

IV 200 2024 516
KOJ/FRJ/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. Mai 2025

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Frésard

A. _____
vertreten durch Sozialamt B. _____, MLaw C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 25. Juni 2024



Sachverhalt:

A.

Die 1991 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ... mit ... und zuletzt als ... in einer ... tätig, meldete sich im Juni 2020 (nach Früherfassung im Mai 2020) unter Hinweis auf den Verdacht auf einen Morbus Behçet bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1, 8, 11 S. 3, 12 S. 2, 7, 108.2 S. 6).

Am 7. Juli 2020 teilte die IVB der Versicherten mit, es könnten derzeit keine Eingliederungsmassnahmen mit Aussicht auf Erfolg durchgeführt werden, weshalb der Anspruch auf eine Rente geprüft werde (act. II 14). In der Folge nahm die IVB medizinische und erwerbliche Abklärungen vor, holte insbesondere Beurteilungen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (act. II 51, 74) und gewährte der Versicherten eine Integrationsmassnahme in Form eines Aufbautrainings (act. II 60). Mit Mitteilung vom 8. Februar 2023 (act. II 88) teilte die IVB den Abschluss der beruflichen Eingliederungsmassnahmen mit, da es zur Klärung der Leistungsansprüche einer umfassenden medizinischen Untersuchung bedürfe (vgl. hierzu act. II 82, 83), und veranlasste eine rheumatologisch-psychiatrische Untersuchung durch die Abklärungsstelle D._____ (MEDAS; bidisziplinäres Gutachten vom 22. August 2023 [act. II 108.1-108.6]). Anschliessend holte die IVB eine weitere Stellungnahme des RAD ein (act. II 117). Ferner holte sie, nachdem sich die Versicherte zum bidisziplinären Gutachten geäussert hatte (act. II 122 S. 2 ff.), eine ergänzende Stellungnahme der MEDAS ein (act. II 128). Alsdann veranlasste die IVB eine Haushaltsabklärung (act. II 130).

Mit Vorbescheid vom 13. März 2024 (act. II 131) stellte die IVB die Zusprache einer ganzen Rente (Invaliditätsgrad 80 %) ab 1. Januar bis 30. Juni 2021 sowie einer halben Rente (Invaliditätsgrad 50 %) ab 1. Juli 2021 bis 31. Dezember 2022 in Aussicht. Nach Einwand der Versicherten (act. II 141) sowie dem Einholen einer Stellungnahme des Bereichs Ab-

klärungen (act. II 144) verfügte die IVB am 25. Juni 2024 (act. II 150) wie vorbescheidweise angekündigt.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch das Sozialamt B._____, mit Eingabe vom 31. Juli 2024 (Postaufgabe) Beschwerde mit folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern (IVBE) vom 25. Juni 2024 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei eine ganze Rente zuzusprechen.
 - 2.1 Eventualiter sei eine neurologische Begutachtung anzuordnen und gestützt auf die Ergebnisse der erneuten Begutachtung der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung neu festzulegen.
 - 2.2 Subeventualiter sei der Beschwerdeführerin bis zum 1. September 2022 die im Rahmen der Begutachtung attestierte Erwerbsunfähigkeit von 60 % und für die Zeit danach eine Erwerbsunfähigkeit von 40 % zuzusprechen.
3. Das Einkommen ohne Invalidität sei im Einkommensvergleich per 1. Januar 2021 gestützt auf das Kompetenzniveau 3 der Lohnstrukturerhebung BfS 2020 festzulegen.
 - 3.1 Eventualiter sei das Einkommen ohne Invalidität im Einkommensvergleich per 1. Januar 2021 gestützt auf das zuletzt verdiente Einkommen der Beschwerdeführerin festzulegen.
4. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren.

- Unter Kostenfolge -

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 22. August 2024 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 27. August 2024 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege hinsichtlich der Verfahrenskosten gut.

Mit Eingabe vom 16. September 2024 führte die Beschwerdeführerin unter Beilage von Beweismitteln aus, sie stehe derzeit in psychiatrischer und

psychologischer Behandlung und nehme entsprechende Psychopharmaka ein.

Die Beschwerdegegnerin hielt mit Eingabe vom 7. Oktober 2024 an ihren Rechtsbegehren fest.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 25. Juni 2024 (act. II 150). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und in diesem Zusammenhang, ob der Sachverhalt richtig und vollständig festgestellt wurde.

In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete Invalidenrente 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). Folglich ist der Rentenanspruch unter Einschluss der vom 1. Januar bis 30. Juni 2021 zugesprochenen ganzen resp. der vom 1. Juli 2021 bis 31. Dezember 2022 zugesprochenen halben Invalidenrente zu prüfen.

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

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

2.

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). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 150 V 323 E. 4.2 S. 328, 150 V 89 E. 3.2.1 S. 95, 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die vorliegend angefochtene Verfügung datiert vom 25. Juni 2024 (act. II 150), womit sie nach dem 1. Januar 2022 erging. Indes liegt der frühestmögliche Zeitpunkt des potenziellen Rentenanspruchs unter Berücksichtigung der im Juni 2020 erfolgten Anmeldung (act. II 8) und der vom 13. Januar 2020 bis zum 31. März 2021 ausgewiesenen 100%igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 4.5 hiernach) vor dem 1. Januar 2022 (vgl. Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. zur rückwirkenden Zusprache einer Rente vor Durchführung von Eingliederungsmassnahmen, sofern die versicherte Person wegen ihres Gesundheitszustandes nicht oder noch

nicht eingliederungsfähig war: Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_380/2021 vom 31. Januar 2022 E. 5.1 mit Verweisen). Folglich sind insoweit die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend (vgl. Rz. 9101 des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR] des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 150 V 1 E. 6.4.2 S. 6, 148 V 385 E. 5.2 S. 391, 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228, 132 V 121 E. 4.4 S. 125).

Mit dem Vorliegen eines Revisionsgrundes (vgl. E. 2.6 hiernach) nach dem 1. Januar 2022 – konkret im Oktober 2022 (vgl. E. 4.5 hiernach) – gelangt das seit 1. Januar 2022 geltende Recht zur Anwendung (vgl. Rz. 9102 f. KSIR).

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

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchti-

gung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2021 IV Nr. 76 S. 256, 8C_165/2021 E. 4.2.1). 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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1).

Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine 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.

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

2.5 Gemäss aArt. 28a Abs. 1 IVG bzw. Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Der Bundesrat umschreibt die zur Bemessung des Invaliditätsgrades massgebenden Erwerbseinkommen (sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren [Art. 28a Abs. 1 IVG]). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durch-

führung 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).

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, der Invaliditätsgrad für diesen Teil nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird der Invaliditätsgrad für diese Tätigkeit nach Absatz 2 festgelegt (gemischte Methode). In diesem Fall 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 (vgl. auch den redaktionell unterschiedlichen, inhaltlich jedoch identischen aArt. 28a Abs. 3 IVG).

Gemäss Art. 27^{bis} Abs. 1 IVV werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen die Invaliditätsgrade in Bezug auf die Erwerbstätigkeit (lit. a) und in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich (lit. b) zusammengezählt. Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit wird gemäss Art. 27^{bis} Abs. 2 IVV das Einkommen ohne Invalidität auf eine Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % entspricht, hochgerechnet (lit. a), das Einkommen mit Invalidität auf der Basis einer Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % entspricht, berechnet und entsprechend an die massgebliche funktionelle Leistungsfähigkeit angepasst (lit. b) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrades, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (lit. c). Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird nach Art. 27^{bis} Abs. 3 IVV der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt (lit. a) und der Anteil nach lit. a anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Abs. 2 lit. c und einer Vollerwerbstätigkeit ge-

wichtet (Abs. 3 lit. b; vgl. zum Ganzen auch aArt. 27^{bis} IVV sowie BGE 145 V 370 E. 4).

2.6 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 150 V 67 E. 4.3.2 S. 70, 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2020 IV Nr. 70 S. 243, 8C_132/2020 E. 4.2.2).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

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).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Die behandelnde Dermatologin Dr. med. E._____, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie, stellte in ihrem Bericht vom 19. Januar 2020 (act. II 23 S. 16 f.) folgende Hauptdiagnose (S. 16):

- Rezidivierende bipolare Aphten (herpetiforme Ulzerationen)

Die Beschwerdeführerin habe sich erstmals im Februar 2019 wegen seit Mai 2019 (wohl: 2018 [vgl. Ausführungen unter Diagnosestellung]) auftretenden, enoral sowie genitalen erosiven Zuständen mit herpetiformen Ulzerationen, ohne dem typischen Bild von deutlichen Aphten, bei ihr gemeldet. Die Beschwerdeführerin beschreibe zusätzlich gastrointestinale Beschwerden (S. 16). Im Rahmen der internationalen Kriterien sowie den bekannten gastrointestinalen Beschwerden sollte nach ausgedehnten Abklärungen von einem Morbus Behçet ausgegangen werden (S. 17).

3.1.2 Dr. med. F._____, Facharzt für Radiologie, hielt in seinem Bericht vom 14. Juli 2020 (act. II 73 S. 2) fest, dem gleichentags durchgeführten MRI des Schädels liessen sich circa zehn Läsionen (rundlich/ovalär, teils im periventrikulären Marklager, teils subkortikal supratentoriell) entnehmen. Dieser Befund sei mit einer milden Enzephalopathie im Rahmen eines Morbus Behçet vereinbar.

3.1.3 Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin der Klinik H._____ des Spitals I._____, stellte im Bericht vom 25. August 2020 (act. II 24 S. 2 ff.) folgende (Haupt-)Diagnosen (S. 3 Ziff. 2.5):

1. Bipolare Aphthose Neumann mit rezidivierenden herpetiformen Aphten enoral und vor allem genital, ED 06/2018
2. Somatische Belastungsstörung

Zur Symptomatik und medizinischen Situation verwies er auf seinen Bericht vom 31. März 2020 (S. 5 ff.). Demnach liessen sich die langjährigen und vielfältigen somatischen Beschwerden aus psychosomatischer Sicht im

Rahmen einer somatischen Belastungsstörung erklären. Die Grundlage hierfür bilde eine Sensitisierung des peripheren und zentralen Nervensystems mit entsprechend überschüssenden Reaktionen auf somatosensorische Reize und Dysregulation der verschiedenen, zentral-gesteuerten Organsysteme. Dabei bestünden Zusammenhänge mit der vermuteten autoimmunen Erkrankung (Aphthose Neumann/Morbus Behçet). Hintergrund der zentralen Sensitisierung des Nervensystems würden chronische Stressoren bilden, wie sie sich bei der für die Beschwerdeführerin typischerweise im Rahmen des Überleistertums resp. des Perfektionismus und den hohen Ansprüchen an die Leistungsfähigkeit fänden (S. 6). Die Beschwerdeführerin leide an einer ausgeprägten Erschöpfung (S. 3 Ziff. 3.4). Mit einer raschen Wiederaufnahme einer vollen Arbeitstätigkeit könne aufgrund der Chronizität der gesundheitlichen Störung nicht gerechnet werden (S. 3 Ziff. 2.7).

3.1.4 Die behandelnden Ärzte der Klinik J. _____ des Spitals I. _____ stellten in ihrem Bericht vom 3. November 2020 (act. II 101 S. 6 ff.) folgende (Haupt-)Diagnosen (S. 6 f.):

1. Bipolare Aphthose
2. Chronischer vulvärer Pruritus seit 2011 und perianal seit 2015
3. Diverse Typ IV Sensibilisierungen
4. Psychische Belastungssituation
5. Laktoseintoleranz

Die Hospitalisation sei aufgrund von seit April 2018 bestehenden, rezidivierenden bipolaren Aphten erfolgt. Weitere typische Hautveränderungen, die bei Morbus Behçet auftreten würden, seien verneint worden. Typische entzündliche Augenmanifestationen lägen sodann keine vor; die Beschwerdeführerin habe lediglich einmal im Jahr 2008 an einer Dakryoadenitis gelitten. Die beschriebenen gastrointestinalen Beschwerden könnten auch auf die diagnostizierte Laktoseintoleranz zurückzuführen sein. Aufgrund der Anamnese und der Befunde gebe es aktuell keine Hinweise für einen Morbus Behçet, jedoch lasse sich die Diagnose nicht konklusiv ausschliessen (S. 7 f.).

3.1.5 Dr. med. K._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, vermerkte in seinem Bericht vom 14. Dezember 2020 (act. II 37 S. 34) folgende Diagnosen:

1. Wahrscheinlicher Morbus Behçet
2. 2008 Dakryoadenitis, DD im Rahmen von Diagnose 1
3. Multiple periventrikuläre, zum Teil subkortikale kleine ovaläre zerebrale Läsionen, DD milde Enzephalopathie bei Behçet, Spätschäden nach neonataler Asphyxie

Entgegen der Beurteilung der Kollegen der Dermatologie sei er nicht der Meinung, dass ein Morbus Behçet nicht diagnostiziert werden könne. Bei der Beschwerdeführerin seien die Kriterien für die affirmative klinische Diagnose eines Behçet-Syndroms erfüllt. Ob die auf dem MRI im Juli beschriebenen kleinen Rundherde zerebral als Narben nach Behçet Enzephalopathie zu interpretieren seien oder ob dafür eine andere Ursache hinhalten könne, könne im Moment nicht abschliessend beurteilt werden. Aufgrund des MRI-Befundes sei im Moment jedoch nicht von einer florid aktiven Enzephalopathie auszugehen.

3.1.6 Dr. med. F._____ hielt in einem weiteren Bericht vom 22. Februar 2021 (act. II 73 S. 1) betreffend dem gleichentags durchgeführten MRI des Schädels fest, es bestehe im Vergleich zur Voruntersuchung vom 14. Juli 2020 eine stationäre Darstellung der ca. zehn vorhandenen Läsionen. Diese seien weiterhin gut mit einer milden Enzephalopathie im Rahmen des Morbus Behçet vereinbar. Es bestünden keine floride entzündliche Veränderungen.

3.1.7 In einem weiteren Bericht vom 9. Mai 2022 (act. II 93 S. 6 f.) hielt Dr. med. K._____ bei unveränderter Diagnose fest, die Chronic Fatigue Problematik sei aus seiner Sicht vollumfänglich durch eine Kumulation diverser ungünstiger Umstände geklärt. Neben der Vorgeschichte mit Überlastung über längere Zeit sei die Chronic Fatigue sehr oft auch das Leitsymptom von Behçet-Erkrankungen. Dazu komme neu der Belastungsfaktor der schwer erkrankten Mutter; ebenfalls wirksam seien die unklare berufliche Perspektive und die zusätzlichen neuen Abklärungen. Weiterführende Abklärungen seien zurzeit nicht indiziert (S. 6).

3.1.8 Die behandelnde Hausärztin Dr. med. L._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 15. Juni 2022 (act. II 69) u.a. fest, die Beschwerdeführerin leide an einem schweren psychischen und physischen Erschöpfungszustand sowie einer langjährigen reaktiven Depression infolge einer jahrzehntelang unerkannt und unbehandelt gebliebenen chronischen Erkrankung (S. 2).

3.1.9 Im bidisziplinären Gutachten vom 22. August 2023 (act. II 108.1-108.6) stellten die Experten in ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung (act. II 108.3) folgende Diagnosen (S. 19 Ziff. 4.3):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Behçet-Syndrom (ICD-10: M35.2)
 - Bipolare Aphthosis
 - Endoskopisch multiple aphthoide Läsionen im Zökum
 - Papulo-pustulöse Dermatose im Gesicht
 - V.a. Neuro-Behçet (Enzephalitis)
 - Behandlung mit Apremilast seit 11/2022
2. Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Atypische Tenosynovitis stenosans de Quervain rechts (ICD-10 : M65.93)
2. Haltungsinuffizienz mit muskulärer Dysbalance im Rahmen einer Dekonditionierung infolge Fatigue-bedingter Inaktivität (ICD-10: R29.3)
3. Leichtgradiger, asymptomatischer Spreizfuss (ICD-10: M21.63)
4. Partielle Hypermobilität (ICD-10: M35.7)

Im rheumatologischen Teilgutachten (act. II 108.1) führte Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, aus, die Diagnose eines Behçet-Syndroms erscheine aufgrund der bipolaren Aphthose, der Hauterscheinungen und der gastrointestinalen Beschwerden bzw. Befunde als hochwahrscheinlich. Diesbezüglich werde die Meinung des behandelnden Rheumatologen Dr. med. K._____ vollumfänglich geteilt. Im Vordergrund der aktuellen Beschwerden stehe eine invalidisierende, ausgeprägte Fatigue mit schneller Erschöpfbarkeit und erhöhtem Schlafbedürfnis. Betreffend die kernspintomographisch nachgewiesenen Hirnbefunde sei offen, ob diese einem Neuro-Behçet entsprechen resp. für die ausgeprägte Fatigue verantwortlich seien. Entsprechend werde eine neurologische Reevaluation mit dieser Fragestellung vorgeschla-

gen. Insgesamt könne die im Vordergrund stehende, invalidisierende Fatigue von rheumatologischer Seite eher nicht in diesem Ausmass erklärt werden. Von Seiten des Bewegungsapparates bestünden bis auf eine Tenosynovitis stenosans de Quervain rechts weder Beschwerden noch relevante pathologische Befunde im Zusammenhang mit dem Behçet-Syndrom (S. 35 ff. Ziff. 6.1). Aus rein rheumatologischer Sicht könne die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit – ausschliesslich den Bewegungsapparat betreffend – 8.2 Stunden pro Tag (uneingeschränkt) anwesend sein. Während dieser Anwesenheit bestehe aufgrund der Fatigue, die zumindest teilweise mit dem Behçet-Syndrom in Zusammenhang stehe, eine Leistungsminderung von 30 %. Die Arbeitsfähigkeit betrage 70 %. Was den zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit betrifft, habe diese vom 13. Januar 2020 bis zum 31. März 2021 0 %, vom 1. April 2021 bis September 2022 40 % und ab Oktober 2022 70 % betragen (S. 41 f. Ziff. 8.1). In einer angepassten Tätigkeit, welche jeglicher körperlich leichten Tätigkeit mit Wechselbelastung entspreche, könne die Beschwerdeführerin aus rein rheumatologischer Sicht – ausschliesslich den Bewegungsapparat betreffend – ebenfalls 8.2 Stunden pro Tag (uneingeschränkt) anwesend sein. Während dieser Anwesenheit bestehe fatiguebedingt eine Leistungsminderung von 20 %. Die Arbeitsfähigkeit betrage 80 %. Was den zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit betrifft, habe diese vom 13. Januar 2020 bis zum 31. März 2021 0 %, vom 1. April 2021 bis September 2022 40 % und ab Oktober 2022 80 % betragen (S. 42 f. Ziff. 8.2). Im Sinne einer Schadenminderungsmassnahme sei eine neurologische Abklärung angezeigt (S. 43 Ziff. 8.4).

Im psychiatrischen Teilgutachten (act. II 108.2) führte Dr. med. N._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, aus, der psychiatrische Befund zeige in Zusammenschau mit der Eigenanamnese ein depressives Syndrom, das als mittelgradig einzuschätzen sei. Die für die Beschwerdeführerin im Vordergrund stehende Fatigue-Symptomatik sei unter diese Diagnose zu subsumieren. Diese Diagnose bilde das Krankheitsbild der Beschwerdeführerin am besten ab (S. 18 f. Ziff. 6.3). Aus rein psychiatrischer Sicht könne die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit 4.25 Stunden pro Tag bei einem Pensum von 100 % anwesend sein. Das verminderte Rendement sei hier miteinge-

geschlossen. Die Arbeitsfähigkeit betrage 50 %. Aufgrund der vollständig fehlenden psychiatrischen Aktenlage sei der Verlauf der Arbeitsfähigkeit nur grob zu schätzen. Die Beschwerdeführerin sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durchschnittlich zu 50 % arbeitsunfähig (mit Fluktuationen) seit Beginn der Krankschreibung, d.h. seit Januar 2020, gewesen (S. 26 Ziff. 8.1). In einer leidensangepassten Tätigkeit, welche einer Tätigkeit ohne Leitungsfunktion und ohne Budget- und Personalverantwortung entspreche, könne die Beschwerdeführerin fünf Stunden pro Tag anwesend sein. Die Arbeitsfähigkeit betrage 60 %. Während dieser Anwesenheitszeit bestehe keine Leistungseinschränkung. Aufgrund der vollständig fehlenden psychiatrischen Aktenlage bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40 % seit Beginn der Krankschreibung, d.h. seit Januar 2020 (S. 26 f. Ziff. 8.2).

In ihrer Konsensbeurteilung (act. II 108.3) hielten die Sachverständigen fest, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe vom 31. März 2021 bis zum 1. September 2022 gestützt auf die rheumatologische Beurteilung eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 40 %, anschliessend von 50 % aufgrund der psychiatrischen Beurteilung, welche die rheumatologische Beurteilung konsumiere (S. 28 Ziff. 4.6). In einer angepassten Tätigkeit bestehe vom 31. März 2021 bis zum 1. September 2022 gestützt auf die rheumatologische Beurteilung eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 40 %, anschliessend von 60 % aufgrund der psychiatrischen Beurteilung, welche die rheumatologische Beurteilung konsumiere (S. 29 Ziff. 4.7). Als Schadenminderungs-massnahme sei eine neurologische Abklärung angezeigt (S. 30 Ziff. 4.9)

3.1.10 In ihrer Stellungnahme vom 7. November 2023 (act. II 116) erwog die RAD-Ärztin Dr. med. O._____, Fachärztin für Neurologie, ein Neuro-Behçet würde sich am häufigsten mit einer subakuten Meningoenzephalitis (Fieber, Kopfschmerz) mit Beteiligung des Hirnstamms oder multifokal manifestieren. Ein solches Ereignis sei nicht dokumentiert und die Versicherte leide nicht an neurologischen Ausfällen. Klinisch sei im Verlauf so-dann keine Dynamik im Sinne einer Verschlechterung zu erkennen; die Beschwerdeführerin berichte über eine anhaltende Symptomatik, welche auch im Zeitpunkt des MRI-Befundes bestanden habe (S. 2). Die MRI vom 14. Juli 2020 und 22. Februar 2021 zeigten circa zehn kleinste Läsionen im

Marklager der Grosshirnhemisphäre ohne Aktivitätszeichen und welche im Intervall stabil geblieben seien. Dies spreche gegen eine Enzephalitis, welche ein akut entzündliches Geschehen sei. Anhand der Akten lasse sich daher derzeit festhalten, dass weder die Kriterien für eine sichere noch für eine wahrscheinliche Neuro-Behçet Erkrankung erfüllt seien (S. 3). Behçet Betroffene würden häufig über depressive Verstimmungen und Müdigkeit klagen; dies werde in der Regel im Zusammenhang mit der allgemeinen Krankheitsaktivität und den damit verbundenen Einschränkungen gesehen. Die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Fatigue sei diesem unspezifischen Symptomenkomplex zuzuordnen (S. 2).

3.1.11 In der ergänzenden Stellungnahme vom 3. Februar 2024 (act. II 128 S. 7 ff.) hielt der rheumatologische Sachverständige auf Einwand der Beschwerdeführerin hin (act. II 128 S. 2 ff.) fest, die von der Beschwerdeführerin zu den im Gutachten gemachten Ausführungen zur Konsistenz und Plausibilität seien insbesondere dahingehend nicht relevant, als im Gutachten explizit vermerkt wurde, dass keine Hinweise auf eine Aggravation oder Simulation bestehen würden und die festgestellte Inkonsistenz somit keine Auswirkung auf die funktionelle Beurteilung gehabt habe (S. 7 Ziff. 1). Sodann sei die Leidens- und Krankheitsgeschichte aus den Berichten und aus den von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben im Gutachten detailliert dargelegt worden (S. 7 Ziff. 2). Was den Einwand zum Thema "Auftreten und Erschöpfung" betrifft, könne er – unter Berücksichtigung der medizinischen Aktenlage – nur beurteilen, was die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung über ihre Beschwerden berichtet habe und was in der klinischen Untersuchung festgestellt worden sei. Alsdann sei die Fatigue als Syndrom entzündlich-rheumatologischer Erkrankungen ausführlich diskutiert worden (S. 7 f. Ziff. 3). Auch seien keine organisch-strukturellen Befunde festgestellt worden, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit über 30 % begründen liessen; die attestierte Einschränkung gründe ausschliesslich auf die im Zusammenhang mit dem Morbus Behçet stehende Fatigue bei unklarer Situation hinsichtlich einem allfälligen Neuro-Behçet (S. 8 Ziff. 4). Der psychiatrische Sachverständige hielt sodann fest, durch die Einwände der Beschwerdeführerin hätten sich keine neuen Aspekte ergeben. Im Gutachten sei ein lege artis Befund erhoben und disku-

tiert resp. gewürdigt worden; daran könne umfassend festgehalten werden (S. 8).

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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C_260/2020 E. 2.2).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 25. Juni 2024 (act. II 150) auf das bidisziplinäre Gutachten vom 22. August 2023 (act. II 108.1-108.6) inkl. ergänzende Stellungnahme vom

3. Februar 2024 (act. II 128). Dieses ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf einlässlichen klinischen Explorationen und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Es überzeugt inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Ebenso wurde nachvollziehbar zu den Anmerkungen der Beschwerdeführerin Stellung genommen und aufgezeigt, dass und weshalb an der gutachterlichen Beurteilung festgehalten werden könne. Damit erfüllt diese Expertise die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis, weshalb grundsätzlich (vgl. E. 4 hiernach) darauf abzustellen ist.

Dr. med. N._____ setzte sich im psychiatrischen Teilgutachten im Rahmen der diagnostischen Herleitung einlässlich mit der Aktenlage und den Befunden der gutachterlichen Exploration auseinander und zeigte anhand der klassifikatorischen Vorgaben nachvollziehbar auf, dass eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), vorliegt (act. II 108.2 S. 17 ff. Ziff. 6.3), was denn vorliegend auch nicht bestritten wird. Ebenso legte er schlüssig dar, weshalb die von der Beschwerdeführerin beschriebene Erschöpfungssymptomatik vorliegend nicht als eigenständige Diagnose zu werten, sondern unter die Diagnose der Depression zu subsumieren ist (act. II 108.2 S. 18 f. Ziff. 6.3). Betreffend die von den behandelnden Ärzten der Klinik H._____ des Spitals I._____ diagnostizierte Somatisierungsstörung (act. II 24 S. 3 Ziff. 2.5) führte Dr. med. N._____ sodann einleuchtend aus, dass hierfür keine Hinweise vorliegen, da bei der Beschwerdeführerin eine relevante Grunderkrankung besteht, die die Symptomatik erklärt, womit das Eingangskriterium – eine Diskrepanz zwischen berichteter Symptomatik und fehlenden resp. nicht zu erklärenden organischen Befunden – nicht zutrifft (act. II 108.2 S. 19 Ziff. 6.3).

Im rheumatologischen Teilgutachten zeigte Dr. med. M._____ gestützt auf die anlässlich der Exploration erhobenen Befunde und in Würdigung der Berichte der behandelnden Ärzte nachvollziehbar auf, dass die von den behandelnden Ärzten gestellte Diagnose eines Morbus Behçet (act. II 49

S. 4, 93 S. 2; vgl. auch 23 S. 17) aufgrund der bipolaren Aphthose, der Hauterscheinungen und der gastrointestinalen Beschwerden "hochwahrscheinlich" ist, wobei sich unter entsprechender Therapie sowohl die oralen und die genitalen Aphten als auch die Darmbeschwerden deutlich verbesserten, hingegen die im Vordergrund stehende Müdigkeit resp. Erschöpfbarkeit bestehen blieb (act. II 108.1 S. 35). Betreffend dieser Erschöpfungssymptomatik erklärte er, dass diese zwar gemäss Literatur bei Patientinnen und Patienten mit Behçet-Syndrom ein nennenswertes Problem sei, diese im vorliegend beklagten Ausmass jedoch aus rein rheumatologischer Sicht nicht abschliessend erklärt werden könne. In diesem Zusammenhang erwog er, dass die im Rahmen der MRI vom 14. Juli 2020 und vom 22. Februar 2021 festgestellten zerebralen Läsionen einem Neuro-Behçet entsprechen könnten – wobei auch die Möglichkeit bestehe, dass diese Läsionen mit der bekannten postpartalen Fruchtwasser-Aspiration in Zusammenhang stünden – weshalb ein neurologisches Gutachten zur abschliessenden Klärung empfohlen sei. Ebenso erwog er zutreffend, dass die Beschwerdeführerin unter einer belastenden familiären Situation leide und von psychiatrischer Seite festzustellen sei, inwieweit die erwähnte Fatigue Symptomatik zusätzlich Folge eines psychischen Leidens sei (act. II 108.1 S. 35 ff.). Im Ergebnis kam der rheumatologische Sachverständige zum nachvollziehbaren und plausiblen Schluss, dass die Beschwerdeführerin "aufgrund der Fatigue, welche zumindest teilweise mit dem Behçet-Syndrom in Zusammenhang stehe", in der angestammten Tätigkeit grundsätzlich zu 70 % resp. in einer angepassten Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig ist (act. II 108.1 S. 41 ff. Ziff. 8.1 und 8.2). Betreffend den zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit hielt er alsdann bezugnehmend auf die Berichte des behandelnden Rheumatologen vom 31. März 2021 (act. II 37 S. 10 f.) und vom 13. September 2022 (act. II 93 S. 4) überzeugend fest, dass diese vom 13. Januar 2020 bis zum 31. März 2021 0 % und anschliessend vom 1. April 2021 bis September 2022 leidensangepasst 40 % resp. ab Oktober 2022 80 % betragen hat (act. II 108.1 S. 43 Ziff. 8.2). Dies entspricht denn auch der Einschätzung der behandelnden Hausärztin, die in ihrem Bericht vom 6. Juli 2021 bei langsamer Steigerung des Arbeitspensums von einer guten Prognose zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit ausging (act. II 37 S. 6 Ziff. 2.7).

Soweit die Beschwerdeführerin sinngemäss die Beweiskraft des Gutachtens in Frage stellt, weil kein neurologisches Gutachten zur abschliessenden Klärung der zerebralen Läsionen erfolgt ist (Beschwerde S. 5 f. Ziff. IV. Ziff. 3), kann ihr nicht gefolgt werden: Die RAD-Ärztin Dr. med. O._____, welche als Fachärztin für Neurologie in Bezug auf die hier relevante Frage über die entsprechende Fachkompetenz verfügt, legte auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin hin nachvollziehbar dar, dass vorliegend weder die Kriterien für eine sichere Neuro-Behçet Erkrankung – notwendig wäre ein neurologisches Syndrom mit objektivierbaren klinisch-neurologischen Zeichen – noch die Kriterien für eine wahrscheinliche Neuro-Behçet Erkrankung erfüllt sind. Sie hielt in Übereinstimmung mit den Akten fest, dass kein hierfür sprechendes Ereignis (subakute Meningoenzephalitis, Fieber, Kopfschmerz) dokumentiert ist, die Beschwerdeführerin nicht an neurologischen Ausfällen leidet (vgl. zum Ganzen HANS CHRISTOPH DIENER ET AL., Referenz Neurologie, Kap. 69, Thieme 2019) und die erhobenen bildgebenden Befunde stabile Läsionen ohne Aktivitätszeichen zeigen, was gegen eine Enzephalitis als akut entzündliches Geschehen spricht. Vielmehr sei die von der Beschwerdeführerin geklagte Fatigue dem für Behçet Patientinnen und Patienten typischen, unspezifischen Symptomenkomplex zuzuordnen. Diese Ausführungen sind schlüssig und überzeugen, zumal vorliegend weder die behandelnden Neurologen (act. II 24 S. 2 ff.) noch der behandelnde Rheumatologe (act. II 37 S. 34, 93 S. 4 f., 6 f.) die Diagnose eines Neuro-Behçet zu stellen vermochten. Im Übrigen ist die von der Beschwerdeführerin beklagte Erschöpfungssymptomatik ausdrücklich – auch wenn aus rheumatologischer Sicht nicht gänzlich erklärbar – vom rheumatologischen Sachverständigen berücksichtigt worden (act. II 108.1 S. 41 ff. Ziff. 8.1 und 8.2).

3.4 Dem Voranstehenden zufolge erweist sich der medizinische Sachverhalt als rechtsgenüglich abgeklärt, weshalb auf weitere Sachverhaltserhebungen, namentlich das beantragte neurologische Gutachten (Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 2.1), verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung: BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; Urteil des BGer 9C_298/2024 vom 14. Au-

gust 2024 E. 5.2, zur Publikation vorgesehen; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

4.

4.1 Zu prüfen bleibt anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281, ob der psychiatrischerseits attestierten Erwerbsunfähigkeit (act. II 108.2 S. 26 f. Ziff. 8.1 und 8.2) aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann, wobei hierfür die Beschwerdeführerin die materielle Beweislast zu tragen hat (vgl. E. 2.3 hiavor).

Dabei hat das Gericht bei der Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. BGE 141 V 281) insbesondere auch dem höchstrichterlich festgelegten Grundsatz Rechnung zu tragen, wonach eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten im Allgemeinen nicht auf eine invalidisierende Krankheit schliessen lässt und für das Gericht diesfalls Grund dafür besteht, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (vgl. BGE 148 V 49).

Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, 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. Attestieren die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne (allenfalls auf Nachfrage hin erfolgte) schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (BGE 148 V 49; SVR 2024 IV Nr. 30 S. 102, 8C_492/2023 E. 5.1).

4.2 Was die Prüfung der ersten Ebene betrifft (vgl. E. 2.3 hiavor), konnten die Experten keine Hinweise auf aggravierende oder simulierende Darstellungstendenzen feststellen (act. II 108.1 S. 38 Ziff. 6.2; 108.2 S. 17 Ziff. 6.2). Zwar hielt der rheumatologische Sachverständige fest, der Um-

stand der umfangreichen und perfekt verfassten schriftlichen Zusammenfassung der Krankengeschichte und der akribisch ausgefüllte und dokumentierte Fragekatalog wirke zur Angabe der extremen Fatigue etwas diskrepant. Auch habe die Beschwerdeführerin vor Ende der Untersuchung nicht erschöpft gewirkt und sei trotz der angegebenen Fatigue in der Lage gewesen, von ihrem Wohnort nach Zürich und zurück mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zu reisen. Allerdings verneinte er das Vorliegen von Hinweisen auf eine Aggravation oder eine Simulation explizit (act. II 108.1 S. 38 Ziff. 6.2). Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus, womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 2.3 hiervor).

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

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

Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.).

Der psychiatrische Sachverständige klassifizierte die funktionellen Befunde resp. Beeinträchtigungen als funktionell mittelschwer einschränkend (act. II 108.2 S. 18 Ziff. 6.3, S. 20 Ziff. 6.3.1). Im Rahmen der Untersuchung konstatierte der Gutachter – nebst unauffälligen Befunden in den Bereichen Bewusstsein, Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis, formalem sowie inhaltlichem Denken und äussere Erscheinung – die Beschwerdeführerin wirke im Affekt leicht gedrückt, die Schwingungsfähigkeit sei zum positiven Pol vermindert und sie wirke streckenweise etwas schwingungs- und ratlos. Bei emotional belastenden Themen kämen ihr vereinzelt die Tränen, sie könne sich jedoch wieder fangen (act. II 108.2 S. 11 Ziff. 4.3). Der beschriebene Freudverlust, die Antriebsminderung, die Grübelneigung, die Durchschlafstörung, der soziale Rückzug und das Morgentief würden

die Kriterien für eine Depression erfüllen (act. II 108.2 S. 18 Ziff. 6.3). Unter diesen Umständen – auch unter Berücksichtigung der in Bezug auf das Mini-ICF-APP festgestellten Einschränkungen (act. II 108.1 S. 22 ff. Ziff. 7.2) – sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, die eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde nahelegten, als der gestellten Diagnose bereits inhärent ist (vgl. Urteil des BGer 9C_755/2018 vom 9. Mai 2019 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 5.2.2 S. 425).

Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Betreffend die bisherigen Behandlungen geht den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin während drei Jahren mit Cymbalta (einem Antidepressivum) psychopharmakologisch behandelt wurde. Dieses sei jedoch im März 2023 abgesetzt worden, nachdem die Beschwerdeführerin wiederkehrend unter Albträumen gelitten habe (act. II 108.2 S. 9 Ziff. 3.2.12). Gemäss psychiatrischem Sachverständigen bestünden noch weitere, bedeutende Therapieoptionen wie die Aufnahme einer ambulanten psychiatrischen Behandlung (einschliesslich einer psycho-pharmakologischen Behandlung) sowie die Aufnahme einer störungsspezifischen Richtlinienpsychotherapie (act. II 108.2 S. 22 Ziff. 7.2). Die Gesundheitsstörung sei nicht als schwer und therapeutisch nicht mehr angebar einzustufen; insbesondere sei die Depression noch nicht chronifiziert und es handle sich nicht um eine langjährig verfestigte negative Entwicklung, die in einer insgesamt negativen Prognose resultieren würde (act. II 108.2 S. 22 Ziff. 7.2). Eine wöchentliche psychotherapeutische Behandlung wurde denn zwischenzeitlich auch im Juni 2023 aufgenommen; diese werde sodann seit November 2023 durch eine ambulante psychiatrische Behandlung zur Einstellung einer medikamentösen Therapie (mittel Venlafaxin) ergänzt (act. II 108.2 S. 10 Ziff. 3.2.12; Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4,5). Unter diesen Umständen (und in Anbetracht der kurzen Behandlungsdauer) kann folglich nicht von einer Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten bzw. einer ausgewiesenen Behandlungsresistenz ausgegangen werden. Hinsichtlich beruflicher Eingliederungsbemühungen ist den Akten alsdann zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ein Aufbautraining absolvierte (act. II 60), wobei sie ihr Pensum von 20 auf 25 % und auch ihre Leistungsfähigkeit hat steigern können

(act. II 71 S. 3 Ziff. 2.1). Eine Prognose zur Vermittelbarkeit in den ersten Arbeitsmarkt konnte jedoch nicht gestellt werden (act. II 71 S. 3 Ziff. 2.1). Die Eingliederungsfachpersonen erwo-gen, für eine weitere Steigerung des Pensums werde zusätzlich Zeit und wenig Druck als hilfreich erachtet. Ferner hielten sie fest, der gesundheitliche Zustand habe sich während der Massnahme verbessert und es werde für den Erhalt und den weiteren Aufbau eine psychotherapeutische Behandlung als zentral erachtet (act. II 71 S. 11 Ziff. 6.1). Eine ausgewiesene Eingliederungsresistenz trotz optimaler Anstrengungen der Beschwerdeführerin ist damit nicht erstellt.

Was den Indikator Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) betrifft, stellte der psychiatrische Sachverständige keine psychiatrischen Komorbiditäten fest (act. II 108.2 S. 19 Ziff. 6.3). Somatischerseits besteht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Morbus Behçet (act. II 108.3 S. 19 Ziff. 4.3.1), bei dem sich zwar unter entsprechender Therapie die Aphten und die Darmbeschwerden deutlich verbessert haben, jedoch weiterhin eine im Vordergrund stehende Müdigkeit resp. Erschöpfbarkeit geblieben ist (act. II 108.1 S. 35 f. Ziff. 6.1). Mithin ist eine gewisse res-sourcenhemmende Wirkung gegeben.

4.3.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) stellte der psychiatrische Sachverständige keine Persönlichkeitsstörung fest (act. II 108.2 S. 21 Ziff. 6.3.4). Anhaltspunkte, dass der Komplex Persönlichkeit einer Erwerbstätigkeit entgegenstünde, sind nicht ersichtlich.

4.3.3 In Bezug auf den Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin bis Ende 2023 mit ihrem Lebenspartner zusammenwohnte (act. II 108.2 S. 7 Ziff. 3.2.9), wobei diese Beziehung im Januar 2024 endete (act. II 130 S. 2, Beschwerde S. 5 Ziff. IV. 2.). Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin wohne sie seit Januar 2024 alleine. Ihre sozialen Kontakte beschränken sich in erster Li-nie (dazumal) zu ihrem Partner, zum im gleichen Haus lebenden Bruder und zu ihren Eltern. Die Mutter sei an einem untherapierbaren metastasie-renden Mammakarzinom erkrankt und sei zwischenzeitlich auf eine Pallia-tiv-Station verlegt worden. Ansonsten habe sie aufgrund ihrer Erkrankung keine weiteren sozialen Kontakte mehr, da sie solche beschwerdebedingt

nicht pflegen könne (act. II 108.1 S. 21 Ziff. 3.2.9, 130 S. 2). Der psychiatrische Gutachter hielt fest, dass das soziale Umfeld nur bedingt eine Ressource darstelle. Aufgrund des jahrelangen Leidens bestünden deutliche Spannungen in der Partnerschaft; in der Ursprungsfamilie erhalte die Beschwerdeführerin sodann wenig Unterstützung und aufgrund ihres Leidens habe ein extremer sozialer Rückzug stattgefunden (act. II 108.3 S. 17 Ziff. 4.2). Mithin ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin zwar über gewisse soziale Ressourcen verfügt, diese jedoch gering sind.

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

4.4.1 Bezüglich des Indikators der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) schilderte die Beschwerdeführerin ein äusserst bescheidenes Aktivitätsniveau im Alltag. Sie schlafe jede Nacht mindestens zwölf Stunden und stehe meistens morgens sehr spät auf. Anschliessend würde sie duschen und einen Trainer anziehen. Vormittags müsse sie sich aufgrund ihrer Müdigkeit erneut hinlegen. Ausser Therapie- und Arztbesuche habe sie keine weiteren Fixtermine (act. II 108.1 S. 21 f. Ziff. 3.2.11). Es sei ihr nicht möglich, Spaziergänge zu unternehmen, Hobbys zu pflegen, abends in den Ausgang zu gehen oder tagsüber Bekannte zu treffen. Sie verbringe den Tag praktisch durchweg zuhause. Ausflüge oder Ferien habe sie schon lange nicht mehr gemacht (act. II 108.1 S. 14). Diese Ausführungen entsprechen den Feststellungen des rheumatologischen Sachverständigen, der als Folge der Fatigue-bedingten Inaktivität eine deutliche Dekonditionierung und eine damit zusammenhängende Haltunginsuffizienz inklusive muskulärer Dysbalance feststellte (act. II 108.1 S. 37 Ziff. 6.1).

4.4.2 Schliesslich ist in Bezug auf den Indikator des behandlungs- und eingliederungsanamnestischen Leidensdrucks (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) und in diesem Zusammenhang die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin während drei Jahren psychopharmakologisch behandelt wurde, diese Medikamente jedoch absetzte, nachdem sie u.a. unter Albträumen gelitten hatte. Ein Wechsel auf eine andere Medikation fand aktenkundig nicht statt.

Ferner ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin erst im Juni 2023 eine psychotherapeutische Behandlung resp. im November 2023 eine ambulante psychiatrische Behandlung aufnahm (act. II 108.2 S. 9 f. Ziff. 3.2.12; act. I 4, 5). Diesbezüglich erklärte sie gegenüber den Gutachtern, ihre Hausärztin habe schon vor längerer Zeit eine Psychotherapie vorgeschlagen; es habe jedoch sehr lange gedauert und viele Anläufe benötigt, bis sie endlich einen Platz erhalten habe (act. II 108.1 S. 13). Auch wenn diese Ausführungen aufgrund allfälliger Schwierigkeiten, einen geeigneten Therapieplatz zu finden, bis zu einem gewissen Grad nachvollzogen werden können, bleibt doch festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin über mehrere Jahre hinweg keine weitergehenden Therapieoptionen – insbesondere auch keine ambulante psychiatrische Behandlung – in die Wege geleitet hat.

4.5 Wenngleich der Komplex "Sozialer Kontext" und der Indikator der "gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" für eine gewisse funktionelle Einschränkung bzw. eine gewisse Ressourcenhemmung sprechen, stehen die übrigen Indikatoren bzw. Komplexe – sowie insbesondere die Tatsache, dass das Therapiepotential nach dieser kurzen Behandlungsdauer offensichtlich nicht ausgeschöpft ist – der psychiatrischerseits attestierten Arbeitsunfähigkeit (act. II 108.2 S. 26 f. Ziff. 8.1 f.) entgegen. Mithin sind in der Gesamtbetrachtung die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens zu verneinen ist (vgl. hierzu E. 4.1 hiervor). Vor diesem Hintergrund ist aus rechtlicher Optik nicht auf die psychiatrisch attestierte Arbeitsunfähigkeit abzustellen.

Damit ist gestützt auf die Beurteilung des rheumatologischen Sachverständigen von einer Erwerbsfähigkeit für den Zeitraum vom 13. Januar 2020 bis zum 31. März 2021 von 0%, vom 1. April 2021 bis September 2022 von 40 % und ab Oktober 2022 von 80 % auszugehen (act. II 108.1 S. 42 f. Ziff. 8.1). Gestützt hierauf ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

5.

5.1 Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die Akten (vgl. act. II 130 S. 2 ff., 53 S. 2) zutreffend von einem Status von 80 % Erwerb und 20 % Aufgabenbereich aus (vgl. act. II 150 S. 5 ff.), was denn auch von der Beschwerdeführerin nicht bestritten wird. Der Invaliditätsgrad ist somit anhand der gemischten Methode (vgl. E. 2.5 hiavor) zu bestimmen.

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

Mit Blick auf die im Juni 2020 erfolgte Anmeldung bei der IV (act. II 8) sowie der vom 13. Januar 2020 bis 31. März 2021 ausgewiesenen 100%igen Erwerbsunfähigkeit (vgl. E. 4.5 hiavor) fällt der frühestmögliche Rentenbeginn unter Berücksichtigung der Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG auf den 1. Januar 2021. Auf diesen Zeitpunkt hin ist nachfolgend eine erste Invaliditätsbemessung vorzunehmen. Die erstellte Erwerbsfähigkeit von 40 % per April 2021 sowie von 80 % per Oktober 2022 (vgl. E. 4.5 hiavor) stellen Revisionsgründe dar (vgl. E. 2.6 hiavor) und haben jeweils einen weiteren Einkommensvergleich zur Folge.

5.3

5.3.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12, 8C_134/2021 E. 3.2). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) her-

ausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlöhnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2022 IV Nr. 22 S. 70, 8C_276/2021 E. 4.2). Mit Inkrafttreten der Weiterentwicklung der IV am 1. Januar 2022 hat sich bezüglich der Bemessung des Valideneinkommens – soweit hier von Interesse – keine Änderung ergeben (vgl. insbesondere Art. 26 Abs. 1 und Abs. 4 IVV).

5.3.2 Gestützt auf die Akten ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin zuletzt seit dem 9. September 2019 beim P._____ als ... bei der Q._____ (... , vgl. act. II 108.2 S. 6]) angestellt gewesen war, wobei der Arbeitsvertrag zunächst auf den 30. November 2019 und anschliessend auf den 31. Juli 2020 befristet war (act. II 11 S. 2 f.). Aufgrund des befristeten Arbeitsverhältnisses lässt sich das aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen folglich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen – zumal auch das Erwerbseinkommen der Beschwerdeführerin in der Zeit davor erheblichen Schwankungen unterlag (vgl. act. II 19). Folglich ist das Valideneinkommen gestützt auf statistische Zahlen zu bestimmen (vgl. E. 5.3.1 hiavor). Die Beschwerdegegnerin stellte diesbezüglich auf den branchenspezifischen lohnstatistischen Wert im Kompetenzniveau 2 ab (LSE 2020, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, TA1_tirage_skill_level, Ziff. 85 [Erziehung und Unterricht] Kompetenzniveau 2, Frauen; act. II 144 S. 3), was nicht zu beanstanden ist. Dieser Wert beträgt gemäss der LSE 2020 Fr. 5'682.--; auf diesen ist abzustellen (vgl. www.bfs.admin.ch > Statistik finden > Kataloge und Datenbanken > Tabellen > Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht - Privater Sektor [TA1_skill-level, LSE 2020], veröffentlicht am 29. Mai 2024 [neueste Version]). Hochgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die wöchentliche Normalarbeitszeit von 41.5 Stunden (LSE, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 85 [Erziehung und Unterricht], 2020; vgl. hierzu BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 76) und indexiert pro 2021 (vgl. BFS, Nominallohnindex, Frauen 2016 - 2023, T1.2.15, Totalwert: Werte 2020 [103.6], 2021 [104.2]) resultiert per 2021 ein Valideneinkommen von Fr. 71'150.60 (Fr. 5'682.-- x 12 / 40 x 41.5

/ 103.6 x 104.2). Für die Jahre 2022 und 2024 resultiert sodann unter Berücksichtigung der entsprechenden Indexierung (vgl. BFS, Nominallohnindex, Frauen 2016 - 2023, T1.2.15, Totalwert: Werte 2021 [104.2], 2022 [105.1], 2024 [107; Wert für das Jahr 2023, da der Wert für das Jahr 2024 noch nicht veröffentlicht wurde]) ein Valideneinkommen von Fr. 71'765.15 per 2022 (Fr. 71'150.60 / 104.2 x 105.1) und Fr. 73'062.50 per 2024 (2024; Fr. 71'150.60 / 104.2 x 107).

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, es sei angesichts ihres abgeschlossenen ... in ... sowie ihrer als ... zustehenden Verantwortung auf das Kompetenzniveau 3 abzustellen (Beschwerde S. 8 Ziff. IV. 5.), kann ihr bereits deshalb nicht gefolgt werden, weil der entsprechende Wert von Fr. 6'823.-- (LSE 2020, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, TA1_tirage_skill_level, Ziff. 85 [Erziehung und Unterricht] Kompetenzniveau 3, Frauen) weit über dem von ihr tatsächlich erzielten Verdienst als ... (hochgerechnet auf ein Vollzeitpensum und unter Berücksichtigung des anteilmässigen 13. Monatslohns) liegt (vgl. act. II 11 S. 3). Damit kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin dieses Einkommen im Gesundheitsfall erzielen würde. Anzuführen ist, dass das von der Beschwerdeführerin angefügte Spezialwissen, welches für die Anwendung des Kompetenzniveaus 3 vorausgesetzt wird, vor dem Hintergrund des abgeschlossenen ... mit Vertiefung ... (act. II 12 S. 2) eher im Bereich der Ziff. 74 der LSE (Industrie-, Produkt- und Modedesign; vgl. BFS, NOGA 2025, Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweig, Erläuterungen, S. 387) anzusiedeln wäre, zumal die kurze Berufserfahrung als ... keine Anwendung des Kompetenzniveaus 3 im Bereich der Ziff. 85 der LSE (Erziehung und Unterricht) rechtfertigt. Auf eine Ermittlung des lohnstatistischen Werts gestützt auf das Kompetenzniveau 3 der Ziff. 74 hat die Beschwerdegegnerin indes ausdrücklich verzichtet, weil dieser Wert unterhalb des Werts von Ziff. 85 im Kompetenzniveau 2 liegt (act. II. 144 S. 3). Dies ist im Ergebnis ebenso nicht zu beanstanden.

5.4

5.4.1 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 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). Mit Inkrafttreten der Weiterentwicklung der IV am 1. Januar 2022 ergab sich diesbezüglich keine Änderung; vielmehr wurde die in der Rechtsprechung definierte Praxis nunmehr auf Verordnungsstufe geregelt (vgl. BBl 2017 2668; Art. 26 Abs. 1 und 4 i.V.m. Art. 25 Abs. 3 IVV).

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).

Ab 1. Januar 2022 ist gemäss Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV ein Abzug von 10 % zu berücksichtigen, wenn die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50 % oder weniger tätig sein kann. Soweit aufgrund der gegebenen Fallumstände, bei Beachtung von Art. 26 Abs. 2 und Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV sowie der nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV ärztlich festgelegten qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit Bedarf an weitergehender Korrektur besteht, ist, was die zu berücksichtigenden Faktoren und deren Gewichtung beim leidensbedingten Abzug angeht, bis zum 31. Dezember 2023 ergänzend auf die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze zurückzugreifen (BGE 150 V 410 E. 10.6).

Ab 1. Januar 2024 werden nach Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV vom statistisch bestimmten Wert nach Abs. 2 10 % abgezogen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig.

5.4.2 Da die Beschwerdeführerin die ihr attestierte Restarbeitsfähigkeit nicht umsetzt, ist das Invalideneinkommen anhand statistischer Werte zu ermitteln (vgl. E. 5.4.1 hiervor). Hierfür ist ebenso auf den branchenspezifischen lohnstatistischen Wert im Kompetenzniveau 2 von Fr. 5'682.-- pro Monat abzustellen (LSE 2020, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, TA1_tirage_skill_level, Ziff. 85 [Erziehung und Unterricht] Kompetenzniveau 2, Frauen), gehen doch aus dem gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil (vgl. act. II 108.1 S. 42 f. Ziff. 8.2) keine qualitativen Einschränkungen hervor, die der bisher ausgeübten Tätigkeit (vgl. act. II 108.1 S. 20 Ziff. 3.2.8) entgegenstehen würden.

Für den Zeitraum vom 13. Januar 2020 bis zum 31. März 2021 beträgt das Invalideneinkommen bei ausgewiesener vollständiger Erwerbsunfähigkeit (vgl. act. II 108.1 S. 43 Ziff. 8.2) Fr. 0.--.

Ab 1. April 2021 resultiert unter Berücksichtigung der wöchentlichen Normalarbeitszeit von 41.5 Stunden (vgl. E. 5.3.2 hiervor) und der Nominallohnentwicklung (vgl. E. 5.3.2 hiervor) bei einer zumutbaren Erwerbsfähigkeit von 40 % (act. II 108.1 S. 43 Ziff. 8.2) ein Invalideneinkommen von

Fr. 28'460.25 (Fr. 5'682.-- x 12 / 40 x 41.5 / 103.6 x 104.2 x 0.4). Anhaltspunkte für einen Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 5.4.1 hiervor) sind vorliegend nicht ersichtlich. Die gesundheitliche, fatiguebedingte Einschränkung fand im medizinischen Zumutbarkeitsprofil (vgl. act. II 108.1 S. 42 f. Ziff. 8.2) bereits genügend Eingang und darf damit nicht (erneut) in die Bemessung eines leidensbedingten Abzugs einfließen, da ansonsten eine unzulässige doppelte Anrechnung desselben Gesichtspunktes resultieren würde (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20; SVR 2023 IV Nr. 18 S. 64 E. 5.2.1.1).

Ab 1. Oktober 2022 resultiert sodann unter Berücksichtigung der wöchentlichen Normalarbeitszeit von 41.5 Stunden (vgl. E. 5.3.2 hiervor) und der Nominallohnentwicklung (vgl. BFS, Nominallohnindex, Frauen 2016 - 2023, T1.2.15, Totalwert: Werte 2020 [103.6], 2022 [105.1]) bei einer zumutbaren Erwerbsfähigkeit von 80 % (act. II 108.1 S. 43 Ziff. 8.2) ein Invalideneinkommen von Fr. 57'412.10 (Fr. 5'682.-- x 12 / 40 x 41.5 / 103.6 x 105.1 x 0.8). Ein Abzug vom Tabellenlohn ist aus den bereits genannten Gründen ebenso nicht vorzunehmen.

Ab 1. Januar 2024 resultiert sodann unter der Berücksichtigung des per 1. Januar 2024 massgebenden Pauschalabzugs von 10 % (vgl. Art. 26^{bis} Abs. 3 Satz 1 IVV in der ab 1. Januar 2024 gültigen Fassung) ein Invalideneinkommen von Fr. 51'670.90 (Fr. 57'412.10 ./ 10 %).

5.5 Aus der Gegenüberstellung der hiervor aufgeführten Vergleichseinkommen resultieren die folgenden, gewichteten Einschränkungen:

- ab 1. Januar 2021: 80% (Fr. 71'150.60 [Erwerbseinbusse] / Fr. 71'150.60 x 100 x 0.8)
- ab 1. April 2021: 48 % (Fr. 42'690.35 [Erwerbseinbusse] / Fr. 71'150.60 x 100 x 0.8)
- ab 1. Oktober 2022: 16 % (Fr. 14'353.05 [Erwerbseinbusse] / Fr. 71'765.15 x 100 x 0.8)
- ab 1. Januar 2024: 23.42 % (Fr. 21'391.60 [Erwerbseinbusse] / Fr. 73'062.50 x 100 x 0.8)

6.

6.1 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63; SVR 2018 IV Nr. 69 S. 223, 9C_762/2017 E. 3.2).

6.2 Der Abklärungsbericht Haushalt vom 12. März 2024 (act. II 130) samt Stellungnahme vom 26. April 2024 (act. II 144) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung gemäss E. 6.1 hiervor und überzeugt. Die Feststellungen der fachkundigen Abklärungsperson basieren auf eigenen, vor Ort und in Anwesenheit der Beschwerdeführerin durchgeführten Erhebungen. Sodann berücksichtigte die Abklärungsperson die (beweiskräftig) gutachterlich attestierten Diagnosen resp. bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen und stützte sich bei der Ermittlung der Einschränkungen auf ebenjenes Gutachten. Dabei wurde nachvollziehbar dargelegt, dass auf eine detaillierte Bemessung der Einschränkung für die Zeit vom 1. Januar 2021 bis zum 31. März 2021 verzichtet werden kann, da bereits aus der erwerblichen Einschränkung von 100% eine ganze Invalidenrente (vgl. hierzu E. 7 hiernach) resultiert, und ab 1. April 2021 bis 30. September 2022 gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin eine Einschränkung im Aufgabenbereich von 10 % (gewichtet entsprechend einem Status von 80 % Erwerb und 20 % Haushalt [vgl. act. II 53 S. 2], ausmachend 2 %

[10 % x 0.2]), erstellt ist (act. II 130 S. 14). Diesbezüglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Mithilfe des langjährigen Lebenspartners und – betreffend der Garten- und Umgebungspflege – auch des im gleichen Haus lebenden Bruders berücksichtigte (vgl. hierzu Beschwerde S. 5 Ziff. IV Ziff. 2), denn rechtsprechungsgemäss können Familienangehörigen im Rahmen der familienrechtlichen Beistandspflicht im Einzelfall umfangreiche Hilfestellungen zugemutet werden (BGE 133 V 504 E. 4.2 S. 509; SVR 2011 IV Nr. 11 S. 30 E. 5.5). Ebenso nachvollziehbar ist, dass ab 1. Oktober 2022 ungeachtet der gutachterlich attestierten, fatiguebedingten Leistungsminderung von 20 % keine Einschränkung im Haushaltsbereich mehr erstellt ist, zumal die Tatsache, dass die Haushaltsarbeit nur mühsam resp. mit höheren Zeitaufwand oder in Etappen bewältigt werden kann, keine Invalidität begründet. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die behandelnden Ärzte eine "eher kaum bestehende, vom Krankheitsverlauf abhängige" Einschränkung im Haushalt vermerkten (act. II 23 S. 7 Ziff. 4.5) resp. sinngemäss festhielten, dass die Haushaltsführung möglich sei, die Beschwerdeführerin hierbei jedoch immer wieder Ruhepausen einlegen müsse (act. II 37 S. 8 Ziff. 4.5). Eine klar feststellbare Fehleinschätzung der Abklärungsperson liegt vor dem Hintergrund des Dargelegten somit nicht vor, womit kein Anlass besteht, in das Ermessen der fachlich kompetenten Abklärungsperson einzugreifen (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547). Auf die Ergebnisse der Haushaltsabklärung ist deshalb abzustellen.

7.

Aus den Einschränkungen im Erwerb (vgl. E. 5.5 hiervor) und im Haushalt (vgl. E. 6.2 hiervor) resultieren die folgenden Invaliditätsgrade (zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123):

- 80 % (Abklärungen zur Einschränkung im Haushalt sind für diesen Zeitraum nicht erfolgt [vgl. E. 6.2 hiervor]) ab 1. Januar 2021
- 50 % (48 % + 2 %) ab 1. April 2021
- 16 % (16 % + 0 %) ab 1. Oktober 2022
- 23 % (23.42 % + 0 %) ab 1. Januar 2024

Damit hat die Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2021 bis zum 30. Juni 2021 Anspruch auf eine ganze Rente (vgl. E. 2.4 und 2.6 hiervor sowie Art. 88a Abs. 1 IVV). Sodann besteht per 1. Juli 2021 Anspruch auf eine halbe Rente (E. 2.4 hiervor). Diese ist – ebenso in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV – per 31. Dezember 2022 aufzuheben (vgl. E. 2.6 hiervor).

Die angefochtenen Verfügung vom 25. Juni 2024 (act. II 150) ist damit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

8.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 27. August 2024) ist die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht zu befreien.

8.2 Es 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 auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird sie – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____, MLaw C. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.