

200 21 64 IV  
ACT/SCC/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 3. März 2022**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Dezember 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1976 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurde am 1. Dezember 2014 auf dem Fussgängerstreifen von einem Auto erfasst und erlitt Verletzungen (Akten der Invalidenversicherung, [act. II] 1.4/1). Sie meldete sich am 24. März 2015 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (act. II 3). Nachdem die IVB Abklärungen durchgeführt und die Versicherte gegen den Vorbescheid vom 11. Juni 2018 (act. II 70) Einwand erhoben hatte (act. II 78, 81), veranlasste die IVB eine interdisziplinäre Begutachtung durch die C. \_\_\_\_\_ (MEDAS-Gutachten vom 26. Juni 2019 [act. II 115.1]) und einen (zweiten) Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 14. Februar 2020 (act. II 126/2 ff.). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 127, 132) und Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 13. Juli 2020 (act. II 135 f.) sowie des Bereichs Abklärungen vom 18. August 2020 (act. II 138) sprach die IVB mit Verfügung vom 7. Dezember 2020 der Versicherten befristet vom 1. Dezember 2015 bis 31. August 2016 eine ganze Rente zu (act. II 140).

### **B.**

Am 20. Januar 2021 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. \_\_\_\_\_, Beschwerde. Sie beantragte, die Verfügung vom 7. Dezember 2020 sei aufzuheben, insoweit die Ausrichtung einer ganzen Rente per 31. August 2016 befristet werde. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, der Beschwerdeführerin auch ab dem 1. September 2016 auf unbestimmte Zeit eine ganze IV-Rente und für ihre Nachkommen Kinderrenten auszubezahlen.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Februar 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 13. April und Duplik vom 29. April 2021 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

## **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 7. Dezember 2020 (act. II 140), mit welcher die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin befristet eine ganze Invalidenrente vom 1. Dezember 2015 bis 31. August 2016 zugesprochen hat. In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird wie vorliegend nur die Befristung angefochten (Beschwerde S. 2), wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Ren-

tenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413). Streitig und zu prüfen ist deshalb der Anspruch auf eine IV-Rente während der ganzen hier in Frage kommenden Zeit.

**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.**

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

**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** 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 aArt. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

## **2.3**

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

**2.3.2** Nach aArt. 28a Abs. 3 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung) wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (aArt. 28a Abs. 2 IVG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 145 V 370 E. 4.1 S. 373, 144 I 21 E. 2.1 S. 23).

**2.3.3** Bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrads der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich summiert (aArt. 27<sup>bis</sup> Abs. 2 Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201] in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung). Die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG. Dabei sind Validen- und Invalideneinkommen auf der Grundlage einer hypothetischen Vollzeittätigkeit zu ermitteln (BGE 145 V 370). Die prozentuale Erwerbseinbusse wird schliesslich anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (aArt. 27<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Er wird anhand des Anteils des Aufgabenbereichs gewichtet (aArt. 27<sup>bis</sup> Abs. 4 IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung). Diese Regelung gilt seit Januar 2018.

## **2.4**

**2.4.1** 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 (aArt. 17 Abs. 1 ATSG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung).

**2.4.2** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist

ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

**2.4.3** 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 anspruchsbeflussende 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 2020 IV Nr. 70 S. 244 E. 4.2.2).

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

### **3.**

**3.1** Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht vom 5. Dezember 2017 – gestützt auf die ärztliche Abschlussuntersuchung vom 22. November 2017 – diagnostizierte der Arzt der D. \_\_\_\_\_ Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, das Folgende (act. II 58.3/4):

- Verbleibende schmerzhafte Belastungs- und Bewegungsstörung des rechten und linken Kniegelenks bei
  - Status nach Osteosynthese einer distalen Femurfraktur mit Beteiligung der Kondylen links und
  - Status nach Tibiakopffraktur, vorderer Kreuzbandruptur rechtes Kniegelenk, konservativ behandelt
- Belastungsbedingte Schulterschmerzen bei Dauerbenutzung von Unterarmgehstützen
- Posttraumatische Verarbeitungsstörung

Zum Zumutbarkeitsprofil führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin könne ausschliesslich Tätigkeiten im Sitzen vornehmen. Der Arbeitsplatz müsse ebenerdig erreichbar sein. Das Treppengehen sollte auf ein Minimum reduziert werden. Am Arbeitsplatz müsse die Möglichkeit des kurzfristigen Aufstehens gegeben sein. Tätigkeiten im Sitzen mit Heben von Gegenständen über 5 kg Gewicht könnten nicht durchgeführt werden. Anheben von Gegenständen bis Brusthöhe sei möglich. Anheben von Gegenständen über Brusthöhe sei überhaupt nicht möglich. Überkopfarbeiten könnten nicht ausgeführt werden. Arbeiten mit schlagenden oder vibrierenden Maschinen könnten nicht durchgeführt werden. Zwangshaltungen der oberen Extremität müssten vermieden werden. Bei Einhaltung der genannten Ausschlusskriterien sei eine 60%ige zeitliche Anwesenheit gewährleistet. Bei ideal angepasstem Arbeitsplatz sei die Leistungsfähigkeit im Rahmen der Anwesenheit nicht eingeschränkt (act. II 58.3/6).

**3.1.2** Im MEDAS-Gutachten vom 26. Juni 2019 (act. II 115.1) diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende (act. II 115.1/11):

1. Beginnende Coxarthrose beidseits, links mehr als rechts
2. Knöchern konsolidierte distale Fraktur des linken Femurs vom 1. Dezember 2014 mit einem stationären pyramidenförmigen Knochendefekt der distalen medialen Diaphyse des linken Femurs (bei Status nach Anlage eines Fixateurs externe am 1. Dezember 2014, Osteosynthese mittels Zugschraube und distaler 11-Loch-Femurplatte am 9. Dezember 2014 sowie Osteosynthesematerialentfernung am 6. Februar 2019)
3. Mediale Gonarthrose und beginnende Retropatellararthrose beidseits, links stärker als rechts
4. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)  
DD: Dysthymia

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie das Folgende:

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
2. Verdacht auf Niedrigdosisabhängigkeit bei Opioiden (ICD-10 F11.80)
3. Arthralgie des linken Schultergelenkes bei Impingementkonstellation
4. Adipositas
  - BMI präoperativ 57.2 kg/m<sup>2</sup>
  - laparoskopischer Schlauchmagen am 16. August 2011
  - aktuell Gewicht stabil bei BMI von 40.9 kg/m<sup>2</sup>
  - geringgradiger Vitamin-B-12-Mangel, geringgradiger Zink-Mangel
  - Verdacht auf sekundären Hyperparathyreoidismus
5. Barrett-Ösophagus
6. Verdacht auf leichte Herzinsuffizienz
7. Senk-Spreiz-Plattfuss beidseits

Die Gutachter hielten zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen fest (act. II 115.1/12), aufgrund der noch vorhandenen Einschränkung bei belastungsabhängiger Mobilisation an zwei Unterarmgehstützen, dem linkshinkenden Gangbild sowie der degenerativen Veränderungen beider Hüft- und Kniegelenke bestünden Einschränkungen für Tätigkeiten mit ständigem Stehen und Gehen. Auch wenn beide Schultergelenke frei beweglich gewesen seien, so würden von orthopädisch-traumatologischer Seite jedoch aufgrund der radiologisch beschriebenen Impingementkonstellation des linken Schultergelenkes keine Tätigkeiten mit häufigen Über-Kopf-Arbeiten, vor allem mit dem adominanten linken Arm, empfohlen, um nicht den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu gefährden. Unstrukturierte Tätigkeiten, Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, hoher emotionaler und körperlicher Belastung und mit Gefährdungspotential seien nicht geeignet. Aufgrund der Magenbypass-Operation seien hinsichtlich des Belastungsprofils folgende Aspekte zu beachten: Ungünstig seien Arbeiten, die Schwindelfreiheit erforderten (wegen eines vielleicht doch möglichen Dumpingsyndroms), keine Tätigkeiten, die mit Geruchsbelastungen und/oder ätzenden Dämpfen einhergingen (Provokation von Erbrechen, Übelkeit oder Diarrhoe). Bezüglich der Konsistenz legten die Gutachter dar (act. II 115.1/13), die Beschwerdeführerin könne sich keine Tätigkeit vorstellen, die sie durchführen könne. Dies sei jedoch diskrepant zu den aktuellen Aktivitätenebenen in den Bereichen Freizeit und Haushalt. Sie sei in der Lage, in ihrem Haushalt mitzuarbeiten, mit dem Auto mitzufahren, ihre Termine wahrzu-

nehmen und öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, auch mit dem Flugzeug bis nach ... zu fliegen. Auch anhand des aktuell erhobenen klinischen und radiologischen Untersuchungsbefundes seien keine Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen nachvollziehbar. Die Beschwerdeschilderung sei äusserst vage gewesen. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden könnten anhand der klinischen und radiologischen Untersuchungsbefunde zwar zum Teil nachvollzogen werden, jedoch nicht in der teilweise diffusen Art und dem angegebenen Ausmass. Es bestünden auch Diskrepanzen zwischen den schweren subjektiven Beeinträchtigungen und dem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung. Seit dem 1. Dezember 2014 sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig.

In psychiatrischer Hinsicht sei die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei schwierig, da in den Unterlagen nur wenige psychiatrische Berichte vorlägen. Im ersten psychiatrischen Bericht (psychosomatisches Konsilium vom 5. März 2015, Rehaklinik F. \_\_\_\_\_) werde eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.25) attestiert, wobei die Beschwerdeführerin damals eine ähnliche Symptomatik wie bei der aktuellen gutachterlichen Untersuchung gezeigt habe, sodass ggf. bereits zu diesem Zeitpunkt eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) vorgelegen habe, was retrospektiv allerdings nicht mehr genau festgestellt werden könne. Es werde geschätzt, dass auch zu diesem Zeitpunkt die Arbeitsfähigkeit bei ungefähr 80 % gelegen habe. Im nächsten psychiatrischen Bericht vom 4. November 2015 von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, werde weiterhin von einer Anpassungsstörung mit Depression und Angst, gemischte Symptomatik, mit Symptomen einer PTSD (ICD-10 F43.25) ausgegangen, sodass weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von ungefähr 80 % vorgelegen habe. Im nächsten Bericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 14. Juni 2016 werde angegeben, dass die psychische Symptomatik weitgehend remittiert sei, sodass hier von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % ausgegangen werden müsse. Danach hätten keine psychiatrischen Berichte mehr vorgelegen, sodass retrospektiv nicht mehr genau festgestellt werden könne, ab wann sich die psychische Symptomatik wie-

der verschlechtert habe, insbesondere auch da die Beschwerdeführerin in der aktuellen gutachterlichen Untersuchung angegeben habe, dass es ihr seit dem Unfall im Dezember 2014 psychisch nicht mehr gut gehen würde (act. II 115.1/14).

In somatischer Hinsicht sei vom 1. Dezember 2014 bis zur Bestätigung der knöchernen Konsolidierung der operativ versorgten distalen Femurfraktur links Anfang Mai 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. Seit Anfang Mai 2016 werde von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit ausgegangen. Vorübergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeiten hätten lediglich für die postoperative Nachbehandlung nach den operativen Eingriffen bestanden, für drei Monate postoperativ nach der arthroskopischen Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion rechts am 1. Dezember 2016 sowie für jeweils vier Wochen postoperativ nach der Dekompression des Nervus medianus im Karpaltunnel links am 10. September 2018 und nach der Osteosynthesematerialentfernung am distalen Femur links am 6. Februar 2019 (act. II 115.1/14).

**3.1.3** Im Bericht vom 26. August 2019 diagnostizierte die behandelnde Psychiaterin Dr. med. G. \_\_\_\_\_ eine Anpassungsstörung mit Depression und Angst (ICD-10 F43.2) und körperliche Folgeprobleme. Es fänden alle sechs bis acht Wochen kognitive Verhaltenstherapie durch die delegierte Psychotherapeutin und mindestens einmal pro Quartal psychiatrische Kontrollen statt (act. II 142.82/1 f.). Es ergebe sich keine Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit (act. II 142.82/3). Im Bericht vom 16. Januar 2020 bestätigte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (act. II 142.66/3).

**3.1.4** In der Beurteilung vom 8. April 2020 diagnostizierte med. prakt. H. \_\_\_\_\_, praktischer Arzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, D. \_\_\_\_\_, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine ängstlich-depressive Reaktion auf eine schwere Belastung (ICD-10 F43.8), Niedrigdosisabhängigkeit von Opiaten (ICD-10 F11.80) / schädlicher Gebrauch von nicht Opiat-artigen Schmerzmitteln (ICD-10 F55.2). Unfallfremd sei die vorbestehende Essstörung mit übermässiger Energiezufuhr (ICD-10 F50.8). Der Psychiater der D. \_\_\_\_\_ hielt fest, zurzeit sei die berufliche Leistungsfähigkeit

vollständig aufgehoben. Die Beschwerdeführerin benötige eine intensiviert und koordinierte psychiatrisch-psychosomatische Behandlung auf stationärer oder teilstationärer Basis. Die Wiedererlangung einer relevanten Leistungsfähigkeit dürfe unter solcher Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden (act. II 142.60/53 f.).

**3.1.5** Im Bericht vom 11. Mai 2020 führte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, aus, es bestehe unfallbedingt eine deutlich verminderte körperliche Leistungsfähigkeit; die D. \_\_\_\_\_ attestiere eine Integritätseinbusse von 50 %. Im orthopädischen Gutachten sei der Situation des linken Beines zu wenig Beachtung geschenkt worden. Beim rechten Bein sei lediglich ein konventionelles Röntgenbild angefertigt worden. Die Angabe, die Schultern beidseits seien stabil und frei beweglich, stimme nicht mit der Notwendigkeit der operativen Korrektur der Supraspinatussehne überein (act. II 132/3).

**3.1.6** Der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 13. Juli 2020 fest, die vorgenommene Abklärung zur Beurteilung des linken Beines sei korrekt und ein CT/MRI nicht indiziert gewesen. Die Schulterpathologie sei von der MEDAS-Gutachterin erkannt und bereits präoperativ korrekt eingeschätzt worden. Aus orthopädischer Sicht lägen keine neuen Fakten vor (act. II 136/3 f.).

**3.1.7** Im Bericht vom 16. Oktober 2020 diagnostizierte der Arzt der D. \_\_\_\_\_ Dr. med. E. \_\_\_\_\_ das Folgende:

- Persistierende Schmerzen im Bereich des linken Femurs bei Status nach distaler Femurfraktur und Entfernung des Osteosynthesematerials und Entwicklung einer unfallbedingten Gonarthrose mit Valgisierung der Beinachse
- Status nach medialer Tibiakopffraktur auf der rechten Seite mit Entwicklung einer Arthrose und Schmerzsymptomatik
- Restbeschwerden im Bereich der Schulter rechts bei Status nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion, Schmerzexazerbation unter Belastung mit Unterarmgehhilfen sowie Entwicklung einer sternoclavicularen Degeneration bei dauerhafter Belastung mit Unterarmgehstützen
- Status nach Rotatorenmanschettenruptur der linken Schulter und operative Versorgung am 20. Februar 2020
- Digitus Saltans DIV bei A1 Ringbandstenose rechts

Die Situation im Bereich der unteren Extremität habe sich nicht wesentlich verändert. Die verbliebene Fehlstellung habe zu Instabilität und erheblicher schmerzhafter Belastungsstörung bei Status nach beidseitigen Verletzungen geführt. Hier sei seit 2019 ein weitgehend gleichbleibender Befund zu erkennen (act. II 142.17/4). Die Dauerfehlbelastung der Schultergelenke durch Unterarmgehstützen bei der nicht unerheblichen Adipositas sei auch ein limitierender Faktor. Diesbezüglich sei eine längerfristige Nutzung der Unterarmgehstützen wenn möglich zu reduzieren. Dies sei jedoch nur nach Implantation der Knieprothesen möglich. Das anlässlich der ärztlichen Untersuchung vom 22. November 2017 ermittelte Zumutbarkeitsprofil behalte in Bezug auf die Einschränkungen der Einsetzbarkeit weiterhin Gültigkeit (act. II 141.17/5).

**3.1.8** In der Beurteilung vom 9. Dezember 2020 hielt der Psychiater der D. \_\_\_\_\_ med. prakt. H. \_\_\_\_\_ fest, im Lichte des fixierten Selbstbildes im Sinne einer ohnmächtig-hilflosen Patientin und eines damit gekoppelten dysfunktionalen Umgangs mit verschiedensten psychischen und körperlichen Belastungssituationen sei die Gesamtbelastungsfähigkeit aus versicherungs-psychiatrischer Sicht weit über die 40 % reduziert, die rein somatisch schon vom Gesamtpensum abgezogen werden müssten. Konkret vorstellbar seien so am ehesten einfache Montage-, Dekorations- oder Sortierarbeiten sowie hauswirtschaftliche Tätigkeiten (sitzend, weitgehend gewichtsentlastet, auf üblicher Arbeitsflächenhöhe auszuführen, keine Zwangshaltungen, kein Umgang mit stossenden, schlagenden oder vibrierenden Maschinen). Solche Arbeiten in einem Halbtagspensum (ca. 4 h), idealerweise unterbrochen durch eine bis zwei Pausen, an etwa zwei bis drei Tagen pro Woche sollten mit unbeeinträchtigtem Rendement regelmässig zu leisten sein, was in etwa einem verwertbaren Arbeitspensum von 20-30 % entspreche (act. II 142.6/39).

## **3.2**

**3.2.1** 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).

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

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

**3.3** In psychiatrischer Hinsicht erfüllen das MEDAS-Gutachten vom 26. Juni 2019 (act. II 115.1) sowie das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Mai 2019 (act. II 115.3) die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (E. 3.2.1 hiervor). Die darin enthaltenen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen der Psychiaterin und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Basierend darauf wurden die medizinischen Befunde, die Diagnose einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 115.3/13) und die daraus zu ziehende Schlussfolgerung,

dass die Beschwerdeführerin zu 80 % arbeitsfähig ist (act. II 115.3/15), nachvollziehbar und einleuchtend dargestellt. Die Gutachterin äusserte sich überzeugend zur Konsistenz, wonach zwischen den schweren subjektiven Beeinträchtigungen und dem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung Diskrepanzen bestünden (act. II 115.3/14). Mit Blick auf die Angaben der Beschwerdeführerin ist nachvollziehbar, dass sie durch das stützende familiäre Umfeld mit regelmässigen weiteren sozialen Kontakten Ressourcen hat, dass aber auch ein sekundärer Krankheitsgewinn durch vermehrte Zuwendung durch die Familie besteht. Die Angaben zu den Belastungsfaktoren (die fragliche Motivation zur Wiedereingliederung und die fehlende Ausbildung; act. II 115.3/14) überzeugen. Mithin erbringen das MEDAS-Gutachten und das psychiatrische Teilgutachten vollen Beweis (E. 3.2.2 hiervor) und es kann darauf abgestellt werden. Der nach der Begutachtung erstellte Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. G. \_\_\_\_\_ stimmt damit überein, denn die Annahme eines psychiatrischen Gesundheitsschadens mit höchstens leichter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit durch die MEDAS-Psychiaterin Dr. med. K. \_\_\_\_\_ (act. II 115.3/13 ff.) deckt sich mit der Einschätzung der behandelnden Psychiaterin vom 26. August 2019 und 16. Januar 2020, welche von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgeht (act. II 142.82/3 Ziff. 17 und 142/66/3 Ziff. 17). Der – zwar umfassende, aber nicht überzeugende – Bericht des Psychiaters der D. \_\_\_\_\_ med. prakt. H. \_\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2020 (act. II 142.6) spricht weder gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung der MEDAS-Gutachter noch vermag er selber Grundlage der Bestimmung der Arbeitsfähigkeit zu sein. Denn med. prakt. H. \_\_\_\_\_ stellt im Hinblick auf die berufliche Leistungsfähigkeit allein auf das von der Beschwerdeführerin gezeigte respektive berichtete Verhalten ab, ohne sich damit auseinanderzusetzen und ohne eine eigene medizinische Einschätzung vorzunehmen (act. II 142.6/33 ff.).

In der Folge ist aus psychiatrischer Sicht von einer Einschränkung von 20 % auszugehen (act. II 115.3/14 f.). Es kann aufgrund des Ausgangs des Verfahrens (vgl. E. 6 hiernach) offenbleiben, ob diese Einschätzung auch aus rechtlicher Sicht zu berücksichtigen ist, weshalb keine Indikatorenprüfung (vgl. BGE 141 V 281) notwendig ist.

**3.4** In somatischer Hinsicht erfüllen das MEDAS-Gutachten vom 26. Juni 2019 (act. II 115.1) respektive die entsprechenden Teilgutachten (act. II 115.2 und 115.4) ebenfalls die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (E. 3.2.1 hiervor) und erbringen vollen Beweis (E. 3.2.2 hiervor). Nicht gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung der Gutachter spricht der Bericht des Arztes der D. \_\_\_\_\_ Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2020 (act. II 142.17), in welchem er hinsichtlich Arbeitsfähigkeit auf den Bericht vom 22. November 2017 verweist (act. II 142.17/5 unten; recte: 5. Dezember 2017 [act. II 58.3/6]) und worin eine Restarbeitsfähigkeit von 60 % in einer leidensangepassten Tätigkeit angenommen wird (act. II 58.3/6). Denn die orthopädische Gutachterin erachtet den Gebrauch der Unterarmgehstützen als medizinisch nicht notwendig (act. II 115.2/11), wobei sie das Knie als folgenlos abgeheilt erachtete (act. II 115.2/10 oben), während der Arzt der D. \_\_\_\_\_ eine Knieprothese allein wegen der Schmerzen als notwendige Therapieoption erachtete (act. II 142.17/4 unten) und die Unterarmgehstützen bis zu dieser Operation als notwendig ansah (act. II 142.17/5), was in Anbetracht des Gutachtens nicht zu überzeugen vermag. Immerhin ergibt sich aus dem Bericht des Arztes der D. \_\_\_\_\_ Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2020, dass sich der Befund seit 2019 nicht verändert hat (act. II 142.17/4 unten), so dass von einem aktuellen Zustand auszugehen ist (vgl. Replik, S. 4). Die Vorbringen der Hausärztin Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 11. Mai 2020 (act. II 132/3) werden durch den Bericht des RAD vom 13. Juli 2020 überzeugend widerlegt (act. II 136/3), so dass die Expertise – entgegen der Auffassung in der Beschwerde, S. 4 f. Art. 5 – auch in dieser Hinsicht umfassend ist. Damit ist somatisch eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit erstellt (act. II 115.2/15 f. respektive act. II 115.4/12 f.).

**3.5** Auch hinsichtlich Gesundheitsverlauf ist auf die überzeugende Einschätzung der MEDAS-Gutachter abzustellen, wonach bis Anfang Mai 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und ab dieser Zeit eine vollständige respektive 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit besteht (act. II 115.1/15 f.). Die operativen Eingriffe führten jeweils zu einer vorübergehenden 100 %igen Arbeitsunfähigkeit: Gestützt auf das MEDAS-Gutachten steht fest, dass die postoperativen Nachbehandlungen nach der arthroskopischen Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion am 1. Dezember

2016 drei Monate und nach der Dekompression des Nervus medianus im Karpaltunnel links am 10. September 2018 und der Osteosynthesematerialentfernung am distalen Femur links am 6. Februar 2019 vier Wochen dauerten (act. II 115.1/14). Die nach Mai 2016 stattgefundenen Operationen haben somit zu keiner mehr als dreimonatigen Einschränkung geführt.

Die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit per Mai 2016 stellt einen Revisionsgrund dar. Ob die Reduktion der Leistungsfähigkeit von 20 % zu berücksichtigen ist oder nicht, kann offenbleiben (vgl. E. 3.3 hiavor).

#### **4.**

**4.1** Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode (Art. 16 ATSG sowie aArt. 28a Abs. 2 und 3 IVG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung; vgl. E. 2.3 hiavor).

**4.2** Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Invaliditätsbemessung aufgrund eines gemischten Status festgesetzt hat (act. II 140/6 f.). Es ist ebenfalls korrekt, dass die Beschwerdegegnerin bis Ende Juli 2017 von einem Anteil Erwerb von 50 % und Haushalt von 50 % ausging. Überwiegend wahrscheinlich ist auch, dass die Beschwerdeführerin ab August 2017 das Pensum aufgestockt hätte und deshalb von einem Anteil Erwerb von 70 % und Haushalt von 30 % auszugehen ist (act. II 126/5 Ziff. 3.4, 126/6 Ziff. 4 und 5); dabei ist die Änderung des Status ein Revisionsgrund (vgl. E. 2.4.2 hiavor).

#### **5.**

**5.1** Der frühest mögliche Rentenbeginn (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) wäre unter Berücksichtigung der Anmeldung im März 2015 (act. II 3/8) der 1. September 2015. Da die Beschwerdeführerin jedoch am 1. Dezember 2014 einen Unfall erlitten hatte (act. II 1/4), war das Wartejahr erst am 1. Dezember 2015 erfüllt (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG), weshalb die (erste) In-

validitätsbemessung auf diesen Zeitpunkt zu erfolgen hat. Aufgrund der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (E. 3.5 hiervor) ist zudem per Mai 2016 ein Revisionsgrund gegeben. Ein weiterer Revisionsgrund besteht aufgrund des Statuswechsels ab August 2017 (E. 4.2 hiervor). Ferner erfolgt ab Januar 2018 eine neue Invaliditätsbemessung bei Teilerwerbstätigen (vgl. E. 2.3.2 hiervor).

**5.2** Den ärztlichen Schätzungen der Arbeitsfähigkeit kommt kein genereller Vorrang gegenüber den Abklärungen der Invalidenversicherung im Haushalt zu. So wenig wie bei der Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG kann beim Betätigungsvergleich nach aArt. 28a Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung) auf eine medizinisch-theoretische Schätzung der Invalidität abgestellt werden. Massgebend ist die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, was unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse im Einzelfall festzustellen ist. Die von der Invalidenversicherung eingeholten Abklärungsberichte im Haushalt stellen eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung dar. Nach der Rechtsprechung bedarf es des Beizuges eines Arztes, der sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (SVR 2005 IV Nr. 21 S. 84 E. 5.1.1).

Vor der Begutachtung durch die MEDAS (act. II 115.1) erfolgte eine Abklärung im Haushalt (act. II 69). Auf den Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 4. Juni 2018 und die damals angenommene Einschränkung im Aufgabenbereich von 50.5 % (act. II 69/10) kann jedoch nicht abgestellt werden, erfolgte doch die Einschätzung der Abklärungsfachperson nicht auf einer genügenden Kenntnis der medizinischen Umstände, weshalb sie nicht zu überzeugen vermag. Entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 6) liegt beim Abklärungsbericht vom 14. Februar 2020 damit kein Widerspruch zur früheren Erhebung im Haushalt vor. Dem Einwand der Beschwerdeführerin, Haushaltsarbeiten würden vorwiegend stehend verrichtet, kann nicht gefolgt werden. Anders als die Beschwerdeführerin annimmt (Beschwerde S. 6), sind Haushaltsarbeiten

per se wechselbelastend und können zeitlich aufgeteilt werden. Bezüglich des Tragens von schweren Lasten und körperlich anstrengender Reinigungsarbeiten ist auch die Schadenminderungspflicht der Familienangehörigen zu berücksichtigen, denn nach der Rechtsprechung geht die im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei einer im Haushalt tätigen Person zu berücksichtigende Mithilfe von Familienangehörigen in der Regel weiter als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung (vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2 S. 509). Mit Blick auf das MEDAS-Gutachten vom 26. Juni 2019, worin sich die Gutachter in den Zusatzfragen auch zu den Einschränkungen aus medizinischer Sicht zu den Haushaltsarbeiten äusserten (act. II 151.1/15) und dazu festhielten, es bestünden keine Einschränkungen, und worauf sich die Abklärungsperson stützte (act. II 126/12 Ziff. 8.2), ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ab Mai 2016 von keiner Einschränkung mehr ausging und auf eine neue Erhebung im Haushalt verzichtete. Unter Berücksichtigung der medizinischen Situation (vgl. act. II 115.1/14) ist ebenfalls nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin demgegenüber bis Ende April 2016 eine Einschränkung im Haushalt von 70 % angenommen hat (act. II 126/12 Ziff. 8.1).

## **6.**

**6.1** 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).

## **6.2**

**6.2.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung ange-

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

**6.2.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2021 Nr. 51 S. 168 E. 3.2).

**6.3** Eine erste Invaliditätsbemessung erfolgt auf das Jahr 2015 hin (E. 5.1 hiervor):

**6.3.1** Bezüglich des Valideneinkommens ist ohne weiteres davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne den Unfall vom 1. Dezember 2014 (act. II 1.4) immer noch am angestammten Arbeitsplatz im L. \_\_\_\_\_ tätig wäre. Gestützt auf den Fragebogen Arbeitgebende ist das Valideneinkommen auf den damals erzielten Lohn von Fr. 1'936.-- monatlich für ein Pensum von 50 % (act. II 5/3 Ziff. 2.9 f.) festzusetzen, was jährlich Fr. 25'168.-- ergibt (vgl. act. II 126/ 8 ff.).

**6.3.2** Beim Invalideneinkommen ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin bis Anfang Mai 2016 zu 100 % arbeitsunfähig war (E. 3.5 hiervor), weshalb kein zumutbares Erwerbseinkommen vorliegt.

**6.3.3** Beim Einkommensvergleich resultiert ein Invaliditätsgrad von 100 %.

**6.3.4** Bei einem Status im Haushalt von 50 % und einer Einschränkung im Haushalt von 70 % (E. 5.2 hiervor), gewichtet von 35 %, sowie einem Status im Erwerb von 50 % und einem Invaliditätsgrad im Erwerb von 100 % (E. 6.3.3 hiervor), gewichtet von 50 %, resultiert ein Gesamtinvaliditätsgrad von 85 %.

**6.4** Eine weitere Invaliditätsbemessung erfolgt für die Zeit ab Mai 2016 (Verbesserung der Arbeitsfähigkeit; E. 5.1 hiervor).

**6.4.1** Das Valideneinkommen von Fr. 25'168.-- (E. 6.3.1 hiervor) ist auf das Jahr 2016 zu indexieren (Tabelle des BFS, Nominallohnindex, Frauen 2011-2020, Ziff. 90-96 Kunst, Unterhaltung und Erholung, sonstige Dienstleistungen, 2015: 105.4; 2016: 106.7), was Fr. 25'478.40 (Fr. 25'168.-- / 105.4 x 106.7) ergibt.

**6.4.2** Da die Beschwerdeführerin keine angepasste Tätigkeit ausübt, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen anhand der LSE 2016, Tabelle TA1, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, privater Sektor, Frauen, Total, 2016, Kompetenzniveau 1, von Fr. 4'363.-- festlegt (act. II 126/9). Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit (Total, 2016, 41.7 Stunden pro Woche), aufgerechnet auf ein Jahr, wobei unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % (vgl. E. 3.5 hiervor) das Arbeitspensum bei einem Status im Erwerb von 50 % vollständig ausgeübt werden kann, resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von mindestens Fr. 27'290.55 (Fr. 4'363.-- / 40 x 41.7 x 12 x 0.5).

**6.4.3** Der Einkommensvergleich ergibt bei einem Valideneinkommen von Fr. 25'478.40 und einem Invalideneinkommen von Fr. 27'290.55 keine Einbusse.

**6.4.4** Da ab Mai 2016 keine Einschränkung im Haushalt vorliegt (E. 5.2 hiervor) und auch keine Einbusse im Erwerb besteht (E. 6.4.3 hiervor), beträgt der Gesamtinvaliditätsgrad 0 %.

**6.5** Nach der Statusänderung (Erwerb von 70 % [E. 4.2 hiervor]) erfolgt ab 1. August 2017 ein weiterer Einkommensvergleich:

**6.5.1** Das Einkommen von Fr. 25'168.-- (E. 6.3.1 hiervor) bei einem Pensum von 50 % ist auf 70 % aufzurechnen und auf das Jahr 2017 (Tabelle des BFS, Nominallohnindex, Frauen 2011-2020, Ziff. 90-96 Kunst, Unterhaltung und Erholung, sonstige Dienstleistungen, 2015: 105.4; 2017: 106.8)

zu indexieren, was ein Valideneinkommen von Fr. 35'703.20 (Fr. 25'168.-- /  $50 \times 70 / 105.4 \times 106.8$ ) ergibt.

**6.5.2** Beim hypothetischen Invalideneinkommen ist auf die LSE 2016, Tabelle TA1, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, privater Sektor, Frauen, Total, 2016, Kompetenzniveau 1, von Fr. 4'363.--, abzustellen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit (Total, 2016, 41.7 Stunden pro Woche), aufgerechnet auf ein Jahr, indexiert auf das Jahr 2017 (Tabelle des BFS, Nominallohnindex, Frauen 2011-2020, Total, 2016: 105.0; 2017: 105.4), wobei das Arbeitspensum (E. 3.5 hiervor) bei einem Status von 70 % vollständig ausgeübt werden kann, resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 38'352.35 (Fr. 4'363.-- /  $40 \times 41.7 \times 12 / 105.0 \times 105.4 \times 0.7$ ).

**6.5.3** Der Einkommensvergleich ergibt bei einem Valideneinkommen von Fr. 35'703.20 und einem Invalideneinkommen von Fr. 38'352.35 keine Einbusse und damit einen Invaliditätsgrad von 0 %.

**6.5.4** Da ab Mai 2016 keine Einschränkung im Haushalt vorliegt (E. 5.2 hiervor) und auch keine Einbusse im Erwerb besteht (E. 6.5.3 hiervor), ist der Gesamtinvaliditätsgrad 0 %.

**6.6** Schliesslich wird der Invaliditätsgrad von Teilerwerbstätigen seit 1. Januar 2018 auf einer Vollerwerbstätigkeit berechnet (vgl. E. 2.3.3 hiervor), weshalb ein weiterer Einkommensvergleich zu erfolgen hat (vgl. Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung der IVV vom 1. Dezember 2017).

**6.6.1** Bezüglich des Valideneinkommens ist das Einkommen von Fr. 25'168.-- (E. 6.3.1 hiervor) bei einem Pensum von 50 % auf 100 % aufzurechnen und auf das Jahr 2018 (Tabelle des BFS, Nominallohnindex, Frauen 2011-2020, Ziff. 90-96 Kunst, Unterhaltung und Erholung, sonstige Dienstleistungen, 2015: 105.4; 2018: 107.6) zu indexieren, was Fr. 51'386.65 (Fr. 25'168.-- /  $50 \times 100 / 105.4 \times 107.6$ ) ergibt.

**6.6.2** Beim hypothetischen Invalideneinkommen ist auf die LSE 2016, Tabelle TA1, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszwei-

gen, Kompetenzniveau und Geschlecht, privater Sektor, Frauen, Total, 2016, Kompetenzniveau 1, von Fr. 4'363.--, abzustellen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit (Total, 2016, 41.7 Stunden pro Woche), aufgerechnet auf ein Jahr, indexiert auf das Jahr 2018 (Tabelle des BFS, Nominallohnindex, Frauen 2011-2020, Total, 2016: 105.0; 2018: 105.9) sowie unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von 80 % resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 44'039.15 (Fr. 4'363.-- / 40 x 41.7 x 12 / 105.0 x 105.9 x 0.8).

**6.6.3** Der Einkommensvergleich ergibt bei einem Valideneinkommen von Fr. 51'386.65 und einem Invalideneinkommen von Fr. 44'039.15 eine Einbusse von Fr. 7'347.50 und damit einen Invaliditätsgrad von 14.29 % (Fr. 7'347.50 / Fr. 51'386.65 x 100), bei einem Status im Erwerb von 70 % gewichtet von 10 %.

**6.6.4** Bei einem Invaliditätsgrad von 0 % im Haushalt (vgl. E. 5.2 hiavor) und einem gewichteten Invaliditätsgrad von 10 % im Erwerb resultiert ein Gesamtinvaliditätsgrad von 10 %.

**6.7** Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdeführerin vom 1. Dezember 2015 bis 31. August 2016 (Art. 88a Abs. 1 IVV) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

## 7.

**7.1** Gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts ist bei Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll und die während mindestens fünfzehn Jahren eine Rente bezogen oder das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente auszurichten, bis mit Hilfe medizinisch-rehabitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann, weil in jedem Einzelfall feststehen muss, dass die (wiedergewonnene) Erwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (erneut) verwertbar ist (vgl. BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211, 141 V 5 E. 4.1 S. 7; SVR 2019 IV Nr. 38 S. 121 E. 5.2, 2016 IV Nr. 27 S. 81 E. 5.1,

2011 IV Nr. 30 S. 88 E. 4.2.1 und 4.2.2, Nr. 73 S. 222 E. 3.3). Für die Ermittlung, ob der Eckwert des 55. Altersjahres oder des 15-jährigen Rentenbezugs vorliegt, ist auf den Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung resp. auf den darin verfüzten Zeitpunkt der Rentenaufhebung abzustellen (BGE 141 V 5 E. 4.2.1 S. 7).

**7.2** Da die Beschwerdeführerin weder 55 Jahre alt ist (Jg. 1976 [act. II 3/1]) noch über 15 Jahre Rentenbezügerin war, besteht kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen vor Renteneinstellung.

## **8.**

**8.1** Am Ergebnis ändert nichts, dass die D. \_\_\_\_\_ von einer Erwerbsunfähigkeit von 100 % ausgeht und eine entsprechende UV-Rente ausrichtet sowie einen Integritätsschaden von 18.75 % (Verfügung vom 18. Februar 2021 [act. II 146/2 ff.]) respektive gesamthaft von 68.75 % (vgl. act. II 142.7/2, 146/4) annimmt. Einerseits besteht keine Bindungswirkung der Invalidenversicherung an die Entscheide der Unfallversicherung (BGE 133 V 549 E. 6.4 S. 555), andererseits stellt die D. \_\_\_\_\_ auf den Bericht des Psychiaters der D. \_\_\_\_\_ med. prakt. H. \_\_\_\_\_ ab (act. II 146/3), welcher wie dargelegt nicht überzeugt (vgl. E. 3.3 hiavor), abgesehen davon, dass die D. \_\_\_\_\_ die Frage der adäquaten Kausalität in psychiatrischer Hinsicht nicht geprüft hat (was jedoch für die finale Invalidenversicherung nicht massgebend ist). Schliesslich kann aus der Höhe der Integritätsentschädigung nicht auf den Grad der Invalidität geschlossen werden, da Erstere keinen Bezug zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit aufweist.

**8.2** Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 7. Dezember 2020, mit welcher der Beschwerdeführerin befristet vom 1. Dezember 2015 bis 31. August 2016 eine ganze Rente zugesprochen wurde (act. II 140), als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

**9.**

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

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

**9.2** Es ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt Dr. iur. 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.