

IV 200 2025 53
SCI/BOC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. Mai 2025

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Dezember 2024



Sachverhalt:

A.

Die 1984 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im April 2023 bei der Invalidenversicherung (IV) unter Hinweis auf starke Schmerzen im Gesäss bzw. Rückenbereich (evtl. aufgrund einer seronegativen Spondyloarthropathie) und vermutungsweise eine Erschöpfungsdepression, bestehend seit November bzw. Dezember 2022, zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). In der Folge holte die IVB die Akten der Krankentaggeldversicherung B._____ AG ein, nahm erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor und führte ein Assessment durch (act. II 8.1 - 8.6, 10, 15, 20, 24.1 - 24.4, 25, 40, 50 f.). Weiter gewährte die IVB eine Beratung "ergonomische Arbeitsplatzabklärung" (act. II 27) und als Massnahmen der Frühintervention einen Mindfulness-Based Stress Reduction-Kurs sowie eine Coaching-Leistung (act. II 35, 41). Mit Verfügung vom 27. September 2023 (act. II 83) erteilte sie Kostengutsprache für Hilfsmittel am Arbeitsplatz.

Im weiteren Verlauf liess die IVB die Versicherte durch Dr. med. C._____, Facharzt für Rheumatologie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation (unter Mitwirkung von Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), und Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, rheumatologisch-psychiatrisch begutachten (Expertisen [samt interdisziplinärer Gesamtbeurteilung] vom 24. Juni und 2. Juli 2024 [act. II 133.1 - 133.3]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren, der Mitteilung, dass berufliche Massnahmen derzeit nicht angezeigt seien und der Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD [act. II 140, 144 f., 152, 154]), verneinte die IVB mit Verfügung vom 13. Dezember 2024 (act. II 155) basierend auf einem Status von je 50 % Erwerb und Haushalt bei einem Invaliditätsgrad von 12 % bzw. ab 1. Januar 2024 16 % den Anspruch auf eine Invalidenrente.

B.

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 24. Januar 2025 (Postaufgabe am 25. Januar 2025) Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zur Ergänzung des Sachverhalts sowie Erstellung eines neuen Gutachtens zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. März 2025 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 13. Dezember 2024 (act. II 155). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

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 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.3 Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). 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).

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). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1^{bis} und 1^{ter} nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1^{bis} IVG).

Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG 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 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. 180, 9C_540/2020 E. 2.3).

3.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Dr. med. F. _____, Fachärztin für Rheumatologie, führte im Bericht vom 18. November 2022 (act. II 25/11 ff.) die folgenden Diagnosen auf:

1. Bilaterale Sakroiliitis, bei axialer Spondyloarthritis
2. Multiple polymorphe Nävi am gesamten Integument
3. Substituierte Hypothyreose
4. Anamnetisch PCO-Syndrom
5. Vd.a. IBS-O (Reizdarm mit Obstipationsneigung), ED 08/2022

Beschwerdebeginn sei im Rahmen der ersten Schwangerschaft 2015 gewesen, zirka sechs Monate nach der Geburt sei dies stetig besser geworden. Erneute starke Schmerzen seien während der zweiten Schwanger-

schaft 2018 aufgetreten, eine lokale Infiltration im Zentrum G._____ habe zu einer Besserung, jedoch zu keiner kompletten Schmerzregredienz geführt. Eine rasche Besserung der Beschwerden sei erneut nach der Geburt eingetreten. Während der dritten Schwangerschaft 2021 hätten dann keine wesentlichen Beschwerden bestanden, nach der Geburt 01/2021 sei es dann jedoch zu rezidivierenden Schmerzen lumbosakral bds. mit erstmals auch Ausstrahlung ins linke Bein gekommen. Bis vor kurzem habe die Beschwerdeführerin auch immer wieder komplette schmerzfreie Phasen gehabt, seit einigen Wochen nun nicht mehr. MR-tomographisch zeige sich bilateral eine floride Sakroiliitis mit bereits Nachweis erosiver Veränderungen. Erstaunlicherweise bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den geschilderten stärksten Schmerzen und den in der klinischen Untersuchung nur gering auslösbaren Beschwerden.

3.2 Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, führte im Bericht vom 3. Januar 2023 (act. II 25/17 ff.) aus, die Konsultation erfolge zur rheumatologischen Zweitmeinung bei Verunsicherung aufgrund unterschiedlicher radiologischer Beurteilungen und Respekt vor der empfohlenen immunsuppressiven Basistherapie mit Infliximab. Lumbosakrale/gluteale Schmerzen seien erstmals 2015 in der ersten Schwangerschaft aufgetreten. Seither bestehe ein episodischer Verlauf mit langen rezidivfreien Intervallen. Nach einem beschwerdefreien Intervall seien Rezidivbeschwerden lumbosakral beidseits und im Verlauf erstmals mit Ausstrahlung ins linke Bein nach der dritten Schwangerschaft (Geburt 01/2021) aufgetreten, die Physiotherapie sei frustan verlaufen. Das Schmerzmuster sei entzündlich, aber ohne relevante Beschwerdekontrolle unter nichtsteroidalen Entzündungshemmern und systemischen Glukokortikoiden, was eine Spondyloarthritis nicht ausschliesse.

3.3 Dr. med. I._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 9. Januar 2023 (act. II 25/21 ff.) die folgenden Diagnosen auf:

- Nicht-neurogene Schmerzen ISG links mit pseudoradikulärer Abstrahlung Bein links mit/bei:
 - Sakroiliitis bds. (MRI 11. November 2022) bei axialer Spondyloarthritis

- Myofasciales Syndrom mit pseudoradikulären Störungen Arme bds. mit/bei:
 - DD Fibromyalgie
- Ausschluss CTS, Polyneuropathie, radikuläre cervikale und lumbale Störung, Sulcus ulnaris Syndrom, Loge de Guyon Syndrom, spinale Myelopathie, spinale Raumforderung, spinaler Insult, spinale demyelinisierende Erkrankung wie z.B. MS, psychosomatisches Syndrom
- Substituierte Hypothyreose
- Anamnestisch PCO-Syndrom
- Vd.a. IBS-O (Reizdarm mit Obstipationsneigung), ED 08/2022

Die Beschwerdeführerin komme wegen sensibler Störungen mit Parästhesien im Bereich der Arme und dort in der Lokalisation medialer Oberarm bds., Unterarmen ulnar bis in die Hände dig 3-5 zirkulär. Die Kraft habe in den Armen und Beinen aber nicht nachgelassen. Diese Beschwerden träten seit zirka Herbst 2022 auf und hätten damals langsam ohne Verhebrauma begonnen und seien auch mal nachts vorhanden. Dazu berichte sie über lokale Schmerzen gluteal links seit zirka zehn Jahren und akut wieder mal exazerbiert seit zirka eineinhalb Wochen mit einer Abstrahlung über den Oberschenkel dorsal, Unterschenkel dorsal und bis in den medialen Fuss. Insgesamt ordne er die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in ein myofasciales Syndrom mit pseudoradikulären Störungen Arme bds. mit/bei DD Fibromyalgie ein. Dazu werte er die Beschwerden am Bein links als nicht-neurogene Schmerzen ISG links mit pseudoradikulärer Abstrahlung Bein links mit/bei bekannter Sakroiliitis bds. (MRI 11. November 2022) bei axialer Spondyloarthritis. Klare neurogen-periphere oder neurogen-radikuläre oder neurogen-spinale/cerebrale Verteilungsmuster der Beschwerden biete sie nicht – auch keine neurogenen Paresen. In der neurologischen körperlichen Untersuchung zeigten sich keine fokalneurologischen Hinweise oder klare Hinweise auf spinale oder zentral/cerebrale Störungsbilder.

3.4 Im Bericht des Spitals J. _____ vom 25. Februar 2023 (act. II 25/29) wurde die folgenden Diagnosen aufgeführt:

1. Parästhesien thorakal
 - a.e. als Nebenwirkung von Duloxetin
2. St.n. ungerichteten Schwindel
 - a.e. als Nebenwirkung von Duloxetin

Es sei eine notfallmässige Selbstvorstellung erfolgt aufgrund eines thorakalen Brennens und ungerichtetem Schwindel seit einigen Stunden, als sie mit den Kindern spazieren gewesen sei. Ausserdem habe sie das stetige Gefühl, ihr linker Fuss sei kälter als der rechte. Sie sei seit über einem Jahr in Behandlung bezüglich neuropathischer Schmerzen und Schwäche in den Beinen, sowie Kopfschmerzen. Trotz vielfältiger Diagnostik und mehreren Expertisen seitens Neurologen, habe keine Diagnose gestellt werden können und die Therapien zeigten keine Erfolge. Ausserdem seien Hinweise auf eine Korrelation der Symptomatik zu vorangehenden Covid-19-Infektionen gegeben. Sie nehme seit drei Tagen neu Duloxetin ein.

3.5 Dr. med. K. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 1. März 2023 (act. II 25/31 f.) die folgenden Diagnosen auf:

- Chronisch rezidivierende Becken- und Hüftbeschwerden linksbetont, ISG-Reizung bds., Tractusfriktionssyndrom, gluteale Enthesiopathie links, muskuläre Dysbalancen, Haltungsschwäche, leichte Hyperlaxizität
- Status nach Patellaluxation mit femoropatellärer medialer Raff-Naht 2013 Kniegelenk links
- Entzündlicher Rückenschmerz
- Verdacht auf IBS (Reizdarm mit Obstipationsneigung), 08/2022: unauffällige Panendoskopie 08/2022
- Multiple polymorphe Nävi am gesamten Integument
- Substituierte Hypothyreose
- Anamnestisch PCO

Es bestünden chronische rezidivierende Beschwerden perifokal lateral betont und dorsal im Bereich der linken Hüfte und zusätzlich über dem ISG bds. Die Beschwerden hätten während und nach der ersten Schwangerschaft 2015 angefangen. Seit Oktober 2022 sei es zu einer deutlichen Exazerbation mit insbesondere vordergründigen Hüftbeschwerden links gekommen. Aktuell sei insbesondere eine Reizung lateral im Bereich der Hüfte links vorhanden. Die chronischen ISG-Beschwerden seien aktuell etwas besser kompensiert. Es sei insbesondere ein ausgeprägtes muskuläres Defizit vorhanden. Kombiniert mit einem weichen Bandapparat und drei Schwangerschaften sei die aktuelle Stabilität im Bereich des Becken-Rumpf-Segments und über der Hüfte desolat. Er habe der Beschwerdeführerin empfohlen, insbesondere aktiv vorzugehen.

3.6 Im Bericht von dipl. Arzt L._____, Facharzt für Psychiatrie, und Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Juni 2023 (act. II 40) wurden im Zusammenhang mit einer Behandlung vom 15. Februar bis 29. März 2023 die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt:

- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1)
- Vd.a. Somatische Belastungsstörung DD generalisierte Angststörung

Die Beschwerdeführerin habe sich wegen Stimmungsschwankungen, Interessenverlust, Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten sowie Erschöpfung gemeldet. Dazu habe sie Ängste seit der ersten Schwangerschaft vor sieben Jahren. Sie habe Angst, dass den Kindern etwas passieren könnte. Im Stress habe sie Angstzustände, was mit folgenden Symptomen in unterschiedlicher Kombination auftrete: Herzrasen, Kribbeln am ganzen Körper, Schwindel, Nackenverspannung, Druck auf Brust, Atemnot, Schmerzen im Bauch, Muskelschmerzen in den Armen. Chronische Rückenschmerzen lösten die Angstzustände und anderen körperlichen Symptome aus. Seit Oktober 2022 habe sie starke Schmerzen im Gesäss, was auch früher von Zeit zu Zeit vorhanden gewesen sei. Sie sei lärmempfindlicher geworden, dazu seien Nahrungsmittel- und Medikamentenunverträglichkeiten vorhanden. Verkrampfungen an den Unterarmen spüre sie beim Tippen der Tastatur. Angaben zur Arbeitsfähigkeit könnten aufgrund der kurzen Behandlungsdauer keine gemacht werden.

3.7 Im Bericht des Spitals N._____ vom 30. November 2023 (act. II 103; vgl. auch den Bericht vom 16. August 2023 [act. II 67]) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt:

1. Leichtes, sensibles Karpaltunnelsyndrom bds., ED 8. November 2023
2. Chronische multilokuläre Schmerzen
3. Vd.a. rheumatologische Erkrankung

Anamnestisch bestünden belastungsabhängige Myalgien der Unterarme und im Daumenballen sowie seit 2015 angefangene, chronisch progrediente Schmerzen im Bereich vom Gesäss links mit Ausstrahlung in den dorsalen Oberschenkel und Unterschenkel links mit intermittierenden Kribbelparästhesien in der Fusssohle und Grosszehe sowie intermittierende

Sensibilitätsminderung am lateralen oberen Unterschenkel links. Klinisch habe sich bis auf eine symmetrische Hyperreflexie ein unauffälliger neurologischer Status gezeigt. Grund der belastungsabhängigen Schmerzen im Daumenballen bds. sei am ehesten ein leichtes, sensibles Karpaltunnelsyndrom bds., welches im Rahmen der heutigen Kontrolle elektrophysiologisch habe nachgewiesen werden können. Hinweise auf eine andere Druckneuropathie (z.B. Sulcus-Ulnaris Syndrom) hätten sich klinisch und elektrophysiologisch nicht gezeigt. Der Grund für die Gesäss- und Beinschmerzen bleibe hingegen weiterhin offen. Klinische und elektrophysiologische Hinweise auf eine Polyneuropathie hätten sich im Rahmen der letzten Konsultation nicht gezeigt, ausserdem zeigten sich weder MR-tomographisch noch elektrophysiologisch Hinweise auf eine Plexopathie. Auch bestünden keine Hinweise auf eine Small-Fiber-Polyneuropathie in der Hautbiopsie, welche im Rahmen der letzten Konsultation entnommen worden sei. Differentialdiagnostisch kämen primär muskuloskeletale/pseudoradikuläre Schmerzen im Rahmen der rheumatologischen Erkrankung, insbesondere bei Verdacht auf Spondyloarthritis, in Frage.

3.8 Im Bericht der interdisziplinären Schmerzprechstunde des Spitals N. _____ vom 13. Dezember 2023 (act. II 113) wurden im Wesentlichen die gleichen Diagnosen wie im Bericht des Spitals N. _____ vom 30. November 2023 (act. II 103) aufgeführt. Es wurde festgehalten, in der heutigen Konsultation erwähne die Beschwerdeführerin erstmalig ihren Verdacht eines Long-Covids als Ursache der bestehenden Schmerzen. Eine Covid-Infektion habe vorangehend beim Ehepartner nachgewiesen werden können, jedoch nicht bei der Beschwerdeführerin selbst. Insgesamt werde dies als eher unwahrscheinliche Ursache der aktuellen Beschwerden angesehen. Zusammenfassend sei das Vorliegen einer axialen Spondyloarthritis als kritisch einzuschätzen und könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht unterstützt werden. Die MR-Befunde seien nicht als klassisch für dieses Krankheitsbild zu interpretieren, jedoch erfülle die Beschwerdeführerin selbst im Falle einer radiologischen Sakroiliitis nicht die ASAS-Klassifikationskriterien, um die Diagnose und damit auch eine Basistherapie rechtfertigen zu können. Entsprechend bestehe zum jetzigen Zeitpunkt keine Indikation für die Fortsetzung einer immunsuppressiven Therapie. Die Beschwerdeführerin leide unter chronischen Schmerzen mit konsekutiv

Arbeitsunfähigkeit seit einem Jahr, bei deren Aufrechterhaltung neben somatischen auch psychische Vorgänge eine wichtige Rolle zu spielen schienen. Zeitweise hätten bei der Beschwerdeführerin Panikattacken bestanden, welche aktuell erfreulicherweise nicht mehr aufträten. Dies unter psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung. Bei divergierenden ärztlichen Diagnosen und Therapieempfehlungen sei die Patientin sehr verunsichert. Sie selbst und ihr Ehemann vermuteten ein Long-Covid-Syndrom, welches sich vermutlich weder bestätigen noch ausschliessen lassen werde.

3.9 Im Bericht der Rehaklinik O._____ vom 7. Februar 2024 (act. I 1) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt:

- ICD-10: B34.9 Virusinfektion, nicht näher bezeichnet
- Hochverdacht auf Long-Covid-Syndrom, Abklärung in Spital N._____ folgt (am 6. Februar 2024)
- ICD-10: F45.1 Vd.a. Undifferenzierte Somatisierungsstörung

Im Verlauf habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert, vor allem bezüglich der Depression und der Schlafstörungen fühle sie sich unter der verordneten Medikation stabiler. Es gebe immer noch schlechte Tage mit Schmerzen im linken Gesäss, eine orthopädische Abklärung habe ein Piriformissyndrom ergeben, die probatorische Cortisoninfiltration sei erfolgreich gewesen und die Gesässschmerzen seien seither deutlich geringer. Die Verdachtsdiagnose einer ankylosierenden Spondylitis bleibe also umstritten. Auch eine Zweitmeinung in der Rheumatologie des Spitals N._____ habe die Verdachtsdiagnose nicht bestätigt. Nach Angaben der Beschwerdeführerin schlage die bisherige Antikörpertherapie (derzeit bereits das dritte Biologikum, da die ersten beiden nicht gewirkt hätten) nicht an.

3.10 Im Bericht des Spitals N._____ vom 14. Februar 2024 (act. II 144/4 ff.) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt:

1. Post-Covid-19-Syndrom bei/mit
 - Klinik: schnelle körperliche und kognitive Erschöpfbarkeit, Schlafstörung, Schwindelepisoden, Herzrasen, sensible Missempfindungen wechselnder Lokalisation

- St.n. Covid-19-Infektion in 02/2022 und 10/2022 (PCR-Test 02/2022 positiv, Selbsttest 10/2022 positiv)
 - Impfstatus: vierfach geimpft
2. Weitere Diagnosen:
- Karpaltunnel-Syndrom bds.
 - Hypothyreose
 - Endometriose

Die Beschwerdeführerin habe die erste Covid-19-Infektion im 02/2022 erlitten mit milden Beschwerden und vollständiger Erholung. Im 10/2022 sei es zu einer erneuten Covid-19-Infektion mit grippalen Beschwerden gekommen, Allgemeinzustandsverschlechterung für eine Woche. Seitdem persistierten eine schnelle körperliche Ermüdung, eine Konzentrationsstörung, eine Schlafstörung und nächtliche brennende Schmerzen der Hände (vorübergehend Episoden mit Schwindel und Herzrasen gehabt, aktuell nicht mehr bestehend). Zudem werde ein Schmerz des linken Gesässes angegeben, welcher zirka ein Monat nach der zweiten Covid-Infektion aufgetreten sei und eine Druckdolenz sowie teilweise eine Ausstrahlung bis zum linken Fuss zeige. Durch verschiedene Therapiemassnahmen sei es zu einer Besserung der Symptomatik gekommen. In der klinisch neurologischen Untersuchung hätten sich bis auf eine symmetrische Hyperreflexie der Beine keine Auffälligkeiten gezeigt. Der Fatigue-Score habe eine schwere kognitive und körperliche Fatigue mit Tagesschläfrigkeit sowie depressiver Symptomatik ergeben. Laborchemisch hätten sich keine relevanten Auffälligkeiten gezeigt. Zusammenfassend bestehe bei dieser Patientin ein Post-Covid-Syndrom mit Fatiguesyndrom. Aggravierende Faktoren der Fatiguebeschwerden wie eine depressive Verstimmung und eine erhöhte Tagesschläfrigkeit liessen sich jedoch ebenfalls eruieren. Insgesamt müsse die Ätiologie der Beinschmerzen offen gelassen werden. Trotz des neuropathischen Charakters habe sich weder bildgebend noch elektrophysiologisch eine Affektion der Beinplexus und -nerven nachweisen lassen. Auch in einer ergänzenden Hautbiopsie hätten sich keine Hinweise auf eine Small-Fibre-Neuropathie gezeigt. Inwieweit die Symptomatik mit dem Post Covid-19-Syndrom zusammenhänge, könne nicht abschliessend beurteilt werden. Untypisch hierfür sei der zeitliche Abstand zwischen der Infektion und der Symptomentwicklung. Eine rheumatologische Genese wäre grundsätzlich denkbar, obwohl die hausinternen Kollegen diese nicht

klar bestätigen könnten und von einer Immuntherapie abrieten. Die brennenden nächtlichen Handschmerzen könnten am ehesten auf ein elektrophysiologisch bestätigtes beidseitiges Karpaltunnelsyndrom zurückgeführt werden. Es werde daher das Einsetzen der nächtlichen Handgelenkschiene empfohlen.

3.11 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (act. II 133.2) der bidisziplinären rheumatologisch-psychiatrischen Begutachtung durch die Dres. med. C. _____ und E. _____ (rheumatologisches Teilgutachten vom 24. Juni 2024 [act. II 133.3]; psychiatrisches Teilgutachten vom 2. Juli 2024 [act. II 133.1]) wurden basierend auf einer am 28. Juni 2024 durchgeführten Konsensbesprechung die folgenden Diagnosen aufgeführt (act. II 133.2/4 f Ziff. 4.2.1 und 4.2.2):

- Chronische linksbetonte lumbosakrale Schmerzsymptomatik ICD-10: M85.35, M46.1, M06.05
 - Differentialdiagnosen: Osteitis condensans ilii, Sakroiliitis beidseits, seronegative Spondyloarthropathie
 - Status nach therapeutischer ISG-Infiltration beidseits 11/2017 und 11/2022
 - Status nach therapeutischer peritrochantärer Infiltration Hüfte links 01/2023
 - MRI LWS vom 11. November 2022: Sakroiliitis beidseits, unauffällige Darstellung der LWS
 - MRI Becken vom 10. Februar 2023: Osteitis condensans ilii beidseits
 - HLA-B27 negativ, keine humorale Entzündungsaktivität
- Myofaszielles Syndrom mit pseudoradikulären Ausstrahlungen Arme beidseits ICD-10: M79.1
 - MRI HWS vom 6. Januar 2023: Geringe degenerative Veränderungen, leichte paradoxe Kyphose HWK3 bis 5
 - Elektroneuromyographische Messungen Arme und Beine vom 9. Januar 2023: Gute motorische und sensible NLG, normwertige F-Wellen und unauffällige EMG
- Leichtes sensibles Karpaltunnelsyndrom beidseits ICD-10: G56.0
 - Elektrophysiologischer Nachweis vom 8. Januar 2023
- Status nach femoropatellärer medialer Raffung und Naht Kniegelenk links 2013 bei Status nach rezidivierender Patellaluxation links ICD-10: Z98.8, S83.8
- Status nach LSC-Hysterektomie, Salpingektomie beidseits, Endometrioseentfernung Beckenwand links, permanente Ovaropexie beidseits und

Endometriose LSC am 4. April 2024 bei Adenomyosis uteri ICD-10: Z98.8, N80.0

- Verdacht auf Reizdarmsyndrom (Irritable Bowel Syndrom), ED 08/2022 ICD-10: K58.8
- Substituierte Hypothyreose ICD-10: E03.9
- Multiple polymorphe Nävi ICD-10: D22.9
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
- Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73)

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde aus rheumatologischer Sicht festgehalten (act. II 133.2/7 Ziff. 4.7.1), als ... könne die Beschwerdeführerin bis neun Stunden anwesend sein, dabei bestehe eine Leistungseinschränkung von zirka 25 %, was sich durch die eingeschränkte Ausdauer und den erhöhten Pausenbedarf erkläre. Anlässlich der invalidisierenden Schmerzsymptomatik im 11/2022 sei die Beschwerdeführerin vorübergehend aus somatischer Sicht voll arbeitsunfähig gewesen. Aus rein somatischer Sicht sei aber in der körperlich leichten Tätigkeit in den Folgemonaten eine zumindest partielle Arbeitsfähigkeit wieder gegeben gewesen. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde aus psychiatrischer Sicht festgehalten (act. II 133.2/7 f. Ziff. 4.7.2), in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, dies seit dem 20. Dezember 2022.

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde aus rheumatologischer Sicht festgehalten (act. II 133.2/8 f. Ziff. 4.8.1), die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... entspreche aus somatischer Sicht weitgehend den Anforderungen einer optimal angepassten Tätigkeit. Ebenso sei der angestammte Beruf als ... mit zumeist körperlich leichter Wechseltätigkeit eine optimal angepasste Tätigkeit. Die optimal angepasste Tätigkeit sollte keine rückenbeanspruchenden Tätigkeiten wie Vornüberbeugen oder Bücken beinhalten. Leitern besteigen sollte die ideal angepasste Tätigkeit nicht aufweisen. Aus rein somatischer Sicht sei eine maximale Präsenz von täglich acht bis neun Stunden möglich, dabei bestehe eine Leistungseinschränkung von zirka 25 %, was sich durch die eingeschränkte Ausdauer und den erhöhten Pausenbedarf ergebe. Aus rein somatischer Sicht sollte die Tätigkeit als ... oder in einer anderen optimal angepassten Tätigkeit in den festgelegten 75 % weitergeführt werden können. Zur Arbeitsfähigkeit in

einer angepassten Tätigkeit wurde aus psychiatrischer Sicht ausgeführt (act. II 133.2/9 f. Ziff. 4.8.2), eine optimal angepasste Tätigkeit müsste folgende Kriterien beinhalten: Möglichkeit zu vermehrten Pausen, idealerweise selbständige Einteilung der Arbeitszeiten, möglichst geringer Zeit- und Leistungsdruck und eine wohlwollende und wertschätzende Arbeitsatmosphäre mit Verständnis für die bestehenden Einschränkungen. In einer solchen Tätigkeit wäre eine maximale Präsenz von schätzungsweise acht bis neun Stunden pro Tag möglich. Dabei sei aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs von einer Leistungseinschränkung von zirka 25 % auszugehen. Da sich anhand der zur Verfügung gestellten Akten die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit retrospektiv kaum rekonstruieren lasse, sei von der Arbeitsfähigkeit ab dem Untersuchungszeitpunkt am 28. Mai 2024 auszugehen.

3.12 Dr. med. P. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 19. September 2024 (act. I 3) aus, nach ausführlichem Gespräch mit der Beschwerdeführerin und Aktenstudium spreche alles für eine Long-Covid-Infektion. Ergänzend weise er auf den reduzierten C3-Komplement-Wert des Labors des Spitals N. _____ vom Februar 2024 hin. Dieser sei Ausdruck für die deutlich gesteigerte Komplementaktivität und deute auf eine ausgedehnte Endothelialitis hin.

3.13 In der Stellungnahme vom 11. Dezember 2024 (act. II 154) hielt der RAD-Arzt Dr. med. Q. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, der Bericht des Spitals N. _____ vom 14. Februar 2024 (act. II 144/4 ff.), welcher den Gutachtern nicht vorgelegen habe, ändere an der Beurteilung der Gutachter nichts. Der Bericht enthalte keine den Gutachtern nicht bereits bekannten und von diesen gewürdigten Tatsachen.

4.

4.1

4.1.1 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).

4.1.2 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).

4.2

4.2.1 Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. E. _____ und C. _____ vom 24. Juni bzw. 2. Juli 2024 (act. II 133.1 - 133.3) erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.1.1 hiervor), es ist vollständig und überzeugt. Die Gutachter hatten Kenntnis aller wesentlichen Akten und ihre Beurteilung nach eigenen Untersuchungen der Beschwerdeführerin abgegeben.

4.2.2 Die Beschwerdeführerin bringt insbesondere vor (Beschwerde S. 1 ff.), dass die im Zeitpunkt der Begutachtung seit längerem gestellte Diagnose Long-Covid und die damit assoziierten Beschwerden nicht ins Gutachten eingeflossen seien, obwohl dies in den beiden Gutachtergesprächen erwähnt worden sei. Zudem habe sie vor den Corona-Infektionen weder Schlafstörungen noch Konzentrations- und Gedächtnisprobleme gehabt und die ISG-Beschwerden hätten während der Schwangerschaften eine andere Qualität gehabt und seien mit Kortison-Infiltrationen und Physiotherapie problemlos beherrschbar gewesen. Dem kann nicht gefolgt werden:

Die Beschwerdeführerin macht zwei Covid-Infektionen geltend, die erste im Februar 2022 (PCR-Test positiv), von welcher sie sich wieder vollständig erholte, sie sei im Sommer 2022 beschwerdefrei gewesen (act. II 144/5). Eine zweite Covid-Infektion habe sie im Oktober 2022 erlitten (Selbsttest positiv [act. II 144/5; act. I 3]), im Bericht vom 13. Dezember 2023 (act. II 113/1) der interdisziplinären Schmerzsprechstunde des Spitals N. _____ gab die Beschwerdeführerin jedoch an, eine Covid-Infektion habe vorangehend beim Ehepartner nachgewiesen werden können, jedoch nicht bei ihr selbst. Dass die Beschwerdeführerin im Herbst 2022 tatsächlich eine weitere Covid-Infektion erlitten hat, ist nicht erstellt. Wie es sich damit abschliessend verhält, ist jedoch nicht entscheidend, da für die Bestimmung des Rentenanspruchs grundsätzlich unabhängig von der Diagnose und unbezogen der Ätiologie ausschlaggebend ist, ob und in welchem Ausmass eine gesundheitliche Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit vorliegt (BGE 143 V 409 E. 4.2.1 S. 413; Urteil des BGer 8C_465/2019 vom 12. November 2019, E. 6.2.3).

Den Gutachtern waren die (möglichen) Covid-Infektionen und die im Anschluss daran geklagten Beschwerden gestützt auf die Vorakten und die Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung bekannt. So wurde im psychiatrischen Teilgutachten festgehalten (act. II 133.1/7 f. Ziff. 3.1), nach der ersten Covid-Infektion im Februar 2022 habe die Beschwerdeführerin während eines Monats starke Kopfschmerzen gehabt, die von einem auf den anderen Tag gekommen seien und sich je nach Lage verändert hätten. Im Oktober 2022 habe sie erneut eine starke Erkältung gehabt und im November hätten verschiedene Beschwerden begonnen. Sie habe Schmerzen im Gesässbereich, Schwierigkeiten in der Konzentration und im Gedächtnis sowie Schlafstörungen gehabt. Dass der Bericht des Spitals N. _____ vom 14. Februar 2024 (act. II 144/4 ff.), welchen die Beschwerdeführerin erst nach der Begutachtung mit dem Einwand vom 22. August 2024 (act. II 144/1 f.) bei der Beschwerdegegnerin eingereicht hat, den Gutachtern nicht vorlag, schadet daher nicht. Der RAD-Psychiater Dr. med. Q. _____ hat mit Blick auf diesen Umstand in seiner Stellungnahme vom 11. Dezember 2024 (act. II 154) schlüssig und überzeugend dargelegt, anhand der gutachterlichen Ausführungen könne konstatiert werden, dass sowohl eine Erschöpfungs- resp. Fatigue-Symptomatik einer-

seits anhand der explorierten Angaben der Beschwerdeführerin als auch anhand der vorliegenden Befundberichte zweifelsohne erwähnt und diskutiert worden sei. In Kenntnis dessen seien die somatischen, überwiegend schmerzassoziierten Beschwerden mit einer zusätzlichen psychischen Komponente schlüssig und nachvollziehbar als vorherrschend beeinträchtigend angesehen worden. Selbige seien im Rahmen der erhobenen Diagnosen, einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und einer Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73) plausibel und glaubhaft nachvollziehbar abgebildet worden. Insbesondere habe eine relevante affektive oder anderweitige psychische Störung zum Untersuchungszeitpunkt ausgeschlossen werden können. Zudem seien der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Begutachtung vorhandene Ressourcen in Bezug auf die Pflege sozialer Kontakte und Aktivitäten, der Haushaltsführung sowie der Kinderbetreuung bei Abwesenheit psychosozialer Belastungen attestiert worden, was ebenfalls gegen das Vorliegen einer ausgeprägten Erschöpfung resp. einer postinfektiös anhaltenden Fatigue-Symptomatik spreche. Zusammenfassend könne gesagt werden, dass sowohl die Post-Covid assoziierten Beschwerden zum Zeitpunkt der Begutachtung anamnestisch zweifelsfrei erhoben worden seien als auch in die gutachterliche Befunderhebung, die Diagnosestellung und die Konsensbeurteilung mit eingeflossen seien. Demzufolge könne konstatiert werden, dass durch die begutachtenden Experten die vorhandenen Beeinträchtigungen den entsprechenden psychischen, somatischen bzw. psychosomatischen Störungsbildern korrekt zugeordnet und die resultierende Arbeits- und Leistungsfähigkeit für Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt gesamthaft hinlänglich erfasst worden seien.

Zudem wurde bezüglich der Beinschmerzen – lumbosakrale/gluteale Schmerzen mit zum Teil Ausstrahlung ins linke Bein sind bei der Beschwerdeführerin seit langer Zeit bekannt (vgl. act. II 25/11 ff. und 25/17 ff., 25/21 ff., 25/31 f., 103) – im Bericht des Spitals N. _____ vom 14. Februar 2024 (act. II 144/8) ausdrücklich festgehalten, inwieweit die Symptomatik mit dem Post-Covid-19-Syndrom zusammenhänge, könne nicht abschliessend beurteilt werden. Untypisch hierfür sei der zeitliche Abstand zwischen der Infektion und der Symptomentwicklung.

4.2.3 Der psychiatrische Gutachter hielt fest (act. II 133.1/18 Ziff. 4.3.2), Aufmerksamkeit und Konzentration hätten sich während des gesamten Untersuchungszeitraums unbeeinträchtigt dargestellt. Mit zunehmender Explorationsdauer habe keine Abnahme der Konzentration beobachtet werden können. Merkfähigkeitsstörungen und Störungen des Kurzzeitgedächtnisses hätten nicht vorgelegen. In Bezug auf das Langzeitgedächtnis hätten sich keine Einschränkungen ergeben. Somit konnten die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen im Rahmen der Begutachtung nicht festgestellt werden. Entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin steht das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten auch nicht im Widerspruch zu den Beurteilungen der behandelnden Ärzte. Im Gegenteil: Bereits die behandelnden Ärzte konnten für die seit langen Jahren fluktuierend und teilweise in jeweils anderen Ausgestaltungen geklagten Beschwerden somatische Ursachen weitgehend ausschliessen.

Es liegen denn auch weder an der gutachterlichen Beurteilung Zweifel weckende Einschätzungen der behandelnden Ärzte vor, noch wären von diesen Fehler im Gutachten aufgezeigt worden. Weiterer Abklärungen bedarf es nicht und es ist auf das bidisziplinäre Gutachten abzustellen (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; Urteil des BGer 9C_298/2024 vom 14. August 2024 E. 5.2, zur Publikation vorgesehen; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

4.3 Einer gerichtlichen Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 bedarf es nicht, kann diese doch höchstens zu einer geringeren, jedoch nicht zu einer höheren rechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit als der ärztlich attestierten führen (SVR 2022 IV Nr. 56 S. 181, 8C_804/2021 E. 4.1.4; Urteile des BGer 8C_230/2022 vom 23. September 2022 E. 5.2.3.2 und 8C_153/2021 vom 10. August 2021 E. 5.4.2). Daran ändert auch nichts, dass den Gutachtern insoweit nicht gefolgt werden kann, als sie die Tätigkeit der ... als nicht mehr geeignet angesehen haben (act. II 133.1/37 Ziff. 8.1.1). Diese Tätigkeit ist den von den Gutachtern nachvollziehbar dargelegten Rahmenbedingungen angepasst (act. II 133.1/37 Ziff. 8.2.1). Weil die Frage der Verwertbarkeit der medizinisch festgestellten Restarbeitsfähigkeit jedoch aus juristischer Sicht zu beantworten ist, ändert dies an der

Beweiskraft des Gutachtens nichts. Am Ergebnis änderte sich auch nichts, wenn beim Invalideneinkommen die Tätigkeit der ... berücksichtigt würde (vgl. E. 5.6 in fine hiernach).

5.

In der Folge ist die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

5.1 Gemäss 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.

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

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2019 BVG Nr. 16 S. 62, 9C_63/2018 E. 4.4.2).

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 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV).

Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte nach Abs. 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV).

5.2 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 (vgl. E. 5.1 hiavor). Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird der Invaliditätsgrad für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. 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. Als Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG der im Haushalt tätigen Versicherten gilt die übliche Tätigkeit im Haushalt sowie die Pflege und Betreuung von Angehörigen (Art. 27 Abs. 1 IVV).

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 gewichtet (Abs. 3 lit. b).

5.3

5.3.1 Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Unterlag das in den letzten Jahren vor Eintritt der Invalidität erzielte Erwerbseinkommen starken Schwankungen, so wird auf ein angemessenes Durchschnittseinkommen abgestellt (Art. 26 Abs. 1 IVV). Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV). Nicht massgebend ist, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59, 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53; SVR 2021 IV Nr. 29 S. 91, 9C_472/2020 E. 2.2).

5.3.2 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Bei versicherten Personen nach Art. 26 Abs. 6 IVV sind in Abweichung von Art. 25 Abs. 3 IVV geschlechtsunabhängige Werte zu verwenden (Art. 26^{bis} Abs. 2 IVV). Kann

die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Soweit aufgrund der gegebenen Fallumstände, bei Beachtung von Art. 26 Abs. 2 und Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung) 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, ergänzend auf die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze zurückzugreifen (BGE 150 V 410 E. 10.6 S. 439).

Vom statistisch bestimmten Wert nach Art. 26^{bis} Abs. 2 IVV werden 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 (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der ab 1. Januar 2024 gültigen Fassung).

5.4 Der Beschwerdeführerin wurde ab dem 20. bzw. 22. Dezember 2022 eine 50%ige bzw. 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. II 8.2, 25/3) und die IV-Anmeldung erfolgte im April 2023 (act. II 1). Unter Berücksichtigung des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. E. 2.4 hiavor) und der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG, wonach der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht, fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf Dezember 2023.

5.5 Zum Status (vgl. Art. 24^{septies} IVV; BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30, 117 V 194 E. 3b S. 195; SVR 2020 IV Nr. 72 S. 250, 9C_157/2020 E. 4.1.1, 2019 IV Nr. 3 S. 6, 8C_145/2018 E. 5.1) macht die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend (Beschwerde S. 4), dieser würde im Gesundheitsfall 60 % Erwerb und 40 % Haushalt betragen, das Pensum im R. _____ sei mit dem Beginn der Ausbildung zur ... um 10 % von 60 % auf 50 % reduziert worden.

Der von der Beschwerdegegnerin festgelegte Status von je 50 % Haushalt und Erwerb (act. II 155) stimmt mit den Angaben anlässlich des Assessments vom 24. Mai 2023 (act. II 15/2) überein, wo die Beschwerdeführerin angab, vor Eintritt des Gesundheitsschadens sei sie zu 50 % erwerbstätig gewesen, wobei die Kinder und die Weiterbildung der Grund für die Teilerwerbstätigkeit gewesen seien und heute wäre sie, falls keine gesundheitlichen Probleme aufgetreten wären, zu 50 % erwerbstätig. Dies bestätigte sie explizit mit E-Mail vom 4. Juni 2023 (act. II 33). Auf diese Angaben der ersten Stunde, die in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 143 V 168 E. 5.2.2 S. 174, 121 V 45 E. 2a S. 47), ist abzustellen. Folglich ist der von der Beschwerdegegnerin festgelegte Status von je 50 % Erwerb und Haushalt massgebend, wobei sich jedoch selbst dann nichts ändern würde, wenn der Status auf 60 % Erwerb gelegt würde.

5.6 Die Berechnung des Invaliditätsgrades in der angefochtenen Verfügung im Bereich Erwerb ist nicht zu beanstanden (act. II 155), wobei die Beschwerdegegnerin für das Valideneinkommen zu Recht auf das effektiv erzielte Einkommen als ... beim R. _____ von Fr. 55'830.45 im 50%-Pensum bzw. von Fr. 111'661.-- im 100%-Pensum abgestellt hat (act. II 20/5 Ziff. 5.1 f.).

Das Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin zu Recht basierend auf der Tätigkeit als ... gestützt auf die LSE 2022, Tabelle T17, Berufsgruppe ... (...) von monatlich Fr. 8'969.-- bzw. jährlich Fr. 107'628.-- ermittelt (zur Anwendung der Tabelle T17 vgl. BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181; SVR 2023 IV Nr. 13 S. 40, 8C_72/2022 E. 7.1). Nach Indexierung auf das Jahr 2023 und Anpassung an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit und unter Berücksichtigung des (mindestens) möglichen Arbeitspensums von 75 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 85'613.--. Mit Blick auf die Verwaltungsänderung (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV) per 1. Januar 2024 (vgl. E. 5.3.2 hiervor) wurde zu Recht ein 10%iger Abzug vorgenommen, so dass ab diesem Zeitpunkt ein Invalideneinkommen von Fr. 77'052.-- resultiert. Die verwendeten Zahlen wurden von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht beanstandet. Somit beträgt der Invaliditätsgrad im Bereich Erwerb per De-

zember 2023 (frühestmöglicher Rentenbeginn) 23.33 % ($100 - [100 / 111'661.-- \times 85'613.--]$) und per 1. Januar 2024 30.99 % ($(100 - [100 / 111'661.-- \times 77'052.--])$; vgl. act. II 155). Gewichtet resultiert im erwerblichen Bereich somit ein Invaliditätsgrad von 11.67 % ($23.33 \% \times 0.5$) bzw. 15.50 % ($30.99 \% \times 0.5$). Selbst bei Annahme eines Status 60 % Erwerb und 40 % Haushalt würde sich am Ergebnis nichts ändern. Gewichtet würde diesfalls im erwerblichen Bereich ein Invaliditätsgrad von 13.99 % ($23.33 \% \times 0.6$) bzw. 18.59 % ($30.99 \% \times 0.6$) resultieren.

Zudem hat die Beschwerdegegnerin ebenfalls zutreffend festgehalten, dass selbst wenn die Beschwerdeführerin die ihr ebenfalls zumutbare Tätigkeit als ... (vgl. E. 4.3 hiavor) zu 75 % ausüben würde, sich am Ergebnis nichts ändern würde. Denn in diesem Fall würde sich der Invaliditätsgrad im erwerblichen Bereich per Dezember 2023 auf 25 % ($100 - [100 \times 0.75]$) und per 1. Januar 2024 auf 32.5 % belaufen ($100 \% - [100 \% \times 0.75 \times 0.9]$), da sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf der Tätigkeit als ... und damit dem gleichen Lohn basieren würden. Gewichtet ergäbe sich im erwerblichen Bereich somit ein Invaliditätsgrad von 12.5 % ($25 \% \times 0.5$) bzw. 16.25 % ($32.5 \% \times 0.5$). Auch hier würde die Annahme eines Status 60 % Erwerb und 40 % Haushalt keine Änderung am Resultat ergeben. Diesfalls würde gewichtet im erwerblichen Bereich ein Invaliditätsgrad von 15 % ($25 \% \times 0.6$) bzw. 19.5 % ($32.5 \% \times 0.6$) resultieren.

5.7 Dass die Beschwerdegegnerin keine Abklärung im Haushalt vorgenommen hat (act. II 155), ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. So macht denn auch die Beschwerdeführerin keine massgeblichen Einschränkungen geltend. Sie führt einzig aus (Beschwerde S. 4), selbst in einem "normalen" Alltag zu Hause müsse sie ihre Kräfte sehr vorsichtig einteilen und sie sei auf die Unterstützung ihrer Schwiegereltern und die Entlastung durch die Kita/Tagesschule angewiesen. Die Unterstützung von Schwiegereltern, Kita und Tagesschule war und ist jedoch bereits auch im Gesundheitsfall Teil des Betreuungskonzepts für die Kinder der Beschwerdeführerin, mithin hier unbeachtlich. Zudem ist im Hinblick auf den allein geltend gemachten Zusatzaufwand auf die Schadenminderungspflicht von Familienangehörigen, insbesondere des Ehemanns und Vaters der Kinder hinzuweisen: Diesen können rechtsprechungsgemäss im Rahmen der familienrechtlichen Bei-

standspflicht im Einzelfall umfangreiche Hilfestellungen zugemutet werden (vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2 S. 509; SVR 2011 IV Nr. 11 S. 29, 9C_410/2009 E. 5.5). Vorliegend ist eine verstärkte Mithilfe des Ehemannes im Rahmen der Schadenminderungspflicht zumutbar. Dass die notwendigen Hilfestellungen über das in der Schadenminderungspflicht enthaltene Mass hinausgehen würden, macht die Beschwerdeführerin nicht geltend und es ergeben sich auch aus den umfangreichen medizinischen sowie sonstigen Akten keine Anhaltspunkte dafür. Folglich kann mit der Beschwerdegegnerin festgehalten werden (act. II 155), dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 161, 8C_457/2021 E. 3.3) keine massgeblichen Einschränkungen im Aufgabenbereich bestehen. Die Einschränkungen im Aufgabenbereich müssten (im für die Beschwerdeführerin günstigsten Fall mit einem Status von 60% Erwerb [vgl. E. 5.6 hiervor]) 50 % betragen, damit sie einen gewichteten Invaliditätsgrad von 20 % (bei einem Status von 40 % im Aufgabenbereich) ergäben und dadurch zusammen mit dem (höchstmöglichen) gewichteten Invaliditätsgrad im erwerblichen Bereich von 19.5 % ein rentenbegründender Invaliditätsgrad bestünde. Solche Einschränkungen liegen vorliegend offensichtlich und unbestritten nicht vor.

5.8 Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 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.

6.2 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):
 - A. _____
 - 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.