

200 23 667 IV  
SCI/ZID/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 11. Januar 2024**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Zimmermann

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. August 2023



## Sachverhalt:

### A.

Die 1966 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ... und zuletzt als ... bei der C.\_\_\_\_\_ tätig, meldete sich im Juni 2018 unter Hinweis auf eine seit Januar 2018 bestehende Erschöpfungsdpression sowie (vorbestehende) ADS, Rückenschmerzen, Augenprobleme und Schlafstörungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen; unter anderem holte sie die Akten der Krankentaggeldversicherung (AB 33) mitsamt dem von dieser veranlassten psychiatrischen Gutachten vom 2. Oktober 2018 (AB 33.2/110 ff.) ein und konsultierte den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Bericht vom 19. November 2018 [AB 39]). Sie gewährte Frühinterventions- und Eingliederungsmassnahmen (AB 25, 38, 43), so insbesondere ein Belastbarkeitstraining in der Abklärungsstelle D.\_\_\_\_\_ in ... vom 13. Mai bis 12. August 2019 (AB 64; vgl. auch AB 51 ff.), ein Aufbaustraining ebenfalls in der Abklärungsstelle D.\_\_\_\_\_ vom 13. August bis 12. November 2019 (AB 75; vgl. auch AB 62, 65, 72), Arbeitsversuche im ersten Arbeitsmarkt mit Jobcoaching vom 13. November 2019 bis 9. Februar 2020 (AB 89; vgl. auch AB 67 ff., 74) sowie vom 2. März bis 31. Mai 2020 (AB 104, 106; vgl. auch AB 86, 92) und schliesslich Arbeitsvermittlung (AB 103, 105, 119).

Am 6. Juli 2020 erstellte der RAD eine medizinische Beurteilung (AB 111; vgl. auch AB 112); in der Folge holte die IVB Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte ein. Mit Vorbescheid vom 23. Dezember 2021 stellte sie eine vom 1. Januar 2019 bis 31. August 2020 befristete ganze Rente (bei einem Invaliditätsgrad von 100 %; in der Folge Invaliditätsgrad von 1 %) in Aussicht (AB 132). Auf Einwand der Versicherten (AB 135, 137 f.) und Empfehlung des RAD (AB 140) hin ordnete die IVB eine polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten an (AB 141, 148, 151, 156). Nachdem die Versicherte die Gutachtenstermine (vgl. AB 152, 164) trotz entsprechenden Aufforderungen (AB 156, 166) nicht wahrgenommen bzw. nicht bestätigt hatte (AB 162, 167), verzichtete die IVB auf eine Begutachtung der Versicherten

(AB 176), die zudem am 1. September 2022 eine neue Anstellung mit einem Pensum von 80 % angetreten hatte (AB 171/2), und verfügte am 15. August 2023 wie angekündigt (AB 191).

## **B.**

Hiergegen liess die Versicherte, wie schon im Verwaltungsverfahren vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 18. September 2023 Beschwerde erheben.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 13. November 2023 reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin die Kostennote ein und machte (replicando) unaufgefordert Ausführungen zur Beschwerdeantwort. Diese Eingabe stellte der Instruktionsrichter der Beschwerdegegnerin zur Kenntnis zu.

Mit Eingabe vom 4. Dezember 2023 machte die Beschwerdeführerin eine Verschlechterung in psychischer Hinsicht geltend und verwies auf eine Progredienz der somatischen Beschwerden. Am 11. Dezember 2023 reichte sie einen neuropsychologischen Konsiliumsbericht vom 8. Dezember 2023 und am 18. Dezember 2023 einen pneumologischen Konsiliumsbericht vom 13. Dezember 2023 nach.

## **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 IVG). Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin stellt keine eindeutigen Anträge (vgl. Art. 61 lit. b ATSG und Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 VRPG) und missachtet mit ihrer Eingabe den Grundsatz, dass Rückweisungen subsidiär zur materiellen Beurteilung der Leistungsansprüche zu beantragen sind. Unbesehen dessen sind 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]) gerade noch eingehalten, womit auf die Beschwerde einzutreten ist.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 15. August 2023, mit welcher der Beschwerdeführerin eine befristete ganze Rente für die Zeit vom 1. Januar 2019 bis zum 31. August 2020 zugesprochen wurde (AB 191).

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 Überprüfungsbefugnis 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. 100 E. 3.2; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Streitig und zu prüfen ist demnach der Anspruch auf eine Invalidenrente, unter Einschluss der vom 1. Januar 2019 bis 31. August 2020 zugesprochenen ganzen Invalidenrente, und in diesem Zusammenhang auch die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

**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** Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) 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. Gemäss lit. c gilt für Rentenbezügerinnen und -bezüger das bisherige Recht, sofern der Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und sie bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr vollendet haben (Entscheid des BGer vom 2. März 2023, 8C\_4/2023, E. 3; Rz. 9200 des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR, Stand: 1. Juli 2022]). Vorliegend geht es im Wesentlichen um die Frage der Befristung der ab Januar 2019 zugesprochenen Rente, wobei die am 27. Januar 1966 geborene Beschwerdeführerin vor dem 1. Januar 2022 das 55. Altersjahr bereits zurückgelegt hatte. Damit ist das bis 31. Dezember 2021 geltende Recht (fortan: aArt) anwendbar.

**2.2** 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Er-

werbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

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

Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

**2.5** 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).

**2.5.1** 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, son-

dem auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

**2.5.2** 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. 110 E. 3.1).

**2.5.3** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

**2.5.4** Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2020 IV Nr. 70 S. 244 E. 4.2.2).

**2.6** Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass

sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV).

**2.7** 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** Bis zum Erlass der die zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) angefochtenen Verfügung vom 15. August 2023 mit befristeter Rentenzusprache (AB 191) präsentierte sich die Aktenlage in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen wie folgt:

**3.1.1** Der die Beschwerdeführerin seit 2010 behandelnde Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, schrieb diese ab dem 3. Januar 2018 zu 100 % arbeitsunfähig (AB 3, 24/2 Ziff. 1.1 und 1.3). Seinem Bericht vom 10. August 2018 zufolge behandelt er die Beschwerdeführerin im Wesentlichen somatisch. Die fachpsychiatrische Behandlung erfolge durch Dr. med. F.\_\_\_\_\_. (AB 20/7 Ziff. 5; vgl. auch AB 24/10 Ziff. 2.5). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine chronische Lumbago (AB 20/4 Ziff. 2.5 [Diagnose kaum leserlich]; vgl. auch AB 20/6 Ziff. 3.4); daneben erwähnte er (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) Heuschnupfen und eine Adipositas (AB 20/5 Ziff. 2.6).

**3.1.2** Am 23. Mai 2018 erfolgte ein pneumologisches Konsilium bei Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für

Pneumologie. In der respiratorischen Polygraphie zeigte sich ein diskretes rückenlageabhängiges obstruktives Schlafapnoesyndrom. Die in einer solchen Situation übliche Massnahme einer Schlafkonditionierung in Bauch- und Seitenlage komme für die Beschwerdeführerin wegen Hüftgelenkschmerzen nicht infrage. Wahrscheinlich sei die erhöhte Tagesmüdigkeit nicht nur auf das diskrete Schlafapnoesyndrom zurückzuführen, sondern auch auf mangelhafte Schlafhygiene (zu lange Bettzeiten) und die depressive Verstimmung (AB 20/14 f.). Vorübergehend erfolgte eine CPAP-Therapie (AB 20/12 f.); das Gerät wurde im Februar 2020 zurückgegeben und die Therapie beschränkt sich nunmehr auf die Vermeidung der Rückenlage (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 21).

**3.1.3** Der Rheumatologe PD Dr. med. H.\_\_\_\_\_ wies im Konsilium vom 24. Juli 2018 im Rahmen der Anamnese darauf hin, die Beschwerdeführerin sei aktuell in psychiatrischer Behandlung wegen Depressionen und offenbar längerfristig krankgeschrieben. Gemäss MRI LWS seien moderat ausgeprägte degenerative Veränderungen von LWK3 bis SWK1 mit leichtgradigen Spondylarthrosen ohne relevante Aktivierungen, höhergradige Diskusvorwölbungen und Neurokompressionen festzustellen. Er mass den chronifizierten lumbalen Schmerzen einen somatischen Kern zu, verneinte aber Hinweise für ein stark fortgeschrittenes degeneratives Wirbelsäulenleiden, weshalb neben der somatisch vorhandenen Komponente mit grosser Wahrscheinlichkeit extrasomatische Faktoren in der Schmerzchronifizierung und in der Bewältigungsmöglichkeit der Beschwerdeführerin mitspielten. Diese Faktoren seien teils stark mit psychischen Belastungen und Stress verknüpft. Folglich verspreche eine rein technisch orientierte Schmerztherapie mittelfristig keinen Erfolg; vielmehr müssten im Rahmen der psychiatrischen Begleitung auch Coping-Strategien und der Umgang mit chronischem Schmerz thematisiert werden (AB 20/10 f.). Nach einer CT-gesteuerten Facettengelenksinfiltration LWK4/5 am 2. August 2018 kam es zu einer deutlichen Schmerzlinderung (AB 20/9; vgl. auch AB 33.2/115 oben).

**3.1.4** Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, behandelt die Beschwerdeführerin seit dem 15. März 2018 in wöchentlichen bis 14-tägigen Abständen (AB 24/9 Ziff. 1.1 f.). Im Bericht vom 3. Sep-

tember 2018 diagnostizierte er eine mittelgradige depressive Episode/Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11; AB 24/10 Ziff. 2.5). Es habe sich eine seit Jahren zunehmende Erschöpfung entwickelt, die sich im Jahr 2017 noch deutlich verstärkt habe (AB 24/9 Ziff. 2.1). Es bestehe eine schlechte Konzentrationsfähigkeit, Vergesslichkeit, Stressintoleranz, Ängstlichkeit, schnelle Erschöpfung mit Müdigkeit und innere Unruhe (AB 24/11 Ziff. 3.4). Medikamentös würden pflanzliche und homöopathische Mittel eingesetzt (AB 24/10 Ziff. 2.3). Dr. med. F.\_\_\_\_\_ attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit ab dem 3. Januar 2018 (AB 24/9 Ziff. 1.3), wobei langfristig eine volle berufliche Wiedereingliederung möglich sein sollte (AB 24/10 Ziff. 2.7).

Im Auftrag des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.\_\_\_\_\_ erfolgte eine ADHS-Abklärung. Im Bericht vom 17. Mai 2018 wurde nach Evaluation der Testergebnisse die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung vorwiegend unaufmerksamer Typus (ICD-10 F98.9) gestellt (AB 24/22), wobei die verwendete Codierung ICD-10 F98.8 sich jedoch auf "sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend", dazugehörig Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität bezieht.

**3.1.5** Die Krankentaggeldversicherung liess die Beschwerdeführerin bei Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, abklären (Gutachten vom 2. Oktober 2018 [AB 33.2/110 ff.]). Die Gutachterin diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie eine einfache ADS vom vorwiegend unaufmerksamen Typ im Erwachsenenalter (ICD-10 F90.0) sowie die Annahme einer Persönlichkeitsakzentuierung mit vorwiegend selbstunsicheren (ängstlich-vermeidenden) Zügen bei zugrundeliegender Selbstwertproblematik (ICD-10 Z73.1; AB 33.2/126 Ziff. 6). Retrospektiv sei anzunehmen, dass sich die aktuelle depressive Symptomatik 2017 im Sinne einer depressiven Erschöpfungssymptomatik schleichend entwickelt habe. Die Beschwerdeführerin habe sich bei der Arbeit zunehmend überfordert gefühlt und habe arbeitsbezogene Ängste entwickelt, auch vor sozialen Situationen am Arbeitsplatz, was zu einem vermehrten sozialen Rückzug und

Entfremdung am Arbeitsplatz geführt habe. Die Symptomatik habe im Januar 2018 in eine psychische Dekompensation mit voller Arbeitsunfähigkeit und Überweisung in eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung gemündet (AB 33.2/124 oben). Die ADS-Problematik dürfte im beruflichen Lebenslauf zusammen mit der Selbstwertproblematik für die Unstetigkeit mit häufigen Brüchen und Wechseln eine nicht unwesentliche Rolle gespielt haben, wobei hier auch "nicht-medizinische" Faktoren mit hineingespielt hätten. Insgesamt könne aber festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin trotz der mutmasslichen ADS das Gymnasium und eine Berufsausbildung habe abschliessen können und während Jahrzehnten voll belastbar gewesen sei, sodass eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die ADS-Diagnose nicht postuliert werden könne. Auf der anderen Seite erhöhe die ADS aber das Risiko für psychiatrische Komorbiditäten und könne einen negativen Einfluss auf den Heilverlauf anderer psychischer Störungen ausüben, etwa mit dem Heilverlauf einer depressiven Störung negativ interferieren. Der Verlauf der letzten Monate zeige sich trotz regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung protrahiert ohne wesentliche Besserung der depressiven Symptomatik und der psychischen Belastbarkeit, wofür mehrere Fakten vermutet werden könnten: das Fehlen einer adäquaten psychopharmakologischen Behandlung, die zugrundeliegende psychische Vulnerabilität und persönlichkeitsbezogene Faktoren und vor allem auch die bestehenden Ängste vor einer erneuten Überforderung und einem Scheitern bei Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit (AB 33.2/125 unten). Aufgrund der weiterhin mittelschweren depressiven und ängstlichen Symptomatik bestehe aktuell keine verwertbare Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... bei der C.\_\_\_\_\_. In einer Verweistätigkeit mit geringem Anspruch an die Stressbelastbarkeit, an die kognitiven Funktionen und an die interpersonellen Anforderungen wäre medizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 20 % bis maximal 30 % zumutbar, wobei der Fokus aber vorerst auf die Intensivierung der medizinischen Behandlung gelegt werden sollte mit Vorschlag einer teilstationären Behandlung in einer Tagesklinik. Davon sollte innerhalb von ca. acht Wochen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden können mit anschliessendem schrittweisem beruflichem Wiedereinstieg. Grundsätzlich sei die Prognose hinsichtlich

einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes bis hin zur Remission der depressiven Symptomatik vorsichtig günstig (AB 33.2/126).

**3.1.6** Die RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, führte im Bericht vom 19. November 2018 aus, dass die Beschwerdeführerin bisher keiner suffizienten und leitliniengerechten antidepressiven Psychopharmakotherapie zugeführt worden sei und deshalb die Einschränkungen des Aktivitätsniveaus derzeit nicht beurteilt werden könnten. Es sei eine entsprechende Behandlung aufzunehmen. Bei leitliniengerechter antidepressiver Therapie und optimaler Nutzung der initiierten stationär-psychiatrischen Aufenthalte sei von einer günstigen Prognose auszugehen. Es sei dann zu erwarten, dass der Beschwerdeführerin eine leichte angepasste Tätigkeit im Umfang von 80 - 100 % mit einer maximal 20%-igen Leistungsminderung zumutbar sei (AB 39/5 f.). Bis dahin könne der Einschätzung durch Dr. med. I. \_\_\_\_\_ gefolgt werden.

**3.1.7** Vom 5. Februar bis 3. Mai 2019 war die Beschwerdeführerin in (ambulanter) tagesklinischer Behandlung (AB 58/3 Ziff. 1.1). Diagnostisch wurden die früheren Diagnosen übernommen (AB 58/5 Ziff. 2.5 f.) und die Arbeitsunfähigkeit (auch für die Zeit des Aufenthalts in der psychiatrischen Tagesklinik [AB 126/10]) bestätigt (AB 58/6 Ziff. 4.1). Es sei eine Arbeitserprobung bei der Abklärungsstelle D. \_\_\_\_\_ organisiert worden, dies bei positiv einzuschätzender Prognose (AB 58/6 Ziff. 4.3).

**3.1.8** Im Belastbarkeitstraining bei der Abklärungsstelle D. \_\_\_\_\_ (Bereich ...) vom 13. Mai bis 12. August 2019 konnte die Beschwerdeführerin ihr Pensum von 25 % auf 50 % steigern, womit das angestrebte Ziel erreicht wurde (AB 64). Im anschliessenden Aufbautraining vom 13. August bis 12. November 2019 gelang die Steigerung des Pensums auf 87.5 % (AB 75). Auf dieser Basis wurde vom 13. November 2019 bis 9. Februar 2020 ein Arbeitsversuch im ersten Arbeitsmarkt (... des K. \_\_\_\_\_) durchgeführt (AB 89). Ein weiterer Arbeitsversuch (im ... des L. \_\_\_\_\_) erfolgte vom 2. März bis 31. Mai 2020 mit einem Startpensum von 80 % und einer Steigerung auf 90 % ab Mitte April 2020; die Beschwerdeführerin habe die gewünschte Arbeitsmarktfähigkeit erreicht (AB 106).

**3.1.9** Der RAD-Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_\_, gemäss eigenen Angaben Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie (im Medizinalberuferegister ohne Facharztstitel verzeichnet, vgl. <www.medregom.admin.ch>), hielt in seiner Beurteilung vom 6. Juli 2020 fest, ab Anfang 2018 habe eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 % bestanden (AB 111/5 Ziff. 2). Im Verlauf habe sich die depressive Symptomatik vollständig zurückgebildet und die soziale Anpassungsfähigkeit deutlich gebessert; bezüglich ADS sei die Beschwerdeführerin mit Concerta mitbehandelt worden (AB 111/4 Ziff. 1). Die angestammte Tätigkeit sei noch zu 40 %, eine angepasste zu 80 % zumutbar (AB 111/5 Ziff. 3; vgl. auch AB 112).

**3.1.10** In Bezug auf die seit mehreren Jahren geklagte und ungeklärte Sehstörung ergab ein MRT vom 28. Dezember 2020 normale Befunde, insbesondere keine Raumforderung oder sonstige Pathologie im Bereich der Sehbahn und Sehrinde (AB 126/7).

**3.1.11** Im Verlaufsbericht vom 15. Mai 2021 führte der behandelnde Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_\_ aus, die depressive Störung sei in Remission (AB 126/3 Ziff. 2.5); es bestehe nur noch eine depressive Restsymptomatik ohne Krankheitswert (AB 126/3 Ziff. 2.2). Entsprechend attestierte er der Beschwerdeführerin ab dem 1. Juni 2020 eine volle Arbeitsfähigkeit (AB 126/2 Ziff. 1.3); die Arbeitsfähigkeit sei voll vorhanden und nicht gefährdet (AB 126/3 Ziff. 2.7). Die körperlichen Beschwerden (Rückenprobleme, Sehprobleme und eine Neigung zu Bronchitiden) seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 126/3 f. Ziff. 2.6 und 3.4).

**3.1.12** Nachdem gestützt auf die vorstehend dargelegte Aktenlage der Vorbescheid erlassen worden war (AB 132) führte der RAD-Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_\_ nach erhobenem Einwand (vgl. AB 135, 137 f.) aus, es dränge sich eine polydisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin in den Fachrichtungen Psychiatrie, Ophthalmologie und Rheumatologie auf (Aktennotiz vom 14. März 2022 [AB 140]). Eine solche wurde in der Folge angeordnet (AB 148), jedoch schliesslich nicht durchgeführt (AB 176).

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat,

ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

**3.3** Vorliegend gestatten die verfügbaren Unterlagen entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs (vgl. E. 3.2 hiervor):

**3.3.1** Aus somatischer Sicht bestehen keine massgeblichen Einschränkungen für die Ausübung des angestammten Berufs. Die Rückenbeschwerden resp. die vom Hausarzt diagnostizierte chronische Lumbago (AB 20/4 Ziff. 2.5) konnten vom rheumatologischen Spezialarzt nicht bzw. kaum objektiviert werden (AB 20/10 f.). Soweit der Hausarzt ab dem 3. Januar 2018 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierte (AB 20/3 Ziff. 1.3), gilt es zu beachten, dass die Krankschreibung durch ihn vornehmlich aus psychischen Gründen erfolgte (vgl. AB 33.2/114). Zudem kam es nach einer CT-gesteuerten Facettengelenksinfiltration LWK4/5 am 2. August 2018 zu einer deutlichen Schmerzlinderung und gesundheitlichen Verbesserung (AB 20/9; vgl. auch AB 33.2/115 oben). Ophthalmologische Befunde liessen sich ebenfalls nicht objektivieren (AB 126/7). In Bezug auf das diskrete rückenlageabhängige obstruktive Schafapnoesyndrom (AB 20/14 f.) fand sich in der Untersuchung vom 27. Februar 2020 keine obstruktive Ventilati-

onsstörung und die Therapie beschränkt sich seither im Wesentlichen auf eine Vermeidung der Rückenlage (BB 21/2). Nichts anderes ergibt sich aus dem aktuellen Konsiliumsbericht vom 13. Dezember 2023, wonach bei unveränderter Diagnose der Fokus (weiterhin) auf eine Schlafkonditionierung in Bauch- und Seitenlage sowie eine Verbesserung der Nasenatmung gelegt wird; der in diesem Bericht enthaltene Hinweis auf eine depressive Verstimmung ist einzig in der Gesamtschau der bisher gestellten Diagnosen zu sehen, zumal der Pneumologe hierzu in der Anamnese keine eigenen (und ohnehin fachfremden) Befunde erhebt (BB 25). Zutreffend werden all diese Diagnosen nunmehr als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (in einer entsprechend angepassten Tätigkeit: leichte Sehschwäche, die mit der Tätigkeit mit einem Laptop ausgeglichen werden kann; zeitweise Rückenbeschwerden ohne wesentliche Tätigkeitseinschränkung beim Sitzen) aufgeführt (AB 126/3 f. Ziff. 2.6 und 3.4). Was die weiteren im vorliegenden Verfahren aufgelegten Berichte von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 16. Oktober und 16. November 2023 (BB 5/1 und 7) betrifft, datieren diese erst nach Verfügungserlass (vgl. E. 3.1 hiervor) und enthalten im Wesentlichen unveränderte Diagnosen ohne entsprechende Arbeitsunfähigkeitsatteste. Auch die radiologischen Befundberichte der LWS und des Beckens vom 4. April 2022 (vgl. BB 5/6 unten) und 26. Oktober 2023 (BB 11, 23) gehen nur von leicht progredienten Befunden aus: progrediente Facettenarthrose LWK4/5 beidseits mit progredienter Pseudoanterolisthesis ohne neu aufgetretene Neurokompression und ohne Spondylolyse (BB 11) bzw. unauffällige Hüftgelenke ohne Bursitis und ein pertrochantäres Friction Syndrom beidseits (von fraglicher klinischer Relevanz; BB 23). Eine von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ initiierte kardiologische Abklärung (vgl. BB 5/7 f.) ergab in Bezug auf eine koronare Herzkrankheit keine massgeblichen Befunde (BB 7), womit die Auffassung, die Beschwerdeführerin sei kaum in ein Arbeitsumfeld zu integrieren (AB 5/1 unten), nicht überzeugt und ohnehin in Widerspruch zu der ab September 2022 ausgeübten Tätigkeit in einem Pensum von 80 % (vgl. AB 171/2) steht.

### **3.3.2** In psychischer Hinsicht ergibt sich das Folgende:

Übereinstimmend diagnostizierten die involvierten Ärzte eine mittelgradige depressive Episode sowie eine ADS (letztere indessen ohne eigenständige

Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und attestierten eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 3. Januar 2018 bis 31. Mai 2019 (AB 24/9 f. Ziff. 1.3 und 2.5, 24/22, 33.2/126 Ziff. 6, 39/5 f., 58/5 f. Ziff. 2.5 und 4.1, 126/10). Dabei kann heute nicht mehr näher geklärt werden, ob die Arbeitsunfähigkeit durchgehend oder zeitweilig geringer gewesen war. Denn festzuhalten ist, dass bei einer allein maximal mittelgradigen depressiven Episode, wobei es sich nota bene um eine reaktive Depression gehandelt hat, und zunächst während einiger Zeit (trotz Anbindung an einen Psychiater) fehlender leitliniengerechter Behandlung (ohne massgebliche Psychopharmakotherapie) die für diese Zeit attestierte volle Arbeitsunfähigkeit nicht überzeugt. Nach zunächst protrahiertem Verlauf ohne wesentliche Besserung bei bloss pflanzlicher und homöopathischer Behandlung durch Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (AB 24/10 Ziff. 2.3) und entsprechend kritischer Würdigung durch die Dres. med. I. \_\_\_\_\_ und J. \_\_\_\_\_ (AB 33.2/125 f., 39/5) kam es im Rahmen der tagesklinischen Behandlung vom 5. Februar bis 3. Mai 2019 mit nunmehr (leitliniengerechter) Psychopharmakotherapie (AB 58/4 Ziff. 2.3) zu einer Zustandsverbesserung (AB 58/5 Ziff. 2.7), womit die Vorbehalte der von der Verwaltung und Taggeldversicherung zugezogenen Psychiaterinnen betreffend leitliniengerechter Psychopharmakotherapie bestätigt wurden.

Im Rahmen der an die tagesklinische Behandlung anschliessenden und bis 31. Mai 2020 dauernden beruflichen Eingliederungsmassnahmen (mit entsprechenden Taggeldzahlungen) vermochte die Beschwerdeführerin ihr Pensum sukzessive auf 90 % und die Leistung auf Arbeitsmarktniveau zu steigern (AB 64, 75, 89, 106), wobei sie sich schon damals eine Vollzeitanstellung vorstellen konnte (AB 106/3). Belegt ist damit, dass die reaktive psychische Störung nach Aufnahme der vollständig leitliniengerechten Therapie mit parallelen Eingliederungsbemühungen rasch vollständig remittiert ist. Angesichts der Ergebnisse der Eingliederungsbemühungen ist weiter ausgewiesen, dass sich die gesundheitliche Problematik bereits im Verlauf des Frühjahrs 2020 derart stark gebessert hatte, dass eine massgebliche Arbeitstätigkeit möglich war. Mithin erachtete der RAD-Arzt Dr. med. M. \_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin im Bericht vom 6. Juli 2020 in der angestammten Tätigkeit zu 40 % und in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig (AB 111/5 Ziff. 3; vgl. auch AB 112). Der behandelnde

Psychiater attestierte schliesslich am 15. Mai 2021 (rückwirkend) ab 1. Juni 2020 eine volle Arbeitsfähigkeit, das heisst im Anschluss an die IV-Eingliederungsmassnahmen (AB 126/2 f. Ziff. 1.3 und 2.7). Dies entspricht auch der Rückmeldung der Beschwerdeführerin selbst, die sich im Juli 2021 für voll arbeitsfähig hielt (vgl. AB 131). Nicht gefolgt werden kann der Beschwerdeführerin in ihrer Annahme, bei der im Grundsatz gut behandelbaren reaktiven Depression und entsprechend nun vollständiger Remission bestünden Einschränkungen im Rendement der bisherigen Tätigkeit. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten und während vielen Jahren ausgeübten Tätigkeit eingeschränkt sein soll, zumal auch die angeblich bestehende ADS bis anhin zu keinem Zeitpunkt in den langjährigen Tätigkeiten invalidenversicherungsrechtlich massgebliche Auswirkungen zeitigte (so denn auch AB 33.2/125 unten).

Soweit der behandelnde Psychiater in dem im vorliegenden Verfahren aufgelegten Bericht an die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vom 20. November 2023 (BB 8) von einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands bei erneut mittelgradiger depressiver Episode und infolgedessen voller Arbeitsunfähigkeit (bezogen auf das ausgeübte Pensum von 80 %) ab 15. November 2023 ausgeht, ist festzuhalten, dass dies die Zeit nach Verfügungserlass betrifft und damit ausserhalb der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. E. 3.1 hiervor) liegt. Abgesehen davon, dass das Attest einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit mit Blick auf die höchstrichterliche Rechtsprechung zu depressiven Störungen (vgl. BGE 148 V 49) nicht zu überzeugen vermag, kann dem kurz gehaltenen Bericht weder ein massgeblicher Befund entnommen werden noch ergibt sich, ob eine leitliniengerechte Psychopharmakotherapie durchgeführt wird. Trotz der erneut attestierten Arbeitsunfähigkeit scheint die Beschwerdeführerin aktuell in der Lage zu sein, eine Ausbildung zur ... zu absolvieren, dies nachdem sie die seit September 2022 innegehabte Stelle (vgl. AB 171/2) offenbar beendet hat (BB 24/3).

Auch der neuropsychologische Konsiliiumsbericht vom 8. Dezember 2023 (BB 24) ist nach Verfügungserlass ergangen. Diagnostiziert werden darin (statt wie bisher einer ADS [ICD-10 F98.9; vgl. E. 3.1.4 hiervor]) neu (entsprechend Dr. med. I. \_\_\_\_\_ [vgl. E. 3.1.5 hiervor]) eine einfache Akti-

vitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) sowie leichte bis mittelschwere neurokognitive Defizite beim visuell-räumlichen Lern- und Frischgedächtnis, beim verbalen Wiedererkennen und im Aufmerksamkeitsbereich (BB 24/9 unten), was eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (sowohl angestammt als auch adaptiert) um 40 % nach sich ziehen soll (BB 24/12). Dass und aus welchen Gründen diese von ihrer Natur her in der Kindheit entstandene Störung nun anders zu beurteilen wäre und massgebliche Einschränkungen zur Folge haben soll, erschliesst sich aus dem Bericht nicht. Dabei gilt es zudem zu berücksichtigen, dass es grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes ist, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen; eine neuropsychologische Abklärung stellt lediglich – aber immerhin – eine Zusatzuntersuchung dar, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (Entscheid des Bundesgerichts vom 16. April 2021, 8C\_11/2021, E. 4.2).

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass ab Januar 2018 aufgrund einer psychischen Störung eine volle Arbeitsunfähigkeit bestand. Mit dem behandelnden Psychiater ist weiter davon auszugehen, dass diese Störung remittierte und die Beschwerdeführerin ab Juni 2020 voll arbeitsfähig war. Daran vermag auch das Nachfolgende nichts zu ändern:

**3.3.3** Dr. med. M.\_\_\_\_\_, RAD, empfahl der IV-Stelle im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eine polydisziplinäre Begutachtung. Die Verwaltung ordnete eine solche an, verzichtete schliesslich jedoch darauf. Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Begutachtung sei erforderlich und entsprechend durchzuführen. Dem kann nicht gefolgt werden. Mit Blick auf das in E. 3.3.2 hiavor Ausgeführte hielt der RAD-Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_\_ in einer weder ex ante noch ex post nachvollziehbaren Betrachtung fest, es sei aufgrund der vorliegenden Befundberichte eine polydisziplinäre Begutachtung vorzunehmen (AB 140). Das trifft offensichtlich nicht zu. Seitens der behandelnden Ärzte wurde stets nur der psychischen Problematik eine massgebliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugeschrieben (vgl. E. 3.3.1 hiavor). So äusserte denn auch der designierte ophthalmologische Gutachter sein Befremden über eine Begutachtung in seinem Fachgebiet, zumal keine entsprechenden Akten bzw. Berichte vor-

lägen (AB 162/1). In psychiatrischer Hinsicht war der RAD in Übereinstimmung mit dem behandelnden Arzt zum Schluss gekommen, dass die depressive Episode remittiert war und entsprechend wieder eine (nahezu) volle Arbeitsfähigkeit bestand (vgl. E. 3.3.2 hiervor). Die Sache war in medizinischer Hinsicht vollumfänglich liquid. Auch wenn die Beschwerdegegnerin in der Folge eine polydisziplinäre Begutachtung angeordnet hat (AB 141, 156, 166), die dann aufgrund des Verhaltens der Beschwerdeführerin (Nicht-Bestätigung bzw. -Wahrnehmung der Gutachtenstermine) nicht zustande kam (AB 162, 167), so bedeutet diese materiell unnötige Anordnung nicht, dass deswegen nun eine solche unnötige Begutachtung dennoch durchzuführen wäre. Der Vollständigkeit halber ist in Bezug auf die dem zweiten Fristversäumnis nachgeschobene Begründung, eine Corona-Infektion (vgl. AB 172) habe die Begutachtung am zweiten Termin verunmöglicht, darauf hinzuweisen, dass sich diese nicht als tauglich erweist. Die Erkrankung trat erst nach dem spätesten Termin, anlässlich dessen die Beschwerdeführerin die Begutachtungstermine und ihren Willen zur Teilnahme hätte bestätigen müssen (vgl. AB 164), auf. Zu diesem Zeitpunkt konnte sie gar nicht wissen, dass sie am Termin dann aufgrund der späteren Erkrankung verhindert sein könnte, so dass klarerweise eine fehlende Mitwirkung ihrerseits sowohl hinsichtlich des ersten wie auch zweiten Termins vorlag. Wie dargelegt, kommt diesem Umstand bei so oder anders grundsätzlich liquidem Sachverhalt jedoch keine Bedeutung zu.

**3.4** Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt rechtsgenüglich abgeklärt. Weiterer Abklärung (wie in der Beschwerde, S. 3 f., beantragt) bedarf es nicht (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

**3.5** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mit der Beschwerdegegnerin (AB 191/5) und zu Gunsten der Beschwerdeführerin von einer durchgehend vollen Arbeitsunfähigkeit von Januar 2018 bis Mai 2020 auszugehen ist. Spätestens danach, d.h. ab Beendigung der Eingliederungsmassnahmen, bestand – adaptiert wie auch angestammt – wieder eine volle Arbeitsfähigkeit. Abklärungen, welche den Verlauf der Steigerung der Ar-

beitsfähigkeit bis Ende Mai 2020 näher klären liessen, sind nicht mehr möglich. Gestützt darauf ist nachfolgend der Rentenanspruch zu prüfen.

#### **4.**

**4.1** Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Unter Berücksichtigung der IV-Anmeldung im Juni 2018 (AB 1) und der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG sowie unter der Prämisse der erfüllten Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit b IVG bei einer ab Januar 2018 bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 100 % (AB 24/9 f. Ziff. 1.3 und 2.5, 24/22, 33.2/126 Ziff. 6, 33.2/126, 39/5 f., 58/5 f. Ziff. 2.5 und 4.1, 126/10) fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf den 1. Januar 2019.

**4.1.1** 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).

**4.1.2** 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 vorge-

nommenen 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 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

**4.2** Aufgrund der von Januar 2019 bis Mai 2020 bestehenden vollen Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit hat die Beschwerdeführerin für diese Zeit unter Berücksichtigung von Art. 88a IVV (vgl. E. 2.6 hiervor) bis August 2020 Anspruch auf eine ganze IV-Rente (vgl. E. 2.3 hiervor; vgl. auch AB 191/5 unten).

**4.3** Von Juni 2020 bis mindestens dem Zeitpunkt des Verfügungserlasses bestand – adaptiert wie auch angestammt – wieder eine volle Arbeitsfähigkeit. Es liegt ein spätestens am 31. Mai 2020 vollständig verwirklichter Revisionsgrund vor mit der Folge, dass der Invaliditätsgrad neu festzulegen

ist (vgl. E. 2.5 hiervor). Mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens besteht kein Anspruch auf eine Rente der IV mehr. Diese ist per Ende August 2020 aufzuheben.

**4.4** An diesem Ergebnis würde sich selbst dann nichts ändern, wenn entgegen dem behandelnden Psychiater (AB 126/2 f. Ziff. 1.3 und 2.7) zu Gunsten der Beschwerdeführerin gestützt auf die prognostischen Einschätzungen der Dres. med. J.\_\_\_\_\_ (AB 39/5 f.) und M.\_\_\_\_\_ (AB 111/5 Ziff. 3) von einer Ende Mai 2020 zunächst erst 80%-igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgegangen würde.

**4.4.1** Hinsichtlich des Valideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin auf die Angaben des früheren Arbeitgebers abgestellt (AB 191/5), wonach der aktuelle AHV-beitragspflichtige Lohn ab dem 1. Januar 2017 Fr. 108'804.80 betragen habe (AB 42/6 Ziff. 5.1). Dem kann insoweit nicht gefolgt werden, als gemäss Auszug aus dem Individuellen Konto (IK) ein Lohn (inkl. Zulagen; vgl. Beschwerde, S. 1 unten) von Fr. 112'565.-- verabgabt worden war (AB 179/1; vgl. denn auch AB 42/7 Ziff. 5.3). Darauf ist abzustellen. Dass später im Jahr 2018 solche Zulagen nicht mehr ausgerichtet wurden (vgl. AB 42/7 Ziff. 5.3), weil die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeitete, ändert daran nichts. Nicht gefolgt werden kann der Beschwerdeführerin hingegen, wenn sie geltend macht, sie hätte in der Folge einen Lohnaufstieg nach Stufen erhalten (vgl. Beschwerde, S. 1 unten). Denn wie der Lohnverlauf gewesen wäre, kann nicht bestimmt werden, hatte die Beschwerdeführerin doch keinen Anspruch auf einen automatischen Lohnstufenaufstieg (Art. 44 Abs. 1 der kantonalen Personalverordnung vom 18. Mai 2005 [PV; BSG 153.011.1]). Der Lohn ist nach den allgemeinen Regeln nach den statistischen Werten zu indexieren (vgl. E. 4.1.1 hiervor). So resultiert für das Jahr 2020 wegen des negativen Lohnwachstums an sich ein Valideneinkommen von Fr. 112'239.40 (Fr. 112'565.-- / 103.7 x 103.4 [BFS, Nominallohnindex Frauen, 2011-2022, T1.2.10, Bst. O öffentliche Verwaltung]). Da eine Rückstufung im Lohn bei diesem Arbeitgeber nicht erfolgt, kann der über die gesamte öffentliche Verwaltung statistisch festgestellte Rückgang der Nominallöhne hier nicht berücksichtigt werden und es hat mit der Berücksichtigung des Validen-

lohns des Jahres 2017 von Fr. 112'565.-- auch im Jahr 2020 sein Bewenden.

**4.4.2** Nicht gefolgt werden kann der Beschwerdegegnerin schliesslich auch insoweit, als sie für die Festlegung des Invalideneinkommens auf einen Durchschnittslohn nach IK abgestellt hat (vgl. AB 191/5). Die Beschwerdeführerin hat die bisherige Stelle gesundheitsbedingt verloren (vgl. AB 46/2) und alsdann keine massgebliche Arbeit aufgenommen, so dass auf die Tabellenlöhne abzustellen ist (vgl. E. 4.1.2 hiavor). Spätestens ab Ende Mai 2020 hätte die Beschwerdeführerin in ihrem Tätigkeitsbereich, in welchem dem Rendement angepasste Tätigkeiten ohne weiteres zu finden sind, tätig werden können. Angesichts des umfangreichen Wissens und der von allen Arbeitgebern auch in der beruflichen Eingliederung stets hervorgehobenen ausgezeichneten Fähigkeiten im Tätigkeitsbereich (vgl. AB 89/2 f. und 106/2 f. [sogar mit befristeter Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses über den Arbeitsversuch hinaus]) ist im vorliegenden Fall auf die spezifisch auf diese Tätigkeit zugeschnittene LSE 2020 TA17 Ziff. 35 (...) mit einem massgebenden Wert von Fr. 7'532.-- für Frauen im Alter von 50 Jahren und älter abzustellen. Ein Abzug vom Tabellenlohn ist nicht vorzunehmen, denn die Beschwerdeführerin erfüllt sämtliche Voraussetzungen für diesen Beruf, zumal die gesundheitlichen Einschränkungen im medizinischen Zumutbarkeitsprofil bereits genügend Eingang fanden (vgl. E. 4.1.2 hiavor). Nicht von Bedeutung ist, dass ihre ursprüngliche Ausbildung in einem anverwandten Vorläuferberuf erfolgt war. Es ergibt sich demnach an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.2 Stunden (BFS, betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 62-63) angepasst und unter Berücksichtigung einer 80%-igen Arbeitsfähigkeit ein Invalideneinkommen von Fr. 74'476.40 ( $\text{Fr. } 7'532.-- \times 12 / 40 \times 41.2 \times 0.8$ ). Bei einem Abstellen auf die allgemeine Tabelle LSE 2020 TA1 Ziff. 62-63 (...) im Kompetenzniveau 3 würde allein ein minim tieferes Einkommen von Fr. 7'413.-- resultieren. Die Umstände, dass die Beschwerdeführerin nie eine für ihren Tätigkeitsbereich relevante Ausbildung absolviert hat und technische Entwicklungen die arbeitgeberseitige Nachfrage verändern, können arbeitsmarktlich relevant sein, sind jedoch nicht gesundheitsbedingt, weshalb sie nicht von der Invalidenversicherung zu vertreten sind. Selbst wenn die Beschwerdeführerin aufgrund zunehmend weniger nach-

gefragten Kompetenzen nicht mehr einen früheren Lohn erzielen könnte, was angesichts der positiven Rückmeldungen in der Eingliederung und dem allgemeinnotorisches Fachkräftemangel im Tätigkeitsbereich der Beschwerdeführerin nicht anzunehmen ist, führte dies nicht zu einer Rente der Invalidenversicherung.

**4.4.3** Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert selbst wenn zunächst auf die RAD-ärztlich attestierte Einschränkung von 20 % und noch bis zum Berichtsdatum vom 15. Mai 2021 nicht auf die vom behandelnden Psychiater rückwirkend per Ende Mai 2020 attestierte volle Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.1.11 hiavor) abgestellt würde ebenfalls bereits per Anfang Juni 2020 eine (rentenausschliessende) Einschränkung von gerundet 34 % ([Fr. 112'565.-- ./ Fr. 74'476.40] / Fr. 112'565.-- x 100; zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123).

**4.5** Damit hat die Beschwerdegegnerin die IV-Rente in Anwendung der Dreimonatsfrist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV (vgl. E. 2.6 hiavor) zu Recht per Ende August 2020 aufgehoben.

## 5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 15. August 2023 (AB 171/2) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## 6.

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

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

lung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

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

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern (samt Eingaben der Beschwerdeführerin vom 4., 11. und 18. Dezember 2023)
  - Bernische Pensionskasse (BPK)
  - 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.