkeiten in der I.\_\_\_\_\_. In somatischer Hinsicht seien ausser Tätigkeiten mit notwendigem Zugreifen beider Hände sämtliche Tätigkeiten ihrem Alter und Kenntnisstand entsprechend möglich (AB 78.1 S. 10).

**4.1.6** Im Bericht vom 21. August 2019 (AB 86) nahm der behandelnde Psychiater med. prakt. G.\_\_\_\_\_ Stellung zum MEDAS-Gutachten. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41) sei erfüllt. Im Vordergrund des klinischen Bildes stünden seit mindestens sechs Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung hätten. Psychischen Faktoren werde eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn (S. 1). Dr. med. J.\_\_\_\_\_ resp. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ hätten die Beschwerdeführerin nicht auf das Vorhandensein eines Fibromyalgiesyndroms (ICD-10: M79.7) oder einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41) untersucht, obschon sie von ganz-Körper-Schmerzen, resp. Schmerzen in den Muskeln der Oberschenkel berichtet habe. Zum Ausschluss dieser Diagnose sei keine spezifische Untersuchung (z.B. Biopsie) durchgeführt worden. Überdies sei bei der Untersuchung der Hals- und Nackenschmerzen der Ausschluss einer zervikalen Radikulopathie mittels

nativen Röntgenaufnahme bevorzugt worden, obwohl diese dem Elektromyogramm und MRI als untergeordnet eingestuft würde (S. 2). Um objektive Aussagen über Funktionsfähigkeit und Behinderung im Alltag der Beschwerdeführerin machen zu können, fehle eine standardisierte Erhebung etwa in Form des Mini-ICF-APP (Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen, orientiert an der Klassifikation der WHO). Da sich bei der Beschwerdeführerin in mehreren Bereichen eine leichte bzw. mittelgradige Beeinträchtigung zeige, sei eine volle Arbeitsfähigkeit eher unrealistisch (S. 2 f.).

**4.1.7** Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, diagnostizierte im Bericht zur 4-Wochenkontrolle vom 5. November 2019 (AB 95) insbesondere ein dorsales Handgelenkganglion rechts, Erstdiagnose 22. August 2019 bei diagnostischer Handgelenksarthroskopie rechts, Resektion des dorsalen Handgelenkganglion rechts am 8. Oktober 2019. Die Beschwerdeführerin sei sehr zufrieden und glücklich, es tue nicht mehr weh. Es bestehe ein termingerechter Verlauf (S. 1). Es liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 8. Oktober bis 10. November 2019 vor. Danach bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 2).

**4.1.8** In der Stellungnahme vom 19. November 2019 (AB 98.1) führten die MEDAS-Gutachter aus psychiatrischer Sicht aus, im psychiatrischen Gutachten werde ausführlich dargelegt, dass deutliche Hinweise für einen im Wesentlichen psychogenen Hintergrund der Schmerzsymptomatik vorlägen. Im weiteren werde dargelegt, dass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 45.4) nicht vorliege. Die somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 45.9), beinhalte Teilaspekte der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 45.4); das diesbezügliche Vollbild liege aber gerade nicht vor (S. 1). Überdies äussere sich med. prakt. G.\_\_\_\_\_ fachfremd zur orthopädisch-traumatologischen Begutachtung (S. 2). Unter Berücksichtigung der in der Qualitätsleitlinie dargelegten Einschätzung hinsichtlich des Mini-ICF-APP ergebe sich damit, dass das Mini-ICF-APP keineswegs geeignet und auch in keiner Weise dafür vorgesehen oder konzipiert worden sei, eine krankheitsbedingte Einschränkung "objektiv" zu beweisen, wie in der vorliegenden Stellungnahme des behandelnden Psychiaters suggeriert werde. Hin-

sichtlich funktioneller Einschränkungen ergebe sich aus dem MEDAS-Gutachten bzw. mit dem dortig mitgeteilten Belastungsprofil, dass die emotionale Belastbarkeit reduziert sei (S. 3). Bei fehlenden klinischen Hinweisen auf eine radikuläre Reizung bestehe keine Indikation für die Durchführung einer kernspintomographischen oder elektromyographischen Untersuchung. Während der Untersuchung habe sich die Beschwerdeführerin ganz unbehindert verhalten und bewegt. Eine konsistente Einschränkung in verschiedenen Lebensbereichen sei ebenso wenig festzustellen wie ein besonderer Schweregrad des Leidens. Die Kriterien für eine Fibromyalgie seien nicht erfüllt (S. 4). Nach der nachträglich zur gutachterlichen Untersuchung stattgefundenen Arthroskopie des rechten Handgelenkes mit Resektion eines dorsalen Handgelenks-Ganglions am 8. Oktober 2019 sei eine weitere vorübergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit für maximal vier Wochen postoperativ nachvollziehbar (S. 5).

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

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

Externen Beurteilungen, die nach Art. 44 ATSG im Verwaltungsverfahren eingeholt wurden, ist bei überzeugendem Beweisergebnis volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5).

**4.3** Das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 19. Juli 2019 (AB 78.1-6) samt Stellungnahme vom 19. November 2019 (AB 98.1) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen und überzeugt. Insbesondere basiert die Beurteilung auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

**4.3.1** Der psychiatrische Gutachter hat gestützt auf die fachärztliche Untersuchung vom 5. Juni 2019 (AB 78.3 S. 1) schlüssig und für den Rechtsanwender anhand der klassifikatorischen Vorgaben nachvollziehbar dargelegt, dass die Voraussetzungen für das Stellen der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), einer somatoformen Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F45.9), sowie einer Reaktion auf eine schwere Belastung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F43.9), erfüllt sind, nicht hingegen die diagnostischen Kriterien der anhal-

tenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; Fehlen eines andauernden, schweren und quälenden Schmerzes) sowie der PTBS (ICD-10 F43.1, fehlendes Vollbild einer PTBS; vgl. AB 78.3 S. 8 f.). Insoweit stehen die gutachterlich gestellten Diagnosen weitestgehend im Einklang mit den Einschätzungen der Ärzte des psychiatrischen Dienstes E.\_\_\_\_\_ (AB 25 S. 2), der Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_\_ (AB 42 S. 5 Ziff. 2.5), des behandelnden Psychiaters med. prakt. G.\_\_\_\_\_ (AB 62.2 S. 5 f.) sowie der Ärzte des Spitals H.\_\_\_\_\_ (AB 62.2 S. 2). Mithin sind lediglich geringe diagnostische Differenzen zwischen der Beurteilung des Experten und jener der behandelnden Ärzte auszumachen, mithin keine unauflösbaren Unterschiede oder gar diametralen Widersprüche, die weiterer Abklärungen bedürften.

**4.3.2** Der einwandweise aufgelegte Bericht des behandelnden Psychiaters med. prakt. G.\_\_\_\_\_ vom 21. August 2019 (AB 86) vermag keine Zweifel an der Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens zu wecken. Soweit der Bericht eine leicht abweichende diagnostische Einschätzung – die als Ausfluss subjektiver Interpretation des behandelnden Arztes zu werten ist (E. 4.2 hiervor) – in Bezug auf die somatoforme Störung enthält, ist zu beachten, dass es letztlich nicht in erster Linie auf die genaue diagnostische Zuordnung der unbestrittenermassen vorliegenden Störung ankommt, sondern darauf, welche Auswirkungen diese Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. BGE 143 V 418 E. 6 S. 427). Ferner ist die Kritik von med. prakt. G.\_\_\_\_\_ nicht zutreffend, der Gutachter beurteile das lange Fernbleiben von der Arbeitstätigkeit als Ressource, findet sich doch eine solche Aussage im Teilgutachten nicht (vgl. AB 78.3 S. 11 Ziff. 7.4). In der Konsensbeurteilung wird die Absenz vom Berufsleben zwar fälschlicherweise unter dem Titel "Ressourcen" aufgeführt, doch ist aufgrund der Aussage "Belastend ist ferner die längere Absenz vom Berufsleben" klar, dass es sich um eine Belastung handelt (AB 78.1 S. 10). Was die Ergebnisse des Mini-ICF-APP betrifft, aus denen der behandelnde Psychiater eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableitet (AB 86 S. 3), hat der Gutachter überzeugend dargelegt, dass die Anwendung des Mini-ICF-APP nicht vorgeschrieben ist sowie dass med. prakt. G.\_\_\_\_\_ dieses offenkundig nicht korrekt angewendet hat, weil sich die postulierten Einschränkungen, namentlich im Bereich Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, mit dem Refe-

renzkontext der letzten Tätigkeit der ... – einer vorstrukturierten Arbeit mit stets denselben, repetitiven Arbeitsschritten (II/78.4 S. 4) – nicht vereinbaren lassen (AB 98.1 S. 3; zum Referenzrahmen LINDEN/BARON/MUSCHELLA, Mini-ICF-APP, Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen, S. 40 f. Ziff. 4.3).

**4.3.3** Was die Beschwerdeführerin einwendet, vermag den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen. Zur Rüge der unzutreffenden diagnostischen Zuordnung (Beschwerde S. 5) ist zu wiederholen, dass nicht sie, sondern die Auswirkungen der Störung entscheidend sind. Des Weiteren ist festzustellen, dass sich der psychiatrische Gutachter durchaus an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 orientiert hat, womit die entsprechende Kritik der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 7 Ziff. 4.6; vgl. AB 78.3 S. 10 ff.) unbegründet ist. Fehl geht auch der Einwand, die vom psychiatrischen Gutachter "behauptete" Arbeitsfähigkeit überzeuge nicht. Zum einen ist grundsätzlich von der "Validität" der versicherten Person auszugehen und nicht umgekehrt (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). Zum anderen steht die fehlende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Einklang mit dem weitestgehend unauffälligen psychopathologischen Befund sowie den erhaltenen Aktivitäten der Beschwerdeführerin (AB 78.3 S. 5 ff.). Überdies schätzte sich die Beschwerdeführerin – in einer adaptierten Tätigkeit – selbst als zu 50-80% arbeitsfähig ein (AB 83.3 S. 8 oben). Was die Rüge betrifft, die Beschwerdeführerin hätte bezüglich einer Fibromyalgie abgeklärt werden sollen (Beschwerde S. 7-8), legte der Gutachter in der Stellungnahme vom 19. November 2019 einleuchtend dar, dass die Kriterien für eine Fibromyalgie nicht erfüllt waren (AB 98.1 S. 4). Wie der Widespread Pain Index (WPI) von 12 zustandekam, kann entgegen der Beschwerde (S. 8) aus der im Gutachten angegebenen Schmerzschilderung (AB 78.4 S. 2 f. Ziff. 3.2) im Abgleich zu den Diagnosekriterien und den relevanten Arealen ohne Weiteres entnommen werden (zu den diagnostischen Kriterien bzw. dem WPI vgl. ANDRÉ G. AESCHLIMANN ET. AL, Fibromyalgie-Syndrom: neue Erkenntnisse zu Diagnostik und Therapie, Schweiz Med Forum 2013; 13(26): 517 f.). Dass der Magenbypass nicht berücksichtigt bzw. zu wenig abgeklärt sei (Beschwerde S. 8), ist nicht nachvollziehbar, fand doch eine internistische Untersuchung statt, wobei der Experte festhielt, Folgekomplikationen der Operation seien

nicht dokumentiert (AB 78.4 S. 8). Schliesslich ist auch in Bezug auf das Arthroseleiden kein weiterer Abklärungsbedarf erkennbar, nahmen die Gutachter zum Bericht des Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 5. November 2019 (AB 95) doch überzeugend Stellung und ergänzten den Verlauf der Arbeitsfähigkeit entsprechend (AB 98.1 S. 4 f.).

**4.3.4** Mithin ist gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 19. Juli 2019 (AB 78.1-6) samt Stellungnahme vom 19. November 2019 (AB 98.1) davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin wie folgt in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war: vom 14. August 2017 bis 29. September 2017 zu 100%, vom 30. September 2017 bis 4. Februar 2018 zu 50%, vom 5. Februar 2018 bis 27. Oktober 2018 zu 100%, vom 16. November 2018 bis 14. Januar 2019 zu 50%, vom 15. Januar 2019 bis 3. Mai 2019 zu 100%, vom 6. Mai 2019 bis Ende Juni zu 100%. Ab Juli 2019 bestand wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (AB 78.1 S. 11) und vom 8. Oktober bis 10. November 2019 eine vorübergehende (postoperative) 100%ige Arbeitsunfähigkeit (AB 89.1 S. 5).

**4.3.5** Es bestehen keine Anzeichen, dass der gutachterlich attestierten (retrospektiven) Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht nicht gefolgt werden könnte. Die Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 297 f. zeigt, dass die gutachterlich attestierten Einschränkungen schlüssig und widerspruchsfrei sind: Insbesondere bestanden bei den Untersuchungen durch die Gutachter keinerlei Hinweise für Aggravation, Beschwerdebetonung oder Verdeutlichungen (AB 78.1 S. 10, 78.3 S. 10 f. Ziff. 7.3). Ferner erfolgt seit 2012 eine ambulante psychiatrische Behandlung, wobei die Beschwerdeführerin mehrfach in stationärer sowie teilstationärer psychiatrischer Behandlung stand. Während letzteren Behandlungen ist gestützt auf die Akten namentlich von einer mindestens mittelschweren Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome sowie einem hohen Leidensdruck auszugehen, wobei keine Inkonsistenzen erkennbar sind.

Gestützt auf die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist nachfolgend der IV-Grad mittels Einkommensvergleich zu ermitteln.

## 5.

### 5.1

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

**5.1.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen

und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

**5.2** Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Vorliegend ist seit 14. August 2017 eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (vgl. E. 4.3.4 hiavor). Der frühest mögliche Rentenbeginn ist deshalb unter Berücksichtigung des Wartejahres und der Anmeldung im Dezember 2017 (AB 7) in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf August 2018 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich durchzuführen.

**5.3** Ab August 2018 (frühest möglicher Rentenbeginn) war die Beschwerdeführerin für jegliche Tätigkeiten 100% arbeitsunfähig. Die nachfolgenden Phasen vorübergehender Verbesserung der gesundheitlichen Situation vom 28. Oktober bis 15. November 2018 (Arbeitsfähigkeit von 100%), vom 16. November 2018 bis 14. Januar 2019 (Arbeitsfähigkeit von 50%) und vom 4. bis 5. Mai 2019 (Arbeitsfähigkeit von 100%) dauerten jeweils weniger als drei Monate und sind deshalb nicht zu berücksichtigen (Art. 88a Abs. 1 IVV). Ab dem 1. August 2018 besteht damit ein Anspruch auf eine ganze IV-Rente.

**5.4** Ab Juli 2019 ist in einer angepassten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen (vgl. E. 4.3.4 hiavor, AB 78.1 S. 11). Diese gesundheitliche Verbesserung, welche nach drei Monaten zu berücksichtigen ist (Art. 88a Abs. 1 IVV), stellt einen Revisionsgrund dar (vgl. E. 3.5 hiavor). Damit ist auf diesen Zeitpunkt hin eine weitere Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

**5.4.1** Das Valideneinkommen ist gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin, der C.\_\_\_\_\_ AG, festzulegen. Für das Jahr 2018 resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 52'000.-- (AB 23 S. 5, 8). Indexiert auf das Jahr 2019 resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 52'832.-- (+1.6%, Bundesamt für Statistik [BFS], Nominallöhne Frauen 2011-2019,

Tabelle T1.2.10, Ziff. 10-33, Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren).

**5.4.2** Das Invalideneinkommen ist mangels Aufnahme einer Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen gestützt auf die Tabellenlöhne (LSE 2016, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Total Frauen) zu ermitteln (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Dies ergibt an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [BUA], Total) angepasst und auf das Jahr 2019 aufgerechnet ein Invalideneinkommen von Fr. 55'620.80 (Fr. 4'363.-- / 40 x 41.7 x 12 / 105.0 x 107.0, BFS Nominallohnindex Frauen, 2011-2019, T.1.2.10). Ein Abzug vom Tabellenlohn ist unter keinem der möglichen Aspekte gerechtfertigt und würde am Ergebnis auch nichts ändern.

**5.4.3** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 52'832.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 55'620.80 resultiert keine Invalidität. Folglich besteht ab Oktober 2019 kein Anspruch mehr auf eine IV-Rente, weshalb der Rentenanspruch auf Ende September 2019 zu befristen ist.

**5.5** Nach dem Dargelegten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab dem 1. August 2018 eine ganze IV-Rente befristet bis 30. September 2019 zugesprochen hat. Die gegen die angefochtene Verfügung erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## **6.**

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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

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

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

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.