

200 20 778 IV  
JAP/SHE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 9. März 2021**

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Schnyder

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. September 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1967 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Oktober 2015 mit Hinweis auf ein Burnout bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere holte sie bei der MEDAS C. \_\_\_\_\_ (MEDAS), ein interdisziplinäres internistisch-rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten vom 3. Oktober 2016 (AB 42.1) ein und gewährte Integrationsmassnahmen (Belastbarkeitstraining vom 1. Mai bis zum 30. Juli 2017 [AB 51] sowie Aufbautraining vom 31. Juli 2017 bis zum 28. Januar 2018 [AB 71, 84]). Wegen eines am 23. Oktober 2017 erlittenen Herzstillstandes und darauf folgender medizinischer Rehabilitation (AB 93/3) musste das Aufbautraining vorzeitig beendet werden (AB 88). Ab dem 12. Februar 2018 wurde bis zum 13. Mai 2018 erneut ein Aufbautraining durchgeführt (AB 109). Im Anschluss erfolgte bis zum 13. August 2018 ein Arbeitsversuch mit Coaching (AB 120). Danach gewährte die IVB Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (AB 130). Die Arbeitsvermittlung wurde nach erfolgreicher Einarbeitungszeit in eine neue Arbeitsstelle am 14. Januar 2019 abgeschlossen (AB 156). Weiter holte die IVB bei der MEDAS ein interdisziplinäres rheumatologisch-psychiatrisches Verlaufsgutachten vom 23. Mai 2019 (AB 160.1) ein und veranlasste eine Abklärung vor Ort (Abklärungsberichte vom 12. Januar 2018 [AB 102] und vom 2. April 2020 [AB 164]). Mit Vorbescheid vom 14. April 2020 (AB 165) kündigte sie der Versicherten an, ab 1. Oktober 2017 eine halbe Invalidenrente und ab 1. Januar 2018 befristet bis zum 31. August 2018 eine ganze Rente auszurichten. Weiter stellte sie in Aussicht, vor Oktober 2017 (Invaliditätsgrad von 32%) und nach Ende August 2018 (Invaliditätsgrad von 13%) einen Rentenanspruch zu verneinen. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 169) holte die IVB bei ihrem Abklärungsdienst eine Stellungnahme vom 13. August 2020 (AB 174) ein und verfügte am 15. September 2020 (AB 178) dem Vorbescheid entsprechend.

### **B.**

Mit Eingabe vom 15. Oktober 2020 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, dagegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die angefochtene Verfügung der IVB vom 15. September 2020 inkl. deren integrierende Bestandteile seien aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei ab 1. April 2016 bis 30. September 2016 eine ganze Invalidenrente, ab 1. Oktober 2016 bis 31. März 2017 mindestens eine halbe Invalidenrente, ab 1. April 2017 bis zum 31. Dezember 2018 eine ganze Invalidenrente und ab dem 1. Januar 2019 bis auf weiteres mindestens eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zuzusprechen.
3. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen mit der Massgabe, gestützt auf ein Obergutachten, welches sich zur Arbeitsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2013 bis heute sowie der Therapierbarkeit ihrer Leiden äussert, neu zu verfügen.

– Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

Mit Beschwerdeantwort vom 18. Dezember 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** Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 15. September 2020 (AB 178). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

**1.3** Soweit die Beschwerdeführerin vorbringen lässt, die Verfügung vom 15. September 2020 (AB 178) enthalte ein unklares Entscheiddispositiv (Beschwerde S. 5 f. Ziff. 2), ist ihr nicht zu folgen.

**1.3.1** Aufgabe der IV-Stellen ist es u.a. die Invalidität zu bemessen und Verfügungen über Leistungen der Invalidenversicherung zu erlassen (Art. 57 Abs. 1 lit. f-g IVG). Dagegen berechnen die Ausgleichskassen der Alters- und Hinterlassenenversicherung u.a. die Renten und zahlen diese aus (Art. 60 Abs. 1 lit. b-c IVG). Bei der erstmaligen Leistungszusprechung fordert die IV-Stelle die Ausgleichskasse auf, die Leistungsberechnung vorzubereiten. Die IV-Stelle übermittelt ihren Verfügungsteil (u.a. Beschluss betreffend Invalidität) mit den erforderlichen Begründungen und Akten der zuständigen Ausgleichskasse, welche in der Folge die Renten festsetzt und ungerechtfertigte Leistungskumulationen oder Überentschädigungen verhindert. Der Verfügungsteil der Ausgleichskasse (1. Teil) enthält u.a. die Angaben zur Leistung (ordentliche oder ausserordentliche Rente, ganze, Dreiviertel-, halbe oder Viertels-Rente sowie Betrag der Rente). Der Verfügungsteil der IV-Stelle (2. Teil) enthält u.a. die Begründung. Der Verfügungsteil der Ausgleichskasse ist demjenigen der IV-Stelle voranzustellen (Rz. 3039 ff. des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI]).

**1.3.2** Bezüglich des von der Beschwerdeführerin gerügten unklaren Dispositivs des Anfechtungsobjekts ist zwischen den beiden Verfügungsteilen zu differenzieren. Der Verfügungsteil der Beschwerdegegnerin (2. Teil; AB 178/4) klammert den Taggeldbezug während den Eingliederungsmassnahmen (vom 1. Mai bis zum 29. Oktober 2017 [AB 56, 78] sowie vom 12. Februar bis zum 13. August 2018 [AB 110, 123]) aus, während derjenige der

Ausgleichskasse (1. Teil AB 178/1) den dadurch bedingten Aufschub und Unterbruch des Rentenanspruchs bzw. die intrasystemische Leistungskoordination (vgl. dazu Art. 29 Abs. 2 IVG, Art. 43 Abs. 2 IVG, Art. 20<sup>ter</sup> der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201], Rz. 9001 ff. des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH] sowie MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 411; vgl. auch Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 13) berücksichtigt (über den Doppelbezug in den Phasen vom 12. bis 28. Februar und vom 1. bis 13. August 2018 wurde separat abgerechnet [AB 178/2]).

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

**1.5** 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 ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

**2.2.1** Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektiverte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

**2.2.2** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturier- ten 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).

**2.2.3** 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 (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287).

**2.2.4** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrahmens mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsrahmen ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

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

telsrente, 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.

**2.4** 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).

**2.5** 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 IVV 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).

**2.5.1** 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 Arbeits-

fähigkeit 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).

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).

**2.5.2** Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate ange dauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate ange dauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV). Dabei ist im Unterschied zu dem in Art. 88a Abs. 1 IVV geregelten Tatbestand der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit nicht verlangt, dass die Änderung, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate ange dauert hat, voraussichtlich weiterhin andauern muss. Das gesetzliche Erfordernis einer auf Dauer gerichteten Änderung ist mit Ablauf der dreimonatigen Wartezeit grundsätzlich erfüllt (SVR 2017 IV Nr. 71 S. 220 E. 2.3.1).

### 3.

**3.1** Was den Gesundheitszustand betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im interdisziplinären MEDAS-Gutachten vom 3. Oktober 2016 (AB 42.1) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen gestellt (AB 42.1/14 Ziff. 5.1):

- Rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11)
- Chronisch-rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, anamnestisch seit Jahren, derzeit remittiert
- Chronisch-rezidivierendes zervikovertebrales Schmerzsyndrom, derzeit remittiert
- Beginnende Fingerpolyarthrosen, vor allem an den Daumen beidseits
- Femoropatelläre und mediale Kniebeschwerden beidseits

Aus psychiatrischer Sicht sei klinisch retrospektiv eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als selbstständige ...-Besitzerin ab der Geschäftsaufgabe am 6. Oktober 2013 nachvollziehbar und plausibel. Dies würde auch den Einschätzungen der ambulanten Behandler sowie des Hausarztes entsprechen und durch den stationären Spitalaufenthalt im Spital D. \_\_\_\_\_ von Juni bis Juli 2015 unterstrichen. Ab dem Gutachtenszeitpunkt (5. Juli 2016) sei die Versicherte zu 50% arbeitsunfähig. Dies gelte bis zum Antritt einer Verweistätigkeit. Ab diesem Zeitpunkt können sie alle zwei Monate ihr Pensum um 10% steigern, bei günstigem Verlauf bis 100% nach zehn Monaten. Aufgrund ihrer Grunderkrankung sei die Versicherte nicht mehr in der Lage, in einem ...betrieb zu arbeiten, da sonst ein Rezidiv der depressiven Erkrankung zu befürchten sei. Jede andere Verweistätigkeit, z.B. auch Tätigkeiten an anderen ... oder nicht-... ..., sei möglich. Hier sollten die rheumatologischen Einschränkungen mitberücksichtigt werden. Hierbei bestehe derzeit ein 50%-iges Präsenzvermögen, d.h. bis 4.5 Stunden täglich. Die Gesamt-Wochenarbeitszeit sollte zunächst 21.25 Stunden nicht überschreiten. Das qualitative Leistungsvermögen sei dabei nicht eingeschränkt (AB 42.4/15 f. Ziff. 6.7.1 f.).

Im rheumatologischen Teilgutachten wurde ausgeführt, körperlich schwere Tätigkeiten, teilweise auch mittelschwer belastende Arbeiten oder ausgesprochen hand- und schultergürtelbelastende Tätigkeiten seien bleibend

ausgeschlossen. Eine Abschätzung bezüglich der angestammten Tätigkeit sei aufgrund der ganz unterschiedlichen Profile der Arbeit als .... schwierig. Das Tragen von schweren ... und ... sowie ein ausschliessliches Stehen und Gehen mehr als zwei Stunden mit Bewältigen von Stufen, Treppen oder Leitern sei nicht mehr möglich. Auch eine ausschliessliche ...tätigkeit mit ausschliesslichem Stehen mit teils inkliniertem Oberkörper und wiederholtem Heben von schwereren ... und wiederholtem Sich-Bücken-Müssen länger als eine bis zwei Stunden am Stück ohne Pause sei nicht zumutbar. Tätigkeiten mit einem mehr als 30%-igen Anteil derartiger Arbeiten wären wohl höchstens im Umfang von 50%, d.h. halbtags mit Pausen, zuzuerkennen. Diese Einschätzung sei arbiträr und limitiert durch das Fehlen von präzisen Angaben zum konkreten Tätigkeitsprofil der Explorandin, berücksichtige aber die kleinwüchsig-grazile Konstitution der Versicherten und die Tatsache, dass bereits vor vielen Jahren die sich entwickelnden Daumengelenksarthrosen operativ behandelt werden mussten. Für den aktuellen Gutachtenszeitpunkt (4. Juli 2016) dürfte eine im Spektrum enge Tätigkeit im ... und in der ..., die kein wiederholtes Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 3-5 kg umfasse, keinen wiederholten Kraftaufwand an den Händen beinhalte, kein wiederholtes Greifen, keine repetitiven manuellen Bewegungen und kein Gehen und Stehen länger als zwei Stunden am Stück erfordere, mit der Möglichkeit zum gelegentlichen Verrichten von sitzenden Tätigkeitsanteilen und mit nur gelegentlichem Sich-Bücken-Müssen oder mit nur gelegentlichen überkopf zu verrichtenden Tätigkeiten im Umfang von 70% zumutbar sein, soweit höchstens gelegentliches Sich-Hinknien-Müssen, Benutzen-Müssen von Treppen, Stufen oder Leitern erforderlich sei. In solchen Misch Tätigkeiten bestünden weder eine vermehrte Pausennotwendigkeit noch eine Leistungsgeschwindigkeitsminderung. Diese Beurteilung gelte ab Gutachtenszeitpunkt, sie dürfte aber bereits ab Zeitpunkt der rheumatologischen Beurteilung durch Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, im Januar 2016 Gültigkeit gehabt haben. Hinsichtlich einer Verweistätigkeit bestehe folgendes Anforderungsprofil: Für körperlich sehr leichte und leichte Tätigkeiten ohne ausschliessliches Stehen und Gehen (möglich bis zur Hälfte der Zeit), ohne Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 2-3 kg, ohne repetitives Greifen-Müssen, ohne repetitiv-monotone Handbewegungen, ohne überkopf zu verrichtende Tätigkeitsanteile, ohne Haltearbeiten mit dem Schul-

tergürtel, ohne Benutzen von Treppen, Stufen oder Leitern und ohne kniende oder kauernde Tätigkeitsanteile sei aus muskuloskelettaler Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestierbar. Diese Einschätzung dürfte bereits ab Zeitpunkt der Krankschreibung 2013 resp. der Betriebsaufgabe Gültigkeit gehabt haben (AB 42.5/11 ff. Ziff. 4).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung gingen die Gutachter davon aus, in der angestammten Tätigkeit bestehe ab Oktober 2013 bis mindestens im Januar 2016 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Ab dem Gutachtenzeitpunkt sei eine Erwerbsfähigkeit von 50% in einer Verweistätigkeit gegeben; dabei sei das qualitative Leistungsvermögen nicht eingeschränkt (AB 42.1/20 f. Ziff. 6.6).

**3.1.2** Im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 1. November 2017 wurden eine Reanimation bei Kammerflimmern, a.e. bei Prinzmetal-Angina, ein erhöhter Hämoglobingehalt im Oktober 2017, eine rezidivierende depressive Störung sowie eine Panikstörung mit Agoraphobie diagnostiziert (AB 94/8). Vom 23. Oktober bis zum 31. Dezember 2017 bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (AB 94/10; vgl. diesbezüglich auch das ärztliche Zeugnis des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 1. November 2017 [AB 99]). Im Bericht vom 8. November 2017 wurde angegeben, bis zum 31. Dezember 2017 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, danach bedürfe es einer Neubeurteilung. Es bestehe eine starke Verunsicherung/Angststörung nach Reanimation und ICD-Implantation (AB 94/4 Ziff. 1.6 f.). Eventuell bestehe ab 1. Januar 2018 eine Arbeitsfähigkeit von ca. 30% (AB 94/5 Ziff. 1.9).

**3.1.3** In der (nun bidisziplinären) Verlaufsbeurteilung der MEDAS vom 23. Mai 2019 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (AB 160.1/6 Ziff. 4.2):

- Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom
- Symptomatische Fingerpolyarthrosen, akzentuiert im Daumen- und Zeigefingerbereich beidseits
- Rezidivierende depressive Störung, derzeit leichte bis mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10)
- Ausgeprägte Persönlichkeitsakzentuierung mit abhängigen und emotional instabilen Anteilen (ICD-10 Z73)
- Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10 F40.01).

Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine deutlich verminderte Belastbarkeit des unteren Achsenskeletts sowie der Hände. Körperlich leichte oder sehr leichte Tätigkeiten seien aus rheumatologischer Sicht aber uneingeschränkt möglich. Aus psychiatrischer Sicht zeige sich eine leichte Einschränkung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, in der Anwendung fachlicher Kompetenzen, in der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, in der Selbstbehauptungsfähigkeit, in der Kontaktfähigkeit zu Dritten, in der Gruppenfähigkeit, in den familiären bzw. intimen Beziehungen und in den Spontanaktivitäten. Mittelschwer eingeschränkt sei die Durchhaltefähigkeit. In der aktuell ausgeübten Tätigkeit als ... für ... bestehe eine maximale Arbeitsfähigkeit von 60%. Diese Einschätzung gelte mit Sicherheit ab Oktober 2018. Inwieweit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im ...-Bereich eine höhergradige Arbeitsfähigkeit möglich gewesen wäre, könne aufgrund eines fehlenden biomechanischen Tätigkeitsprofils in den Akten aus der jetzigen Perspektive nicht abschliessend beurteilt werden. Unter der Voraussetzung einer körperlich leichten, höchstens gelegentlich mittelschweren Tätigkeitscharakteristik wäre wohl ab Oktober 2018 in einer derartigen Tätigkeit eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit denkbar gewesen (AB 160.1/7 Ziff. 4.3 und 4.7). In einer körperlich sehr leichten und leichten Tätigkeit mit Hantieren von Lasten von max. 3-4 kg, ohne gehäuft gebückt oder überkopf zu verrichtenden Tätigkeitsanteilen, ohne Notwendigkeit zur Kraftentwicklung im Bereich der Hände (kein repetitives Greifen), ohne repetitiv monotone Bewegungsabläufe mit wechselbelastender Tätigkeitscharakteristik und ohne Zeitdruck bestehe spätestens ab Oktober 2018 eine volle Arbeitsfähigkeit aus Sicht des Bewegungsapparates. Es gelte einschränkend anzumerken, dass ein solcher Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht existiere. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 60% hinaus jedoch unrealistisch und sogar kontraproduktiv (AB 160.1/8 Ziff. 4.8).

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, oh-

ne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

### **3.3**

**3.3.1** Der somatische Gesundheitszustand ist hinreichend abgeklärt. Die rheumatologischen MEDAS-Teilgutachten (AB 42.5, 160.2) wie auch – bzgl. des kardialen Ereignisses vom 23. Oktober 2017 mit konsekutiver Arbeitsunfähigkeit und Defibrillator-Implantation – die Atteste des Spitals D.\_\_\_\_\_ (AB 94/4 Ziff. 1.6, 94/10, 99) erfüllen die höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringen vollen Beweis. Danach bestand ab Januar 2016 in der angestammten Tätigkeit eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit, in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit im ... und in der ... eine 70%-ige Arbeitsfähigkeit. In einer optimal leidensangepassten Verweistätigkeit bestand bereits ab Zeitpunkt der Krankschreibung bzw. der Betriebsaufgabe im Jahr 2013 eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (AB 42.5/12 f.). Ab dem 23. Oktober 2017 bis am 31. Dezember 2017 bestand eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (AB 94/4 Ziff. 1.6, 94/10, 99). Seit Oktober 2018 liegt die Arbeitsfähigkeit für die nun ausgeführte Tätigkeit als ... bei 60%, für eine körperlich leichte bis höchstens gelegentlich mittelschwere Arbeit im "...bereich" bei 80% und für eine optimal den körperlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit bei 100% (AB 160.2/16 Ziff. 8.1 f.). Diese Schlussfolgerungen werden grundsätzlich von der Beschwerdeführerin nicht bestritten und widersprechen den übrigen

medizinischen Akten nicht, weshalb in der Folge darauf abgestellt werden kann.

**3.3.2** Aus psychiatrischer Sicht erfüllen die beiden psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten (AB 42.4, 160.3) – jedenfalls was Befunderhebung und Diagnostik betrifft – die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 3.2 hiavor). Insbesondere beruhen die fachärztlichen Schlussfolgerungen auf klinischen Explorationsgesprächen und sind in Kenntnis der Vorakten getroffen worden. In der Folge ist darauf abzustellen. Was die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (ab Oktober 2013 100%-ige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als selbstständige ...-Besitzerin, ab dem Gutachtenszeitpunkt [5. Juli 2016] 50%-ige Arbeitsfähigkeit bis zum Antritt einer Verweistätigkeit, anschliessend alle zwei Monate Steigerung des Pensums um 10% [AB 42.4/15 Ziff. 6.7.1] bzw. keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 60% hinaus [AB 160.1/8 Ziff. 4.8]) betrifft, ist diese unter E. 4 hiernach anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu verifizieren, wobei hierfür die Beschwerdeführerin die materielle Beweislast zu tragen hat (vgl. E. 2.2.2 ff. hiavor).

#### **4.**

**4.1** Die klassifikatorischen Vorgaben bezüglich der diagnostizierten affektiven Störung (ICD-10 F33.10/11) bzw. Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10 F40.01) sind erfüllt (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 176 ff. und 192 f.). Was die ausgeprägte Persönlichkeitsakzentuierung mit abhängigen und emotional instabilen Anteilen (ICD-10 Z73; AB 160.1/6 Ziff. 4.2) betrifft, ist diese Krankheit vorliegend nicht zu berücksichtigen, fallen doch Z-codierte Diagnosen gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 12. November 2019, 9C\_542/2019, E. 3.2) nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung und stellen grundsätzlich keine invalidisierenden Gesundheitsschäden dar (vgl. aber E. 4.2.1.3 hiernach). Weiter liegen keine Aus-

schlussgründe nach BGE 131 V 49 (vgl. E. 2.2.3 hiervor) vor, insbesondere wurde eine Aggravation, Simulation oder Symptomverdeutlichung gutachterlich ausgeschlossen (AB 42.4/15 Ziff. 6.6, 160.1/7 Ziff. 4.6).

Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus (vgl. E. 2.2.3 hiervor), womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 2.2.4 hiervor). Dabei ist bei den einzelnen Indikatoren grundsätzlich für die beiden Zeiträume, welche die beiden MEDAS-Gutachten vom 3. Oktober 2016 (AB 42.1; Phase 1) und vom 23. Mai 2019 (AB 160.1; Phase 2) abdecken, zu differenzieren.

**4.2** Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

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

**4.2.1.1** Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.).

Was die Phase 1 betrifft, konnten anlässlich der ersten psychiatrischen Begutachtung keine Einschränkungen betreffend Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routine, Flexibilität und Umstellungsvermögen (unter Berücksichtigung der Phobien bezüglich der situationsspezifischen Ängste im gastronomischen Umfeld), Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten und Gruppenfähigkeit (jeweils bezüglich des beruflichen Kontexts), Selbstpflege und Verkehrsfähigkeit (ausser bei langen Autofahrten aufgrund der Antriebsstörung und Konzentrations- sowie Aufmerksamkeitsstörung) erkannt werden. „Noch“ leichte bzw. allenfalls leichte Beeinträchtigungen fanden sich in der Fähigkeit zu Planung und Strukturierung von Aufgaben (antriebsbedingt), der Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Selbstbehauptungsfähigkeit (aufgrund der Selbstwertdefizite und Selbstzweifel sowie der getrübtten Grundstimmung), der Gruppenfähigkeit

(bezüglich des privaten Kontexts), den familiären bzw. intimen Beziehungen (z.B. bei der Fähigkeit, sich zu freuen, eingeschränkte Libido) sowie den Spontanaktivitäten (aufgrund der Antriebsstörung). Was die Durchhaltefähigkeit betrifft, gaben die Gutachter an, aufgrund der noch vorhandenen Antriebsstörung, Energielosigkeit und getrübt Stimmung sei die Beschwerdeführerin derzeit noch mittelgradig limitiert, die Prognose sei aber günstig (AB 42.4/11 Ziff. 4.2). Damit fielen im Rahmen der Untersuchung die funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen weitgehend unauffällig aus, bzw. sind als leicht einzustufen. Folglich kann die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome jedenfalls nicht als schwer bezeichnet werden.

Betreffend Phase 2 ergibt sich im Wesentlichen das Gleiche: Anlässlich der zweiten psychiatrischen Exploration zeigte sich eine leichte Einschränkung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, in der Anwendung fachlicher Kompetenzen, in der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, in der Selbstbehauptungsfähigkeit, in der Kontaktfähigkeit zu Dritten, in der Gruppenfähigkeit, in den familiären bzw. intimen Beziehungen und in den Spontanaktivitäten. Mittelschwer beeinträchtigt wurde nur die Durchhaltefähigkeit beurteilt (AB 160.1/7 Ziff. 4.3).

Zusammenfassend kann die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome weder für Phase 1 noch 2 als schwer bezeichnet werden.

**4.2.1.2** Sodann ist auf den Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder die -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f).

Im psychiatrischen MEDAS-Gutachten aus dem Jahr 2016 wird dargelegt, der psychiatrische Erstkontakt hätte erst im Juni 2015 stationär bzw. im August 2015 dann ambulant stattgefunden. Nach Vorarbeit durch den ambulanten Behandler sei es gelungen, eine stationäre Behandlung einzuleiten, welche als sehr erfolgreich bewertet werden dürfe. Die psychiatrische ambulante Weiterbehandlung solle dringend fortgesetzt werden und dabei an der Einnahme der verordneten Pharmaka und an der Alkoholtrinkmengenreduktion, falls eine Abstinenz nicht möglich sei, gearbeitet werden; die Prognose sei günstig (AB 42.4/16 Ziff. 6.8). Auch im psychiatrischen Ver-

laufsgutachten aus dem Jahr 2019 wurde die Fortführung der ambulanten psychiatrischen Behandlung, unter Beachtung der Persönlichkeitsaspekte der Beschwerdeführerin, befürwortet (AB 160.3/17 Ziff. 8.3). Zudem fanden bzw. finden mit Ausnahme von drei ein- bis zweieinhalb Monate dauernden stationären Aufenthalten in den Jahren 2015 (AB 14/2), 2016 (AB 38/2) und 2017 (AB 61/2) neben der Einnahme von Medikamenten lediglich ambulante psychotherapeutische Sitzungen statt. Die Beschwerdeführerin betitelte deren Abstände auf 40 Tage seit der Entlassung in des Spitals D. \_\_\_\_\_ im Juli 2015. Bis Oktober 2018 hätte eine Sitzung 50 Minuten gedauert, seither nur noch 30 Minuten (AB 160.3/9). Bezüglich der Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen sind den Akten unterschiedliche (von wöchentlich [AB 95/4] bis 14 Tagen [AB 19/4 Ziff. 1.5]) bzw. gar keine Angaben zu entnehmen (AB 42.4). Der behandelnde Psychiater Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab in seinem Schreiben vom 12. Oktober 2020 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 3) an die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin an, seit 2015 sei es zu dichteren wie auch selteneren Terminen gekommen. Speziell nach dem Herzstillstand im Oktober 2017 sei es zu einer regelmässigen „Terminserie“ mit 14-tägigen Abständen gekommen. Erst ab Mai 2019 habe er wieder eher monatliche Abstände gewählt. Wie es sich damit genau verhält, kann offen bleiben. Denn so oder anders kann weder für Phase 1 noch für Phase 2 von einer ausgewiesenen Behandlungsresistenz die Rede sein.

Weiter ist für beide Phasen eine Eingliederungsresistenz zu verneinen, zumal die Beschwerdeführerin seit Abschluss der Eingliederungsmassnahmen eine Tätigkeit von 60% ausführt.

**4.2.1.3** Was den Indikator Komorbiditäten anbelangt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3, S. 300 ff.), bestehen für Phase 1 keine Hinweise für ressourcenhemmende Begleiterkrankungen. Im MEDAS-Gutachten vom 3. Oktober 2016 wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht lediglich eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert (AB 42.1/4 Ziff. 5.1). Was die somatischen Beschwerden und Einschränkungen betrifft, wurde diesen in einer Verweistätigkeit kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (AB 42.1/21 Ziff. 6.7). Was die Phase 2 betrifft, sind

dem psychiatrischen Verlaufsgutachten aus dem Jahr 2019 (AB 160.3) keine Hinweise zu entnehmen, dass eine Wechselwirkung zwischen der rezidivierenden depressiven Störung und der Panikstörung mit Agoraphobie besteht. Die ausgeprägte Persönlichkeitsakzentuierung mit abhängigen und emotional instabilen Anteilen ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung insoweit rechtlich bedeutsam und zu berücksichtigen, als ihr ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 430; Entscheid des BGer vom 9. Mai 2018, 9C\_899/2017, E. 4.2.3). Diesbezüglich hielten die Gutachter fest, die Persönlichkeitsakzentuierung erschwere die Coping-Strategien der Beschwerdeführerin im Umgang mit den anderen psychiatrischer- und rheumatologischerseits diagnostizierten Krankheitsbildern (AB 160.1/7 Ziff. 4.4); dieser Umstand fällt indes nicht erheblich ins Gewicht. Im Verlaufsgutachten gelangten die Gutachter zum Schluss, dass die somatischen Beschwerden und Einschränkungen sich bei einer angepassten Tätigkeit nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (AB 160.1/8 Ziff. 4.8).

**4.2.2** Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) wurden im ersten psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten weder eine Persönlichkeitsakzentuierung noch eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (AB 42.4/12 Ziff. 5). Im psychiatrischen Verlaufsgutachten wurde zwar eine ausgeprägte Persönlichkeitsakzentuierung mit abhängigen und emotional instabilen Anteilen (ICD-10 Z73) diagnostiziert (AB 160.3/12 Ziff. 6.1), jedoch ist den psychiatrischen Ausführungen klar zu entnehmen, dass es der Beschwerdeführerin aus eigener Kraft gelungen ist, eine Arbeitsstelle zu finden und sich dort zu bewähren. Auch hat sie trotz schwieriger äusserer Umstände, psychischer Erkrankung und finanziellen Belastungen ihre Ehe aufrechterhalten können. Sie wird der Doppelrolle Arbeit, Haushalt und Mutter sowie Ehefrau gerecht (AB 160.3/16 Ziff. 7.4). Damit liegen vorliegend keine ausgeprägten negativen Auswirkungen der Persönlichkeitsstruktur vor und es ist nicht von dauerhaften und ressourcenhemmenden Einschränkungen der Persönlichkeit auszugehen.

**4.2.3** Zum Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist den Akten das Folgende zu entnehmen: Die Beschwerdeführerin lebt mit ihrem Mann sowie dem gemeinsamen Sohn in häuslicher Gemeinschaft

(AB 42.4/8 Ziff. 3.4, AB 160.3/6 Ziff. 3.2). Sie selbst bezeichnet ihre Partnerschaft zum Ehemann als „gut“ (AB 42.4/9 Ziff. 3.5, AB 160.3/7 Ziff. 3.2). Weiter gab sie an, sie versuche ihr soziales Netz wieder aufzubauen (AB 42.5/5 Ziff. 2.1). Zudem hat sie zu ihrer Mutter einen regelmässigen und guten „ Draht“ (AB 42.1/8 Ziff. 3.1; mehrere Telefonate täglich [AB 160.3/15 Ziff. 7.2]). Weiter nimmt sie an Geburtstagsfeiern teil und ging während des Klinikaufenthaltes mit den Rehabilitanden in den „Ausgang“, bzw. ging danach „unter die Leute“ (AB 42.1/8 Ziff. 3.2.1); mit den Mitpatienten hat sie seither einen "positiven" Kontakt (AB 42.4/4 Ziff. 3.1; vgl. auch AB 42.4/8 Ziff. 3.4 sowie AB 42.1/10 Ziff. 3.2.1). Die erneute Aufnahme sozialer Kontakte wurde auch anlässlich der Verlaufsbeurteilung berichtet (AB 160.3/3 Ziff. 3.2). Weiter ist die Beschwerdeführerin integriert in der Arbeitswelt, zuerst ab Mai 2017 anlässlich der Integrationsmassnahmen (AB 51, 71, 109, 120), ab dem 1. Oktober 2018 als Mitarbeiterin für die Abteilung ... (Zweigniederlassung ...) der G. \_\_\_\_\_ AG in einem Pensum von 60% (AB 139/2). Damit besteht weder für Phase 1 noch Phase 2 ein sozialer Rückzug und die Beschwerdeführerin verfügt über mobilisierende Ressourcen. Dies zumal nicht anzunehmen ist, dass sie vor dem Eintritt des Gesundheitsschaden mehr soziale Kontakte hatte, gab sie doch bereits anlässlich der ersten MEDAS-Begutachtung 2016 an, Hauptbelastungsfaktor in den letzten Jahren sei eine kaum zu bewältigende Dreifachbelastung als vollzeittätige Chefin, Mutter und Hausfrau mit zusätzlicher Bürotätigkeit für den Betrieb gewesen (AB 42.1/18 Ziff. 6.3; vgl. auch AB 42.4/5 Ziff. 3.2 und AB 160.3/5 Ziff. 3.2 [sechs Tage die Woche zu je 12-13 Stunden Arbeit im ..., Bürotätigkeit sowie Haushaltsarbeiten am freien Tag]) und sie hätte früher keine Zeit für Hobbies gehabt (AB 42.5/5 Ziff. 2.1).

**4.3** Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4. S. 303).

**4.3.1** Bezüglich des Indikators "gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt alle Arbeiten verrichten kann inkl. Kochen, Waschen, Putzen und Erledigung der Einkäufe; auch Autofahren sei möglich. Weiter geht sie zwei Stunden pro Tag „Walken“ und benutzt das Fahrrad. Zudem

hat sie einen "Pflanzblätz" neben dem Haus (AB 42.5/5 Ziff. 2.1, AB 160.3/6 f. Ziff. 3.2) und verrichtet leichte Gartenarbeit im grossen Garten (AB 42.4/8 Ziff. 3.4, AB 42.1/10 Ziff. 3.2.1). Gemäss der Verlaufsbegutachtung macht sie nun offenbar keine Gartenarbeit mehr und die Einkäufe tätigt sie zwischenzeitlich mit dem Ehemann zusammen (AB 160.3/18 Ziff. 8.4). Weiter hilft sie offensichtlich auch ihrer Mutter bei den Einkäufen und den Haushaltsarbeiten und telefoniert mehrmals am Tag mit ihr (AB 160.3/15 Ziff. 7.2, AB 160.3/18 Ziff. 8.4). Damit lassen sich ihre Freizeitaktivitäten und erhaltenen Fähigkeiten weder für Phase 1 noch 2 mit den aus psychiatrischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeiten in einer leidensangepassten Arbeit vereinbaren, wären diesfalls doch weitaus höhere Einschränkungen zu erwarten.

**4.3.2** Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) spricht für einen gewissen Leidensdruck. Von dessen besonderer Ausprägtheit kann jedoch in Anbetracht, dass mit Ausnahme von drei ein bis zweieinhalb Monate dauernden stationären Aufenthalten in den Jahren 2015 (AB 14/2), 2016 (AB 38/2) und 2017 (AB 61/2) seit Juli 2015 lediglich ambulante psychiatrische Behandlungen in unterschiedlichen Abständen von wöchentlich bis alle 40 Tagen stattfinden, nicht gesprochen werden und es ist in Anlehnung an die höchstrichterliche Rechtsprechung (Entscheid des BGer vom 31. Juli 2019, 8C\_206/2019, E. 7.2.3) aufgrund der eher niedrigen Therapiefrequenz für Phase 1 und 2 nicht von einem grossen Leidensdruck auszugehen.

**4.4** Wenngleich die Indikatoren der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome bzw. Komorbiditäten sowie der Komplex Persönlichkeit allenfalls für eine gewisse funktionelle Einschränkung bzw. eine gewisse Ressourcenhemmung sprechen, stehen die übrigen Komplexe der psychiatrischerseits attestierten Arbeitsunfähigkeit entgegen. In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren mithin nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens zu verneinen ist. Vor diesem Hintergrund ist auf die psychiatrischerseits attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht nicht abzustellen.

Aufgrund des Dargelegten fehlt es der Beschwerdeführerin diesbezüglich an einem invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden, weshalb sie wegen den psychischen Leiden keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat.

**4.5** Aufgrund des Dargelegten sind somit für die Invaliditätsbemessung (vgl. E. 5 hiernach) allein die somatischen Beschwerden mit folgenden Arbeitsunfähigkeitszeiten massgebend: In der angestammten Tätigkeit besteht ab Januar 2016 eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit (AB 42.1/20 Ziff. 6.6, AB 42.5/12 Ziff. 4), in einer leidensadaptierten Arbeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit ab Oktober 2013 (AB 42.1/21 Ziff. 6.7). Vom 23. Oktober bis zum 31. Dezember 2017 bestand für sämtliche Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (AB 94/4 Ziff. 1.6, 94/10, 99). Ab Oktober 2018 besteht in einer leidensadaptierten Arbeit eine Arbeitsfähigkeit von 100% (AB 160.1/8 Ziff. 4.8 [ggf. Anforderung Nischenarbeitsplatz], 160.2/16 Ziff. 8.2). Was den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 30. September 2018 betrifft, erachtete Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), in der Aktenbeurteilung vom 20. Dezember 2017 nach dem kardialen Ereignis vom Oktober 2017 mit konsekutiver Arbeitsunfähigkeit bereits ab Anfang 2018 wieder das gutachterliche Zumutbarkeitsprofil (also eine rein somatisch uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit) für massgebend (AB 100). Seitens des behandelnden Kardiologen Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin, wurde indes zunächst noch eine Wiederaufnahme der Arbeit mit 40% und rascher Steigerung gemäss psychischem Leiden empfohlen (AB 114/5, 115/2 Ziff. 9). Im rheumatologischen MEDAS-Verlaufsgutachten sah sich der Gutachter ausser Stande, retrospektiv zu beurteilen, ob die von ihm geschätzte uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bereits während des Arbeitsversuchs ab dem 14. Mai 2018 bestand (AB 160.2/17 Ziff. 8.2). Unter Ausklammerung der psychischen Beschwerden sowie unter Berücksichtigung der im Wesentlichen unveränderten muskuloskelettalen Situation (AB 160.2/18 Ziff. 8.4) steht fest, dass die in beiden MEDAS-Gutachten rheumatologisch attestierte medizinisch-theoretische 100%-ige Arbeitsfähigkeit einzig durch die zwischenzeitlichen kardiologischen Beschwerden unterbrochen wurde. Vor diesem Hintergrund erscheint die arbiträre Annahme der Beschwerdegegnerin, wonach überwie-

gend wahrscheinlich spätestens ab Ende Aufbautraining per 13. Mai 2018 wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestand (AB 164/5 Ziff. 5), wohlwollend; in der Folge ist darauf abzustellen.

## **5.**

**5.1** 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). Angesichts der in Art. 25 Abs. 1 IVV vorgesehenen Gleichstellung der invalidenversicherungsrechtlich massgebenden hypothetischen Vergleichseinkommen mit den AHV-rechtlich beitragspflichtigen Erwerbseinkommen kann das Valideneinkommen von Selbstständigerwerbenden zumeist aufgrund der Einträge im Individuellen Konto bestimmt werden. Weist das bis zum Eintritt der Invalidität erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist dabei auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 135 E. 6.2; 2017 IV Nr. 6 S. 17 E. 4.6.2).

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

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern

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

### **5.3**

**5.3.1** Frühestmöglicher Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der Leistungsanmeldung vom Oktober 2015 (AB 1) und der Sechsmonatsfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG April 2016. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war zu diesem Zeitpunkt noch nicht erfüllt, denn aus somatischer Sicht bestand erst ab dem 15. Januar 2016 eine Arbeitsunfähigkeit (50%; vgl. E. 4.5 hiervor). Damit lief das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erst Mitte Januar 2017 ab. Der Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginnes ist demnach der 1. Januar 2017 (Art. 29 Abs. 3 IVG), weshalb der Einkommensvergleich auf das Jahr 2017 hin durchzuführen ist.

**5.3.2** Es ist unbestritten und erstellt, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit ihre selbstständige Erwerbstätigkeit als ... eines ... weitergeführt hätte, weshalb das Valideneinkommen aufgrund des zuletzt – ohne Invalidität – erzielten Einkommens festzusetzen ist. Gestützt auf die im Auszug aus dem Individuellen Konto (IK; AB 7) ersichtlichen Einträge ergibt sich, dass die Einkommen starken und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretenen Schwankungen unterlagen. Daher ist das in den drei Jahren vor der Geschäftsaufgabe (2010-2012) erzielte Durchschnittsein-

kommen zu berücksichtigen. Im Jahr 2010 betrug das Einkommen der Beschwerdeführerin gemäss IK-Auszug Fr. 64'200.--. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung per 2017 (vgl. Tabelle T1.2.10 des BfS, Nominallohnindex, Frauen 2011-2019, Ziff. 55/56 [Beherbergung und Gastronomie], 100 [2010], 105.9 [2017]) ergibt sich ein Wert von Fr. 67'987.80 (Fr. 64'200.-- / 100 x 105.9). Im Jahr 2011 betrug das Einkommen Fr. 62'000.--. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung per 2017 (100 [2011], 105.9 [2017]) ergibt sich ein Wert von Fr. 65'658.-- (Fr. 62'000.-- / 100 x 105.9). Im Jahr 2012 ist dem IK-Auszug ein Einkommen von Fr. 30'000.-- zu entnehmen. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung per 2017 (102.9 [2011], 105.9 [2017]) ergibt sich ein Wert von Fr. 30'874.65 (Fr. 30'000.-- / 102.9 x 105.9). Somit resultiert ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 54'840.15 ((Fr. 67'987.80 + Fr. 65'658.-- + Fr. 30'874.65) / 3).

**5.3.3** Das Invalideneinkommen ist entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 12 Ziff. 7) ab Januar 2017 anhand der Tabellenlöhne zu ermitteln, da sie ihre Restarbeitsfähigkeit zum damaligen Zeitpunkt gar nicht verwertete (E. 5.2 hiervor). Im tiefsten Kompetenzniveau der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level der LSE 2016 verdienten Frauen im Jahr 2016 monatlich Fr. 4'363.--. Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Totalwert der Tabelle "Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche" des BfS) sowie die Nominallohnentwicklung per 2017 (Tabelle T1.2.10 des BfS, Nominallohnindex, Frauen 2011-2019, Totalwert, 105.0 [2016], 105.4 [2017]) ergibt dies ein Jahreseinkommen von Fr. 54'789.05 (Fr. 4'363.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.7 Stunden / 105.0 x 105.4). Hiervon hat die Beschwerdegegnerin eine Leistungsfähigkeit von 70% berücksichtigt, was zu Gunsten der Beschwerdeführerin ausfällt, zumal gemäss den Ausführungen unter E. 4.5 hiervor ab Oktober 2013 in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit bestand. Da auch bei Berücksichtigung einer 70%-igen Leistungsfähigkeit in einer Verweistätigkeit kein Rentenanspruch ab Januar 2017 entstand (vgl. E. 5.3.4 hiernach), braucht diese Frage nicht abschliessend beurteilt zu werden. Weiter hat die Beschwerdegegnerin einen leidensbedingten Tabellenlohnabzug von 5% gewährt. Hinweise, welche ei-

nen höheren Abzug zu begründen vermöchten, sind den Akten nicht zu entnehmen und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht, zumal die Berücksichtigung der 30%-igen Einschränkung zumindest grosszügig war. Damit beläuft sich das Invalideneinkommen auf Fr. 36'434.70 (Fr. 54'789.05 x 70% x 95%).

**5.3.4** Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert per Januar 2017 ein aufgerundeter (BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1) rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 34% ( $[\text{Fr. } 54'840.15 - \text{Fr. } 36'434.70] / \text{Fr. } 54'840.15 \times 100$ ).

**5.4** Vom 23. Oktober bis zum 31. Dezember 2017 bestand für sämtliche Tätigkeiten keine Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 4.5 hiervor). Da die Beschwerdeführerin davor in der angestammten Tätigkeit durchschnittlich zu 50% arbeitsunfähig war (vgl. E. 5.3.1 hiervor), besteht - vorbehaltlich des Aufschubs im Sinne von Art. 29 Abs. 2 IVG, wonach der Rentenanspruch solange nicht entsteht, wie die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann - ab 1. Oktober 2017 zunächst Anspruch auf eine halbe Rente und erst nach drei Monaten, also ab 1. Januar 2018, Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; Art. 88a Abs. 1 bzw. Abs. 2 IVV; BGE 121 V 264 E. 6b dd und E. 7 S. 275; Rz. 4001 f. KSIH; MEYER/REICHMUTH, a.a.O., S. 304 und 410). Zuzug des Taggeldbezugs bis am 29. Oktober 2017 (AB 71) verschiebt sich der Rentenbeginn damit auf den 1. November 2017.

**5.5** Wie bereits dargelegt (vgl. E. 4.5 hiervor), bestand spätestens ab dem 14. Mai 2018 in einer leidensadaptierten Tätigkeit wieder eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. Dies stellt einen Revisionsgrund dar, weshalb auf diesen Zeitpunkt hin ein Einkommensvergleich vorzunehmen ist.

**5.5.1** Was das Valideneinkommen betrifft, sind die in den Jahren 2010 bis 2012 erzielten Einkommen (vgl. E. 5.3.2) gestützt auf die Tabelle T1.2.10 des BfS, Nominallohnindex, Frauen 2011-2019, Ziff. 55/56 (Beherbergung und Gastronomie), auf das Jahr 2018 zu indexieren. Bei einem massgebenden Teuerungswert von 106.4 ergibt dies für die einzelnen Jahre folgende Werte: Für das Jahr 2010 resultiert ein Wert von Fr. 68'308.80 (Fr.

64'200.-- / 100 x 106.4), für das Jahr 2011 ein solcher von Fr. 65'968.-- (Fr. 62'000.-- / 100 x 106.4) und für das Jahr 2012 ein Betrag von Fr. 31'020.40 (Fr. 30'000.-- / 102.9 x 106.4). Damit resultiert für das Jahr 2018 ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 55'099.05 ([Fr. 68'308.80 + Fr. 65'968.-- + Fr. 31'020.40] / 3).

**5.5.2** Was das Invalideneinkommen betrifft, so ist dieses für das Jahr 2018 ebenfalls anhand von Tabellenlöhnen zu berechnen, zumal die Beschwerdeführerin mit der Festanstellung ab Oktober 2018 ihre Restarbeitsfähigkeit bei einem Pensum von 60% und einem Jahreslohn von Fr. 30'550.-- nicht optimal verwertet (AB 139/2), da sie auf dem hypothetischen Arbeitsmarkt ein höheres Einkommen (vgl. die Ausführungen hiernach) erzielen könnte (vgl. Entscheid des BGer vom 22. April 2020, 8C\_5/2020, E. 5.1). Im tiefsten Kompetenzniveau der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level der LSE 2018 verdienten Frauen im Jahr 2018 monatlich Fr. 4'371.--. Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Totalwert der Tabelle "Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche" des BfS) ergibt dies ein Jahreseinkommen von Fr. 54'681.20 (Fr. 4'371.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.7 Stunden). Hiervon hat die Beschwerdegegnerin einen grosszügigen Tabellenlohnabzug von 15% getätigt, womit sich das Invalideneinkommen auf Fr. 46'479.-- (Fr. 54'681.20 x 85%) reduziert. Anzumerken ist, dass sämtliche körperlichen Einschränkungen bereits im Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt wurden und 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). Von einem Eingreifen in das Ermessen der Verwaltung kann jedoch abgesehen werden. Denn aufgrund der übrigen Gründe Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad rechtfertigt sich kein weiterer Abzug vom Tabellenlohn und es resultiert auch bei Berücksichtigung eines 15%-igen leidensbedingten Abzugs kein Rentenanspruch (vgl. 5.5.3 hiernach). Selbst wenn die Beschwerdeführerin auf einen Nischenarbeitsplatz angewiesen sein sollte (AB 160.1/8 Ziff. 4.8), so würde dies nicht zur Verneinung des Vorhandenseins entsprechender Arbeitsgelegenheiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt führen. Der Angebotsfächer des ausgeglichenen Arbeitsmarktes umfasst auch ausserhalb ge-

schützter Werkstätten Arbeits- und Stellenangebote, bei welchen mit einem sozialen Entgegenkommen des Arbeitgebers zu rechnen ist (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 6 E. 4.4, 2008 IV Nr. 62 S. 205 E. 5.1).

**5.5.3** Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein aufgerundeter und rentenausschliessender Invaliditätsgrad von maximal 16% ( $[(\text{Fr. } 55'099.05 - \text{Fr. } 46'479.--)] / \text{Fr. } 55'099.05 \times 100$ ). In Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV, wonach Verbesserungen jeweils nach Ablauf von drei Monaten zu berücksichtigen sind (vgl. E. 2.5.2 hiervor), hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die ab 1. November 2017 zugesprochene ganze Invalidenrente per 31. August 2018 aufgehoben.

**5.6** Zusammenfassend ist die Verfügung vom 15. September 2020 (AB 178) im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## 6.

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG (in der bis 31. Dezember 2020 gültigen Fassung) 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** 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]).

**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):
  - Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**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.