

200 23 367 IV
MAK/BRO/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. Januar 2025

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsanwalt C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. März 2023



Sachverhalt:

A.

Die 1966 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ... bzw. ..., meldete sich im März 2018 unter Hinweis auf einen Diabetes, psychische Probleme, Schulterschmerzen, eine Diskushernie, Schmerzen im rechten Handgelenk und eine im November 2017 erlittene Hirnhautentzündung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1, 85 S. 15). Nach medizinischen und erwerblichen Abklärungen verneinte die IVB mit Mitteilung vom 3. Mai 2019 (act. II 46) einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen.

Nachdem die IVB einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb eingeholt hatte (act. II 51), stellte sie mit Vorbescheid vom 26. August 2019 (act. II 53) die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 57) holte sie ein polydisziplinäres Gutachten bei der D._____ (D._____ bzw. MEDAS) ein (act. II 163.1 ff.). Gestützt darauf stellte sie mit neuem Vorbescheid vom 16. Februar 2022 (act. II 137) bei einem Invaliditätsgrad von 36 % erneut die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht. Im Rahmen zweier weiterer Vorbescheidverfahren holte die IVB bei der D._____ jeweils eine Stellungnahme ein (act. II/144 und 153). In einem weiteren Vorbescheid (act. II 159, 167) ermittelte die IVB für die Zeit vom 26. November 2017 bis 26. Februar 2018 und für die Zeit vom 13. Februar bis 12. Mai 2020 einen Invaliditätsgrad von jeweils 100 % und im Übrigen einen solchen von 20 %. Mit Verfügung vom 28. März 2023 (act. II 173) gewährte sie der Versicherten vom 1. Februar bis 30. April 2020 eine Viertelsrente und vom 1. Mai bis 31. August 2020 eine ganze Rente. Darüber hinaus verneinte sie einen Rentenanspruch.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch die B._____, mit Eingabe vom 15. Mai 2023 Beschwerde mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. März 2023 sei aufzuheben.
2. In teilweiser Aufhebung der Verfügung vom 28. März 2023 seien der Beschwerdeführerin unbefristete Rentenleistungen zuzusprechen mit Wirkung ab November 2018.
3. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. Juli 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingaben vom 29. August und 25. September 2023 machte die Beschwerdeführerin weitere Ausführungen; mit Eingabe vom 5. Oktober 2023 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme.

Mit prozessleitenden Verfügungen vom 4. September und 24. Oktober 2024 orientierte die Instruktionsrichterin jeweils über eine möglicherweise drohende Schlechterstellung (*reformatio in peius*) und bot der Beschwerdeführerin Gelegenheit zur Stellungnahme respektive zum Rückzug der Beschwerde. Mit Eingaben vom 18. September und 23. Dezember 2024 hielt diese in beiden Fällen an ihrer Beschwerde 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 Staats-

anwaltschaft (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 grundsätzlich (vgl. jedoch E. 1.2 hiernach) einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 28. März 2023 (act. II 173). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbezugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; SVR 2019 IV Nr. 32 S. 99, 9C_431/2018 E. 3.2; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Streitig und zu prüfen sind demnach der Anspruch auf eine Invalidenrente unter Einschluss der vom 1. Februar bis 30. April 2020 zugesprochenen Viertelsrente und der vom 1. Mai bis 31. August 2020 zugesprochenen ganzen Rente.

Soweit in der Stellungnahme vom 29. August 2023 (in den Gerichtsakten) berufliche Massnahmen beantragt werden, ist darauf nicht einzutreten, da mit der angefochtenen Verfügung einzig über den Rentenanspruch verfügt wurde (BGE 125 V 413 E. 1a S. 414).

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 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

In formeller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend. Insbesondere sei die Beschwerdegegnerin nicht auf die Einwände eingegangen und habe ihre Begründungspflicht verletzt (Beschwerde S. 7 Ziff. 3).

2.1 Die Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101). Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (in BGE 150 V 273 nicht publizierte E. 4.1 des Urteils des Bundesgerichts [BGer] 9C_385/2023 vom 8. Mai 2024; BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; Urteil des BGer 9C_717/2023 vom 7. August 2024 E. 8.2, zur Publikation vorgesehen; SVR 2022 IV Nr. 37 S. 121, 8C_572/2021 E. 5.1).

2.2 Die Rüge, die Beschwerdegegnerin habe ihre Begründungspflicht verletzt (Beschwerde S. 7 Ziff. 3), verfängt nicht. Sie musste sich nicht mit jeder tatbeständlichen Behauptung in den Einwänden auseinandersetzen, sondern durfte sich auf die für die Verfügung wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (vgl. E. 2.1 hiervor). Nach den Einwänden vom 17. Oktober 2019 (act. II 57), vom 17. März 2022 (act. II 140) und vom 19. Mai 2022 (act. II 148) tätigte die Beschwerdegegnerin jeweils weitere Abklärungen und erliess unter Berücksichtigung der gewonnenen Erkenntnisse jeweils neue Vorbescheide (act. II 137, 145, 159). Mit dem (letzten) Einwand vom 31. Januar 2023 (act. II 167) brachte die Beschwerdeführerin hauptsächlich

vor, das Invalideneinkommen sei fälschlicherweise auf Grundlage statistischer Einkommensdaten des ...personals berechnet worden. Mit diesem Vorbringen setzte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 28. März 2023 (act. II 173) auseinander und legte dar, da die psychiatrischen Einschränkungen aus versicherungsrechtlicher Sicht bei der Leistungsbeurteilung nicht berücksichtigt werden könnten, sei davon auszugehen, dass die Tätigkeit als ... in einem Pensum von 80 % zumutbar sei. Demnach ist sie – mit Blick auf das rechtliche Gehör – hinlänglich auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin eingegangen. Im Übrigen war es dieser denn auch ohne weiteres möglich, gestützt auf die Ausführungen in der Verfügung und die zugestellten amtlichen Akten eine sachgerecht begründete Beschwerde einzureichen (vgl. hierzu auch BGE 142 III 433 E. 4.3.2 S. 436).

3.

3.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] und des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 150 V 323 E. 4.2 S. 328, 89 E. 3.2.1 S. 95, 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 28. März 2023 (act. II 173), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegen der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs (vgl. E. 6.1.3 hiernach) sowie die Revisionsgründe vor dem 1. Januar 2022, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (vgl. Ziff. 9101 f. des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 150 V 1

E. 6.4.2 S. 6, 148 V 385 E. 5.2 S. 391, 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

3.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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

3.3.1 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 und E. 2.2.1 S. 287; SVR 2021 IV Nr. 76 S. 256, 8C_165/2021 E. 4.2.1).

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

3.4 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

3.5 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).

3.5.1 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. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

3.5.2 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

3.5.3 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 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 150 V 67 E. 4.3.2 S. 70, 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2020 IV Nr. 70 S. 243, 8C_132/2020 E. 4.2.2).

4.

4.1 Zum Gesundheitszustand respektive der Arbeits- und Leistungsfähigkeit lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

4.1.1 Im MEDAS-Gutachten vom 1. Februar 2022 (act. II 136.1 ff.) stellten die Experten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen (act. II 136.1 S. 10 f. Ziff. 4.2):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit:

1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
2. Diabetes mellitus Typ 1 (ED 1978)

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit:

1. St. n. atraumatischer Subarachnoidalblutung 2020
2. St. n. viraler Meningitis 11/2017
3. St. n. Angina tonsillaris rechts 2017
4. St. n. Sectio caesaria 1993 (Schwangerschaftsgestose)
5. Leichtes Impingement der rechten Schulter bei aktuell winziger Ossifikation der Rotatorenmanschette rechts
 - Aktenanamnestisch Läsion der rechten Supraspinatussehne mit Begleitbursitis 2009
 - Zustand nach Periarthropathia humeroscapularis links 2007
6. Degeneratives HWS- und LWS-Syndrom
7. Aktenanamnestisch rheumatoide Arthritis ED 2018
8. Zustand nach Tendosynovitis der Beugesehnen einiger Finger mit operativer Sanierung (beide Daumen, Ringfinger links und vermutlich der dritte Finger rechts)
9. Verdacht auf Hypophysenadenom
10. Hypercholesterinämie
11. Mittelgradige, nicht-proliferative diabetische Retinopathie bds.
 - kein Hinweis auf diabetisches Makulaödem
12. Sicca-Symptomatik beider Augen
13. Myopie beidseits
14. Presbyopie beidseits

In der bisherigen Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin sechs Stunden am Tag anwesend sei. In dieser Zeit bestehe jedoch eine Leistungsminde- rung von 20 %. Dabei sei das mögliche zeitliche Pensum aus psychischen Gründen reduziert. Hinzu komme die endokrinologische Leistungsminde- rung. Demnach betrage die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ak- tuell 56 % (S. 13 Ziff. 4.7 und 4.9). Im zeitlichen Verlauf habe sich die Ar- beitsfähigkeit wie folgt entwickelt:

- 1. März bis 25. November 2017: Arbeitsfähigkeit von 80 %
- ab dem 26. November 2017 für drei Monate: 0 %

- danach bis zum 12. Februar 2020 wieder 80 %
- ab dem 13. Februar 2020 für drei Monate: Arbeitsfähigkeit von 0 %
- danach habe eine Arbeitsfähigkeit von 30 % bestanden, die bis Ende 2020 auf ca. 65 % gesteigert werden können. Dabei sei es bis zum 31. Juli 2021 geblieben
- Seit dem 1. August 2021 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 56 %

In einer angepassten Tätigkeit bestehe ausschliesslich eine endokrinologisch begründete Arbeitsunfähigkeit. In einer solchen Tätigkeit sei das Pensum nicht eingeschränkt. Allerdings bestehe eine Leistungsminderung von 20 %. Folglich betrage die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aktuell 80 %, wobei jeweils ab dem 26. November 2017 sowie ab dem 13. Februar 2020 für drei Monate eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (S. 13 Ziff. 4.8 f.).

Weder im internistischen Teilgutachten vom 7. September 2021 (act. II 136.5 S. 6 Ziff. 6) noch im ophthalmologischen Teilgutachten vom 22. September 2021 (act. II 136.8 S. 5 Ziff. 6) wurde eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt.

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 27. Dezember 2021 (act. II 136.3) legte Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Wesentlichen dar, im Vordergrund des Beschwerdeerlebens stünden kognitive Störungen und eine vermehrte Erschöpfbarkeit. Vor diesem Hintergrund sei eine zusätzliche neuropsychologische Begutachtung in die Wege geleitet worden. Die Beschwerdeführerin habe sich dabei in der Beschwerdevalidierung grob auffällig gezeigt, so dass keine validen Befunde hätten erhoben werden können. Rein klinisch-psychiatrisch hätten sich zumindest in der psychiatrischen Untersuchung keine wesentlichen Auffälligkeiten gezeigt. In affektiver Hinsicht sei die Grundstimmung zum depressiven Pol hin verschoben gewesen, wobei sich aber keinerlei Einschränkung der affektiven Schwingungsfähigkeit gezeigt habe. Auch der Antrieb habe sich in der Untersuchungssituation nicht beeinträchtigt gezeigt. Anamnestisch beklage sie aber eine vermehrte Erschöpfbarkeit. Insgesamt ergebe sich ein Bild einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0; S. 9 Ziff. 6). Jedoch scheine die von der behandelnden Psychiaterin im Mai 2020 diagnostizierte mittelgradige depressive Episode für die damalige Situation plausibel (S. 10 Ziff. 7.3). Optimal geeignet sei eine rein sachbezogene (kein Kontakt mit Kunden, ... etc.), gut strukturierte, kognitiv einfache, re-

gelmässige Tätigkeit in ruhiger bzw. nicht lärmbelasteter Umgebung ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit. In einer solchen Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit, wobei ab dem 24. März 2020 zunächst eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden habe, diese jedoch bis Ende 2020 auf 100 % habe gesteigert werden können. Die aktuelle Tätigkeit sei nicht optimal geeignet bzw. entspreche nicht dem Belastungsprofil. In dieser bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Ausreichend belegt sei eine Arbeitsunfähigkeit in psychischer Hinsicht ab Beginn der ambulanten psychiatrischen Behandlung ab dem 24. März 2020. Die behandelnde Psychiaterin sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgegangen. Hier seien offensichtlich auch nicht-psychische Aspekte (fachfremd) mitberücksichtigt worden. Rein psychiatrisch werde eingeschätzt, dass damals eine Arbeitsfähigkeit von 30 % vorgelegen habe. Diese sei bis Ende 2020 auf 80 % gestiegen. Dabei bleibe es bis zum 31. Juli 2021. Seit dem 1. August 2021 betrage die Arbeitsfähigkeit 70 %, da die Beschwerdeführerin damals eine anspruchsvollere Tätigkeit aufgenommen habe (S. 11 Ziff. 7.4 und S. 12 f. Ziff. 8).

Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 2. Dezember 2019 (act. II 136.9) legte lic. phil. F. _____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, dar, eine neuropsychologische Untersuchung im Spital K. _____ im Jahr 2019 habe vereinzelt Minderleistungen im mnestischen Bereich bei ansonsten durchschnittlichen neurokognitiven Leistungen ergeben. Die Befunde seien gesamthaft als inkonsistent beurteilt und im Rahmen einer subjektiv berichteten erhöhten emotionalen Belastung und schweren Fatigue interpretiert worden. In der anlässlich der Begutachtung durchgeführten ausführlichen neuropsychologischen Untersuchung hätten sich rein formal, das heisse auf der Befundebene ohne Berücksichtigung des Validitätsaspektes, gesamthaft mittelschwere kognitive Funktionsstörungen gezeigt.

Hinsichtlich der Validität der Befunde hätten sich deutliche Inkonsistenzen ergeben. Einerseits in einem spezifischen Leistungsvalidierungsverfahren, andererseits in eingebetteten Validitätsparametern im mnestischen wie auch im attentionalen Bereich. Die aktuell erhobenen, formal als mittelschwere Funktionsstörung beschriebenen Befunde könnten nicht als valide

gewertet werden. Im Bereich der Affektivität, des Verhaltens und der Persönlichkeit wirke die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung niedergestimmt, in der affektiven Stabilität und im Antrieb reduziert. Sie scheine von Beginn weg angestrengt, im Verlauf aber nicht übermässig ermüdbar. Im Untersuchungsverlauf seien zunehmende Kopfschmerzen angegeben worden. Sodann seien in einem Selbstbeurteilungsfragebogen zu einer Fatigue-Symptomatik ausnahmslos Maximalwerte angekreuzt worden. Gesamthaft habe sich eine emotional belastet wirkende und in der eigenen subjektiven Einschätzung psychisch, kognitiv und bezüglich Belastbarkeit stark eingeschränkte Beschwerdeführerin gezeigt. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe sie in der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung kognitive Leistungen entsprechend dieser subjektiven Selbsteinschätzung erbracht. Gestützt auf deutliche Auffälligkeiten in einem spezifischen Leistungsvalidierungsverfahren wie auch in eingebetteten Validitätsparametern werde aber klar, dass diese Leistungen nicht dem wahren Leistungsvermögen entsprechen könnten. Somit habe kein gültiges neuropsychologisches Testprofil erhoben werden können. Ob authentische kognitive Funktionsstörungen vorlägen, lasse sich unter den gegebenen Umständen nicht feststellen.

Dr. med. G. _____, Fachärztin für Neurologie, hielt im neurologischen Teilgutachten vom 11. Dezember 2021 (act. II 136.4) fest, seit einer viralen Meningitis im Dezember 2017 beklage die Beschwerdeführerin eine Fatigue-Symptomatik und eine Leistungsintoleranz, welche sich aufgrund ihrer Angaben durch die Subarachnoidalblutung noch verstärkt habe. Der Neurostatus sei regelrecht, ohne Hinweise für eine zentrale oder periphere Nervenschädigung und insbesondere ohne Hinweise für eine Radikulopathie oder ein fokales neurologisches Defizit. In der Zusammenschau aller Befunde aus Anamnese, neurologischer Untersuchung und unter Hinzuziehen der Befunde in den Akten könne keine neurologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die beiden neurologischen Erkrankungen hätten sich ausserhalb des Gehirns, im Bereich Meningen/Subarachnoidalraum abgespielt. Komplikationen mit morphologischen Veränderungen am Gehirn seien nicht aufgetreten. Beide Erkrankungen seien ohne Besonderheiten abgeheilt. Eine begleitende, anhaltende neurologische Erkrankung, welche die noch geschilderten Beschwerden erklären

könnte, liege nicht vor. Als Zufallsbefund sei im MRI des Kopfes vom Februar 2020 ein Hypophysenadenom ohne Krankheitswert festgestellt worden (S. 7 Ziff. 6). Aus neurologischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Ab dem 26. November 2017 für ca. drei Monate und ab dem 13. Februar 2020 für ca. drei Monate habe jedoch eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (S. 11 f. Ziff. 8).

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 27. Oktober 2021 (act. II 136.6) führte Dr. med. H. _____, Fachärztin für Rheumatologie sowie Praktische Ärztin, aus, bei der aktuellen Untersuchung hätten sich das Achsenorgan und die grossen und kleinen Gelenke beidseits ordentlich beweglich präsentiert. Funktionseinschränkungen hätten sich nicht gezeigt. Endgradige Funktionsschmerzen würden aber wiederholt in Bezug auf die lumbale Wirbelsäule und die rechte Schulter angegeben. In den aktuell durchgeführten Röntgenbildern der HWS und LWS hätten sich eine fortgeschrittene Osteochondrose mit Spondylose C5/6, eine höhergradige Osteochondrose Th12/L1 und leichte Osteochondrosen L4/5/S1 gezeigt. Bereits im MRI der HWS von Dezember 2017 sei hauptsächlich eine Diskopathie C5/6 mit auch mässiger foraminale Einengung C5/6 rechts mit möglicher Reizung der C6-Wurzel rechts zur Darstellung gekommen. Es bestehe aktuell aber kein Hinweis auf eine neuroradikuläre Ausfallsymptomatik. In den Akten werde 2009 eine nicht näher definierte Ruptur der rechten Supraspinatussehne mit Begleitbursitis sowie eine eventuell bestehende Ruptur der langen Bizepssehne beschrieben. Eine Bildgebung von damals habe jedoch nicht eingeholt werden können. Eine winzige Ossifikation der Rotatorenmanschette rechts könne im aktuellen Schulterröntgen dargestellt werden. Die demonstrierte leichte Bewegungseinschränkung im Bereich der rechten Schulter könne auf diese Ossifikation, aber auch auf die in den Akten genannte Läsion der Rotatorenmanschette zurückgeführt werden. Für eine Läsion der Bizepssehne rechts finde sich klinisch aktuell kein Anhaltspunkt. Links an der Schulter fänden sich im Rahmen der aktuellen Untersuchung keine Funktionsdefizite. Insofern gebe es für die in den Akten genannte Periarthropathia humeroscapularis links (aus dem Jahr 2007) kein klinisches Korrelat mehr.

Sodann fehlten in den aktuellen Röntgenbildern Erosionen oder degenerative Prozesse an den Händen. Ausserdem ergebe die seitenvergleichende Umfangmessung keine pathologische Differenz, so dass die längerfristige Schonung eines Armes oder Beines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Keines der Gelenke weise aktuell eine Rötung, Überwärmung, Ergussbildung oder Kapselschwellung auf. Zum heutigen Untersuchungszeitpunkt könne keine entzündliche Aktivität der aktenanamnestisch beschriebenen rheumatoiden Arthritis anhand der Angaben der Beschwerdeführerin, der Aktenlage, des Untersuchungsbefundes oder anhand der Laborwerte objektiviert werden. Sie beschreibe einen durchwegs belastungsabhängigen Schmerz in der Wirbelsäule und in den Gelenken. Bereits seit dem 14. Dezember 2018 sei weitgehend eine Remission der rheumatoiden Arthritis zu verzeichnen. Eine Bestimmung von CCP-Antikörper oder Rheumafaktor sei den vorliegenden Akten nicht zu entnehmen. Die präsentierte Bewegungseinschränkung im Bereich des DIP (distales Interphalangealgelenk) des rechten 2. und 3. Fingers sei bildmorphologisch nicht auf eine Gelenkspathologie zurückzuführen. Vielmehr handle es sich dabei um belastungsinduzierte Tendosynovitiden der Beugesehnen. Myofasziale Dysbalancen seien vereinzelt zu tasten. Ein Fibromyalgiesyndrom gemäss den Kriterien des ACR liege bei fehlendem Wide-Spread-Pain nicht vor. Die Beschwerden seien durch die degenerativen Veränderungen zu erklären. Körperliche Erkrankungen, die die Beschwerden erklärten, müssten aber gemäss ACR ausgeschlossen sein. Letztlich liege auch keine Hypermobilität vor (S. 10 f. Ziff. 6). Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit nicht eingeschränkt. Optimal angepasst seien leichte, gelegentlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten. Hinknien, in die Hocke gehen und Bücken seien möglich. Repetitive Überkopfarbeiten seien demgegenüber nicht möglich. Bei primär sitzender Tätigkeit sollte der Wechsel auf ein Stehpult möglich sein und sollte auf die ergonomische Ausrichtung des Arbeitsplatzes geachtet werden (S. 13 f. Ziff. 8).

Prof. Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie-Diabetologie sowie Kardiologie, legte im endokrinologischen Teilgutachten vom 27. Oktober 2021 (act. II 136.7) dar, bei der Beschwerdeführerin bestehe seit 1978 ein bekannter Diabetes mellitus Typ 1. Die

Einstellung gestalte sich über die Jahre schwierig. Es seien recht häufig Hypoglykämien aufgetreten. Seit März 2021 habe mit der Kombination einer Accu-Chek Insight Pumpe mit einem Dexcom Sensor eine Stabilisierung der Glukosesituation erzielt werden können. Die Zahl von Hypoglykämien habe abgenommen. Hypoglykämien würden adäquat wahrgenommen. Fremdhilfe sei keine benötigt worden. Als Folgeerkrankung des Diabetes mellitus bestehe eine diabetische Retinopathie, derentwegen aber keine Interventionsnotwendigkeit gesehen worden sei. Als Zufallsbefund nach einer Hirnblutung im Jahr 2020 sei ein Hypophysenadenom suspiert worden. Weiter bestehe eine Hypercholesterinämie. Von endokrinologisch-diabetologischer Seite bestehe durch das Hypophysenadenom keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, ebenso nicht durch die Hypercholesterinämie. Durch die Diabeteserkrankung sei infolge der notwendigen Kontrollen der Glukose und der notwendigen Reaktion auf die Ergebnisse dieser Kontrollen (Insulinapplikation, Nahrungsaufnahme) von einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 7 Ziff. 6). Es bestehe die Notwendigkeit von flexibel planbaren kurzen Pausen zur Kontrolle der Glukosewerte und zur adäquaten Reaktion darauf. Dieser erhöhte Pausenbedarf schränke die Arbeitsfähigkeit um 20 % ein. Grundsätzlich sei die Tätigkeit als ... als angepasst zu betrachten. Die Arbeitstätigkeit müsse aber so organisiert werden, dass der Beschwerdeführerin kurze flexible planbare Pausen zur Kontrolle der Glukosewerte und zur adäquaten Reaktion darauf ermöglicht würden (S. 10 Ziff. 8).

4.1.2 In der Stellungnahme vom 12. April 2022 (act. II 144) äusserten sich die Gutachter zu den Einwänden (act. II 140) dahingehend, dass die Diagnosen Diabetes mellitus Typ 1 und rheumatoide Arthritis als unabhängige Krankheitsentitäten betrachtet werden könnten. Das Risiko für das Auftreten einer rheumatoiden Arthritis sei bei Patienten mit einem Typ 1 Diabetes erhöht. Die Gabe von Kortisonpräparaten in der Therapie der rheumatoiden Arthritis könne die Insulinsensitivität erniedrigen und dadurch den Insulinbedarf erhöhen. Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit würden sich aus den Wechselwirkungen per se nicht ergeben (S. 2 Ziff. 1). Die Beschwerdeführerin beklage zwar kognitive Störungen. Es sei aber äusserst fraglich, ob solche überhaupt und wenn ja in nennenswertem Umfang vorlägen. Abgesehen von psychischen Aspekten habe sie über neurologische Erkrankun-

gen berichtet (11/2017 virale Meningitis, 02/2020 Subarachnoidalblutung), die durchaus daran denken liessen, dass hieraus möglicherweise kognitive Störungen resultierten. Diesbezüglich werde im neurologischen Teilgutachten aber mitgeteilt, beide Erkrankungen hätten sich ausschliesslich ausserhalb des Gehirns abgespielt. In psychischer Hinsicht habe sich die Diagnose einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) ergeben. Dass bei einer leichten depressiven Episode kognitive Störungen vorkommen würden, wäre zumindest hinsichtlich ausgeprägter kognitiver Störungen unüblich, aber nicht völlig auszuschliessen. Im psychiatrischen Untersuchungsgespräch habe sich die Auffassung jedoch nicht erschwert gezeigt, die Konzentration sei nicht auffallend beeinträchtigt gewesen, die Beschwerdeführerin habe dem Untersuchungsgespräch aufmerksam folgen können, habe auch rasche Themenwechsel problemlos bewältigen können und den Faden nie verloren. In der in die Wege geleiteten neuropsychologischen Untersuchung habe sie sich in der Beschwerdevalidierung grob auffällig gezeigt, so dass keine validen Befunde hätten erhoben werden können. Insgesamt erscheine es höchst fraglich, ob überhaupt kognitive Einschränkungen vorlägen. Wenn überhaupt, wären hier allenfalls leichtere Einschränkungen denkbar. Letztlich ergebe sich, dass kognitive Störungen nicht nachgewiesen respektive nicht belegt seien. Die suggestiv formulierte Frage, ob die kognitiven Einschränkungen medizinisch erklärt werden könnten, könne damit natürlich nicht beantwortet werden (S. 2 Ziff. 2). Hinsichtlich einer optimal adaptierten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit fachübergreifend 100 %. Optimal geeignet sei eine rein sachbezogene (kein Kontakt zu Kunden, ... etc.), gut strukturierte, kognitiv einfache, regelmässige Tätigkeit in ruhiger bzw. nicht lärmbelasteter Umgebung, ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderung an die emotionale Belastbarkeit. Die Arbeitsfähigkeit im Rahmen von Vor- und Nachbereitung von ... sei nicht optimal und betrage demnach nicht 100 %, sondern liege darunter. Noch deutlich stärker weiche das Anforderungsprofil im Rahmen des ... vom Belastungsprofil ab. Dabei werde eingeschätzt, dass die gesamte Arbeitsfähigkeit hinsichtlich sämtlicher Tätigkeiten (als ... bzw. ...; ..., Vor- und Nachbereitung) in der bisherigen Tätigkeit 70 % betrage. Mithin ergebe sich, dass die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit im Rahmen des ... weniger als 70 %, im Rahmen von Vor- und Nachbereitung jedoch mehr als 70 % betrage. Genauer qualifizieren lasse sich dies aber nicht, da

es sich auch um eine recht künstliche, bei der Beurteilung von Arbeitsfähigkeit unübliche Betrachtungsweise handle. Gesamthaft werde an der Einschätzung im Gutachten festgehalten (S. 3 Ziff. 3).

In einer weiteren Stellungnahme vom 16. August 2022 (act. II 153) legten die Gutachter dar, es sei ihnen in der vorangegangenen Stellungnahme (act. II 144) ein Fehler unterlaufen. So sei die Frage zur Arbeitsfähigkeit einzig unter Berücksichtigung des psychiatrischen Fachgebietes beantwortet worden. Unter Berücksichtigung sämtlicher Fachgebiete ergebe sich in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 56 % und in einer adaptierten Tätigkeit eine solche von 80 % (S. 1).

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

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, 8C_260/2020 E. 2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und

allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

4.3 Die angefochtene Verfügung vom 28. März 2023 (act. II 173) basiert in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem MEDAS-Gutachten vom 1. Februar 2022 (act. II 136.1 ff.) sowie den gutachterlichen Stellungnahmen vom 12. April 2022 (act. II 144) und vom 16. August 2022 (act. II 153).

4.3.1 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 27. Dezember 2021 (act. II 136.3) leitete Dr. med. E. _____ die von ihm gestellte Diagnose einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0; S. 9 Ziff. 6) gestützt auf eine umfassende klinische Untersuchung der Beschwerdeführerin (vgl. Urteil des BGer 8C_138/2021 vom 7. Juni 2021 E. 4.2) und unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen sowie der medizinischen Akten nachvollziehbar und überzeugend begründet her (vgl. S. 7 f. Ziff. 4.3, S. 9 Ziff. 6 und S. 10 Ziff. 7.3). Soweit die Beschwerdeführerin mit Verweis auf die medizinischen Akten bestreitet, dass lediglich eine leichte depressive Symptomatik vorliegt (Beschwerde S. 9 Ziff. 5), verkennt sie, dass in den Akten kein aktueller fachärztlicher Bericht liegt, der ein schwerwiegenderes psychisches Geschehen begründen würde. Die im Mai 2020 von der behandelnden Psychiaterin diagnostizierte mittelschwere depressive Episode (act. II 73 S. 4 Ziff. 2.5) wurde vom psychiatrischen Gutachter als plausibel bewertet (act. II 136.3 S. 10 Ziff. 7.3) und von ihm für diese Zeit entsprechend übernommen. Für den Begutachtungszeitpunkt legte der psychiatrische Gutachter demgegenüber schlüssig dar, es sei von einer leichten depressiven Störung auszugehen (S. 9 Ziff. 6). Dabei konnten die subjektiv im Vordergrund stehenden kognitiven Störungen und die vermehrte Erschöpfbarkeit anlässlich der psychiatrischen Untersuchung nicht bestätigt werden. Vielmehr zeigte sich die Auffassung der Beschwerdeführerin nicht erschwert und ihre Konzentration nicht auffallend beeinträchtigt. Sie konnte dem Untersuchungsgespräch aufmerksam folgen und verlor auch bei raschen Themenwechseln nicht den Faden (S. 7 Ziff. 4.3). Ausserdem konnte die anlässlich der neuropsychologischen Zusatzuntersuchung (act. II 136.9) formal gezeigte mittelschwere kognitive Funktionsstörung nicht als valide gewertet werden (S. 12 Ziff. 6), was ebenfalls ins psychiatrische Teilgutachten einfluss (act. II 136.3 S. 9 Ziff. 6).

4.3.2 Im neurologischen Teilgutachten vom 11. Dezember 2021 (act. II 136.4) zeigte Dr. med. G. _____ auf, dass sowohl die im November 2017 erlittene virale Meningitis als auch die im Februar 2020 erlittene Subarachnoidalblutung sich ausserhalb des Gehirns abgespielt hätten, wobei keine morphologischen Veränderungen am Gehirn aufgetreten und die Erkrankungen ohne Besonderheiten abgeheilt seien (S. 7 Ziff. 6). Medizinische Unterlagen, die dem widersprechen, liegen nicht vor. Mangels gegenteiliger Hinweise in den Akten ist ebenfalls schlüssig, dass dem im MRI vom Februar 2020 entdeckten Hypophysenadenom kein Krankheitswert zukommt (S. 7 Ziff. 6). Bei dieser Ausgangslage schloss die neurologische Gutachterin sodann folgerichtig, dass sich die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden wie beispielsweise die Fatiguesymptomatik neurologisch nicht erklären liessen (S. 8 Ziff. 7.2; vgl. auch Stellungnahme vom 12. April 2022 [act. II 144 S. 2 Ziff. 2]).

4.3.3 In Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten vom 27. Oktober 2021 (act. II 136.6) ist zu betonen, dass anlässlich der Begutachtung keines der Gelenke eine Rötung, Überwärmung, Ergussbildung oder Kapselschwellung aufwies und die gemessenen Laborparameter keine entzündliche Aktivität zeigten (S. 10 Ziff. 6). Demnach konnte die in den Akten erwähnte rheumatoide Arthritis anlässlich der Begutachtung nicht bestätigt werden, wobei zu beachten ist, dass auch die behandelnde Rheumatologin bereits Mitte Dezember 2018 eine weitgehende Remission der rheumatoiden Arthritis verzeichnete (act. II 35 S. 9). Folgerichtig mass die Gutachterin der aktenanamnestischen rheumatoiden Arthritis keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (act. II 136.6 S. 11 Ziff. 6). Sodann sind ebenfalls die übrigen von der Gutachterin – in Kenntnis der von den behandelnden Ärzten erhobenen (bildgebenden) Befunde sowie des bisherigen Behandlungsverlaufs – gestellten Diagnosen (leichtes Impingement der rechten Schulter bei aktuell winziger Ossifikation der Rotatorenmanschette rechts, degeneratives HWS- und LWS-Syndrom, Zustand nach Tendosynovitis der Beugesehnen einiger Finger mit operativer Sanierung [S. 11 Ziff. 6]) mit Blick auf die anlässlich der Begutachtung klinisch und bildgebend erhobenen Befunde schlüssig. Nachvollziehbar ist ausserdem, dass bei den gestellten Diagnosen lediglich qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (insbesondere schwere, nicht wechselbelastende und repetitive Über-

kopfarbeiten sind nicht mehr zumutbar) bestehen, wobei diese die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin als ... bzw. ... nicht einschränken (S. 13 f. Ziff. 8). Eine dieser rheumatologischen Beurteilung widersprechende medizinische Einschätzung findet sich nicht in den Akten.

4.3.4 Der endokrinologische Gutachter berücksichtigte bei der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit insbesondere, dass der Diabetes mellitus Typ 1 bei der Beschwerdeführerin schwierig einzustellen ist und deshalb regelmässige Kontrollen der Glukose und eine allfällige Reaktion auf diese notwendig sind. Dass aus diesem Grund eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % besteht, ist nachvollziehbar (act. II 136.7 S. 7 Ziff. 6). Eine höhere Einschränkung oder Hinweise auf eine andere endokrinologische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ergeben sich weder aus den Akten noch wird entsprechendes von der Beschwerdeführerin geltend gemacht.

4.3.5 Schliesslich überzeugen auch das internistische sowie ophthalmologische Teilgutachten (act. II 136.5; 136.8), denn weder aus den Akten noch den Eingaben der Beschwerdeführerin ergeben sich Hinweise auf eine allgemeinmedizinische oder ophthalmologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

4.4 Zusammenfassend bildet das MEDAS-Gutachten vom 1. Februar 2022 (act. II 136.1 ff.) inklusive Stellungnahmen vom 12. April 2022 (act. II 144) und vom 16. August 2022 (act. II 153) eine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts, so dass darauf grundsätzlich abzustellen ist. Vor diesem Hintergrund kann auf die in der Beschwerde (S. 2 Rechtsbegehren 3) beantragten weiteren Beweisvorkehrungen in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; Urteil des BGer 9C_298/2024 vom 14. August 2024 E. 5.2, zur Publikation vorgesehen; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

In somatischer Hinsicht bestand gemäss Gutachten aufgrund der viralen Meningitis respektive der Subarachnoidalblutung jeweils ab dem 26. November 2017 sowie ab dem 13. Februar 2020 für drei Monate eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Darüber hinaus bewirkt der Diabetes seit

der Diagnosestellung 1978 eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit von 20 % für sämtliche Tätigkeiten. Rheumatologisch sind hingegen nur qualitative Einschränkungen (nur leichte, gelegentlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitive Überkopfarbeiten) ausgewiesen.

Aus psychiatrischer Sicht bestand für die Zeit ab dem 24. März 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit (rein sachbezogene [kein Kontakt mit Kunden, ... etc.], gut strukturierte, kognitiv einfache, regelmässige Tätigkeit in ruhiger bzw. nicht lärmbelasteter Umgebung ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastung) und in der angestammten Tätigkeit als ... bzw. ... eine solche von 70 %. Bis Ende 2020 sei die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf 100 % gesteigert worden und in der angestammten Tätigkeit auf eine solche von 80 %. Nach dem Wechsel der ... und der Übernahme einer anspruchsvolleren ... per 1. August 2021 bestand aus Sicht des psychiatrischen Gutachters eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % (act. II 136.1 S. 13 Ziff. 4.7 ff., 136.3 S. 12 f. Ziff. 8, 136.4 S. 11 f. Ziff. 8, 136.6 S. 13 f. Ziff. 8, 136.7 S. 10 f. Ziff. 8).

Ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, ist allerdings anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters zu prüfen (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296; vgl. E. 3.3 hiervor). Da Dr. med. E. _____ die Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 ungenügend behandelt hat (wie in der Beschwerde zu Recht gerügt [Beschwerde S. 9 f. Ziff. 6]), ist in einem nächsten Schritt anhand der Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens unter besonderer Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu depressiven Erkrankungen (vgl. BGE 148 V 49) zu prüfen, ob der Beweis einer rechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen erbracht ist.

5.

5.1 Als Diagnose wurde eine leichte bzw. für Mai 2020 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0 bzw. F32.1) gestellt (act. II 136.3 S. 9 Ziff. 6 und S. 10 Ziff. 7.3). Diesbezüglich sind auf der ersten Ebene

(vgl. E. 3.3.2 hiervor) die klassifikatorischen Vorgaben erfüllt und die Diagnosen wurden im Gutachten hinreichend begründet dargelegt (vgl. E. 4.3.1 hiervor). Ausschlussgründe im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung liegen nicht vor (vgl. E. 3.3.1 hiervor). Es ist daher nachfolgend auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens vorzunehmen (vgl. E. 3.3.3 hiervor).

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

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

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.). Im Rahmen der Untersuchung konstatierte der psychiatrische Sachverständige – nebst weitgehend unauffälligen Befunden – eine zum depressiven Pol hin verschobene Grundstimmung (act. II 136.3 S. 7 f. Ziff. 4.3). Daraus ergeben sich keine Anhaltspunkte, die eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde nahelegen, als den gestellten Diagnosen bereits inhärent ist (vgl. Urteil des BGer 9C_755/2018 vom 9. Mai 2019 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 5.2.2 S. 425).

Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenzen als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Die Beschwerdeführerin ist seit dem 24. März 2020 in psychiatrischer Behandlung, wobei diese anfänglich alle ein bis zwei Wochen stattfand (act. II 73 S. 2 Ziff. 1.1 f.), jedoch rasch auf alle drei Wochen reduziert wurde (act. II 89 S. 3 Ziff. 7), was für eine konsequente Depressionstherapie rechtsprechungsgemäss ungenügend ist (vgl. auch in BGE 143 V 66 nicht publizierte E. 5.3.2 des Entscheides 8C_814/2016 vom 3. April 2017) und auch insoweit nicht auf einen hohen Schweregrad hinweist. Den Akten ist sodann zu entnehmen, dass der Beschwerdeführerin seit Beginn der psychiatrischen Behandlung

das Medikament Trittico verschrieben wurde (act. II 73 S. 3 Ziff. 2.3, 136.3 S. 6 Ziff. 3.2); Alternativen wurden nie thematisiert. Mithin wurden die therapeutischen Optionen der häufig gut behandelbaren depressiven Erkrankung (BGE 143 V 409 E. 4.3 S. 414) bisher nicht ausgeschöpft und es liegt keine ausgewiesene Behandlungsresistenz vor.

Was den Indikator "Komorbiditäten" (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) anbelangt, ist festzuhalten, dass keine zusätzliche psychiatrische Diagnose gestellt wurde. Es bestehen neben der depressiven Erkrankung jedoch diverse somatische Diagnosen. Dem Diabetes mellitus Typ 1 wurde Einfluss auf sämtliche Tätigkeiten beigemessen (act. II 136.7 S. 10 f. Ziff. 8) und die rheumatologischen Diagnosen wirken sich ebenfalls auf das Zumutbarkeitsprofil aus (act. II 136.6 S. 14 Ziff. 8). Eine Wechselwirkung zwischen der psychiatrischen und den somatischen Diagnosen wird im Gutachten nicht angenommen.

5.2.2 Betreffend den Komplex "Persönlichkeit" (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) wurde keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, jedoch selbstunsichere Persönlichkeitszüge im Sinne einer Persönlichkeitsvariante aufgeführt (act. II 136.3 S. 8 Ziff. 4.3). Die Beschwerdeführerin ging jedoch über Jahre (und geht nach wie vor) einer beruflichen Tätigkeit mit ... nach (act. II 1 S. 4 Ziff. 4.3 und S. 5 Ziff. 5.3, 11 S. 4 ff.; Eingabe der Beschwerdeführerin vom 25. September 2023 [in den Gerichtsakten]) und pflegt gute soziale Kontakte (act. II 136.1 S. 12 Ziff. 4.5). Ausserdem liegen namentlich beim "Ich-Bewusstsein", den "Zwängen und Phobien" sowie der "Realitätsorientierung" keine Auffälligkeiten vor und in der Untersuchungssituation zeigte sich keine Antriebsminderung (act. II 136.3 S. 7 f. Ziff. 4.3). Mithin verfügt die Beschwerdeführerin über persönliche Ressourcen und es ist von einer im Wesentlichen intakten Persönlichkeit auszugehen.

5.2.3 In Bezug auf den Komplex "Sozialer Kontext" (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin geschieden ist und alleine wohnt, jedoch regelmässigen Kontakt zu ihrem erwachsenen Sohn hat, einmal pro Woche ... geht und selbst über sehr gute soziale Kontakte und viele Kolleginnen berichtet (act. II 136.3 S. 5 f. Ziff. 3.2 und S. 9 Ziff. 7.1). Folglich verfügt sie über gute soziale Ressourcen.

5.3 Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) ist mit Blick auf den Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303) Folgendes festzuhalten: Die Beschwerdeführerin schildert gegenüber den Gutachtern eher unauffällige Arbeitstage. Nachdem sie 15 Minuten "rheumatische Übungen" gemacht habe, ziehe sie sich an, frühstücke und fahre gegen 07.00 Uhr mit dem Auto zur ..., die sie um 07.20 Uhr erreiche. Danach bereite sie den ... vor. Dieser beginne um 08.20 Uhr. Nachdem ... den ... um 12.05 Uhr verlassen habe, räume sie auf, esse etwas und ab 13.00 Uhr beginne sie mit der Vorbereitung des Dieser dauere von 13.30 Uhr bis 15.30 Uhr. Danach müsse sie aufräumen und Berichte schreiben. Gegen 18.30 Uhr komme sie zu Hause an und esse noch etwas. Ins Bett gehe sie zwischen 21.00 Uhr und 22.00 Uhr. Wenn sie nicht im ... sei, versuche sie Dinge im Haushalt zu erledigen oder sich wieder auf die nächsten Tage im ... vorzubereiten. Der Haushalt mache ihr grosse Mühe, sie schaffe es fast nicht mehr. Freizeit habe sie sehr wenig, wenn sie etwas Freizeit habe, ... sie ..., gehe ... oder mache Ausserdem habe sie regelmässigen Kontakt zu ihrem erwachsenen Sohn und ihren Kolleginnen (act. II 136.3 S. 5 Ziff. 3.2, 136.4 S. 4 f. Ziff. 3.2). Das relativ hohe Aktivitätenniveau im Alltag spricht für eine volle Arbeitsfähigkeit. Denn die von Seiten des psychiatrischen Gutachters attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % bzw. 30 % steht dem Aktivitätenniveau nicht entgegen, sah er die Beschwerdeführerin doch einzig in ihrem bisherigen Beruf als ... und ... als eingeschränkt an und attestierte er für eine angepasste Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit (act. II 136.3 S. 12 f. Ziff. 8). Mit dem Aktivitätenniveau eher nicht vereinbar ist hingegen die zwischen März und Dezember 2020 attestierte höhere Arbeitsunfähigkeit (act. II 136.3 S. 12 f. Ziff. 8), wobei sich aus den Akten keine Hinweise ergeben, dass die Freizeitgestaltung damals wesentlich anders aussah.

In Bezug auf den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck und in diesem Zusammenhang die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) ist sodann zu wiederholen (vgl. E. 5.2.1 hiervor), dass sich die Beschwerdeführerin lediglich in eher niederschwelliger psychiatrischer Behandlung befindet, was gegen einen hohen Leidensdruck spricht.

5.4 In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Dies korreliert denn auch mit den höchstrichterlichen Grundsätzen zu depressiven Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (vgl. BGE 148 V 49), die nennenswerte Interferenzen durch psychische Komorbiditäten verlangen, die wie gezeigt jedoch gerade nicht vorliegen. Vor diesem Hintergrund ist in der ärztlicherseits diagnostizierten depressiven Störung aus rechtlicher Optik kein invalidisierender Gesundheitsschaden zu erblicken.

5.5 Aufgrund des Dargelegten sind somit einzig die somatischen Beschwerden bzw. Leistungseinschränkungen massgebend. Folglich ist die Beschwerdeführerin in einer – der angestammten Tätigkeit entsprechenden – leichten, gelegentlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne repetitive Überkopfarbeiten wegen des erhöhten Pausenbedarfs zur Kontrolle des Glukosewertes 20 % arbeitsunfähig. Ab dem 26. November 2017 und ab dem 13. Februar 2020 bestand jeweils für drei Monate eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. II 136.4 S. 11 f. Ziff. 8, 136.6 S. 14 Ziff. 8, 136.7 S. 10 f. Ziff. 8).

6.

Auf dieser Grundlage ist nachstehend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

6.1 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).

6.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns

nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. 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 2022 UV Nr. 4 S. 12, 8C_134/2021 E. 3.2).

6.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 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. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

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 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2024 UV Nr. 14 S. 58, 8C_706/2022 E. 6.1.2, 2018 IV Nr. 46 S. 147, 8C_211/2018 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 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20; SVR 2023 IV Nr. 18 S. 63, 8C_332/2022 E. 5.2.1.1).

6.1.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns massgeblich, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

Aufgrund des Diabetes besteht bei der Beschwerdeführerin seit Jahren eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Zuzugabe einer Hirnhautentzündung respektive einer Hirnblutung stieg die Arbeitsunfähigkeit ab dem 26. November 2017 sowie dem 13. Februar 2020 auf jeweils 100 % an, wobei die volle Arbeitsunfähigkeit jeweils drei Monate andauerte (act. II 136.4 S. 11 Ziff. 8, 136.7 S. 10 Ziff. 8). Die Arbeitsunfähigkeit betrug somit seit Jahren ununterbrochen mindestens 20 %, weshalb die Wartezeit nicht unterbrochen wurde (Art. 29^{ter} IVV). Somit war das Wartejahr am 26. Februar 2018 zwar bestanden (während neun Monaten Arbeitsunfähigkeit von 20 % und während drei Monaten Arbeitsunfähigkeit von 100 %). Die Beschwerdeführerin meldete sich jedoch erst im März 2018 zum Leistungsbezug an (act. II 1), sodass der frühestmögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG auf September 2018 fällt. Zu diesem Zeitpunkt war die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit jedoch lediglich zu 20 % arbeitsunfähig. Ab dem 13. Februar 2020 bestand für drei Monate wiederum eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vgl. E. 5.5 hiervor). Aufgrund der durchgehenden Arbeitsunfähigkeit von 20 % wurde das Wartejahr nicht unterbrochen (vgl. Art. 29^{ter} IVV), sodass per Februar 2020 ein Einkommensvergleich durchzuführen ist.

6.2 Bei einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten (vgl. E. 5.5 hiervor) resultiert ein Invaliditätsgrad von 100 %. Bei einem Invaliditätsgrad von 70 % oder mehr besteht grundsätzlich Anspruch auf eine ganze Rente (vgl. E. 3.4 hiervor). Rechtsprechungsgemäss müssen jedoch die durchschnittliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit während eines Jahres und die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit kumulativ und in der für die einzelnen Rentenabstufungen erforderlichen Mindesthöhe gegeben sein, damit die Rente im entsprechenden Umfang zugesprochen werden kann (Urteile des BGer 8C_618/2021 vom 14. Dezember 2021 E. 4.2, und 8C_718/2018 vom 21. Februar 2019 E. 2.2). Die Rentenhöhe hängt somit auch vom Grad der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahres ab. Im vorliegenden Fall betrug die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit im Wartejahr 40 % (während neun Monaten Arbeitsunfähigkeit von 20 % und während drei Monaten Arbeitsunfähigkeit von 100 %; vgl. E. 5.5 hiervor). Somit besteht zunächst, trotz der vollen Erwerbsunfähigkeit, ab 1. Februar 2020 Anspruch auf eine Viertelsrente (vgl. E. 3.4 hiervor). Erst nach Ablauf von drei Monaten, mithin ab 1. Mai 2020, besteht in Anwendung von Art. 88a Abs. 2 IVV Anspruch auf eine ganze Rente.

6.3 Ab Mitte Mai 2020 bestand in einer – der angestammten Tätigkeit entsprechenden – leichten, gelegentlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne repetitive Überkopfarbeiten wiederum eine Arbeitsfähigkeit von 20 % (vgl. E. 5.5 hiervor). Diese gesundheitliche Verbesserung stellt einen Revisionsgrund (vgl. E. 3.5.1 hiervor) dar. Damit ist auf diesen Zeitpunkt hin eine weitere Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

6.3.1 Die Beschwerdeführerin wäre ohne Gesundheitsschaden unbestrittenermassen weiterhin in ihrer bisherigen Tätigkeit als ... bei derselben Arbeitgeberin beschäftigt. Demnach stellte die Beschwerdegegnerin für das Valideneinkommen zu Recht auf die Angaben der J. _____ vom 8. Dezember 2022 ab (act. II 158), wonach die Beschwerdeführerin bei einem 100 %-Pensum im Jahr 2020 Fr. 112'495.50 (13 x Fr. 8'653.50) verdient hätte.

6.3.2 Die Beschwerdeführerin verwertet die ihr verbliebene Restarbeitsfähigkeit (vgl. E. 5.5 hiervor) nicht voll, weshalb das Invalideneinkommen

anhand statistischer Daten zu bestimmen ist. Soweit sie vorbringt, ihr sei die Tätigkeit als ... generell nicht mehr zumutbar, weshalb das Invalideneinkommen nicht anhand der Löhne für ... hätte berechnet werden dürfen (Beschwerde S. 10 f. Ziff. 9; Eingabe der Beschwerdeführerin vom 29. August 2023 [in den Gerichtsakten]), verkennt sie, dass einzig die somatischen Leistungseinschränkungen massgebend sind (vgl. E. 5.5 hiervor). Dabei ist die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin – neben den qualitativen Einschränkungen auf leichte, gelegentlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitive Überkopfarbeiten (vgl. E. 5.5 hiervor) – einzig in Zusammenhang mit dem Diabetes mellitus eingeschränkt, der jedoch seit Jahren im Wesentlichen unverändert besteht (act. II 136.7 S. 7 Ziff. 6 und S. 10 f. Ziff. 8). Trotz dieser Erkrankung konnte sie ihre Tätigkeit als ... respektive ... stets ausüben, weshalb nicht ersichtlich ist, warum dies nun nicht mehr möglich sein sollte. Es gibt denn auch keine ersichtlichen Gründe, weshalb bei der Ausübung der Tätigkeit als ... flexibel planbare kurze Pausen zur Kontrolle der Glukosewerte (vgl. hierzu act. II 136.7 S. 10 Ziff. 8) nicht möglich sein sollten.

Soweit die Beschwerdeführerin ausserdem vorbringt, aufgrund ihrer vielfältigen Einschränkungen, des instabilen Gesundheitszustandes, des fortgeschrittenen Alters und der Tatsache, dass sie lediglich über Berufserfahrung im ...beruf verfüge, sei ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn von 25 % vorzunehmen (Beschwerde S. 11 Ziff. 9), kann ihr nicht gefolgt werden. So ist ihr ihre bisherige Tätigkeit als ... – wie bereits dargelegt – weiterhin hochprozentig (Arbeitsfähigkeit von 80 % [vgl. E. 5.5 hiervor]) zumutbar und ist nicht ersichtlich und wird auch nicht begründet dargelegt, inwiefern sich die qualitativen Leistungseinschränkungen (keine schweren, nicht wechselbelastenden oder repetitiven Überkopfarbeiten; vgl. E. 5.5 hiervor) lohnsenkend auf die Tätigkeit als ... auswirken sollten. Den gesundheitlichen Einschränkungen wurde zudem bereits mit dem reduzierten Pensum und dem Zumutbarkeitsprofil hinlänglich Rechnung getragen, womit dieser Aspekt nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen kann (vgl. E. 6.1.2 in fine hiervor). Was ihr Alter anbelangt, ist sodann zu beachten, dass sich dieses respektive das Amtsalter bei ...tätigkeiten eher lohnssteigernd, jedenfalls aber nicht lohnsenkend

auswirkt (BFS, LSE 2020, Tabelle T17, Ziff. 23 [...]; vgl. auch Art. 40 Abs. 2 und Art. 44 der kantonalen Personalverordnung vom 18. Mai 2005 [PV; BSG 153.011.1]) und demnach keinen Tabellenlohnabzug rechtfertigt. Was den Hinweis auf den (neurechtlichen) Pauschalabzug von 10 % gemäss dem am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (Beschwerde S. 11 Ziff. 9) angeht, kann offen bleiben, ob hierfür eine Neu anmeldung erforderlich wäre (vgl. Abs. 2 der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 18. Oktober 2023), zumal so oder anders kein rentenbegründender IV-Grad resultieren würde.

Demnach resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 89'908.80 (Fr. 9'027.-- [BFS, LSE 2020, Tabelle T17, Ziff. 23 {...}], Total Frauen] x 12 [Monate] / 40 x 41.5 [BFS, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 85 {... und ...}, Wert 2020] x 0.8 [Arbeitsunfähigkeit von 20 %]).

6.3.3 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert per 13. Mai 2020 ein gerundeter (BGE 130 V 121 E. 3.2 und E. 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 196, 8C_575/2018 E. 7.1) rentenausschliessender (vgl. E. 3.4 hiervor) Invaliditätsgrad von 20 % ([Fr. 112'495.50 ./ Fr. 89'908.80] / Fr. 112'495.50 x 100). Unter Berücksichtigung der dreimonatigen Frist von Art. 88a Abs. 1 IVV ist die ganze Rente per 1. September 2020 grundsätzlich aufzuheben. Zu prüfen bleibt, ob die Aufhebung der befristeten Rente ohne Eingliederungsmassnahmen erfolgen durfte (zur diesbezüglichen Rüge vgl. Beschwerde S. 10 Ziff. 7).

6.4

6.4.1 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-rehabilitativer 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. Eine unmittelbare Anrechenbarkeit des auf

der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit beruhenden (höheren) Invalideneinkommens ist dann zu verneinen, wenn Eingliederungsmassnahmen entweder aus medizinischer oder aus beruflich-erwerblicher Sicht unabdingbare Voraussetzung für die Umsetzung des (potentiellen) funktionellen Leistungsvermögens sind. Aus medizinischer Sicht fällt der Schluss der (vorläufigen) Nichtanrechenbarkeit eines (höheren) Invalideneinkommens in Betracht, wenn das grundsätzlich attestierte Leistungsvermögen in der ärztlichen Beurteilung unter den ausdrücklichen Vorbehalt der Durchführung befähigender Massnahmen gestellt wird. Aus beruflich-erwerblicher Sicht können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211, 141 V 5 E. 4.1 S. 7; SVR 2019 IV Nr. 38 S. 120, 8C_680/2018 E. 5.2, 2016 IV Nr. 27 S. 80, 8C_19/2016 E. 5.1, 2011 IV Nr. 30 S. 86, 9C_163/2009 E. 4.2.1 und 4.2.2, Nr. 73 S. 220, 9C_228/2010 E. 3.3).

Ausnahmen von der in diesen Fällen grundsätzlich ("vermutungsweise") anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211).

Die Rechtsprechung, wonach es bei der wiedererwägungs- oder revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei zurückgelegtem 55. Altersjahr oder mehr als 15 Jahre dauerndem Rentenbezug grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen gilt, kommt auch dann zur Anwendung, wenn zeitgleich mit der Rentenzusprache über deren Befristung und/oder Abstufung befunden wird. Auch in solchen Fällen ist die Rente weiter auszurichten (BGE 145 V 209 E. 5.4 S. 214; SVR 2020 IV Nr. 66 S. 230, 8C_80/2020 E. 2.3.1 und E. 2.3.3).

6.4.2 Der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin endete per 31. August 2020. Im Zeitpunkt der Verfügung vom 28. März 2023 war die Beschwerdeführerin 56-jährig (act. II 1 S. 1 Ziff. 1.1), sodass die Rechtsprechung zur grundsätzlich ("vermutungsweise") anzunehmenden Unverwertbarkeit einer Selbsteingliederung (vgl. E. 6.4.1 hiervor) zur Anwendung gelangt. Allerdings ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin über eine Ausbildung als ... und über langjährige Berufserfahrung verfügt (act. II 1 S. 4 Ziff. 4.3 und S. 5 Ziff. 5.3, 11 S. 4 ff.). Abgesehen von zwei Zeiträumen, in denen sie jeweils für drei Monate zu 100 % arbeitsunfähig war, war sie in ihrer bisherigen Tätigkeit als ... bzw. ... durchgehend 80 % arbeitsfähig (vgl. E. 5.5 hiervor). Eine langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt besteht nicht. Sodann war sie nach dem Verlust ihrer Anstellung (act. II 94) in der Lage, selbstständig eine neue Arbeitsstelle zu finden (act. II 117 S. 2 f.), welche sie in der Folge selber kündigte (act. II 148 S. 6), wobei sie in der Folge wiederum eine neue Anstellung fand (vgl. Schreiben der Beschwerdeführerin vom 25. September 2023 [in den Gerichtsakten]). Die Beschwerdeführerin verfügt also nachweislich über Ressourcen, um sich im Arbeitsmarkt zu orientieren und zurechtzufinden und sich rasch wieder einzugliedern. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die befristet zugesprochene ganze Rente ohne vorgängige Durchführung von Eingliederungsmassnahmen per 31. August 2020 aufgehoben wurde.

7.

Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 28. März 2023 (act. II 173) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

8.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen.

8.2 Bei diesem Verfahrensausgang 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, soweit darauf einzutreten ist.
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):
 - B. _____, Rechtsanwalt C. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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