

200 22 350 IV  
KNB/IMD/WSI

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 2. November 2022**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Furrer  
Gerichtsschreiber Imhasly

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt und Notar B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. Mai 2022



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1985 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Dezember 2018 unter Hinweis auf eine am 22. April 2018 erlittene Hirnblutung bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 5). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen. Nachdem die Versicherte zwei Gesprächsterminen unentschuldigt ferngeblieben war, forderte die IVB sie mit Schreiben vom 19. Juni 2019 (AB 33) unter Hinweis auf ihre Mitwirkungspflicht und die Folgen bei Widersetzlichkeit auf, am neu festgelegten Gesprächstermin zu erscheinen. Dieser Aufforderung kam die Versicherte nicht nach, woraufhin die IVB nach entsprechender vorbescheidweiser Ankündigung (AB 36) mit Verfügung vom 23. September 2019 (AB 37) auf das Leistungsbegehren nicht eintrat.

Mit Schreiben vom 9. Januar 2020 (AB 43) erklärte die Versicherte ihre Bereitschaft, ihre Mitwirkungspflicht zu erfüllen. Die IVB nahm dieses Schreiben als Neuanmeldung entgegen. Nach medizinischen Abklärungen beauftragte sie die MEDAS, mit einer polydisziplinären Begutachtung (Gutachten vom 16. Juni 2021 [AB 104.1-104.7]) und den Abklärungsdienst der IV-Stelle Solothurn mit einer Haushaltsabklärung (Stellungnahme des Abklärungsdienstes zur gemischten Methode [Haushalt] vom 26. November 2021 [Abklärungsbericht; AB 114 S. 2 ff.]). Mit Vorbescheid vom 22. Dezember 2021 (AB 115) kündigte sie an, einen Rentenanspruch bei einem Status von 75 % Erwerb und 25 % Aufgabenbereich Haushalt sowie einem Invaliditätsgrad von 24 % zu verneinen. Nach hiergegen erhobenem Einwand (AB 117, 120) holte die IVB eine Stellungnahme der MEDAS ein (AB 122) und verfügte am 2. Mai 2022 (AB 123) wie angekündigt.

## **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt und Notar B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 2. Juni 2022 Beschwerde mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 2. Mai 2022 sei aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin ab dem 23. April 2019 mindestens eine halbe Invalidenrente zuzusprechen.  
Eventuell sei die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung und Neuberechnung des Invaliditätsgrads an die Vorinstanz zurückzuweisen.
2. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 22. Juni 2022 die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 30. August 2022 nahm die Beschwerdeführerin Stellung zur Beschwerdeantwort.

## **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 2. Mai 2022 (AB 123). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung.

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

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

## **2.**

**2.1** Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 2. Mai 2022 (AB 123), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022 (vgl. E. 5.1 hiernach), weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (Rz. 9101 des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 144 V 195 E. 4.2 S. 198).

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

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

**2.5** 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).

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

Bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrads der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich summiert (aArt. 27<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV). Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG. Das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, wird dabei auf ein Vollpensum hochgerechnet. Die prozentuale Erwerbseinbusse wird schliesslich anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (aArt. 27<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Er wird anhand des Anteils des Aufgabenbereichs gewichtet (aArt. 27<sup>bis</sup> Abs. 4 IVV).

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

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

### **3.**

**3.1** Der Leistungsanspruch ist im Rahmen einer Neuanschuldung infolge Aufgabe der Widersetzlichkeit zu prüfen, wobei keine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen nachgewiesen werden muss, weil die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 23. September 2019 (AB 37) den Leistungsanspruch nicht materiell geprüft hat (SVR 2022 IV Nr. 36 E. 5.2.1).

In medizinischer Hinsicht ist den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht der Klinik C. \_\_\_\_\_ vom 2. August 2018 (AB 13 S. 7 ff.) wurden u.a. eine Subarachnoidalblutung bei rupturiertem Aneurysma der Arteria communicans posterior, WFNS I, mod. Fisher II, Hunt und Hess II am 22. April 2018 und eine posttraumatische Schlaf-Wachstörung diagnostiziert. Seitens der Neuropsychologie seien eine verminderte verbale Lernleistung und Handlungsplanung bei erhöhter Ermüdbarkeit und reduzierter Belastbarkeit sowie Aufmerksamkeitschwankung während drei Stunden festgestellt worden. Seit dem 22. April 2018 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

Dem ambulanten Austrittsbericht derselben Klinik vom 27. September 2018 (AB 23 S. 2) ist zu entnehmen, dass die Patientin zur Bearbeitung der leichten Hirnfunktionsstörungen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Handlungsplanung, reduzierte Belastbarkeit, Hinweise auf eine Anpassungsstörung) für ambulante Massnahmen zugewiesen worden sei (Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie). Die Patientin sei insgesamt an zwei Terminen gesehen worden. Da sie mehrfach Termine sehr kurzfristig abgesagt habe, ergebe sich keine Indikation für die Weiterführung von ambulanten Massnahmen. Bei der am 11. September 2018 durchgeführten logopädischen Untersuchung habe sich eine minimale aphasische Restsymptomatik gezeigt. Eine logopädische Therapie sei aus dem Grunde ebenfalls nicht indi-

ziert. Aufgrund der bestehenden kognitiven Einschränkungen werde die Durchführung einer neuropsychologischen Verlaufsuntersuchung empfohlen.

**3.1.2** Im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 16. August 2019 (AB 40 S. 4 ff.) wurde festgehalten, im Vordergrund der testpsychologischen Befunde stünden insgesamt leichte bis mittelgradige Einschränkungen in Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen sowie in mnestischen Funktionen (Merk- und Lernfähigkeit). Im Vergleich zur Voruntersuchung im Juni 2018 zeigten sich zum Teil deutlich verschlechterte psychometrische Leistungen. Es bestehe kein Hinweis für Symptomverstärkung. Klinisch sowie aufgrund per Fragebogen erhobener Angaben bestünden Hinweise für das Vorliegen einer depressiven Symptomatik, möglicherweise mit zusätzlich somatisierender Komponente. Es erscheine wahrscheinlich, dass eine behandlungsbedürftige depressive Symptomatik im Rahmen einer Anpassungsstörung das kognitive Einschränkungsprofil zum jetzigen Zeitpunkt relevant mitbestimme. Bezüglich einer allfälligen Residualsymptomatik aufgrund der Subarachnoidalblutung könne aufgrund dessen aktuell kein Bezug genommen werden. Aufgrund der reduzierten emotionalen Belastbarkeit sei auf eine vollständige Verlaufstestung verzichtet worden.

**3.1.3** Dem polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 16. Juni 2021 (AB 104.1) sind die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (S. 7 Ziff. 4.2.1):

- Nicht näher bezeichnete organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (ICD-10 F07.9)
- Subarachnoidalblutung bei rupturiertem Aneurysma der Arteria communicans posterior, WFNS I, mod. Fisher II, Hunt und Hess II am 22. April 2018 (ICD-10 I60.-)
  - Klinik: Kopfschmerzen, Erbrechen
  - Risikofaktoren: Aktiver Nikotinkonsum, pos. Familienanamnese
  - Komplikationen: Vasospasmen am 29.04.2018 und 02.05.2018
  - Therapie: Coilembolisation am 23.04.2018 und Re-Coiling 12/2018 (bei restperfundierter Basis)
  - EVD 23.04. - 24.04.2018, lumbale Drainage 23.04. - 27.04.2018
  - Nimotop 22.04. - 29.04.2018
  - Angiographie mit Spasmolyse 02.05.2018: Spasmolyse beidseits (ICA rechts 3.5 mg und links 2 mg Nimotop). Gute Besserung der Spasmen postinterventionell
  - MR Schädel nativ und mit KM mit Angiographie und Diffusion vom 21.01.2021: In der Angiographie kleine Ausstülpung im Bereich des

bekanntes gewickeltes Pcom-Aneurysma rechts, jedoch ohne Korrelat in der TOF, in erster Linie ein Artefakt entsprechend. Keine abgrenzbare Restperfusion des gewickelten Aneurysmas. Kein Zweitanneurysma. Superfizielle Hämorrhagie supratentoriell rechts fronto-parietal betont

- Verdacht auf strukturelle Epilepsie (ICD-10 G40.-)
- Ätiologie: im Rahmen Diagnose 2 (Subarachnoidalblutung)
- Anamnestisch bis ca. 07/2019 dreimalige Episode mit Abwesenheit, fehlende Reaktion auf Ansprache, Augen offen, möglicherweise starrer Blick, Amnesie, kurze postiktale Verwirrtheit, Dauer des Anfalls ca. 30 Sekunden
- 07/2019: 3 Wochen Keppra 1500 mg/Tag; abgesetzt bei Stimmungsschwankungen zum depressiven Pol
- aktuell keine antikonvulsive Therapie
- Milder Halte- und Aktionstremor (ICD-10 R25.1)
- DD gesteigert physiologisch bei Amphetaminkonsum, DD essentieller Tremor.

Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Praktischer Arzt, hielt im allgemein-internistischen Teilgutachten fest, aus fachspezifischer Sicht bestünden bei der Versicherten keine Diagnosen mit relevanten Einschränkungen betreffend Arbeitsfähigkeit (AB 104.2 S. 5 Ziff. 6.1).

In neurologischer Hinsicht legte Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, dar, die Versicherte habe sich nach der Subarachnoidalblutung sehr gut erholt. In der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung fänden sich keine fokale-neurologische Defizite, wobei sich ein inkonstanter feinschlägiger Haltetremor links grösser als rechts gezeigt habe. Eine Dystonie habe nicht vorgelegen. Dies sei am ehesten im Rahmen eines gesteigerten physiologischen Tremors zu interpretieren, differentialdiagnostisch aggraviert aufgrund von Amphetaminkonsum. Laborchemisch habe sich auch ein THC-Konsum gezeigt. Bezüglich einer möglichen Epilepsie bestünden offene Fragen. Erfreulicherweise seien trotz Absetzen der antikonvulsiven Therapie seit zumindest eineinhalb Jahren keine epilepsieverdächtige Symptome mehr aufgetreten. Insgesamt seien epileptische Anfälle aufgrund der Vorgeschichte denkbar (AB 104.2 S. 14 f. Ziff. 6.1). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im ... sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 10 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs auszugehen. Je nach Anforderungen in der angestammten Tätigkeit bestünden auch qualitative Einschränkungen aufgrund der möglichen Epilepsie. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte retrospektiv seit ca. Ende 2018. Auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % aufgrund des erhöhten Pau-

senbedarfs. Darüber hinaus bestünden qualitative Einschränkungen aufgrund des Tremors und der möglichen Epilepsie (AB 104.2 S. 17 Ziff. 8.1 und 8.2).

Dr. sc. hum. Dipl. Psych. G.\_\_\_\_\_ führte im neuropsychologischen Teilgutachten aus, die Ergebnisse der durchgeführten Tests würden als nicht valide angesehen. Die Versicherte habe beide Symptomvalidierungstests mit Werten absolviert, die unter denen gelegen hätten, die bei motivierter Mitarbeit erreicht würden. Es habe ein aggravierendes Verhalten beobachtet werden können (AB 104.6 S. 5). Die Ergebnisse der Leistungstests könnten inhaltlich nicht interpretiert werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau abbildeten. Unter diesen Umständen bestehe andererseits auch das Risiko, dass tatsächliche und spezifische kognitive Defizite differenzialdiagnostisch nicht festgestellt werden könnten (AB 104.6 S. 7 f.).

Dem von Dr. med H.\_\_\_\_\_, Praktischer Arzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstellten psychiatrischen Teilgutachten ist zu entnehmen, die grobkursorische Überprüfung der Kognition zeige insgesamt nur wenig Einschränkungen. Aufgrund der auffälligen Symptomvalidierung in der neuropsychologischen Abklärung könnten die erzielten Ergebnisse bei der Beantwortung der Arbeitsfähigkeit nicht mit einfließen. Subjektiv empfinde die Versicherte aber im Vergleich zur letzten Überprüfung eine deutliche Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Bezogen auf die Funktionsfähigkeit im Alltag zeigten sich insgesamt aus rein psychiatrischer Sicht nur wenig Einschränkungen (AB 104.3 S. 6 Ziff. 6.1). Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe die Diagnose von nicht näher bezeichneten organischen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (ICD-10 F07.9; AB 104.3 S. 6 Ziff. 6.2). In der angestammten Tätigkeit als ... mit stetem Kundenkontakt, ohne Möglichkeiten, regelmässige Pausen einzulegen, bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % (AB 104.3 S. 9 Ziff. 8.1). In einer angepassten Tätigkeit seien der Versicherten keine Tätigkeiten mit höherer nervlicher Belastung oder Konzentrationsanforderungen, keine Tätigkeiten mit eigener Entscheidfindungsbefugnis bzw. Überwachungs-

funktion, keine Tätigkeiten mit engem Zeitlimit und im ausschliesslichen Personenkontakt zuzumuten. Es sollten einfache Tätigkeiten ohne besondere eigene Verantwortung mit mehr vorgegebenen seriellen Arbeitsabläufen durchgeführt werden. Zu empfehlen sei daher eine wohlwollende Arbeitsatmosphäre und auch keine Arbeit ausschliesslich im Team. In einer solchen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Retrospektiv gelte diese Einschätzung seit Juni 2018 (AB 104.3 S. 9 Ziff. 8.2).

Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie, führte im pneumologischen Teilgutachten aus, die Versicherte leide an einem eosinophilen und allergischen Asthma bronchiale, welches keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (AB 104.4 S. 5 Ziff. 6.3). In der angestammten Tätigkeit bestehe aus pneumologischer Optik eine volle Arbeitsfähigkeit, dies unter der Voraussetzung, dass die Arbeit körperlich leicht und unter lufthygienischen Bedingungen unproblematisch sei (AB 104.4 S. 6 Ziff. 8.1). Pneumologisch müsse keine angepasste Tätigkeit definiert werden. Bei doch recht schweren Asthma seien nur körperlich leichte Tätigkeiten zumutbar, dies unter lufthygienisch akzeptablen Bedingungen (AB 104.4 S. 6 Ziff. 8.2).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, in der früheren Tätigkeit als ... bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 70 %. Im Zeitraum zwischen dem 22. April 2018 und Oktober 2018 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Arbeitstätigkeit bestanden. In einer körperlich leichten Tätigkeit bestehe quantitativ limitierend aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht noch eine Restarbeitsfähigkeit von 80 % ab November 2018. Eine Addition der aus psychiatrischer und neurologischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei für angestammte und angepasste Tätigkeiten aufgrund der geringgradigen neurologischen Reduktion ab November 2018 (10 %) nicht vorzunehmen (AB 104.1 S. 6 f. Ziff. 4.1 und 4.8).

**3.1.4** In der Stellungnahme vom 27. April 2022 (AB 122) zum Einwand des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom 2. März 2022 (AB 120) führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ aus, dieser habe keine neuen Akten eingereicht, welche am Bild während der Erstellung des Gutachtens etwas ändern würden. Die Fachpsychologin G. \_\_\_\_\_ hielt fest, die beiden durchgeführten Symptomvalidierungstests hätten Ergebnisse unter dem

Cut-Off ergeben. Die Reaktionszeiten der Versicherten hätten eine Variabilität gehabt, die neuropsychologisch nicht erklärbar sei. Verlangsamte Reaktionszeiten könnten bei vielen Erkrankungen vorkommen, auch bei Hirnaneurysma, aber dann seien sie gleichmässig verlangsamt. Der begründete Verdacht auf nicht-authentische neuropsychologische Störungen sei anhand von international anerkannten Kriterien ausführlich dargestellt worden.

## **3.2**

**3.2.1** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

**3.2.3** Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete

Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

**3.3** Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 16. Juni 2021 (AB 104.1 ff.) – basierend auf einer allgemein-internistischen, neurologischen, psychiatrischen, pneumologischen und neuropsychologischen Untersuchung (inkl. neuropsychologischer Testung) – erfüllt die von der höchstichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2.2 f. hiavor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (vgl. AB 104.1). Dem Gutachten (inkl. Teilgutachten) kommt somit voller Beweiswert zu, woran die Einwände der Beschwerdeführerin nichts zu ändern vermögen.

**3.3.1** Die Beschwerdeführerin rügt unter Hinweis auf die nicht verwertbare neuropsychologische Testung eine Unvollständigkeit des MEDAS-Gutachtens und macht geltend, ihr hätte Gelegenheit gegeben werden müssen, in einer erneuten Testreihe bei der Beschaffung valider Ergebnisse mitzuwirken (Beschwerde S. 5 ff. Ziff. 9 ff.). Dies erübrigte sich hier bereits deshalb, weil der psychiatrische MEDAS-Experte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ in der Lage war, in überzeugender und nachvollziehbarer Weise eine konkrete Diagnose zu stellen und die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Bei der erhobenen neuropsychologischen Testung handelt es sich um ein Mittel der Zusatzdiagnostik, deren Befunde in die ärztlich zu erfolgende gutachterliche Gesamtbeurteilung und versicherungspsychiatrische Würdigung einzubeziehen sind. Auch wenn die Ergebnisse der kognitiven Leistungstests von der Neuropsychologin als nicht ausreichend valide angesehen und deshalb inhaltlich nicht interpretiert wurden (AB 104.6 S. 12

Ziff. 7.5), hat der psychiatrische MEDAS-Gutachter dies im Rahmen seiner Beurteilung berücksichtigt. Insbesondere hat er bei der Formulierung des Zumutbarkeitsprofils festgehalten, dass der Versicherten keine Tätigkeiten mit höherer nervlicher Belastung oder Konzentrationsanforderungen und keine Tätigkeiten mit eigener Entscheidungsbefugnis bzw. Überwachungsfunktion zuzumuten seien. Zumutbar seien einfache Tätigkeiten ohne besondere eigene Verantwortung mit mehr vorgegebenen seriellen Arbeitsabläufen zu 80 % (AB 104.3 S. 9 Ziff. 8.2). Zwar weisen die MEDAS-Gutachter darauf hin, dass aufgrund der mangelnden Mitarbeit der Beschwerdeführerin im Rahmen der neuropsychologischen Testung das Risiko bestehe, dass tatsächliche und spezifische kognitive Defizite differenzialdiagnostisch nicht festgestellt werden könnten (AB 104.1 S. 5 Ziff. 4.1). Jedoch ergeben sich gestützt auf die Akten keine konkreten Anhaltspunkte für das Bestehen von vom psychiatrischen Gutachter in seinem Zumutbarkeitsprofil unberücksichtigt gelassene kognitive Einschränkungen. So wurde etwa im neurologischen Teilgutachten festgehalten, in der Untersuchung habe die Versicherte adäquat und kooperativ gewirkt und es hätten sich im Gespräch keine Hinweise auf alltagsrelevante kognitive Defizite gefunden (AB 104.2 S. 13 Ziff. 4.3, S. 15 vor Ziff. 6.2). Der psychiatrische Gutachter konnte keine Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen und keine Störung des Kurzzeitgedächtnisses feststellen; es habe keinen Anhalt für Störungen des Langzeitgedächtnisses und keinen Anhalt für formale oder inhaltliche Denkstörungen gegeben (AB 104.3 S. 5 Ziff. 4.3). Am Ganzen ändert nichts, dass im Bericht des D. \_\_\_\_\_ vom 16. August 2019 (AB 40 S. 4 ff.) auf leichte bis mittelgradige Einschränkungen in Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen sowie in mnestischen Funktionen hingewiesen worden ist. Dazu ist festzustellen, dass die (damals bestandene) depressive Symptomatik das kognitive Einschränkungsprofil relevant mitbestimmte. Die behandelnden Ärzte hielten denn auch fest, aufgrund dessen könne bezüglich einer allfälligen kognitiven Residualsymptomatik aktuell kein Bezug genommen werden (AB 40 S. 5 f.). Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin ist damit nicht erstellt, dass zum damaligen Zeitpunkt erhebliche neuropsychologische Defizite vorgelegen hätten. Insgesamt schmälert die Tatsache, dass die Gutachter von einer Wiederholung der neuropsychologischen Testung abgesehen haben, den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens nicht. Darüber hinaus ist die Beurteilung der

zumutbaren Arbeitsfähigkeit ohnehin Sache der (Fach-)Ärzte, was auf die hier eingesetzte Fachpsychologin nicht zutrifft (vgl. Entscheide des Bundesgerichts vom 19. März 2019, 8C\_772/2018, E. 6.1, und 13. November 2018, 8C\_584/2018, E. 4.1.1.2).

**3.3.2** Bezüglich des psychiatrischen Gutachters Dr. med. H. \_\_\_\_\_ bringt die Beschwerdeführerin vor, sie habe die Untersuchung durch diesen als unfreundlich und herablassend empfunden. Sie sei von ihm als Lügnerin oder Profiteurin betitelt worden (Beschwerde S. 4 Ziff. 6). Den entsprechenden Vorwurf hat sie bereits in einem an die Beschwerdegegnerin adressierten Schreiben vom 19. Mai 2021 (AB 102) formuliert. Soweit die Beschwerdeführerin dies als Ausstands- oder Ablehnungsgrund verstanden haben will, ist darauf hinzuweisen, dass solche so früh wie möglich, das heisst nach Kenntnismahme eines Mangels bei erster Gelegenheit, vorzubringen sind. Es verstösst gegen Treu und Glauben, Mängel dieser Art erst in einem späteren Verfahrensstadium oder sogar erst in einem nachfolgenden Verfahren geltend zu machen, wenn der Einwand schon vorher hätte festgestellt und gerügt werden können. Wer sich auf das Verfahren einlässt, ohne einen Verfahrensmangel bei erster Gelegenheit bzw. unverzüglich vorzubringen, verwirkt in der Regel den Anspruch auf spätere Anrufung der vermeintlich verletzten Verfahrensvorschrift. Unverzüglich bedeutet ein Geltendmachen binnen maximal sechs bis sieben Tagen; ein zwei- bis dreiwöchiges Zuwarten ist bereits unzulässig (BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69, 132 V 93 E. 7.4.2 S. 112; SVR 2019 IV Nr. 85 S. 280 E. 4.2). Die psychiatrische Untersuchung fand am 27. April 2021 statt (AB 104.1 S. 2). Die Beschwerdeführerin wandte sich mit ihren Vorwürfen erst drei Wochen später mit Schreiben vom 19. Mai 2021 (AB 102) an die Beschwerdegegnerin, was nach dem soeben Dargelegten als verspätet zu betrachten ist.

Abgesehen davon ist es durchaus nachvollziehbar, dass der psychiatrische Gutachter die Beschwerdeführerin während seiner Untersuchung auf die nicht bestandene Symptomvalidierung im Rahmen der gleichentags durchgeführten neuropsychologischen Testung angesprochen hat und die Beschwerdeführerin sich dadurch angegriffen fühlte. Das Thematisieren nicht valider Ergebnisse ist jedoch nicht geeignet, den Anschein von Befangenheit zu begründen. Schliesslich ergeben sich aus dem psychiatrischen

Teilgutachten (AB 104.3) keine Hinweise auf Umstände, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit objektiv zu begründen vermöchten. Insbesondere ist das Gutachten neutral und sachlich abgefasst (BGE 147 V 79 E. 7.4.4 S. 84, 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110), was seitens der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten wird.

**3.3.3** Des Weiteren rügt die Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe es ohne Begründung unterlassen, die in der Einwandbegründung beantragte medizinische Dokumentation beim Hausarzt Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, einzuholen (Beschwerde S. 7 Ziff. 11). Dazu ist festzustellen, dass Dr. med. J.\_\_\_\_\_ erst seit ca. Juli 2020 Hausarzt der Beschwerdeführerin ist (vgl. AB 60), den MEDAS-Gutachtern die medizinische Dokumentation des früheren Hausarztes Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zur Verfügung stand und diese im Gutachten Berücksichtigung fand (vgl. AB 104.5 S. 2 ff., 104.8 S. 31 ff.). Weder ist ersichtlich noch wird von der Beschwerdeführerin dargelegt, welche neuen Erkenntnisse sich aus aktuelleren Berichten des Allgemeinmediziners Dr. med. J.\_\_\_\_\_ insbesondere hinsichtlich der als ungenügend abgeklärt behaupteten kognitiven Einschränkungen ergeben sollten. Diese Rüge zielt damit ins Leere.

**3.3.4** Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt. Gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 16. Juni 2021 (AB 104.1 ff.) ist von einer medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit von 80 % in einer körperlich leichten Tätigkeit auszugehen.

#### **4.**

Die Beschwerdegegnerin hat gestützt auf den Abklärungsbericht vom 26. November 2021 (AB 114 S. 5 Ziff. 2b) den Status auf 75 % Erwerb und 25 % Aufgabenbereich Haushalt festgesetzt (AB 123 S. 2). Davon abzuweichen besteht insbesondere mit Blick darauf, dass die Beschwerdeführerin bis zum Eintritt des Gesundheitsschadens am 22. April 2018 in einem Erwerbsumfang von 70 - 80 % tätig gewesen ist (AB 5 S. 6 Ziff. 5.4, 14

S. 3 Ziff. 2.9), keine Veranlassung. Seitens der Beschwerdeführerin blieb die Statusfestlegung denn auch unbestritten.

## **5.**

**5.1** Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Die von der Beschwerdeführerin nach dem Nichteintretensentscheid vom 23. September 2019 (AB 37) am 9. Januar 2020 (AB 43) erklärte Mitwirkungsbereitschaft ist als Neuanmeldung zu betrachten (vgl. SVR 2019 IV Nr. 8 S. 25 E. 5.1, 2017 IV Nr. 50 S. 151 E. 3.3 und 3.4). Damit fällt der frühestmögliche Rentenbeginn unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG auf den 1. Juli 2020. Auf diesen Zeitpunkt hin ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

**5.2** 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 2021 UV Nr. 26 S. 125 E. 6.1).

Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen zu Recht anhand der Lohnangaben der früheren Arbeitgeberin (L. \_\_\_\_\_ AG) ermittelt (AB 114 S. 8), bei welcher die Beschwerdeführerin ab 1. November 2017 bis 8. Januar 2019 als ... in einem Pensum von 75 % angestellt gewesen war (AB 14 S. 2 f. Ziff. 2.1 und 2.9). Es bestehen keine Anzeichen dafür, dass sie ohne den erlittenen Gesundheitsschaden nicht weiterhin dort arbeiten würde. Ausgehend von den Angaben im Arbeitgeberfragebogen vom 10. Januar 2019, wonach die Beschwerdeführerin einen Stundenlohn von

Fr. 24.90 (inkl. Ferienentschädigung) erhalten würde und die betriebliche wöchentliche Arbeitszeit 42 Stunden beträgt (AB 14 S. 3 f. Ziff. 2.9 und 2.11), ergibt sich aufindexiert auf das Jahr 2020 in einem vollschichtigen Pensum (vgl. aArt. 27<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV) ein Jahreseinkommen von Fr. 50'683.-- (Fr. 24.90 x 42 Std. x 48 Wochen / 103.5 x 104.5 [Tabelle T1.2.15, Nominallohnindex, Frauen, 2016-2020, Pos. 45-47 {Handel und Reparatur von Motorfahrzeugen}, Indices 2019 bzw. 2020]). Soweit die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen auf Fr. 62'466.-- festsetzte (AB 114 S. 8 Ziff. 6.1), kann dem nicht gefolgt werden, da dies nicht mit den Lohnabrechnungen (AB 15.1) in Einklang steht bzw. offenkundig auf einem Rechnungsfehler beruht.

**5.3** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2021 Nr. 51 S. 168 E. 3.2).

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 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 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

Gestützt auf das gutachterliche Zumutbarkeitsprofil ist die Beschwerdeführerin in der Lage, ihre verbliebene Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % in einer körperlich leichten Tätigkeit zu verwerten (vgl. E. 3.1.3 und E. 3.3.4 hiervor). Da sie keine entsprechende Erwerbstätigkeit ausübt, ist das Invalideneinkommen anhand eines LSE-Tabellenlohnes zu bestimmen. Gestützt auf Tabelle TA1 der LSE 2018, Frauen, Total, Kompetenzniveau 1, und unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Wochenarbeitszeit, der Nominallohnentwicklung sowie der gutachterlich festgestellten medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 80 % ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 44'562.-- (Fr. 4'371.-- x 12 / 40 x 41.7 [BUA, Total, 2018] / 101.7 x 103.6 [Tabelle T1.2.15, Nominallohnindex, Frauen 2016-2020, Total, Indices 2018 bzw. 2020] x 0.8).

Gründe für einen Abzug vom Tabellenlohn liegen keine vor. Zunächst sind bei der im massgebenden Zeitpunkt 34-jährig gewesenen Beschwerdeführerin mit schweizerischer Staatsbürgerschaft keine Abzüge mit der Begründung des fortgeschrittenen Alters bzw. unter dem Titel "Nationalität/Aufenthaltskategorie" gerechtfertigt. Die gutachterlich attestierte Leistungsfähigkeit von 80 % kann im Rahmen einer ganztägigen Anwesenheit verwertet werden (AB 104.1 S. 9 Ziff. 4.9 [Pausenbedarf]), womit auch unter dem Titel "Beschäftigungsgrad" kein Abzug vorzunehmen ist (Entscheidung des Bundesgerichts vom 8. Mai 2018, 8C\_211/2018, E. 4.4). Der herangezogene Tabellenlohn berücksichtigt die leidensbedingten körperlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin angemessen, sodass unter diesem Gesichtspunkt kein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist.

**5.4** Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert eine ungewichtete Einschränkung von 12 % ([Fr. 50'683.--/. Fr. 44'562.--] / Fr. 50'683.-- x 100). Gewichtet mit dem Status von 75 % (vgl. E. 4. hiervor) ergibt sich eine Einschränkung im Erwerbseinkommen von 9 % (12 % x 0.75).

## 6.

**6.1** Der von der Beschwerdegegnerin im Rahmen der Verwaltungshilfe mit einer Haushaltabklärung beauftragte Abklärungsdienst der IV-Stelle Solothurn (vgl. AB 111; Art. 32 Abs. 1 und 2 ATSG), verzichtete gemäss Abklärungsbericht vom 26. November 2021 (AB 114 S. 2 ff.) auf eine Erhebung an Ort und Stelle (Art. 69 Abs. 2 IVV). Zur Begründung führte der Abklärungsdienst aus, dass das MEDAS-Gutachten vom 16. Juni 2021 von einer Einschränkung im Teilaufgabenbereich Haushalt von 30 % ausgehe (vgl. AB 104.1 S. 10 Ziff. 4.11), die effektive Einschränkung in der Regel tiefer ausfalle und selbst bei Annahme einer Einschränkung von 30 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiere (AB 114 S. 8).

Mit Blick auf die von der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung getätigte Aussage, wonach sie im Haushalt länger brauche, Einschränkungen jedoch nicht zu verzeichnen seien (AB 104.3 S. 3), ist der Verzicht des Abklärungsdienstes der IV-Stelle auf eine Erhebung an Ort und Stelle nicht zu beanstanden. Die Beschwerdeführerin macht denn auch nicht geltend, eine solche sei erforderlich gewesen. Ob überhaupt Einschränkungen im Aufgabenbereich vorliegen und diese bejahendenfalls 30 % betragen – was bei einer attestierten Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer leidensangepassten Tätigkeit (vgl. AB 104.1 S 9 Ziff. 4.8) eher zweifelhaft erscheint – kann offen bleiben. Selbst unter Annahme einer Einschränkung von maximal 30 % im Aufgabenbereich Haushalt resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad (vgl. E. 7. hiernach)

**6.2** Gewichtet mit einem Status von 25 % (vgl. E. 4. hiervor) resultiert bei einer Einschränkung von maximal 30 % eine gewichtete Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt von höchstens 7.5 % ( $30 \% \times 0.25$ ).

## 7.

Aus den Einschränkungen im Erwerb (vgl. E. 5.4 hiervor) und im Haushalt (vgl. E. 6.2 hiervor) resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von aufgerundet maximal 17 % ( $9 \% + 7.5 \%$ ). Die angefochtene Verfügung

vom 2. Mai 2022 (AB 123) ist demnach im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## **8.**

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**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 zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt und Notar B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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