

200 23 529 IV
SCP/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. September 2023

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Juni 2023



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ... mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ), zuletzt teilzeitig in der Behindertenassistenz tätig, meldete sich im März 2021 unter Hinweis auf Schmerzen in der rechten Schulter und Hüfte sowie in den Füßen (Achillessehne rechts und links) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 1; 18 S. 1; 32 S. 2 ff.). Die IVB klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab, zog Berichte der behandelnden Ärzte sowie die Akten der C. _____ bei, führte mit der Versicherten ein Assessment durch und veranlasste auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 75) bei der D. _____ (nachfolgend MEDAS) eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 18. November 2022 [Akten der IVB {act. IIA} 106.1 ff.]). Ferner unterbreitete sie der Versicherten einen Fragenkatalog zum Umfang der Erwerbstätigkeit mit und ohne gesundheitliche Beeinträchtigung (act. IIA 110). Mit Vorbescheid vom 26. Januar 2023 (act. IIA 111) stellte die IVB der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 100 bzw. 33 % die Ausrichtung einer vom 1. Dezember 2021 bis 31. Juli 2022 befristeten ganzen Rente (samt Kinderrente) in Aussicht. Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben und diverse Berichte behandelnder Ärzte einreichen (act. IIA 116; 120; 122), woraufhin die IVB eine Stellungnahme von der MEDAS einholte (act. IIA 126). Mit Verfügung vom 7. Juni 2023 (act. IIA 136) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, mit Eingabe vom 10. Juli 2023 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 7. Juni 2023 betreffend die Ablehnung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin ab dem 1. August 2023 sei aufzuheben.

2. Der Beschwerdeführerin sei ab dem 1. August 2022 eine unbefristete 52%ige Invalidenrente samt Kinderrente zuzusprechen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Mit Beschwerdeantwort vom 7. August 2023 beantragt die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 7. Juni 2023 (act. IIA 136 S. 2 ff.). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. Mit der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente wird ein Rechtsverhältnis im anfechtungs- und streitge-

genständlichen Sinne geregelt. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbezugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert blieben (BGE 125 V 413).

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

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

2.

2.1

2.1.1 Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. 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 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Demnach ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Trifft dies zu, so erfolgt ein allfälliger Wechsel zum neuen stufenlosen Rentensystem je nach Alter der Rentenbezügerin oder des Rentenbezügers gemäss lit. b und c der Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 16. Mai 2023, 8C_608/2022, E. 3.1). Gemäss lit. b Abs. 1 bleibt für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr noch nicht vollendet haben, der bisherige Rentenanspruch solange bestehen, bis sich der Invaliditätsgrad nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ändert.

2.1.2 Die angefochtene Verfügung datiert vom 7. Juni 2023 (act. IIA 136 S. 2 ff.), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022 (Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. E. 4 hinten), weshalb insoweit die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind. Mit dem Vorliegen eines Revisionsgrundes im Mai 2022 (vgl. E. 3.5 und E. 5.4 hinten) gelangt ab diesem Zeitpunkt jedoch das seit 1. Januar 2022 geltende Recht (mit dem Wechsel ins stufenlose Rentensystem) zur Anwendung (vgl. auch Rz. 9102 und 9201 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]); zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen, vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82).

2.2

2.2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2.2 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 Ab-

lauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c).

2.2.2.1 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.

2.2.2.2 Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2022 gültigen Fassung) wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69% entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70% besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49% gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

2.3 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).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden

können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Am 28. November 2019 zog sich die Beschwerdeführerin bei einem Sturz eine Verletzung der rechten Schulter zu (act. II 26.82). Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 3. Januar 2020 (act. II 26.76) ein posttraumatisches subacromiales Impingement Schulter rechts. Es wurde bis zum 31. März 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (act. II 26.74 f.; 26.60).

3.1.2 Im Bericht des Spitals F._____, vom 12. November 2020 (act. II 14 S. 32-34) wurden im Wesentlichen die folgenden Diagnosen gestellt (S. 32):

1. Achillessehnentendinopathie beidseits mit leichter ansatznaher Enthesitis mit Verkalkungen beidseits
2. Fibromyalgie-Syndrom
3. Posttraumatisches subacromiales Impingement Schulter rechts
4. Rezidivierende Laryngitiden und Sialadenosen
5. St. n. Sleeve-Gastrektomie 02/2015

Im Vordergrund ständen Schulterschmerzen rechts nach Sturz am 28. November 2019. Aktuell berichte die Beschwerdeführerin des Weiteren über Achillodynien beidseits, welche seit einer M. Soleus-Zerrung im Januar 2020 mit konsekutiver Fehlbelastung der Achillessehnen aufgetreten seien (S. 33).

3.1.3 Vom 8. bis 21. Dezember 2020 war die Beschwerdeführerin wegen einer beidseitigen Achillessehnentendinopathie hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 5. Januar 2021 (act. II 14 S. 14-18) wurde für eine schwere körperliche Arbeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit,

für eine leichte bis mittelschwere Arbeit eine 20%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (S. 16).

3.1.4 Am 1. März 2021 erfolgte bei diagnostizierter chronischer traumatischer subtotaler Ruptur der Subscapularissehne mit konsekutiver Medialisierung der langen Bizepssehne, SLAP-Läsion und Tendinosis calcarea des ISP-Sehnenvorderrandes ein operativer Eingriff an der rechten Schulter (act. II 26.36). Es wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 1. Januar 2021 attestiert (act. II 2 F. _____ 6.29 S. 2 f.; 26.10 S. 2; 29 S. 3).

3.1.5 Im Bericht des Spitals F. _____, vom 4. September 2021 (act. II 37) wurde festgehalten, sechs Monate nach Rotatorenmanschettenrefixation der rechten Schulter imponiere klinisch eine Restkapsulitis, welche die Beschwerdeführerin in ihren Alltagsaktivitäten immer noch einschränke. Insgesamt sei der Verlauf positiv. Eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei bis zur nächsten Konsultation weiterhin gerechtfertigt (S. 2; vgl. auch act. II 43.16 S. 1).

3.1.6 Die RAD-Ärztin med. pract. G. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 24. November 2021 (act. II 39) fest, es beständen im Vordergrund belastungs- und bewegungsabhängige Schulterschmerzen rechts mit komplizierterem Verlauf postoperativ und Fusschmerzen rechts trotz fortgesetzter konservativer Behandlung. Bekannt seien auch chronische Schmerzen im Sinne einer Fibromyalgie (S. 6). Aus Sicht des RAD sei die erlernte Tätigkeit als ..., eingestuft als körperlich schulter- und beinbelastende Tätigkeit, dauerhaft seit November 2019 ungünstig (S. 7).

3.1.7 Im Bericht des Spitals F. _____, vom 15. Dezember 2021 (act. II 44 S. 2 f.) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe den Bewegungsumfang der rechten Schulter weiter verbessert. Lediglich die Innenrotationseinschränkung scheine sich nur wenig zu verändern; es erfolge keine fixe Schmerzmitteleinnahme. Als .../... sei sie zu 100% arbeitsunfähig (S. 2). Beratertätigkeiten seien von Seiten der rechten Schulter ab sofort gut möglich, höhere körperliche Belastungen jedoch mittel- bis langfristig wahrscheinlich nicht mehr umsetzbar. Es werde weiter eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % bis 12. Januar 2022 attestiert (S. 3).

3.1.8 Am 12. Januar 2022 erfolgte bei diagnostizierter ansatznahen "Achillestendinopathie rechts > links bei Haglund-Exostose" ein operativer Eingriff am rechten Fuss (act. II 50 S. 5). Es zeigte sich ein guter postoperativer Verlauf (act. II 57 S. 2).

3.1.9 Im Bericht des Spitals F. _____, vom 9. März 2022 (act. II 55 S. 1 f.) wurde festgehalten, die Rehabilitation des rechten Fusses stehe zurzeit im Vordergrund. Bezüglich der rechten Schulter sei wahrscheinlich von einem Endzustand auszugehen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis zur nächsten Konsultation 100 % (S. 2; vgl. auch S. 3).

3.1.10 Aus dem Bericht des Spitals F. _____, vom 28. April 2022 (act. II 66 S. 6-8) geht hervor, aktuelles Problem seien schubweise auftretende Gelenkschwellungen, die sowohl die rechte Schulter als auch Handgelenke und Füsse betreffen. Die Beschwerdeführerin berichte über eine Morgensteifigkeit unterschiedlicher Länge und auch ein nächtliches schmerzbedingtes Erwachen. Die Bestimmung von Rheumafaktor und Antikörpern sei negativ gewesen. Es habe sich laborchemisch eine leichtgradige humorale Aktivität gezeigt, was allerdings auch Ausdruck der Adipositas sein könne. Im klinischen Status seien keine Synovitiden palpabel gewesen. In den ergänzend durchgeführten Röntgenaufnahmen der Hände hätten sich leichte degenerative Veränderungen gezeigt. Auch das anhängige IV-Verfahren sei im Gesamtkontext zu beachten (S. 7).

Mit weiterem Bericht vom 6. Mai 2022 (act. II 66 S. 4 f.) wurde festgehalten, die Beschwerden seien unverändert, sprächen allerdings auf die Einnahme von Celebrex an (S. 5).

3.1.11 Am 1. Juni 2022 erfolgte aufgrund einer Netzhautablösung ein operativer Eingriff am linken Auge (act. II 73 S. 5).

3.1.12 Im polydisziplinären, die Fachrichtungen der Allgemeinen Inneren Medizin, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie und Ophthalmologie beinhaltenen MEDAS-Gutachten vom 18. November 2022 (act. IIA 106.1 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. IIA 106.1 S. 8 f.):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
 - chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9)
2. Chronische Fussbeschwerden rechts (ICD-10 M79.67/Z98.8)
 - Status nach Abtragung der Haglund-Exostose, Debridement sowie De- und Reinsertion der Achillessehne am 12. Januar 2022 bei Tendinopathie der Achillessehne
3. Chronische Schulterbeschwerden der dominanten rechten Seite (ICD-10 M79.61/Z98.8)
 - Status nach Schulterarthroskopie, subakromialer Dekompression, Tenotomie und Tenodese der langen Bizepssehne, offener Tenolyse und Refixation der Subskapularissehne sowie Exzision eines Kalkdepots am 1. März 2021 bei subtotaler Subskapularis-Sehnenruptur mit Medialisierung der langen Bizepssehne, SLAP-Läsion Typ II und Tendinosis calcarea
 - im postoperativen Verlauf Auftreten einer Frozen shoulder
4. Verminderte Sehfähigkeit links > rechts
 - passagere Diplopie (ICD-10 H53.2) bei dekompensierender Exophorie (ICD-10 H50.5)
 - periphere Netzhautnarben (linkes Auge; ICD-10 H59.8) bei Zustand nach Amotio retinae und netzhautchirurgischem Eingriff (ICD-10 H33.0)
 - Fehlsichtigkeit (Myopie, Astigmatismus; ICD-10 H52.1; H52.2)
 - Amblyopie bei Anisometropie (linkes Auge; ICD-10 H53.0, H52.3)
 - Fundus myopicus (linkes Auge; ICD-10 H44.2)
 - Cataracta incipiens (linkes Auge; ICD-10 H25.0)
 - Benetzungsstörung (ICD-10 H04.1)
 - Alterssichtigkeit (ICD-10 H52.4)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Adipositas permagna mit einem BMI-Wert von 40 kg/m² (ICD-10 E66.06)
 - Status nach Sleeve-Gastrektomie Februar 2015 (ICD-10 Z98.8)
 - Status nach Abdominoplastik und Hernienversorgung am 1. Februar 2017 (ICD-10 Z98.8)
 - Hyperurikämie (ICD-10 E79.0)
 - GGT-Erhöhung (ICD-10 R74.8)
2. Wahrscheinlich episodischer Clusterkopfschmerz links (ICD-10 G44.0)
 - DD atypische Migräne (ICD-10 G43.0)
3. Chronische spontane Urtikaria (ICD-10 L50.8)

In der gesamtmedizinischen Beurteilung (act. IIA 106.1 S. 7 f.) hielten die Gutachter fest, aus allgemeininternistischer Sicht bestehe eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

Bei der orthopädischen Untersuchung der Wirbelsäule habe eine weitgehend freie Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte bestanden, desgleichen an den oberen und unteren Extremitäten mit endgradiger Ausnahme der rech-

ten Schulter sowie am rechten Sprunggelenk nach hier erfolgten Eingriffen. Radiologisch beständen an Schulter und Fuss der rechten Seite regelrechte postoperative Verhältnisse. Der Befund an den Händen sei regelrecht gewesen. Zusammenfassend liessen sich die sehr diffus präsentierten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen und es hätten Hinweise auf eine erhebliche nicht-organische Beschwerdekomponekte bestanden.

In neurologischer Hinsicht erfüllten die beschriebenen Kopfschmerzen teilweise die Kriterien zur Diagnosestellung eines Clusterkopfschmerzes. Die Frequenz der Kopfschmerzattacken sei insgesamt sehr niedrig und eigentlich nicht "clusterartig". Die Behandelbarkeit der einzelnen Attacken sei gut. Im Intervall bestehe Beschwerdefreiheit und dementsprechend sei auch der klinisch-neurologische Status unauffällig gewesen. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

In ophthalmologischer Hinsicht bestehe eine überwiegend funktionelle Monokelsituation ohne Stereosehen. Das rechte Auge sei das dominante Führungsaug. Bis auf eine mässig ausgeprägte Benetzungsstörung bestehe hier ein intakter ophthalmologischer Befund mit guter Sehschärfe in der Ferne und in der Nähe mit intaktem Gesichtsfeld. Die Beschwerdeführerin erfülle mit Brillenkorrektur die Voraussetzung für das Fahren eines Personenwagens und sei in der Lage, Schrift in Zeitungsdruckgrösse zu lesen. Das linke Auge sei hoch myop mit palmyopen Fokusveränderungen und peripheren Netzhautnarben nach Amotio. Dies verursache eine geringe konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung. Es bestehe eine latente Aussenschielstellung mit passagerer Doppelbildwahrnehmung beim Blick in der Nähe. Aufgrund einer beginnenden Linsentrübung bestehe eine vermehrte Blendungsempfindlichkeit. Aus ophthalmologischer Sicht bestehe für Tätigkeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an die Sehfähigkeit wie zum Beispiel Büroarbeit mit PC-Tätigkeit oder Tätigkeit als ... oder auch Tätigkeit in einem eigenen ... eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %. Für angepasste Tätigkeiten ohne oder mit nur geringen Anforderungen an die Sehfähigkeit bestehe aus ophthalmologischer Sicht eine 100 %ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

In psychiatrischer Hinsicht seien die körperlichen Beschwerden auf rein somatischer Ebene nicht vollends nachvollziehbar. Es liege eine psychische Überlagerung vor und es könne die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt werden. Weitere psychiatrische Diagnosen könnten nicht gestellt werden. Aufgrund der Schmerzstörung bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 80 % (richtig: 20 %; vgl. act. IIA 106.4 S. 10 Ziff. 8.1.2 und E. 3.4.1.1 hinten). In angepassten Tätigkeiten mit genügend Pausenbedarf bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 % aus psychiatrischer Sicht (act. IIA 106.1 S. 7 f.).

Körperlich mittelschwere und schwer belastende sowie überwiegend stehend und gehend oder mit wiederholter Einnahme der kauern Position verbundene Tätigkeiten könnten nicht mehr zugemutet werden und es bestehe dafür eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres (S. 10 Ziff. 4.6.1). Eine den Leiden angepasste Tätigkeit sollte folgende Merkmale aufweisen: Es sollte sich um eine körperlich sehr leichte, immer wieder auch sitzende Tätigkeit unter Wechselbelastung handeln. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, das längere Stehen und Gehen, das wiederholte Überwinden von Treppen und Gehen auf unebenem Grund, die Einnahme kauern Positionen sowie der Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb des Schulterniveaus sollten dabei vermieden werden. Es sollte sich um eine Tätigkeit mit durchschnittlichen Anforderungen an die Sehfähigkeit handeln. Bei einer solchen Tätigkeit sei eine Präsenz von sechs bis acht Stunden pro Tag möglich (S. 10 Ziff. 4.7.1 f.). Es bestehe eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs; die Arbeitsfähigkeit betrage 70 %. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit könne für die Zeit ab Mai 2022 angenommen werden (S. 11 Ziff. 4.7.3 ff.).

3.1.13 Am 11. Januar 2023 erfolgte bei diagnostizierter morbidem Adipositas Grad III eine diagnostische Laparoskopie sowie das Einsetzen eines proximalen antekolischen Magenbypasses (act. IIA 116 S. 15). Am 26. Januar 2023 berichtete die Beschwerdeführerin, es gehe ihr besser und sie benötige keine Analgetika mehr (S. 9).

3.1.14 Im Bericht des Zentrums H. _____ vom 7. März 2023 (act. IIA 120 S. 3 f.) wurde festgehalten, bezüglich der linken Schulter sei die Beschwerdeführerin mittlerweile beschwerdearm. Hinsichtlich der rechten Schulter bestehe eine unveränderte Symptomatik. Eine polydisziplinäre Untersuchung durch die IV habe stattgefunden; danach werde unter limitierter Belastung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zugemutet, was nicht der subjektiven Kapazität der Beschwerdeführerin entspreche. Eine maximale Zusatzbelastung von 2-3 kg ohne Repetition und Überkopftätigkeiten in einem Pensum von 50 % sollte realistisch sein (S. 4).

3.1.15 In der Stellungnahme vom 20. April 2023 (act. IIA 126) hielten die MEDAS-Gutachter an der gutachterlichen Einschätzung vom 18. November 2022 einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für körperlich höher belastende Tätigkeiten seit Dezember 2020 und einer Arbeitsfähigkeit von 70 % mit um 30 % verminderter Leistungsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfes ab Mai 2022 fest. Nach dem am 11. Februar 2023 erfolgten erneuten abdominalen Eingriff sei nur von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von einigen Wochen auszugehen. Es seien keine weiteren Abklärungen angezeigt (S. 3).

3.2

3.2.1 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).

3.2.2 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).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

3.3 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 18. November 2022 (act. IIA 106.1 ff.) einschliesslich der Stellungnahme vom 20. April 2023 (act. IIA 126) erfüllen die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2.2 vorne) und erbringen vollen Beweis. Das Gutachten ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung – welche mit jener der behandelnden Ärzte im Wesentlichen übereinstimmt (vgl. E. 3.1 vorne) – überzeugend und es lassen sich gestützt darauf sämtliche vorliegend relevanten Tat- und Rechtsfragen beantworten. Danach liegen bei der Beschwerdeführerin diverse gesundheitliche Beeinträchtigungen vor, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränken, wobei sich die sehr diffus präsentierten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht vollständig begründen und auf eine nicht-organische Beschwerdekomponekte (im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) schliessen lassen. In der Folge attestierten die Gutachter hinsichtlich einer den Leiden angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (Arbeitsunfähigkeit 30 %).

3.4 Zur beschwerdeweise geäusserten Kritik am Gutachten ist Folgendes festzuhalten:

3.4.1 Die Beschwerdeführerin bringt vor, die psychiatrische Sachverständige Dr. med. I. _____ diagnostiziere eine somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und attestiere lediglich eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Wie sie dazu komme, lasse sich ihren Ausführungen nicht entnehmen. Sie unterlasse es, den funkti-

onellen Schweregrad der Erkrankung zu begründen (Beschwerde S. 5 Art. 3).

3.4.1.1 Dr. med. I. _____ hielt im psychiatrischen Teilgutachten fest, die Beschwerdeführerin erfülle die Kriterien für das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die Störung führe zu einer leichten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Anlässlich der Angaben zur persönlichen Anamnese und zum Lebenslauf hätten keine Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung festgestellt werden können, wenn sich auch Hinweise für das Vorliegen eines "Z73-Faktors (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung)" präsentiert hätten. Diesbezüglich sei jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Ebenfalls hätten sich keine Hinweise für das Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung ergeben (act. IIA 106.4 S. 9). In der Folge attestierte Dr. med. I. _____ "in der bisherigen Tätigkeit" eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 10), womit die im interdisziplinären Konsens insoweit postulierte "Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 80 %" offensichtlich auf einem Verschieden basiert. In einer den Leiden angepassten Tätigkeit bescheinigte die Gutachterin eine zumutbare Präsenzzeit von acht Stunden, wobei sie einen rund 10%igen Pausenbedarf und in der Folge eine 90%ige Arbeitsfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit 10 %) attestierte (S. 10).

3.4.1.2 Der Beschwerdeführerin ist grundsätzlich darin beizupflichten, dass die Frage, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters beurteilt wird (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296), was für sämtliche psychischen Störungen gilt (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429). Aus medizinischer Sicht entscheidend ist dabei, dass die Gutachterin eine leitliniengerechte und alle Ressourcen und Einschränkungen (soweit objektivierbar) berücksichtigende Beurteilung abgibt. Diesen Anforderungen genügt das psychiatrische Teilgutachten: So geht daraus zunächst hervor, dass sich die Befundlage anlässlich der Begutachtung bis auf eine leichtgradige Affektlabilität beim Berichten über schwierige Umstände als nahezu bland präsentierte, wobei insbesondere – in Übereinstimmung mit den Feststellungen im orthopädischen Teilgutachten (act.

IIA 106.5 S. 7 f.) – kein Schmerzerleben erkennbar war (act. IIA 106.4 S. 7). Auch wies Dr. med. I. _____ auf die weitere Behandelbarkeit und die guten Heilungschancen des psychischen Leidens hin (S. 10). Weiter waren die in der Beschwerde geltend gemachte belastende psychosoziale Situation und die geschilderten Schicksalsschläge (Beschwerde S. 5 Art. 3) Dr. med. I. _____ bekannt (act. IIA 106.4 S. 2 f.) und flossen namentlich in die diagnostische Evaluation ein (S. 9), jedoch kann allein aus dem Vorliegen belastender Lebensereignisse nicht unmittelbar auf den Schweregrad einer Störung geschlossen werden, was denn Dr. med. I. _____ auch nicht getan hat. Weiter ergeben sich in den Akten keine Hinweise auf eine wesentliche längerdauernde psychiatrische Erkrankung und ein dadurch namhaft und nachhaltig eingeschränktes funktionelles Leistungsvermögen in der Vergangenheit (vgl. E. 3.1 vorne), was Dr. med. I. _____ im Gutachten ebenso festhielt (S. 5). Die Beschwerdeführerin hat denn auch "Spezifisch psychische Probleme" in der Vergangenheit gegenüber der Gutachterin verneint (S. 8). Zwar berichtete die Beschwerdeführerin, inzwischen eine ambulante psychiatrische Behandlung angenommen zu haben. Allerdings wird diese gemäss ihren Angaben allein mit Terminen alle drei bis vier Wochen wahrgenommen und dient einzig einer "Auslegeordnung" im Kontext mit einer als belastend empfundenen Situation mit den Behörden (S. 4, 8). Entsprechend qualifizierte Dr. med. I. _____ die (ohne Medikation erfolgende) Behandlung als niederfrequent (S. 10). Zur Frage der "Konsistenz und Plausibilität im Alltag" führte die Gutachterin aus, sie gestalte den Alltag aktiv und soziale Kontakte und eine Partnerschaft würden gepflegt (S. 8). Ebenso klärte Dr. med. I. _____ die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin entgegen der beschwerdeweise erhobenen Rügen (S. 5 f. Art. 3) ab, stellte jedoch aufgrund der Angaben zur persönlichen Anamnese und zum Lebenslauf keine Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung fest (S. 9), was sich mit den übrigen Akten deckt. Jedenfalls ist ohne weiteres nachvollziehbar, dass allein "Hinweise für das Vorliegen eines Z73-Faktors (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung)" nicht genügen, um einen wesentlichen Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu begründen, zumal dies in der Vergangenheit mangels anderweitiger Anhaltspunkte in den Akten auch nie der Fall war.

3.4.1.3 Wenn Dr. med. I. _____ demnach keine höhere als eine 10 %ige Arbeitsunfähigkeit (in einer den Leiden angepassten Tätigkeit) bescheinigte, überzeugt dies. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als wichtigste Grundlage gutachtlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen nicht lege artis erfolgt wäre, weshalb (auch) das psychiatrische Teilgutachten die allgemeinen beweismässigen Anforderungen an einen medizinischen Bericht (vgl. E. 3.2.2 vorne) erfüllt. Angesichts der voll beweiskräftigen gutachterlichen Einschätzung erübrigt sich eine Validierung der gutachterlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, zumal mittels einer Indikatorenprüfung keine höhere als die im Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit resultieren könnte (Entscheid des BGer vom 23. September 2022, 8C_230/2022, E. 5.2.3.2). Die entsprechende Rüge der Beschwerdeführerin erweist sich somit als unbegründet.

3.4.2 Im Weiteren kritisiert die Beschwerdeführerin die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im MEDAS-Gutachten. Werde richtigerweise von einer möglichen Präsenzzeit von sechs Stunden pro Tag ausgegangen, bestehe (gegenüber einem Achtstundentag) bereits eine Arbeitsunfähigkeit aus zeitlicher Sicht von 25 % bzw. eine Arbeitsfähigkeit von 75 %. Hinzu komme die ausgewiesene leistungsmässige Einschränkung (Pausenbedarf) von 30 %, woraus bei dieser Ausgangslage eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 52.5 % resultiere (Beschwerde S. 4 Art. 2).

3.4.2.1 Wie in E. 3.3 vorne gezeigt, wurde in einer den Leiden angepassten Tätigkeit interdisziplinär eine 70%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Dabei wurde eine maximal zumutbare Präsenz von täglich sechs bis acht Stunden veranschlagt (act. IIA 106.1 S. 10 Ziff. 4.7.2) und zusätzlich eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs bescheinigt (S. 11 Ziff. 4.7.3). Indem praxismässig von einem Mittelwert (Entscheid des BGer vom 15. April 2020, 9C_782/2019, E. 2.2) auszugehen ist, ist das Rendement auf sieben Stunden pro Tag festzulegen, womit – bezogen auf einen Achtstundenarbeitstag – von einer Arbeitsfähigkeit von knapp 90 % auszugehen ist. In der Folge wurde der zusätzlich zu berücksichtigende Pausenbedarf im interdisziplinären Konsens nicht prozentmässig quantifiziert, was die Beschwerdeführerin übersieht, sondern es

wurde eine gesamthafte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung eines Pausenbedarfs vorgenommen (act. IIA 106.1 S. 11 Ziffern 4.7.4) und auf "insgesamt" 70 % veranschlagt.

3.4.2.2 Eine andere Frage ist, ob sich die – interdisziplinär – bescheinigte Arbeitsfähigkeit von 70 % nachvollziehen lässt. So besteht in internistischer, neurologischer und ophthalmologischer Hinsicht in einer den Leiden angepassten Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit (act. IIA 106.3 S. 7; 106.6 S. 7; 106.7 S. 8). Auch im orthopädischen Teilgutachten wurde in Bezug auf eine solche Tätigkeit eine zeitlich und leistungsmässige uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert (act. IIA 106.5 S. 10). Einzig in psychiatrischer Hinsicht wurde aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs eine Leistungsminderung (bei maximaler Präsenzzeit) von 10 % bescheinigt (act. IIA 106.4 S. 10). In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter zur Begründung der Gesamtarbeitsfähigkeit ausdrücklich fest, die Einschränkungen aus somatischer und psychiatrischer Sicht ergänzten sich bzw. addierten sich nicht, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden könnten (act. IIA 106.1 S. 10). Vor diesem Hintergrund ist eine über 10 % hinausgehende Leistungsminderung in einer den Leiden angepassten Tätigkeit grundsätzlich nicht erstellt. Wie es sich damit verhält, kann jedoch letztlich offen bleiben, da ab Mai 2022 auch dann keine rentenrelevante Invalidität resultiert, wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin von einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % ausgegangen wird (vgl. E. 5.4 hinten).

3.4.3 Ferner vermögen auch die im Einwandverfahren eingereichten Berichte der behandelnden Ärzte die (grundsätzliche) Beweiseignung des MEDAS-Gutachtens nicht in Frage zu stellen: So hielten die MEDAS-Gutachter in der Stellungnahme vom 20. April 2023 (act. IIA 126) überzeugend fest, die durchgeführte Magenoperation zur Behandlung der morbiden Adipositas führe allein zu einer postoperativen Rekonvaleszenz von zwei Monaten (S. 1), was sich mit den Berichten der Behandler deckt, verlief der Eingriff bis auf eine Wunddehiszenz doch unauffällig (vgl. act. IIA 116 S. 9). Gegenteiliges wird denn auch beschwerdeweise nicht geltend gemacht. Soweit schliesslich im Bericht des Zentrums H. _____ vom 7. März 2023 (act. IIA 120 S. 3 f.) eine allein 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (S.

4), so basiert diese Einschätzung ausdrücklich auf der subjektiven Kapazität der Beschwerdeführerin, was nicht entscheidend ist. Insbesondere erfolgt in diesem Bericht keine Auseinandersetzung mit den Ausführungen im MEDAS-Gutachten und es werden folglich auch keine medizinischen Aspekte ins Feld geführt, welche konkrete Indizien gegen die Plausibilität der im MEDAS-Gutachten getroffenen Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens aufzeigen (vgl. E. 3.2.2 vorne).

3.4.4 Demnach zeigt die Beschwerdeführerin keine Aspekte auf, welche den Beweiswert des polydisziplinären MEDAS-Gutachtens vom 18. November 2022 zu schmälern vermöchten.

3.5 Gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 18. November 2022 ist somit von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von minimal 70 % auszugehen. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit hielten die Experten fest, nach vorangehend nicht dokumentierter länger andauernder höhergradiger Arbeitsunfähigkeit und aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Dezember 2020 könne die aktuelle Arbeitsfähigkeit ab Mai 2022 angenommen werden (act. IIA 106.1 S. 11). Die per Mai 2022 angenommene Verbesserung der Arbeitsfähigkeit wird denn auch seitens der Beschwerdeführerin nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Mit der eingetretenen Verbesserung des Gesundheitszustandes und der gleichzeitig bescheinigten 70%igen und damit um – mindestens (vgl. E. 3.4.2.2 vorne) – 70% gesteigerten Arbeitsfähigkeit ist ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gegeben mit der Folge, dass der Rentenanspruch ab 1. Mai 2022 umfassend zu prüfen ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1; vgl. auch E. 2.3 vorne und E. 5.4 hinten).

Basierend auf diesen Feststellungen ist nachfolgend der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

4.

Die Beschwerdegegnerin hat den frühestmöglichen Rentenbeginn auf den 1. Dezember 2021 festgelegt (act. IIA 136 S. 6). Dies ist nach Lage der Akten nicht zu beanstanden: Zwar bestand ab dem Zeitpunkt des Sturzer-

eignisses vom 28. November 2019 bis zum 31. März 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.1.1 vorne). Ab diesem Zeitpunkt liegen jedoch keine Arbeitsunfähigkeitsatteste mehr vor, womit es für die vom RAD "im Verlauf wahrscheinlich Herbst 2020" erneut postulierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 39 S. 6) keine aktenmässige Grundlage gibt. Ein vor dem Dezember 2020 beginnender Rentenanspruch wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht. Erst für die Zeit ab Dezember 2020 – im Rahmen der damaligen Hospitalisierung in Zusammenhang mit der beidseitigen Achillessehnentendinopathie (act. II 14 S. 14-18) – ist eine (gänzliche) Arbeitsunfähigkeit entsprechend der Einschätzung im MEDAS-Gutachten (vgl. E. 3.5 vorne) wiederum erstellt. Demnach ist die Wartezeit im Dezember 2021 abgelaufen und der von der Beschwerdegegnerin per 1. Dezember 2021 festgelegte Rentenbeginn ist mit Blick auf die im März 2021 erfolgte Anmeldung zum Leistungsbezug (act. II 1) korrekt (vgl. auch Art. 29^{ter} IVV i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG).

5.

Die Rechtsgrundlagen für die Bestimmung des Invaliditätsgrades haben mit Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 geändert.

5.1 Für den Zeitraum bis 31. Dezember 2021 gilt was folgt:

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

5.1.1.1 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 E. 3.2). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2022 IV Nr. 22 S. 71 E. 4.2).

5.1.1.2 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 BFS herausgegebenen 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).

5.1.1.3 Wird auf Tabellenlöhne abgestellt, sind grundsätzlich immer die im Zeitpunkt des angefochtenen Verwaltungsaktes bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten statistischen Daten zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297; SVR 2022 IV Nr. 23 S. 76 E. 6.2.1 und 6.2.2).

5.2 Für die Zeit ab 1. Januar 2022 präsentiert sich die Rechtslage wie folgt:

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

5.2.1.1 Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Unterlag das in den letzten Jahren vor Eintritt der Invalidität erzielte Erwerbseinkommen starken Schwankungen, so wird auf ein angemessenes Durchschnittseinkommen abgestellt (Art. 26 Abs. 1 IVV). Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV).

5.2.1.2 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV).

5.2.2 Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der LSE des BFS massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). In der

Regel sind die Werte der Tabelle TA1_tirage_skill_Level (Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) massgebend (vgl. Ausführungsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [Weiterentwicklung der IV], Erläuternder Bericht des BSV [nach Vernehmlassung; nachfolgend Vernehmlassung BSV], S. 47; Rz. 3207 KSIR). Es ist immer die aktuellste zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses verfügbare LSE-Tabelle beizuziehen (vgl. Vernehmlassung BSV, S. 48).

5.3

5.3.1 Für die Zeit ab Dezember 2021 erübrigt sich die Ermittlung des Valideneinkommens, da der Invaliditätsgrad bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit ohnehin 100% beträgt (vgl. E. 5.4 hinten).

Für die Zeit ab Mai 2022 legte die Beschwerdegegnerin den Tabellenlohn Ziff. 55-56 (Gastgewerbe/Beherbergung u. Gastronomie), TA1_tirage_skill_Level, Kompetenzniveau 2, Frauen der LSE 2020 zugrunde. Zwar ist die Beschwerdeführerin gelernte ... EFZ (act. II 18 S. 1), jedoch hat sie gemäss ihrem Lebenslauf in diesem Beruf nie (act. II 19 S. 2) bzw. nach dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK) (act. II 10 S. 3-5) allein 1997 gearbeitet. So oder anders bestehen in den Akten keine Anhaltspunkte dafür, dass sie als Gesunde im massgebenden Beurteilungszeitraum in diesem Bereich tätig gewesen wäre. Dasselbe trifft auch auf die in der Vergangenheit (und zuletzt bis August 2022; act. II 32 S. 2 ff.; act. IIA 106.3 S. 4) wiederholt, jedoch allein in kleinen Pensen ausgeübte Tätigkeit als ... zu. Zuletzt war die Beschwerdeführerin im ... tätig (vgl. act. IIA 106.4 S. 4; 133.17 S. 3), den sie gemäss ihren Angaben auch weiterhin betreiben möchte (act. IIA 106.4 S. 7). Gleichzeitig gab sie befragt nach ihrer beruflichen Zukunft anlässlich der Begutachtung auch an, nicht zu wissen, wie es insoweit weitergehen soll (act. IIA 106.6 S. 4) bzw., dass sie sich eine wechselbelastende Tätigkeit ohne Arbeitsweg im "richtigen Umfeld" vorstellen könne (act. IIA 106.3 S. 4). Zwar wird nicht verkannt, dass diese Angaben (auch) vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu deuten sind. Dennoch ist mit Blick auf diese sehr vagen Angaben sowie die Erwerbsbiografie, wonach die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit diversen Tätigkeiten

nachgegangen ist (act. II 19 S. 2) und aus welcher ebenso wenig eindeutige Rückschlüsse hinsichtlich eines spezifischen Tätigkeitsfelds im hypothetischen Gesundheitsfall gezogen werden können, gerechtfertigt, für die Bestimmung des Valideneinkommens auf Tabellenlöhne der LSE 2020 abzustellen und dabei den Totalwert gemäss TA1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 1, zu berücksichtigen (vgl. E. 5.1.1.1, E. 5.2.1.1 und E. 5.2.2 vorne).

5.3.2 Zum Invalideneinkommen ergibt sich Folgendes:

Im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns per 1. Dezember 2021 betrug die Arbeitsunfähigkeit 100% und das Invalideneinkommen folglich Fr. 0.--.

Für die Zeit ab Mai 2020 (vgl. E. 3.5 und E. 4 vorne) stellte die Beschwerdegegnerin auf den Wert Total gemäss TA1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 1, Frauen, ab (act. IIA 136 S. 5), was mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil (vgl. act. IIA 106.1 S. 10) nicht zu beanstanden ist (vgl. E. 5.1.1.2, E. 5.2.1.2 und E. 5.2.2 vorne).

Was sodann die Gewährung eines leidensbedingten Abzugs anbelangt, so ist Folgendes festzuhalten:

5.3.2.1 Für die Zeit ab 1. Dezember 2021 (zu den bis 31. Dezember 2021 massgeblichen Rechtsgrundlagen, vgl. 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 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3) stellt sich die Frage nach einem Abzug nicht, da insoweit aufgrund bescheinigter 100%iger Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.5 vorne) das Invalideneinkommen ohnehin Fr. 0.-- beträgt (vgl. E. 5.3.2 vorne).

5.3.2.2 Ab 1. Januar 2022 fällt ein Abzug ebenfalls ausser Betracht, da die Arbeitsunfähigkeit ab Mai 2022 30 % beträgt (vgl. E. 3.4.2.2 vorne) und damit so oder anders über der abzugsrelevanten Schwelle einer Mindestarbeitsunfähigkeit von 50 % im Sinne von Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV liegt (vgl. E. 5.2.1.2 vorne).

5.4 Demnach ergeben sich die folgenden Invaliditätsgrade:

Ab 1. Dezember 2021 beträgt der Invaliditätsgrad bei einem Invalideneinkommen von Fr. 0.-- 100%.

Für die Zeit ab Mai 2022 sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, womit sich deren genaue Ermittlung erübrigt. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (Entscheid des BGer vom 27. Juni 2022, 8C_104/2021 [zur Publikation vorgesehen], E. 6.2), vorliegend somit maximal 30 % (vgl. E. 3.4.2.2 vorne). Damit hat sich der Invaliditätsgrad ab Mai 2022 um mindestens 70% und damit revisionsrelevant verändert (Art. 17 Abs. 1 lit. a ATSG). Folglich besteht ab August 2022 (Art. 88a Abs. 1 IVV) kein Rentenanspruch mehr (vgl. E. 2.2.2.2 vorne).

6.

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 7. Juni 2023 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

7.

7.1 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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese sind dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe zu entnehmen.

7.2 Nach Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin bzw. öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 104 Abs. 3 VRPG; BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe vom 12. September 2023)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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