

200 22 359 IV und
200 22 360 IV (2)
JAP/ZID/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 2. Dezember 2022

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch B. _____, lic. iur. C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügungen vom 5. Mai 2022 und 9. Mai 2022



Sachverhalt:

A.

Die 1962 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ... und zuletzt als ... in einem Teilzeitpensum tätig, meldete sich im September 2014 unter Hinweis auf eine seit Januar 2010 bestehende psychische Erkrankung (rezidivierende depressive Störung) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; AB] 2, 22/2). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen, in deren Rahmen die Versicherte durch Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet worden war (Expertise vom 19. Dezember 2016 [AB 63.1]), verneinte die IVB mit Verfügung vom 22. Februar 2017 einen invalidisierenden Gesundheitsschaden und damit einen Anspruch auf IV-Leistungen (AB 67). Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Nach erneuter Anmeldung im März 2021 mit Hinweis auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes (AB 68, 78) tätigte die IVB neuerliche erwerbliche und medizinische Abklärungen und holte ein polydisziplinäres (psychiatrisch/neuropsychologisch/internistisches) Gutachten bei der E._____ (MEDAS; Expertise vom 18. Januar 2022 [AB 114.1 f.] samt Teilgutachten [AB 114.3 - 114.5]) sowie (je vom 9. März 2022 datierte) Abklärungsberichte Haushalt/Erwerb (AB 117) und Hilflosenentschädigung für volljährige Versicherte der IV (AB 118) ein. Mit zwei Vorbescheiden vom 10. und 11. März 2022 stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens sowohl bezüglich einer Hilflosenentschädigung (AB 119) als auch bezüglich der Invalidenrente (AB 120; dies bei einem in Anwendung der gemischten Methode [Status: 11 % Erwerbstätigkeit, 89 % Haushalt] ermittelten Invaliditätsgrad von 10 %) in Aussicht. Auf Einwand hin (AB 123) verfügte die IVB am 5. und 9. Mai 2022 (AB 125 f.) wie angekündigt.

C.

Gegen beide Verfügungen (AB 125 f.) liess die Versicherte, vertreten durch lic. iur. C._____, B._____, mit Eingabe vom 7. Juni 2022 Beschwerde erheben und was folgt beantragen:

1. Es sei die Verfügung vom 5. Mai 2022 (Hilflosenentschädigung) aufzuheben und es sei das Verfahren bis zum Vorliegen des Urteils über einen allfälligen Rentenanspruch zu sistieren.
2. Es sei die Verfügung vom 9. Mai 2022 (Rente) aufzuheben und es sei die Arbeitsfähigkeit medizinisch näher abzuklären. Sodann sei über einen allfälligen Rentenanspruch zu befinden.

– unter Entschädigungsfolge –

Mit der Beschwerde liess die Beschwerdeführerin einen Bericht ihres behandelnden Psychiaters vom 23. Mai 2022 (Beschwerdebeilage [BB] 1) einreichen.

Der Instruktionsrichter ging mit prozessleitender Verfügung vom 9. Juni 2022 (vorläufig) davon aus, dass die in den Rechtsbegehren erwähnte Sistierung nicht im Sinne eines das vorliegende Beschwerdeverfahren betreffenden Verfahrensanspruchs zu verstehen ist, sondern sich auf das Verwaltungsverfahren im Anschluss an die beantragte Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin bezieht.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. August 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung stützte sie sich unter anderem auf eine auf ihre Rückfrage (AB 133) lite pendente ergangene MEDAS-Stellungnahme vom 27. Juli 2022 (AB 136; vgl. dazu auch die prozessleitende Verfügung vom 4. August 2022) zum polydisziplinären Gutachten vom 18. Januar 2022 (AB 114.1), weshalb ihr für den erneuten Schriftenwechsel anteilmässige Verfahrenskosten sowie eine reduzierte Parteientschädigung aufzuerlegen seien.

Die Parteien hielten mit Replik vom 15. September 2022 (samt einer am 27. September 2022 nachgereichten Stellungnahme des behandelnden Psychiaters vom 19. September 2022 [BB 9]) und Duplik vom 13. Oktober 2022 an ihren Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtenen Entscheide sind 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 in den vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtenen Entscheide berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 bilden die Verfügungen vom 5. und 9. Mai 2022 (AB 125 f.). Streitig und zu prüfen sind die Ansprüche der Beschwerdeführerin auf eine Hilfenentschädigung sowie auf eine Rente der IV und in diesem Zusammenhang unter anderem die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

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

1.4 Das Gericht überprüft die angefochtenen Entscheide 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) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). 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). Die angefochtenen Verfügungen (AB 125 f.) ergingen zwar nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung sowohl des Rentenanspruchs (vgl. E. 4.3 nachfolgend) als auch des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung – angesichts der geltend gemachten Dauer der Unterstützungsbedürftigkeit (AB 78) – (vgl. Art. 42 Abs. 4 IVG; Rz. 8092 des bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228) vor dem 1. Januar 2022, weshalb insoweit 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 (vgl. Rz. 9100 f. des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]). In Bezug auf die Hilflosenentschädigung brachte die Weiterentwicklung der IV keine substantziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtslage.

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).

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

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

2.4

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

2.4.2 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).

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

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

2.5 Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Zu unterscheiden ist zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit (Art. 42 Abs. 2 IVG). Massgebend für die Höhe der Hilflosenentschädigung ist das Ausmass der persönlichen Hilflosigkeit (Art. 42^{ter} Abs. 1 Satz 1 IVG). Als hilflos gilt ebenfalls eine Person, welche zu Hause lebt und wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist. Ist nur die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit mindestens ein Anspruch auf eine Viertelsrente gegeben sein. Ist eine Person lediglich dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen, so liegt immer eine leichte Hilflosigkeit vor (aArt. 42 Abs. 3 IVG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung).

2.6 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (aArt. 17 Abs. 1 ATSG). Auch jede andere formell rechtskräftig zugesprochene Dauerleistung wird von Amtes wegen oder auf Gesuch hin erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der ihr zu Grunde liegende Sachverhalt nachträglich erheblich verändert hat (Art. 17 Abs. 2 ATSG). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

2.6.1 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass

der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

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

2.6.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neu anmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach aArt. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.6.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

2.7 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom März 2021 (AB 68) eingetreten und hat den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin materiell geprüft. Folglich ist die Eintretensfrage durch das Gericht nicht zu beurteilen (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b S. 114 f.). Zu prüfen ist, ob im Zeitraum zwischen der (unangefochten gebliebenen) Verfügung vom 22. Februar 2017, mit welcher die IVB einen invalidisierenden Gesundheitsschaden verneint und damit einen Anspruch auf IV-Leistungen abgelehnt hatte (AB 67), und den hier angefochtenen Verfügungen eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.6.1 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 22. Februar 2017 (AB 67) stützte sich im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten vom 19. Dezember 2016. Darin stellte Dr. med. D. _____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und diagnostizierte ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0; AB 63.1/16 Ziff. 5) und eine Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.0; AB 63.1/17 Ziff. 6.2). Die Beschwerdeführerin leide seit 2010 an einer rezidivierenden depressiven Störung, die depressiven Episoden würden durch psychosoziale Stresssituationen ausgelöst. Sie habe zudem persönlichkeitsbedingt die Neigung, sich zu überfordern bei

gleichzeitig verminderter Belastbarkeit und Stresstoleranz. Sie befinde sich in regelmässiger psychiatrischer Behandlung und sei auch schon mehrfach in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen (AB 63.1/17 Ziff. 6.1). Die aktenmässig dokumentierten Diagnosen (insbesondere einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ([ICD-10 F33.11; vgl. AB 63.1/21]) seien aus psychiatrischer Sicht retrospektiv weitgehend nachvollziehbar. Die Akzentuierung der Persönlichkeit werde unterschiedlich beschrieben und bedinge zwar per se keine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit, habe aber einen Einfluss auf den Verlauf und die Aufrechterhaltung der rezidivierenden depressiven Störung, da sie die Belastbarkeit und Stressintoleranz herabsetze. Eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus (ICD-10 F60.30), könne aus den vorhandenen Daten nicht diagnostiziert werden, hierfür bedürfe es gemäss ICD-10 umfangreicherer Informationen aus der Zeit der Adoleszenz und der darauffolgenden Zeit; gegebenenfalls könne die Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt werden (AB 63.1/22). In der Folge liege bei der Beschwerdeführerin keine psychische Erkrankung vor, die geeignet wäre, das positive Leistungsbild im IV-relevanten Sinne mittel- bis längerfristig zu mindern. Diese Feststellung gelte zumindest ab dem Begutachtungstermin (AB 63.1/22 Ziff. 7).

3.3 Im Rahmen der Neuanmeldung vom März 2021 verwies die Beschwerdeführerin erneut auf die seit 2010 bestehenden Depressionen (AB 68/6 Ziff. 6.1), wobei sich die Krankheit insofern verschlechtert habe, als sich die Tiefs häuften und sie sich seit geraumer Zeit in einer Abwärtsspirale befinde (AB 78/1). In Beachtung der mehrfachen stationären Behandlungen 2017 und 2020 aufgrund der bekannten rezidivierenden depressiven Störung mit einmalig schwerer depressiver Episode und der neuen differentialdiagnostischen Einschätzung als Störung aus dem bipolaren Spektrum (vgl. Austrittsberichte der psychiatrischen Klinik F. _____ vom 7. April [AB 74/7 ff. = AB 86/14 ff.], 21. Juni 2017 [AB 86/12 f.] bzw. 7. Juli 2017 [AB 74/3 ff. = AB 86/8 ff.] und der ... G. _____ vom 11. August 2020 [AB 74/1 ff.; vgl. auch AB 86/6 f. und 86/26 f.] sowie des behandelnden Psychiaters vom 29. März 2021 [AB 72 = AB 78/4 ff.]) schloss Dr. med. H. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), eine drohende Invalidität nicht aus (Bericht

vom 9. Juni 2021 [AB 81]). Nach Einholung weiterer medizinischer Berichte des behandelnden Psychiaters vom 30. Juni 2021 (AB 84) und des damaligen Hausarztes (undatiertes, am 21. Juli 2021 bei der Beschwerdegegnerin eingegangener Bericht [AB 86]) veranlasste die IVB auf Empfehlung des RAD eine polydisziplinäre MEDAS-Begutachtung (vgl. AB 88 ff.).

3.3.1 In der Konsensbeurteilung des polydisziplinären MEDAS-Gutachtens vom 18. Januar 2022 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einerseits eine leichte neurokognitive Störung mit attentionalen/konzentrativen und exekutiven Defiziten sowie einer verminderten psychomentalen Dauerbelastbarkeit, ätiologisch der rezidivierenden depressiven Episoden, gegenwärtig leichtgradig mit Erschöpfungsneigung (ICD-10 F32.0, insbesondere kognitive Residualsymptomatik in Folge der rezidivierenden Episoden) und der anamnestischen Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich vermeidenden/emotional instabilen Zügen (ICD-10 Z73) bei allfälliger Überlappung durch die medikamentöse Behandlung (unerwünschte Nebenwirkungen therapeutisch eingenommener Medikamente; ICD-10 Y57.9) zuzuordnen, und andererseits eine Varikosis Grad II (ICD-10 I83.9) festgehalten (AB 114.1/10 Ziff. 4.2.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien rezidivierende depressive Episoden, gegenwärtig leichtgradig mit Erschöpfungsneigung (ICD-10 F32.0), anamnestisch eine Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich vermeidenden/emotional instabilen Zügen (ICD-10 Z73), ein Status nach Intoxikation mit Benzodiazepinen (im Rahmen einer Überforderungssituation am 11. August 2020), eine Adipositas Grad I, ein Diabetes mellitus Typ 2 (gut eingestellt und bisher ohne Folgeschäden), eine beginnende arterielle Hypertonie (kontroll- und gegebenenfalls behandlungspflichtig), (anamnestisch) Asthma bronchiale (unter inhalativer Therapie beschwerdefrei), eine milde Hyperurikämie (asymptomatisch), eine Stressinkonsistenz und (anamnestisch) eine Polyneuropathie (ohne Gangunsicherheit und Schmerzen bzw. ohne Einschränkungen im Alltag; AB 114.1/10 f. Ziff. 4.2.2; vgl. auch AB 114.8/8 f. Ziff. 4.1.2). Eine Persönlichkeitsstörung im eigentlichen Sinne sei nicht festgestellt worden (AB 114.1/11 Ziff. 4.4).

Interdisziplinär ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... von 20 %, massgeblich bedingt durch einen vermehrten

Pausenbedarf bei Arbeiten im Stehen und Gehen aufgrund der auf allgemein-internistischem Fachgebiet festgestellten Varikosis Grad II mit Schwellneigung der Beine. Optimal angepasste Tätigkeiten seien noch zu 90 % möglich, führend wegen der leichten kognitiven Störung mit vorrangig attentionalen/konzentrativen und exekutiven Defiziten und bei verminderter psychomentaler Dauerbelastbarkeit. Ätiologisch dürfte die leichte neurokognitive Störung multifaktorieller Genese sein (rezidivierende depressive Störung mit leichtgradiger Erschöpfungsneigung, mutmasslich zusätzlich bestehende Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich vermeidenden/emotional instabilen Zügen, Nebenwirkungen der eingenommenen Medikamente, insbesondere Psychopharmaka; AB 114.1/14 Ziff. 4.7). Insbesondere bei Aufgaben und Tätigkeiten mit hohen Anforderungen bestünden Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit. Nur eingeschränkt möglich seien Tätigkeiten, die besondere Anforderungen an die Aufmerksamkeit, an die Verarbeitungsgeschwindigkeit, an Interferenzanfälligkeit, an Ideenproduktion, an Umstellfähigkeit und an die Handlungsplanung stellten. Probleme bestünden insbesondere auch bei Tätigkeiten, wo im Sinne eines Multitaskings mehrere Dinge gleichzeitig beachtet oder bearbeitet werden müssten (AB 114.1/11 Ziff. 4.3). Unter Berücksichtigung der sog. Standardindikatoren sei die Ausprägung der vor allem auf psychiatrischem und auf neuropsychologischem Fachgebiet gestellten Diagnosen als nur leicht einschränkend einzustufen. Für optimal angepasste Tätigkeiten bestehe aus interdisziplinärer Sicht daher eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % (AB 114.1/14 Ziff. 4.7).

3.3.2 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bemängelt im Bericht vom 23. Mai 2022 die fehlende gutachterliche Auseinandersetzung mit einer bipolaren Störung (in Form von Rhythmuswechseln innerhalb eines Tages, von Wochen oder Monaten) und einer emotionalen Instabilität (in Form Gefühlsdurchbrüchen bzw. Ausbrüchen). Zudem sei aufgrund einer von ihm veranlassten neurologischen Abklärung die Diagnose einer schweren Polyneuropathie gestellt worden. Der Ehemann unterstütze die Beschwerdeführerin schon seit Jahren, würden doch bis zu 80 % der Aktivitäten (gemeint sind wohl Aufgaben) durch ihn verrichtet. Die gutachterlich festgestellte starke

Selbstwertproblematik sei symptomatisch für bipolare Störungen. Entsprechend sei die Beschwerdeführerin nochmals abzuklären (BB 1).

3.3.3 Mit Stellungnahme vom 27. Juli 2022 (AB 136) wies die psychiatrische Gutachterin, Dr. med. J._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, darauf hin, in den Austrittsberichten vom 7. April (vgl. AB 74/7 ff. = AB 86/14 ff.) und 11. August 2020 (vgl. AB 74/1 ff.) werde eine bipolare Störung als Differentialdiagnose genannt, nicht aber als Diagnose gestellt. Offensichtlich seien die Hinweise für eine gehobene-manische Stimmung nicht ausreichend gewesen, um diese Diagnose plausibel und nachvollziehbar zu begründen, zumal eine hypomanische oder sogar eindeutig manische Stimmungslage nicht eindeutig dokumentiert worden sei. Für eine eindeutig manische Stimmung werde eine höhere Symptomausprägung verlangt. Hätte es sich klinisch um ein eindeutig bipolares Störungsbild gehandelt, wäre es sehr wahrscheinlich gewesen, dass die entsprechende Diagnose bei Austritt gestellt worden wäre. Insgesamt sei es schwierig, während einer psychosozialen Belastungssituation, die bei der Beschwerdeführerin starke Emotionen ausgelöst habe, zwischen einer temperamentvoll geäusserten, aber normalpsychologischen Verzweiflung und einer eventuell tatsächlich krankheitswertigen Symptomatik zu unterscheiden (S. 2).

Der behandelnde Psychiater habe alsdann im Bericht vom 29. März 2021 (AB 72 = AB 78/4 ff.) zwar eine bipolare Störung (mit Rapid Cycling in den letzten zwei bis drei Jahren) benannt, doch seien seiner Retrospektive über den Krankheitsverlauf der letzten Jahre keine eindeutigen Hinweise auf ein Rapid Cycling gemäss den Kriterien (vier Phasenwechsel pro Jahr, eindeutige Symptomatik) zu entnehmen. Es fehlten nachvollziehbare Beschreibungen von eindeutig und den ICD-10-Kriterien entsprechenden manischen Zuständen, deren Frequenz und den Auswirkungen auf das Umfeld. Tägliche Wechsel zwischen manischer und depressiver Stimmung seien mit den Kriterien für die Dauer von depressiven Episoden nicht vereinbar; selbst für ein Rapid Cycling wären die beschriebenen täglichen Wechsel zu häufig. Vielmehr wäre zu erwarten gewesen, dass im weiteren Verlauf seit 2010 häufigere Phasen von eindeutig manischer Symptomatik aufgetreten wären. In der klinischen Untersuchung im Rahmen der Begutachtung habe

die Beschwerdeführerin ebenfalls keine eindeutigen Hinweise auf manische Phasen berichtet, sondern eher auf emotionale Krisen mit Wut und Aggression. Abschliessend sei festzustellen, dass eine bipolare Störung nicht mit letzter Sicherheit auszuschliessen sei, die Aktenlage aber zu wenig Hinweise darauf liefere und die Abgrenzung von anderen Gründen für das Verhalten der Beschwerdeführerin erschwert sei. Für die gutachterliche Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit ergebe sich daher keine neue Erkenntnis, weshalb die diagnostische Beurteilung vom Januar 2022 unverändert beibehalten werde (S. 3).

3.3.4 Nach Ansicht des behandelnden Psychiaters im Schreiben vom 19. September 2022 seien retrospektiv schon verschiedene Phasen (normaler Zustand von September 2021 bis Januar 2022, haltloser/affektarmer/deprimierter/hoffnungsloser/gereizter Zustand von Februar bis Mai 2022, normaler Zustand von Mai bis Juni 2022 und ab Juli 2022 depressiver Zustand) erkennbar. In Bezug auf eine Persönlichkeitsstörung sei aus der Anamnese in der Kindheit die massive Traumatisierung durch ... bekannt. Die Beschwerdeführerin sei nachhaltig geschädigt in ihrer persönlichen Entwicklung. Es sei von einer schweren emotionalen und persönlichen Entwicklungsbeeinträchtigung auszugehen. Bei Überforderung drohe ein Abgleiten in die emotionale Instabilität. In der entwicklungsgeschichtlichen Dimension und in der heutigen Ausprägung spreche das Krankheitsbild für eine schwere Persönlichkeitsstörung der Gruppe der hysterischen, narzisstischen und Borderline-Persönlichkeitsstörung. Deshalb seien die beiden Diagnosen (bipolare Störung und Persönlichkeitsstörung) ausführlicher bzw. nachhaltiger zu begutachten (BB 9).

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

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

3.4.1 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).

3.4.2 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3).

3.5 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin in den angefochtenen Verfügungen vom 5. und 9. Mai 2022 (AB 125 f.) im Wesentlichen auf das MEDAS-Gutachten vom 18. Januar 2022 (AB 114.1). Dieses Gutachten erfüllt, samt Teilgutachten (AB 114.3 ff.) und Ergänzung

vom 27. Juli 2022 (AB 136), die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Die Beurteilungen der Gutachter sind umfassend, beruhen auf einlässlichen Explorationen und wurden in Kenntnis der Vorakten sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden vorgenommen. Sie überzeugen inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Ebenso flossen die Teilgutachten – soweit erforderlich – in die interdisziplinäre Beurteilung ein. Auf das Gutachten ist deshalb abzustellen. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, vermag daran nichts zu ändern:

3.5.1 In der Beschwerde (S. 3 f. Ziff. III Ziff. 4 lit. a) beanstandet die Beschwerdeführerin, die psychiatrische Gutachterin Dr. med. J. _____ habe sich im Gutachten mit der von verschiedenen Fachpersonen (vgl. Austrittsberichte vom 7. April [AB 74/7 ff. = AB 86/14 ff.] und 11. August 2020 [AB 74/1 ff.] sowie Berichte des Dr. med. I. _____ vom 29. März [AB 72 = AB 78/4 ff.] und 30. Juni 2021 [AB 84] sowie 23. Mai 2022 [BB 1]) als (Verdachts-)Diagnose postulierten bipolaren Störung nicht auseinandergesetzt. In ihrer Stellungnahme vom 27. Juli 2022 (AB 136) hat die Gutachterin eine solche alsdann überzeugend verneint. Nachvollziehbar bringt sie vor, anlässlich der stationären Aufenthalte in den Jahren 2017 und 2020 seien die Hinweise für eine gehobene-manische Stimmung offensichtlich nicht ausreichend gewesen, um diese Diagnose plausibel und nachvollziehbar zu begründen, und in Bezug auf die dann doch von Dr. med. I. _____ gestellte Diagnose fehlten eindeutige Hinweise auf manische Phasen. Daran ändert das neuerliche Schreiben des behandelnden Psychiaters vom 19. September 2022 (BB 9; vgl. auch Replik) nichts, spricht er darin doch einzig von gebesserten bzw. normalen Episoden, ohne aber (extreme) Hochphasen (Manien) zu beschreiben. Übereinstimmend dazu verneinte auch schon die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ im Bericht vom 4. August 2021 Hinweise für manische bzw. hypomanische Episoden gestützt auf die Befunde des behandelnden Psychiaters (AB 89/3).

Eine zudem vom behandelnden Psychiater unter Hinweis auf die "massive Traumatisierung" in der Kindheit durch ... angeführte eigentliche Persön-

lichkeitsstörung (BB 9; vgl. auch BB 1 und AB 84/2 Ziff. 2.5 sowie Replik) konnte weder vom Erstgutachter Dr. med. D. _____ (AB 63.1/22) noch von der MEDAS-Gutachterin diagnostiziert werden (AB 114.1/11 Ziff. 4.4), sondern allein eine Persönlichkeitsakzentuierung (AB 63.1/17 und 114.1/10 Ziff. 4.2.2). So scheint es aufgrund der (ähnlichen) Schilderungen der Beschwerdeführerin ihrem behandelnden Psychiater als auch der psychiatrischen Gutachterin gegenüber oft zu Missverständnissen und Streit zwischen ihren Eltern gekommen zu sein, wobei der Vater wohl sehr harsch bzw. impulsiv, nie aber gewalttätig gewesen sei (AB 72/1, 114.4/8 Ziff. 3.2.9). Unter Berücksichtigung dessen sowie später auftretender psychosozialer Belastungen erweist sich die gutachterliche Bestätigung der Diagnose einer (blossen) Persönlichkeitsakzentuierung, die im Rahmen von unfreiwilligen Veränderungen und Belastungen im Alltagsablauf zu depressiven Krisen führen kann (vgl. dazu AB 114.4/17), als nachvollziehbar. Jedenfalls vermag der behandelnde Psychiater keine Aspekte zu benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. E. 3.4.2 hiervor).

3.5.2 Die anamnestisch in Betracht gezogene Polyneuropathie (Beschwerde, S. 5 Ziff. III.4.b; BB 1/1; vgl. auch AB 86/28 Ziff. 3) wurde gutachterlich als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit qualifiziert (AB 114.1/11 Ziff. 4.2.2); von der Beschwerdeführerin wurde explizit verneint, dass diesbezüglich im Alltag nennenswerte Probleme auftreten (AB 114.3/8 Ziff. 3.2.1, 114.3/19 Ziff. 6.2) und hierfür ergeben sich auch aus den Akten keine Hinweise (das Fehlen des angeblich im Vorbescheidverfahren eingereichten Berichts eines Dr. med. K. _____ vom 13. Oktober 2021 ist damit irrelevant).

3.6 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Sachverhaltserhebungen (wie in der Beschwerde, S. 2 Ziff. I Ziff. 2, beantragt) ist in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4) zu verzichten.

3.7 Gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 18. Januar 2022 erweist es sich als fraglich, ob seit dem Referenzzeitpunkt (AB 67;

vgl. E. 2.6.3 hiervor) ein Neuanmeldungsgrund eingetreten ist (vgl. E. 2.6.2 hiervor), zumal auf psychiatrischem Fachgebiet die schon im psychiatrischen Gutachten vom 19. Dezember 2016 (AB 63.1; dies jedoch ohne detaillierte neuropsychologische Abklärung) festgestellten Gesundheitsstörungen im Wesentlichen bestätigt worden sind und sich die auf allgemein-internistischem Fachgebiet neu festgestellte Varikosis II (AB 114.1/15 f. Ziff. 4.11) zwar in der bisherigen, nicht aber in einer Verweistätigkeit einschränkend auswirkt (AB 114.1/14 Ziff. 4.7). Diese Frage kann indessen offenbleiben, da auch bei einer allseitigen (freien) Prüfung (vgl. E. 2.6.4 hiervor) weder ein Rentenanspruch noch ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung resultieren (vgl. E. 4 nachfolgend).

4.

4.1 Gestützt auf MEDAS-Gutachten vom 18. Januar 2022 ist von einer medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit von 90 % in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit auszugehen (AB 114.1/14 Ziff. 4.7). Gestützt darauf ist nachfolgend der Rentenanspruch zu prüfen.

4.2 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 9. Mai 2022 (AB 126) gestützt auf den Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 9. März 2022 von der Anwendung der gemischten Methode (vgl. E. 2.4.2 hiervor) und einem Status 11 % Erwerbstätigkeit sowie 89 % Haushalt aus (AB 117/5 Ziff. 4.3). Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, dass sie im Gesundheitsfall in einem Pensum zwischen 60 - 80 % erwerbstätig wäre (Beschwerde S. 5 Ziff. III.6). Selbst in Anwendung des von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Status resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad (vgl. E. 4.4 nachfolgend), weshalb die genaue Festlegung des Status offenbleiben kann. Im Weitergehenden, insbesondere in Bezug auf die anhand des Betätigungsvergleichs ermittelte ungewichtete Einschränkung im Haushalt von 9.7 % (AB 117/8 ff. Ziff. 7.2), ist der Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 9. März 2022 beweiskräftig (vgl. BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63; SVR 2018 IV Nr. 69 S. 224 E. 3.2), zumal diese Einschätzung zu Recht unbestritten geblieben ist.

4.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Unter Berücksichtigung der Neuanmeldung im März 2021 und der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG sowie unter der Prämisse der erfüllten Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit b IVG fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf den 1. September 2021.

4.3.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 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 117/6 Ziff. 5.2), bei welcher die Beschwerdeführerin ab 4. Juni 2018 bis 30. April 2021 als ... in einem Pensum von 7.05 % (2.96 Arbeitsstunden bei 42-h-Woche) angestellt gewesen war und welches Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen aufgelöst worden ist (AB 106/1 f. Ziff. 2.1 ff.). Ausgehend von den Angaben im Arbeitgeberfragebogen vom 17. September 2021, wonach die Beschwerdeführerin im erwähnten Pensum per 2020 einen Jahreslohn von Fr. 4'144.25 erhalten hat (AB 106/5 Ziff. 5.1), ergibt sich aufindexiert auf das Jahr 2021 in einem vollschichtigen Pensum (vgl. aArt. 27^{bis} Abs. 3 IVV) ein Jahreseinkommen von Fr. 58'901.25 (Fr. 4'144.25 / 7.05 x 100 / 100 x 100.2 [Tabelle T1.2.20, Nominallohnindex, Frauen, 2020-2021, Pos. 86-88 {Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen}, Indices 2020 bzw. 2021]).

4.3.2 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).

Gestützt auf das gutachterliche Zumutbarkeitsprofil ist die Beschwerdeführerin in der Lage, ihre verbliebene Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 % in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit zu verwerten (vgl. E. 4.1 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 (BUA), der Nominallohnentwicklung sowie der gutachterlich festgestellten medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 90 % ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 50'467.80 (Fr. 4'371.-- x 12 / 40 x 41.7 [BUA] / 105.9 x 108.6 [Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen 2011-2021, Total, Indices 2018 bzw. 2021] x 0.9). Gründe für einen Abzug vom Tabellenlohn (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3) liegen keine vor und werden denn auch nicht geltend gemacht.

4.3.3 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert eine ungewichtete Einschränkung im Erwerb von 14.32 % ([Fr. 58'901.25 ./ Fr. 50'467.80] / Fr. 58'901.25 x 100).

4.4 Bei dem von der Beschwerdegegnerin angewendeten Status von 11 % Erwerbstätigkeit sowie 89 % Haushalt (AB 117/5 Ziff. 4.3) resultiert eine gewichtete Einschränkung im Erwerb von 1.57 % (14.32 % x 0.11) und im Haushalt von 8.63 % (9.7 % x 0.89) bzw. ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von (gerundet) 10 % (1.57 % + 8.63 %). Selbst in Anwendung des von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Status von (maximal) 80 % Erwerbstätigkeit und folglich 20 % Haushalt resultierten gewichtete Einschränkungen von 11.46 % (14.32 % x 0.8 [Erwerb]) und 1.94 % (9.7 % x 0.2 [Haushalt]) und folglich noch immer ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von (gerundet) 16 %.

4.5 Da nach dem Dargelegten die ausschliesslich neuropsychologischen und damit letztlich psychiatrischen Einschränkungen in Verweistätigkeiten (vgl. AB 114.1/14 Ziff. 4.7) keinen Anspruch auf eine Rente zu begründen vermögen, besteht von vornherein auch kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung für lebenspraktische Begleitung (vgl. E. 2.5 hier vor).

4.6 Die angefochtenen Verfügungen vom 5. und 9. Mai 2022 (AB 125 f.) sind demnach im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1

5.1.1 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.

5.1.2 Gemäss Art. 108 Abs. 1 VRPG werden die Verfahrenskosten der unterliegenden Partei auferlegt, es sei denn, das prozessuale Verhalten einer Partei gebiete eine andere Verlegung oder die besonderen Umstände rechtfertigen, keine Verfahrenskosten zu erheben. In der vorliegenden Konstellation ist keine vom Unterliegerprinzip abweichende Verlegung der Verfahrenskosten vorzunehmen.

Dadurch, dass die Beschwerdegegnerin *lite pendente* eine Rückfrage bei den Sachverständigen tätigte, missachtete sie zwar den Devolutiveffekt (vgl. dazu SVR 2019 IV Nr. 93 S. 316 f. E. 5.4.3; vgl. auch prozessleitende Verfügung vom 4. August 2022). Die Beschwerdeführerin konnte sich jedoch dazu im Rahmen einer Replik äussern. Zudem wäre es der Beschwerdeführerin unbenommen gewesen, bereits im Einwand gegen den Vorbescheid (AB 123) eine Stellungnahme des behandelnden Dr. med. I. _____ – welcher zuvor in ihrem Auftrag die Zustellung des Gutachtens

gefordert hatte (AB 121) – aufzulegen, sie hat dies jedoch erst im Beschwerdeverfahren getan; der prozessuale Aufwand wurde damit nicht durch das Verhalten der Beschwerdegegnerin, sondern letztlich durch jenes der Beschwerdeführerin erhöht.

5.1.3 Demnach sind die gerichtlich auf Fr. 800.-- festgesetzten Verfahrenskosten der unterliegenden Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzulegen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Ausgangsgemäss besteht nach Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) grundsätzlich kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Wie aufgezeigt (vgl. E. 5.1.2 hiervor), hat der Aufwand für die Replik ihren Ursprung nicht im prozessualen Verhalten der Beschwerdegegnerin, weshalb sich in der vorliegenden Konstellation auch das ausnahmsweise Zusprechen einer reduzierten Parteientschädigung an die unterliegende Beschwerdeführerin nicht rechtfertigt.

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):
 - B. _____, lic. iur. C. _____ 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.