

200 24 180 IV
ACT/SAW/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. August 2024

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Baumann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 31. Januar 2024



Sachverhalt:

A.

Im März 2020 meldete sich die 1963 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), nach erfolgter Früherfassung (Akten der Invalidenversicherung [IV], Antwortbeilage [AB] 1), unter Hinweis auf Fersensporne und ein Venenleiden an beiden Füßen bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 7). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen, insbesondere veranlasste sie im C._____ (C._____, nachfolgend MEDAS) ein polydisziplinäres Gutachten (Expertise vom 19. Januar 2022 [AB 71.1] samt Teilgutachten [AB 71.3-5]; gutachterliche Stellungnahmen vom 23. März und 30. Juni 2022, AB 78, 87). Nach erfolgtem Coaching zur Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes (AB 95, 112, 116) und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 113, 122, 126) sprach die IVB mit Verfügung vom 31. Januar 2024 (AB 130) in Anwendung der gemischten Methode (90 % Erwerb und 10 % Haushalt) vom 1. August 2020 bis 31. März 2023 eine ganze Invalidenrente zu.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 27. Februar 2024 Beschwerde mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei – nebst der unbestrittenen Zusprache einer ganzen IV-Rente von August 2020 bis März 2023 – ab April 2023 eine unbefristete IV-Rente von 50 % zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. April 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 31. Januar 2024 (AB 130). 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 IV-Rente, unter Einschluss der vom 1. August 2020 bis 31. März 2023 zugesprochenen ganzen IV-Rente.

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 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Handelt es sich bei der Beurteilung einer erstmaligen befristeten Rentenzusprache um eine versicherte Person, welche am 1. Januar 2022 das 55. Altersjahr vollendet hat, finden bis zum Erlöschen oder der Aufhebung des Rentenanspruchs immer 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 Anwendung (lit. b Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020; vgl. auch Rz. 9103 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 148 V 385 E. 5.2 S. 391, 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228). Der Rentenanspruch der 1963 geborenen Beschwerdeführerin (AB 6) ist deshalb nach den bisher geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

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).

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

2.4 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 Viertelrente.

2.5

2.5.1 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). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (aArt. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

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

2.5.2 Bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrads der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich summiert (aArt. 27^{bis} Abs. 2 IVV). Die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG. Dabei sind Validen- und Invalideneinkommen auf der Grundlage einer hypothetischen Vollzeit-tätigkeit zu ermitteln (BGE 145 V 370). Die prozentuale Erwerbseinbusse wird schliesslich anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (aArt. 27^{bis} Abs. 3 IVV). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der

Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Er wird anhand des Anteils des Aufgabenbereichs gewichtet (aArt. 27^{bis} Abs. 4 IVV).

2.6 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).

2.7 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 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Die Hausärztin Dr. med. D._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 26. Februar 2021 (AB 34) die folgenden Diagnosen auf:

Rezidivierende depressive Störung mit Angstproblematik
- Suizidversuche 2003, 2004 sowie Mai 2020

Karpaltunnelrezidiv beidseits mit Revisions-Operation rechts (September 2020)

- Ringbandspaltung Dig. I, III, IV, V rechts (September 2020)

Tarsaltunnelrezidiv mit Dekompression (September 2020)

- Dekompression links 2005, rechts 1999

ND: Hysterektomie, Katarakt-Operation beidseits

Seit knapp zwei Jahren werde die Patientin hand- und fusschirurgisch behandelt wegen Rezidiven des Karpal- sowie des Tarsaltunnelsyndroms. Grundsätzlich sei es das Ziel, eine Teilarbeitsfähigkeit ab ca. April/Mai 2021 zu erreichen. Sicherlich müsse für die gelernte ... eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit wechselnden Positionen (Sitzen, Gehen, Stehen) gefunden werden.

Am 18. Mai 2021 (AB 42) ergänzte die Hausärztin, seit Jahren leide die Patientin an mittelschweren bis schweren psychischen Problemen. Bis auf Weiteres sei sie 100 % arbeitsunfähig geschrieben.

3.1.2 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 19. Januar 2022 (AB 71.1) basiert auf einer allgemeinmedizinischen, orthopädisch-handchirurgischen und einer psychiatrischen Untersuchung (vgl. Teilgutachten AB 71.3-71.5). Im interdisziplinären Konsens stellten die Gutachter folgende Diagnosen (AB 71.1 S. 7 f. Ziff. 4.2):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronische Restbeschwerden Rückfuss beidseits (medial betont) bei:
 - Status nach Tarsaltunnelrelease Fuss rechts (Juni 2020) und Fuss links (November 2020) mit:
 - Hyperästhesie in der Narbenregion auf beiden Seiten mit deutlichem Tinel-Phänomen nach distal in den Vorfuss medial
 - chronische Fusschmerzen plantar beidseits bei plantarem Fersensporn und Fasciitis plantaris
 - Status nach Teilresektion eines plantaren Fersensorns und einer 2/3-Fasziotomie links (Juni 2019)
- Dysästhesie über Karpaltunnel rechts mit Tinel-Zeichen nach distal in den Mittelfinger bei:
 - Status nach Dekompression des Nervus medianus bei Karpaltunnelrezidiv rechts (September 2020) und Status nach Erstdekompression des Karpaltunnels rechts (1999)
 - Status nach Ringbandspaltung A1 Dig. I, Dig. III, Dig. IV und Dig. V rechts (September 2020)
 - Status nach Ringbandspaltung A1 Dig. II rechts (2018)
 - Status nach Ringbandspaltung A1 Dig. I, Dig. II und Dig. III links (2018)

- Status nach Spaltung des 1. Strecksehnenfaches rechts (2018)
- Status nach Dekompression des Nervus medianus im Karpaltunnel links (2005)
- Ansatzentzündung der Glutaeus medius-Sehne am Trochanter major links
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Persönlichkeitsakzentuierung/Persönlichkeitsstörung, DD: emotional instabil, impulsiv/Borderline
- Adipositas BMI 32.5 kg/m²
- Status nach vaginaler Hysterektomie wegen Endometriose (Februar 2002)
- Status nach Kataraktoperation beidseits (2015)

Aus allgemeininternistischer Sicht bestünden keine Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (AB 71.3 S. 5 Ziff. 7.1).

Im orthopädisch-handchirurgischen Teilgutachten vom 7. Dezember 2021 (AB 71.4) führte Dr. med. E. _____, Facharzt für Handchirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, im Vordergrund stünden persistierende, jahrelange Beschwerden im Rückfussbereich auf beiden Seiten medial betont. Bereits nach einer Wegstrecke von gut einem Kilometer komme es zu zunehmenden Schmerzen und bei längerem Gehen zu erheblichen Schmerzen. Seit den Operationen lägen auf beiden Seiten Hyperästhesien im Narbenbereich mit Ausstrahlungen nach distal in den Vorfuss vor. Wegen dieser Narbenbeschwerden sei die Explorandin erheblich durch den medialen Schuhrand behindert und habe sich angewöhnt, auf dem lateralen Fussrand zu stehen und auch zu gehen. Dadurch habe sich eine ungünstige Beinstatik auf beiden Seiten entwickelt. Es bestehe auf beiden Seiten ein Fasciitis plantaris (rechtsbetont). Radiologisch hätten sich beidseits plantare Fersensporne gezeigt. Der Fersensporn rechts sei reizlos. Links seien Zeichen einer Insertions-tendinopathie vorhanden. Im linken Hüftgelenk fänden sich keine Hinweise auf arthrotische Veränderungen. Die leichten Verkalkungen am Ansatz der Glutaeus medius-Sehne seien eine mögliche Erklärung für die Schmerzen über dem Trochanter major. Die beiden Kniegelenke seien radiologisch unauffällig. Eine weitere Erklärung für die immer wieder auftretenden Schmerzen im linken Hüftgelenk und in beiden Kniegelenken sei die langjährige Fehlstatik in beiden Beinen. Die Situation an beiden, mehrfach ope-

rierten Händen sei aktuell zufriedenstellend. Im Vordergrund stehe eine Überempfindlichkeit der Narbe der zweiten Karpaltunneldekompression rechts vom September 2020. Hier komme es zu Kontaktschmerzen beim Fassen von Gegenständen. Die diffusen krampfartigen Schmerzen in der rechten Mittelhand seien aus handchirurgischer Sicht nicht schlüssig erklärbar. Die Narben über den Ringbandspaltungen seien reizlos und eine Gleitbehinderung der Sehnen des Daumens und der Langfinger sei nicht vorhanden. Die deutliche Einschränkung der Kraft beim Faustschluss könne nicht objektiviert werden. Auch auf der linken Seite sei der Kraftverlust nicht objektivierbar (AB 71.4 S. 8 ff. Ziff. 7.1). Bisher sei die Explorandin als ... in einem ... angestellt gewesen. Wegen der erheblichen Rückfussbeschwerden auf beiden Seiten sei eine solche Tätigkeit, die weitgehend im Gehen und Stehen erledigt werde, nicht mehr möglich (Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit: Juni 2019). Auch durch die Kontaktbeschwerden in der medianen Hohlhand rechts sei das regelmässige Halten und Heben von Gegenständen über 10 kg nicht sinnvoll (AB 71.4 S. 10 f. Ziff. 8.1). Eine sitzende Tätigkeit sei durchaus möglich. Mit beiden Händen könne eine leichtere bimanuelle Tätigkeit durchgeführt werden. Möglich seien kaufmännische Tätigkeiten, Montage- und Sortierarbeiten oder auch Tätigkeiten in einem Informationszentrum, in welchem die Versicherte ihre ... einsetzen könne. Wegen der verminderten Kraft in beiden Händen sei eine bimanuelle Tätigkeit nur mit einem Trage- und Hebelimit von maximal 10 kg möglich (AB 71.4 S. 11 Ziff. 8.2).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 7. Dezember 2021 (AB 71.5) hielt Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, die Explorandin habe in ihrem Leben immer wieder psychische Ausnahmezustände gehabt und sei wegen Suizidversuchen meist im Zusammenhang mit Partnerschaftskonflikten auch viermalig hospitalisiert worden. Sie berichte selbst über ein geringes Selbstwertgefühl und über immer wiederkehrende impulshafte Affekte sowie den Drang, sich selbst zu verletzen oder sich umzubringen. Eine längerdauernde kontinuierliche Behandlung bei einem Facharzt resp. einer Fachärztin habe bisher jedoch nie stattgefunden. Die Explorandin berichte, dass sie schlechte Erfahrungen mit Psychiatern gemacht habe. Die Explorandin habe insgesamt sehr viele Jahre höherprozentig gearbeitet resp. teilzeitlich während ihr Sohn im Kindesalter

gewesen sei. Insofern sei eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, auch wenn gewisse psychische Auffälligkeiten bestünden, zumindest nicht der Persönlichkeitsproblematik geschuldet. Diese habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit direkt, allenfalls auf die Ressourcenlage zur Bewältigung der aktuell schwierigen psychosozialen Situation. In der psychiatrischen Untersuchung habe die Explorandin mit einer depressiven Symptomatik imponiert (AB 71.5 S. 9 f. Ziff. 7.1). Die Explorandin sei aus rein psychiatrischer Sicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... zu 50 % arbeitsfähig. Diese Tätigkeit müsste vorzugsweise auf 2 x 2 Stunden pro Tag verteilt werden (AB 71.5 S. 12 Ziff. 8.1). Die Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit unterscheide sich nicht. Diese Beurteilung gelte ab dem Zeitpunkt der Gutachtenserstellung (AB 71.5 S. 13 Ziff. 8.2).

In der interdisziplinären Konsensbeurteilung (AB 71.1 S. 4 ff. Ziff. 4) führten die Gutachter aus, in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeitende im ... sei die Explorandin vor allem aus orthopädischer Sicht als nicht arbeitsfähig zu bezeichnen (AB 71.1 S. 10 Ziff. 4.7). Jede Tätigkeit, die im Sitzen ausgeführt werden könne, sei indessen vollschichtig möglich. Dabei bestehe eine Einschränkung für das Heben von Lasten über 10 kg, da die Explorandin durch elektrisierende Narbenschmerzen an der rechten Hand eingeschränkt sei (AB 71.1 S. 11 Ziff. 4.8). Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der depressiven Symptomatik sowohl in der angestammten wie auch in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Prinzipiell sei die Depression bei adäquater Behandlung als besserungsfähig einzustufen. Aufgrund der fehlenden Dokumentation des psychiatrischen Verlaufes der Erkrankung gelte diese Einschätzung ab dem Gutachtensdatum (AB 71.1 S. 10 f. Ziff. 4.7 f.). Es finde keine Addition der Arbeitsunfähigkeiten statt (AB 71.1 S. 11 Ziff. 4.9).

Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin (AB 74) hielten die MEDAS-Gutachter Dres. med. F. _____ und E. _____ am 23. März 2022 (AB 78 S. 1) fest, das aus orthopädisch-handchirurgischer Sicht beschriebene Zumutbarkeitsprofil für eine angepasste Tätigkeit gelte ab dem Datum des Gutachtens.

3.1.3 Mit Bericht vom 3. Mai 2022 (AB 82) gab die Hausärztin an, sie sehe die Patientin alle vier bis sechs Wochen in der Sprechstunde. Obwohl die Hände und Füsse nach wie vor schmerzten und bei längerer Beanspruchung anschwellten, sei erreicht worden, dass die Patientin zu 40 % arbeiten könne. Soweit in der MEDAS-Begutachtung bemängelt werde, die Patientin beanspruche zu wenig psychiatrische Unterstützung, sei festzuhalten, dass sicherlich eine rezidivierende schwere depressive Störung vorliege mit mindestens dreimaligen Suizidversuchen. Die Patientin sei immer wieder in psychiatrischer Behandlung gewesen (aktuell nur bedarfsweise) und nehme unter hausärztlicher Kontrolle Brintellix und Pregabalin ein. Da die Patientin demnächst 59 Jahre alt werde, jetzt erfreulich im Berufsalltag wieder habe Fuss fassen können und aufgrund der psychischen und Extremitätenproblematik eine Arbeitssteigerung nicht möglich sei, bestehe keine andere Lösung als das aktuelle Arbeitspensum auf 50 % zu steigern und den Rest mit einer halben Rente zu decken.

3.1.4 Erneut auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin (AB 81) führten die MEDAS-Gutachter Dres. med. F._____ und E._____ am 30. Juni 2022 (AB 87) aus, über den exakten Ablauf der Arbeitsunfähigkeiten nach den operativen Eingriffen an beiden Füssen und der rechten Hand lägen keine Daten vor. Es dürfe aber angenommen werden, dass die jeweiligen Rehabilitationsverläufe nach den Operationen (im Verbund mit der psychischen Situation) protrahiert gewesen seien, sodass in den Operationsintervallen vernünftigerweise keine Teilarbeitsfähigkeit festgelegt werden könne. Die Festlegung der Arbeitsfähigkeit gelte ab dem Zeitpunkt des Gutachtens (AB 87 S. 2).

3.1.5 Mit Bericht vom 16. September 2022 (AB 99) teilte die Hausärztin mit, die aktuelle Arbeitstätigkeit könne aufgrund medizinischer Beschwerden nicht mehr länger durchgeführt werden. Einerseits sei das lange Stehen im ... eine grosse Belastung der Füsse. Daneben beschreibe die Patientin die Arbeitsbelastung und den Arbeitsdruck als zu hoch. Eine Arbeitsstelle mit leichter körperlicher Tätigkeit, wechselnden Arbeitspositionen (Sitzen/Stehen/Gehen) und mit einem ruhigen Arbeitsklima ohne Zeitdruck sei absolut notwendig.

Am 24. Mai 2023 (AB 126) nahm die Hausärztin erneut zum Gesundheitszustand Stellung. Seit den Problemen an den Händen und Füssen mit paralleler Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von passager 100 % und seit Ende 2021 von anhaltend 60 %. Die Patientin habe ab Ende 2021 während einem Jahr 40 % gearbeitet, wobei eine Steigerung unmöglich gewesen sei (AB 126 S. 2).

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens legte die Hausärztin sodann mit Bericht vom 19. Februar 2024 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebildung [BB] 3 S. 1 f.) insbesondere dar, in den letzten drei Jahren habe sie mindestens sieben Überweisungsschreiben an verschiedene Psychiater gemacht. Praktisch von allen habe sie aufgrund von Kapazitätsproblemen eine Absage erhalten. Einzig eine zweimalige notfallmässige Betreuung sei möglich gewesen. Auf Wunsch der Patientin habe sie eine regelmässige medizinische und psychologische hausärztliche Betreuung übernommen. Die Patientin habe sie in den letzten drei Jahren praktisch monatlich dafür gesehen. Unter der aktuellen psychopharmazeutischen Behandlung sowie den regelmässigen hausärztlichen Gesprächssitzungen bestehe wieder eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50 %.

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 ei-

nes Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

3.3 In somatischer Hinsicht erfüllen das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 19. Januar 2022 (AB 71.1), basierend auf einer allgemein-internistischen und orthopädisch-handchirurgischen Untersuchung vom 6. resp. 7. Dezember 2021 (AB 71.3, 71.4), sowie die gutachterlichen Stellungnahmen vom 23. März und 30. Juni 2022 (AB 78, 87) die höchstrichterlichen Beweisanforderungen an eine versicherungsexterne medizinische Expertise (vgl. E. 3.2 hiervor). Die gutachterlichen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehenden, fachärztlichen Abklärungen (AB 71.3 S. 4 Ziff. 4, 71.4 S. 4 ff. Ziff. 4) und sind in Kenntnis der Vorakten (AB 71.2) und der während der orthopädisch-handchirurgischen Begutachtung erstellten bildgebenden Erhebungen (AB 71.4 S. 7) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen (AB 71.3 S. 1 ff. Ziff. 3.2, 71.4 S. 1 ff. Ziff. 3.1 f.) getroffen worden. Des Weiteren wurde nachvollziehbar zu den Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin Stellung genommen (AB 78, 87). Insoweit kommt dem polydisziplinären MEDAS-Gutachten (inkl. der nachträglichen Stellungnahmen) voller Beweiswert zu.

Es ist erstellt, dass die Arbeitsfähigkeit weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit durch internistische Beschwerden eingeschränkt ist (AB 71.3 S. 5 Ziff. 7.1). Aus orthopädisch-handchirurgischer Sicht steht gestützt auf die überzeugenden Darlegungen von Dr. med. E._____, welche mit den Ausführungen der Hausärztin Dr. med. D._____ in den Berichten vom 26. Februar 2021 (AB 34), vom 3. Mai 2022 (AB 82) und vom 16. September 2022 (AB 99) insoweit ein stimmiges

Gesamtbild ergeben, fest, dass die bisherige Tätigkeit aufgrund der erheblichen Rückfussbeschwerden beidseits und der Kontaktbeschwerden in der medianen Hohlhand rechts nicht mehr zumutbar ist (AB 71.4 S. 10 f. Ziff. 8.1). In einer leidensangepassten Tätigkeit (Arbeiten im Sitzen und ohne Tragen und Heben von Lasten über 10 kg) ist hingegen eine vollständige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung ausgewiesen (AB 71.4 S. 11 Ziff. 8.2). Diese Einschätzung überzeugt und steht im Einklang mit den übrigen Akten. Dass die Beschwerdegegnerin die (allein orthopädisch-handchirurgisch eingeschränkte) Arbeitsfähigkeit ab dem Zeitpunkt der gutachterlichen Exploration im Dezember 2021 (AB 71.4 S. 1) angenommen hat (AB 130 S. 5), ist zudem gestützt auf die gutachterlichen Stellungnahmen vom 23. März und vom 30. Juni 2022 (AB 78 S. 1, 87 S. 2) nicht zu beanstanden. Für die Zeit vorher ist mit Blick auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit ab Juni 2019 (AB 71.4 S. 11, 87.2) und die in der Folge durchgeführten operativen Eingriffe an beiden Füßen sowie der rechten Hand mit jeweils protrahierten Rehabilitationsverläufen (AB 87 S. 2) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit erstellt.

3.4 In psychiatrischer Hinsicht erfüllen das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 19. Januar 2022 (AB 71.1) und das psychiatrische Teilgutachten vom 7. Dezember 2021 (AB 71.5) – was die Befunderhebung und die darauf basierende diagnostische Einschätzung betrifft – die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen, weshalb ihnen insoweit (vgl. indessen E. 3.4.2 ff. hiernach) Beweiskraft zukommt. Dr. med. F. _____ hat sich in ihrer gutachterlichen Beurteilung vom 7. Dezember 2021 in Kenntnis der medizinischen Vorakten (AB 71.2) sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen (AB 71.5 S. 2 ff. Ziff. 3.1 f.) auseinandergesetzt und ihre diagnostischen Schlussfolgerungen (AB 71.5 S. 9 ff. Ziff. 7.1 ff.) gestützt auf ihre eigenen Untersuchungsbefunde (AB 71.5 S. 7 f. Ziff. 4.3) getroffen. Dabei setzte sie sich eingehend mit der Persönlichkeitsproblematik auseinander und zeigte schlüssig auf, dass diese keinen direkten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat (AB 71.5 S. 10; vgl. auch 71.1 S. 7). Weiter leitete sie die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), anhand der erhobenen Anamnese (AB 71.5 S. 1 f. Ziff. 2.1, S. 2 ff. Ziff. 3), der klini-

schen Befunde (AB 71.5 S. 7 f. Ziff. 4.3) und der Diagnosekriterien gemäss ICD-10 (AB 71.5 S. 9 f. Ziff. 7.1) nachvollziehbar her.

3.4.1 Gemäss BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 367 f. ist ärztlicherseits substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Es genügt nicht, dass der medizinisch-psychiatrische Sachverständige vom diagnostizierten depressiven Geschehen direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit, welchen Grades auch immer, schliesst; vielmehr hat er darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person. Dies ist hier nicht erfolgt. Die gutachterliche Einschätzung der 50%igen Arbeitsfähigkeit ist unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz (Einschränkung in allen Lebensbereichen) und materieller Beweislast der Beschwerdeführerin zu wenig gesichert und vermag deshalb nicht ohne Weiteres zu überzeugen. Damit liegt hier – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 4 N. 12) – keine juristische Parallelprüfung vor.

3.4.2 Vorab ist festzuhalten, dass offensichtlich keine Ausschlussgründe im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung vorliegen (vgl. E. 2.3 hiervor).

3.4.3 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Indikatoren der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

Mit Bezug auf den Komplex „Gesundheitsschädigung“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergeben sich – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 5 N. 15) – keine Anhaltspunkte, die eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde nahelegen (AB 71.5 S. 7 f. Ziff. 4.3), als der gestellten Diagnose bereits inhärent ist.

Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Bisher hat keine längerdauernde kon-

tinuierliche psychiatrische Behandlung bei einem Facharzt resp. einer Fachärztin stattgefunden; Dr. med. D. _____ führte eine regelmässige medizinische und psychologische hausärztliche Betreuung durch (BB 3 S. 1 f.). Soweit die psychiatrische MEDAS-Gutachterin neben der antidepressiven Medikation und der Behandlung durch die Hausärztin keine weiteren Therapien vorschlug, ist zu berücksichtigen, dass sie dies allein mit den grossen inneren Widerständen der Beschwerdeführerin gegenüber einer psychiatrischen Behandlung begründete (AB 71.5 S. 13 Ziff. 8.3). Gerade auch, weil die Beschwerdeführerin bisher keinen Therapeuten gefunden hat (BB 3 S. 1 f.), kann unter diesen Umständen – anders als in der Beschwerde angenommen (vgl. Beschwerde S. 5 f. N. 16) – nicht von einer Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten bzw. einer ausgewiesenen Behandlungsresistenz die Rede sein.

Was den Indikator Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) anbelangt, bestehen neben der rezidivierenden depressiven Störung zwar somatische Einschränkungen (erhebliche Rückfussbeschwerden auf beiden Seiten und Kontaktbeschwerden in der medianen Hohlhand rechts; AB 71.4 S. 10 f. Ziff. 8.1), laut den MEDAS-Gutachtern wirkt sich in einer angepassten Tätigkeit jedoch einzig der psychiatrische Befund limitierend aus (AB 71.1 S. 11 Ziff. 4.8 f.). Den somatischen Einschränkungen kommt somit keine entscheidende ressourcenhemmende Wirkung zu.

Was den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) betrifft, hält die psychiatrische Gutachterin Dr. med. F. _____ fest, dass die Persönlichkeitsproblematik keinen direkten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, „allenfalls“ aber die „Ressourcenlage zur Bewältigung der aktuellen schwierigen psychosozialen Situation“ beeinflusse (AB 71.5 S. 10 unten). Damit besteht allein die Möglichkeit, dass die Persönlichkeitsproblematik Einfluss auf die Ressourcenlage hat; dies ist aber nicht mit der notwendigen überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Anhaltspunkte dafür, dass die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin ein Leistungsvermögen ausschliesse, sind demnach nicht ausgewiesen.

Der Komplex sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass die Beschwerdeführerin über viele Ressourcen verfügt, hat sie doch ein „sehr aktives Sozialleben, viele Freunde und Kontakte“ (AB 71.5 S. 6).

3.4.4 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie „Konsistenz“. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.).

Bezüglich des Indikators „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) spricht der Tagesablauf, wonach die Beschwerdeführerin regelmässig am Morgen aufstehe, ... spazieren gehe, einkaufe, für sich koche, im Haushalt erledige, was sie müsse, und auch ... sowie das zusätzlich sehr aktive Sozialleben mit vielen Freunden, Kontakten und dem ... (AB 71.5 S. 6) gegen die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit von 50 %.

Zum behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) ist schliesslich festzuhalten, dass bisher keine längerdauernde kontinuierliche psychiatrische Behandlung bei einem Facharzt resp. einer Fachärztin stattgefunden hat (AB 71.5 S. 10). Die allein alle vier bis sechs Wochen stattfindende medizinische und psychologische hausärztliche Betreuung (AB 82; BB 3 S. 1) mit „hin und wieder zusätzlichen psychiatrischen Behandlungen“ (Beschwerde S. 7 Ziff. 20) zeugt – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde – nicht von einem hohen Leidensdruck. Daran ändert die bisher erfolglos gebliebene Suche nach einem psychiatrischen Therapeuten nichts (AB 126 S. 2; BB 3 S. 1 f.). Je höher der Leidensdruck ist, desto wichtiger ist eine fachärztliche Therapie und desto intensiver hat sich die Suche nach einem Facharzt resp. einer Fachärztin zu gestalten. Die von der Hausärztin mit Bericht vom 19. Februar 2024 seit Mai 2020 – und damit innerhalb der letzten vier Jahre – getätigten sieben Überweisungsschreiben an verschiedene Psychiater vermögen indessen keine genügend intensive Suche nach einem fachärztlichen Therapeuten zu belegen (BB 3 S. 1). Hier fällt zudem ins Gewicht, dass Dr. med. F. _____ von grossen inneren Widerständen der Beschwerdeführerin bezüglich einer psychiatrischen Therapie gesprochen hat (AB 71.5 S. 13 Ziff. 8.3). Ein krankheitsbedingt grosser Leidensdruck ist daher nicht ausgewiesen.

3.4.5 In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung

anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens – anders als in der Beschwerde angenommen (vgl. S. 7 N. 21) – zu verneinen ist. Vor diesem Hintergrund ist auf die gutachterliche psychiatrische Einschätzung von Dr. med. F. _____ einer allein hälftigen Arbeitsfähigkeit (AB 71.5 S. 12 f. Ziff. 8.1 f.) aus rechtlicher Optik nicht abzustellen. Dies deckt sich denn auch mit dem höchstrichterlich festgelegten Grundsatz, wonach sich – wie hier bestehend (AB 71.5 S. 9 Ziff. 6) – eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren lässt. Besteht noch ein bedeutendes therapeutisches Potential – worauf vorliegend auch die MEDAS-Gutachter implizit verweisen (AB 71.1 S. 11) –, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Es ist Aufgabe der medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416). Dies ist hier jedoch nicht der Fall.

Massgebend sind folglich somit allein die somatischen Einschränkungen. Es ist erstellt, dass ab Juni 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten bestand und seit dem Zeitpunkt der gutachterlichen Exploration im Dezember 2021 in einer leidensangepassten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit ausgewiesen ist (AB 71.1 S. 10 f. Ziff. 4.7 f., 78 S. 1, 87 S. 2). Auf dieser medizinischen Grundlage ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4. Betreffend Status (vgl. E. 2.5.1 hiervor) ging die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung davon aus, die Beschwerdeführerin wäre im hypothetischen Gesundheitsfall zu 90 % erwerbstätig und zu 10 % im Haushalt beschäftigt (AB 130 S. 6). Es gibt aufgrund der Erwerbsbiographie, der familiären Verhältnisse sowie der Aussagen der Beschwerde-

fürerin gegenüber der Eingliederungsfachperson im Assessment vom 24. August 2022 (AB 90 S. 1 ff.) keinen Anlass davon abzuweichen. Der Status wird denn auch nicht bestritten. Der Invaliditätsgrad ist somit anhand der gemischten Methode zu bestimmen (vgl. E. 2.5.1 hiavor).

5.

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

5.2 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 Lohnstrukturhebungen (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).

5.3 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).

Die Beschwerdegegnerin hat den frühestmöglichen Rentenbeginn mit Blick auf das am 17. Februar 2020 durchgeführte Erstgespräch im Rahmen der Früherfassung (AB 4) auf August 2020 festgesetzt (AB 130 S. 5). Unter Berücksichtigung der im März 2020 (AB 7 S. 10) erfolgten IV-Anmeldung zum Leistungsbezug und des Art. 29 Abs. 1 IVG, wonach ein Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entsteht, vermag das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht zu überzeugen und wäre der frühestmögliche Rentenbeginn auf September 2020 festzulegen. Eine Früherfassung und allfällige Frühinterventionsmassnahmen begründen keinen früheren Beginn des Rentenanspruchs, denn die Anmeldung zur Früherfassung ist keine offizielle Anmeldung im Sinne des Art. 29 ATSG (Entscheid des Bundesgerichts vom 9. September 2014, 9C_463/2014, E. 3.2 mit Hinweisen). Wegen Geringfügigkeit – Rentenbeginn wäre ein Monat später – wird hier jedoch ausnahmsweise auf eine Schlechterstellung der Beschwerdeführerin (reformatio in peius; Art. 61 lit. d ATSG; BGE 144 V 153 E. 4.1.1 f. S. 155; SVR 2007 AHV Nr. 15 S. 42 E. 3.1) verzichtet. Auf August 2020 hin ist somit eine erste Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

5.4 Bei einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit bis Dezember 2021 (vgl. E. 3.4.5 hiervor) besteht im erwerblichen Bereich ein Invaliditätsgrad von 100 % resp. gewichtet mit einem Status von 90 % (vgl. E. 4 hiervor) ein solcher von 90 % ($100 \% \times 0.9$). Damit resultiert ab August 2020 bereits aus diesem Grund – unabhängig von allfälligen Einschränkungen im Aufgabenbereich – ein Anspruch auf eine ganze Rente (vgl. E. 2.4 hiervor).

5.5 Ab Dezember 2021 ist die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsfähig (vgl. E. 3.4.5 hiervor). Diese gesundheitliche Verbesserung stellt einen Revisionsgrund (vgl. E. 2.6 hiervor) dar, was denn auch unbestritten blieb. Damit ist auf diesen Zeitpunkt hin eine weitere Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

5.5.1 Das Valideneinkommen ist – entsprechend dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin (AB 130 S. 6) – gestützt auf den zuletzt erzielten Lohn

als ... bei der G. _____ AG (zufolge Fusion per TT.MM. 2023 im Handelsregister gelöscht) festzulegen, ist doch ohne Weiteres davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden im Dezember 2021 an ihrem langjährigen angestammten Arbeitsplatz tätig gewesen wäre (AB 17 S. 1 Ziff. 2.1 und S. 11). Dieses Einkommen betrug zuletzt monatlich Fr. 4'500.-- (AB 17 S. 12 ff.). Aufgerechnet auf ein 100 % Pensum ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin von einem Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 65'000.-- ausgegangen ist (Fr. 4'500.-- x 100 / 90 x 13).

5.5.2 Da die Beschwerdeführerin keine ihr grundsätzlich zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, stellte die Beschwerdegegnerin zur Bestimmung des Invalideneinkommens zu Recht auf Tabellenlöhne ab (AB 130 S. 5 f). Daraus resultiert gestützt auf die LSE 2020, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1, indexiert pro 2021 (gemäss Tabelle T1.2.15, Nominallohnindex, Frauen, 2016-2023, Total, 2020: 103.6, 2021: 104.2) und angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit (vgl. Tabelle „Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BFS, Total), für das Jahr 2021 ein Invalideneinkommen von Fr. 53'802.55 (Fr. 4'276.-- x 12 / 40 x 41.7 / 103.6 x 104.2).

Daran ändert nichts, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Februar 2024 eine neue Arbeitsstelle in einem Pensum von 50 % angetreten hat (Beschwerde S. 8 N. 22). Da sie damit ihre Restarbeitsfähigkeit nicht optimal verwertet, ist dies hier weder zu berücksichtigen noch stellt dies einen Revisionsgrund (E. 2.6 hiervor) dar.

5.5.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 65'000.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'802.55 resultiert im erwerblichen Bereich ein Invaliditätsgrad von 17.2 % ($[(Fr. 65'000.-- - Fr. 53'802.55) / Fr. 65'000.-- \times 100]$) resp. gewichtet mit einem Status von 90 % ein solcher von gerundet 15 % ($17.2 \% \times 0.9$; zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Es liegt damit in erwerblicher Hinsicht kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr vor (vgl. E. 2.3 hiervor).

5.5.4 Bei dieser Ausgangslage (Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich von gewichtet 15 %) kann die Einschränkung im Aufgabenbereich offenbleiben und durfte die Beschwerdegegnerin ausnahmsweise auf eine diesbezügliche Abklärung verzichten. Dies weil auch bei einer – hier nicht in Ansätzen ausgewiesenen – 100%igen Einschränkung im Bereich Haushalt mit Blick auf den Status (10 % Haushalt; vgl. E. 4 hiervor) die gewichtete Einschränkung maximal 10 % ($100 \% \times 0.1$) betragen würde, mithin maximal ein rentenausschliessender Gesamtinvaliditätsgrad von 25 % (15 % [Erwerb] + 10 % [Haushalt]) resultierte.

5.5.5 Unter Berücksichtigung des Art. 88a Abs. 2 IVV (vgl. E. 2.6 hiervor) wäre die Rente grundsätzlich per April 2022 einzustellen. Gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung sind jedoch bei Personen, deren Rente revisionsweise aufgehoben werden soll und die das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211). Da die Beschwerdeführerin mit Jahrgang 1963 (AB 6 S. 1) im Revisionszeitpunkt bereits über 55 Jahre alt war, hat die Beschwerdegegnerin die Rente richtigerweise bis zum Abschluss der Eingliederungsmassnahmen – hier Ende März 2023 (AB 112 S. 6) – weiterhin ausgerichtet.

6.

Die angefochtene Verfügung vom 31. Januar 2024 (AB 130) erweist sich damit als rechtens 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.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

7.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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