

200 22 412 IV
KNB/SVE/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. Dezember 2023

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Schwitter

Erbengemeinschaft der A. _____ sel.
bestehend aus:

B. _____

C. _____

beide vertreten durch Rechtsanwalt D. _____
Beschwerdeführende

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Juni 2022



Sachverhalt:

A.

Die 1962 geborene A. _____ sel. (Versicherte), zuletzt im ... tätig gewesen, meldete sich im September 2014 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) unter Hinweis auf einen Herzstillstand/primäres Kammerflimmern (2005) sowie einen Schlaganfall mit Hemiparese links (2014) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II, IIA], act. II 1). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS E. _____ (MEDAS; Gutachten vom 16. Juni 2017 [act. II 94.1]). Mit Verfügung vom 1. Juni 2018 (act. II 128) verneinte die IVB einen Rentenanspruch. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 129 S. 3 ff.) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 27. November 2018, IV/2018/451 (act. II 138), dahingehend gut, als es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache an die IVB zur Vornahme weiterer Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung zurückwies. Dieses Urteil blieb unangefochten.

Nachdem die Versicherte – entsprechend der Aufforderung vom 4. März 2019 (act. II 154; vgl. hierzu auch VGE IV/2018/451, E. 3.8 [act. II 138 S. 15]) durch die IVB – ihrer Schadenminderungspflicht in Form einer stationären Entzugsbehandlung mit anschliessend kontrollierter Abstinenz nachgekommen war (vgl. act. II 176, 208), veranlasste die IVB eine polydisziplinäre Verlaufsbeurteilung bei der MEDAS in den Fachdisziplinen Neuropsychologie, Neurologie, Psychiatrie, Kardiologie, Orthopädie und Allgemeine Innere Medizin (Verlaufsgutachten vom 14. August 2020 [act. II 232.1]). Überdies ordnete sie eine Abklärung vor Ort an (Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 19. November 2020 [act. II 239]). Mit Vorbescheid vom 1. Dezember 2020 (act. II 240) stellte sie der Versicherten in Anwendung der gemischten Methode ab 1. Mai 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 46 % eine Viertelsrente (Status 50 % Erwerb und 50 % Haushalt) und ab 1. Mai 2019 bei einem Invaliditätsgrad von 57 % eine halbe Rente (Status 65 % Erwerb und 35 % Haushalt) in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 241, 244, 248) holte die IVB eine

Stellungnahme bei der MEDAS ein (vgl. act. IIA 255; Stellungnahme vom 27. Mai 2021 [act. IIA 256]). Gestützt darauf liess sie die Versicherte abermals durch die MEDAS begutachten (Verlaufsgutachten vom 9. Dezember 2021 [act. IIA 289.1]) und veranlasste erneut eine Abklärung vor Ort (Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 17. Dezember 2021 [act. IIA 291]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. IIA 292 ff.), in dessen Rahmen eine Stellungnahme beim Bereich Abklärungen eingeholt wurde (Stellungnahme vom 8. April 2022 [act. IIA 298]), sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 20. Juni 2022 (act. IIA 302) in Anwendung der gemischten Methode ab 1. Mai 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 46 % (Status 50 % Erwerb und 35 % [recte: 50 %; vgl. act. IIA 291 S. 11 Ziff. 4] Haushalt) eine Viertelsrente und ab 1. Mai 2019 bei einem Invaliditätsgrad von 57 % (Status 65 % Erwerb und 35 % Haushalt) eine halbe Rente (jeweils samt Kinderrente) zu.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt D._____, mit Eingabe vom 8. Juli 2022 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Bern vom 20. Juni 2022 sei insoweit aufzuheben, als der Beschwerdeführerin erst ab 1. Mai 2018 eine Invalidenrente und dies lediglich im Umfang einer Viertelsrente bzw. ab 1. Mai 2019 im Umfang einer halben Rente, zugesprochen wurde.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, der Beschwerdeführerin rückwirkend ab 1. August 2015 eine ganze Invalidenrente auszurichten.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Eingabe vom 27. Juli 2022 teilte der Rechtsvertreter der Versicherten mit, dass diese in der vorangehenden Woche verstorben sei.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 31. August 2022 auf Abweisung der Beschwerde.

Am 10. Mai 2023 erklärte die Erbengemeinschaft – bestehend aus den beiden Kindern B._____ und C._____ als gesetzliche Erben (Beschwerdeführende) –, vertreten durch Rechtsanwalt D._____, dass

sie anstelle der verstorbenen Mutter in den Prozess eintreten, reichten den Erbenschein zu den Akten (vgl. Akten der Beschwerdeführenden [act. I, IA], act. IA 1) und beantragten die Fortführung des Verfahrens.

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 Versicherte ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, war durch den angefochtenen Entscheid berührt und hatte zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt war (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.

Die Versicherte ist während des hängigen Beschwerdeverfahrens im Juli 2022 verstorben (vgl. act. IA 1). Durch den Eintritt ihrer Kinder als gesetzliche Erben in den Prozess (als sog. notwendige Streitgenossenschaft; vgl. hierzu SCHAUFELBERGER/KELLER LÜSCHER, in: GEISER/WOLF [Hrsg.], Basler Kommentar zum Zivilgesetzbuch II, 6. Auflage 2019, Art. 602 N. 26) hat ein zulässiger Parteiwechsel stattgefunden (vgl. Erbenschein vom 25. April 2023 [act. IA 1] und Art. 61 ATSG i.V.m. Art. 13

Abs. 2 VRPG sowie Art. 70 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 [ZPO; SR 272]). Zudem liegen angepasste Prozessvollmachten vor (act. IA 2). Folglich ist das Beschwerdeverfahren fortzusetzen.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 20. Juni 2022 (act. IIA 302). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; SVR 2019 IV Nr. 32 S. 100 E. 3.2; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Streitig und zu prüfen ist demnach der Rentenanspruch der Versicherten bis zu ihrem Tod (vgl. Art. 30 IVG), unter Einschluss der ab 1. Mai 2018 zugesprochenen Viertelsrente und der ab 1. Mai 2019 zugesprochenen halben Rente.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). 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 angefochtene Verfügung datiert zwar vom 20. Juni 2022 (act. IIA 302), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs mit Blick auf die Anmeldung vom September 2014 (act. II 1), die sechsmonatige Karenzfrist i.S.v. Art. 29 Abs. 1 IVG und das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (als auch die Revisionszeitpunkte vgl. E. 5.3 hiernach) vor dem 1. Januar 2022, 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 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

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). 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).

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

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

2.5

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

2.5.2 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).

2.5.3 Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG. Bei der Bestimmung des Erwerbseinkommens, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen), ist bei erstmaliger Rentenanmeldung, welche vor dem 1. Juli 2017 erfolgt ist, zu differenzieren (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 372 vom 9. Januar 2018): Für Invalidenrenten, welche den Zeitraum vor Inkrafttreten der Revision IVV am 1. Januar 2018 betreffen, wird das Valideneinkommen dem hypothetischen Teilzeiteinkommen gleichgesetzt. Bei Invalidenrenten ab dem 1. Januar 2018 wird das hypothetische Einkommen aus der Teilerwerbstätigkeit 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^{bis} Abs. 3 IVV, in der ab 1. Januar 2018 gültig gewesenen Fassung).

2.5.4 Für die Berechnung des Invaliditätsgrades 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, in der ab 1. Januar 2018 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).

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).

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

3.

3.1 In Bezug auf den Gesundheitszustand ergibt sich aus den Akten vorab, was folgt: Im Jahr 2005 trat bei der Versicherten ein Kammerflimmern auf, woraufhin eine minimale koronare Herzkrankheit (50 % Intermediärast-Stenose bei kleinem Gefäss) diagnostiziert wurde (act. II 5 S. 20). Es erfolgte eine ICD-Implantation (act. II 5 S. 18). Sodann erlitt die Versi-

cherte am 22. August 2014 einen subakuten mehrzeitigen ischämischen Hirninfarkt im Medialstromgebiet rechts (act. II 5 S. 1).

3.2 Betreffend das durch die Beschwerdegegnerin veranlasste Gutachten vom 16. Juni 2017 (act. II 94.1) – für dessen Inhalt auf VGE IV/2018/451, E. 3.1 (act. II 138 S. 6 ff.) verwiesen wird – wurde in VGE IV/2018/451, E. 3.8 (act. II 138 S. 12 ff) ausgeführt, dass dieses sich mit Bezug auf die streitigen Belange nur beschränkt für beweistauglich erweise. So erachtete das Gericht insbesondere das kardiologische Teilgutachten, in welchem eine Restarbeitsfähigkeit von 20 % attestiert wurde, beweisrechtlich als nicht nachvollziehbar. Überdies wurde ausgeführt, es sei in neurologischer und psychiatrischer Hinsicht von beweisrechtlicher Relevanz, ob die kognitiven Defizite ausschliesslich auf einen iv-relevanten Gesundheitsschaden zurückzuführen seien oder durch iv-fremde Umstände mitbeeinflusst würden, was nicht restlos klar werde. In neuropsychologischer Hinsicht sei unklar, ob und inwieweit die an sich validen Befunde durch psychische Beeinträchtigungen oder Medikamente beeinflusst würden. Gestützt auf das psychiatrische Teilgutachten sei davon auszugehen, dass die Benzodiazepinabhängigkeit die Arbeitsfähigkeit (wohl) beeinflusse und sich die kognitive Situation nach einer Entgiftungsbehandlung verbessern und somit die Arbeitsfähigkeit steigern würde. Das Gericht hiess die Beschwerde dahingehend gut, als es die Beschwerdegegnerin anwies, die Versicherte unter Anwendung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens aufzufordern, sich einer stationären Behandlungsmassnahme mit anschliessend kontrollierter Abstinenz zu unterziehen und in einem weiteren Schritt eine Verlaufsbeurteilung anzuordnen und gestützt darauf neu zu verfugen.

3.3 Die im Nachgang zu VGE IV/2018/451 eingeholten medizinischen Akten ergaben, was folgt:

3.3.1 Im Verlaufsgutachten vom 14. August 2020 (act. II 232.1) führten die Dres. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, H._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, und I._____, Facharzt für Chirurgie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie lic. phil. J._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, in der interdisziplinären Gesamtbe-

urteilung (act. II 232.1 S. 6 ff. Ziff. 4) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen folgende Diagnosen auf (S. 11 Ziff. 4.2):

1. Mediateilinfarkt rechts (August 2014);
2. Mittelgradige kognitive Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (ICD-10 F06.9);
3. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2);
4. Primäres Kammerflimmern am 3. April 2005;
5. Knapp signifikante koronare 1-Gefässerkrankung mit 50 % Stenose des Ramus intermedius und Wandunregelmässigkeiten RIVA und RCA bei einer Koronarangiographie 2005;
6. Implantation eines ICD (Medtronic Maximo; Mai 2005) als Sekundärprophylaxe nach Herz-Kreislaufstillstand.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten sie im Wesentlichen folgende Diagnosen (S. 12 Ziff. 4.2):

1. Nicht pulsatiler Tinnitus;
2. Psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F13.2);
3. Chronische Schmerzen der Halswirbelsäule aufgrund degenerativer Veränderungen;
4. Schmerzen der Lendenwirbelsäule und der Brustwirbelsäule bei degenerativen Veränderungen der Brustwirbelsäule ohne zu objektivierende funktionelle Einschränkungen;
5. Unklare Schmerzen rechtes Gesäss;
6. Tendovaginitis stenosans D I und D II rechts, Operation 8. Juli 2020;
7. Tendovaginitis stenosans D III rechts, Operation 21. März 2018;
8. Kardiovaskuläre Risikofaktoren;
9. Hyperurikämie unter Behandlung gut eingestellt;
10. Kolonpolypen bei familiärer Belastung, Entfernung 2002, Koloskopie 19. November 2019, leichte Divertikulosen, Marissen am Analrand;
11. Vitamin B12-Mangel, ED Oktober 2019, unter parenteraler Substitution, aktuell normaler Blutspiegel;
12. Funktioneller Eisenmangel möglich.

Aus allgemein-internistischer Sicht wurden keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit attestiert (act. II 232.3 S. 11 Ziff. 6, S. 14 Ziff. 8).

Im neurologischen Teilgutachten (act. II 232.4) wurde festgehalten, dass sich seit der zurückliegenden Begutachtung keine Veränderung ergeben habe, was nicht überrasche, da es sich um einen Defektzustand handle (S. 7 Ziff. 7.2). In der bisherigen Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr, wohingegen in einer angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (S. 8 f. Ziff. 8).

Psychiatrischerseits sei es spätestens im Mai 2018 zu einer richtungsweisenden Verschlechterung gekommen, die seitens der

behandelnden Psychiaterin auch dokumentiert worden sei (act. II 232.5 S. 15 Ziff. 8). Zum einen habe die depressive Erkrankung eine deutliche Verschlechterung erfahren (S. 13 Ziff. 7.3). Zum anderen sei es zu einer Verschlechterung der kognitiven Leistung gekommen, obwohl die Versicherte keine Benzodiazepine mehr konsumiere (S. 14 Ziff. 7.4). Dies sei als Ausdruck des Alterungsgeschehens eines vorgeschädigten Gehirns zu werten (S. 17 Ziff. 7.2). Daher könne sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 20 % ausgegangen werden (S. 14 ff. Ziff. 7.4 und Ziff. 8).

Im orthopädischen Teilgutachten wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (act. II 232.6 S. 10 Ziff. 6). Die Versicherte könne aufgrund der festgestellten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule nur leichte Tätigkeiten ausführen, diese mit der Möglichkeit der selbstgewählten Positionswechsel, wobei die Tätigkeit keine länger andauernden oder ausschliesslichen Überkopfarbeiten, keine länger andauernden Gerüst- und Leitertätigkeiten sowie keine Zwangshaltung für die Wirbelsäule beinhalten sollte (S. 13 Ziff. 8).

Aus neuropsychologischer Sicht wurde ausgeführt, dass im Gegensatz zur Beurteilung von 2017, in welcher noch von einer „leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung“ ausgegangen worden sei, aktuell eine „mittelgradige Störung“ festzustellen sei (act. II 232.7 S. 13 Ziff. 3). Die kognitive Leistungsfähigkeit und die Belastbarkeit hätten sich etwas verschlechtert (S. 11 Ziff. 6).

Im kardiologischen Teilgutachten (act. II 232.8) wurde die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als aufgehoben erachtet. Dahingegen wurde für angepasste Tätigkeiten unter rein kardiovaskulärem Gesichtspunkt aufgrund der stabilen Verhältnisse im weiteren Verlauf und der erfreulichen Entwicklung in den letzten drei Jahren ohne weitere Komplikationen oder fassbaren Verschlechterungen sowie der nahezu unveränderten Echokardiographie und vergleichbarer Belastungsuntersuchung eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als gegeben erachtet. Dabei seien schwere und mittelschwere körperliche Arbeiten nicht geeignet. Im Hinblick auf potentielle Rhythmusstörungen bzw. ICD-Auslösung verböten sich Arbeiten auf Leitern und Gerüsten. Überkopfarbeiten seien wegen der möglichen

Sondenbelastung des ICD auf Zug zu vermeiden (S. 10 Ziff. 7.3 f. und Ziff. 8).

In der Konsensbeurteilung (act. II 232.1 S. 6 ff. Ziff. 4) attestierten die Gutachter in der bisherigen Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem stattgehabten zerebrovaskulären Ereignis im August 2014 und unverändert seit dem Vorgutachten vom Juni 2017 (S. 17 Ziff. 4.7). In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 20 % (Ziff. 4.8). Sowohl die depressive als auch die kognitive Symptomatik hätten eine deutliche Verschlechterung erfahren (S. 19 Ziff. 4). Es sei davon auszugehen, dass es spätestens im Mai 2018 zu einer erheblichen Verschlechterung gekommen sei (S. 17 Ziff. 4.8). Eine angepasste berufliche Tätigkeit sollte körperlich leichte, einfache, repetitive Aufgaben beinhalten, welche nacheinander abgearbeitet werden könnten und wenig Anforderungen ans Multi-Tasking und an die Daueraufmerksamkeit stellten. Die Aufgaben sollten nicht unter Zeitdruck bewältigt werden müssen und keine höheren Anforderungen an visuelle Fähigkeiten und visuell exaktes Arbeiten stellen. Die Versicherte sollte wegen ihrer Ermüdbarkeit regelmässige Pausen einlegen können. Die Tätigkeiten sollten vorwiegend im Sitzen ohne Überkopfarbeiten und überwiegend mit der rechten Hand, unter Einsatz der linken Hand zur Haltefunktion und für grobmotorische Tätigkeiten ausgeführt werden, nicht auf Leitern oder mit dem Erfordernis eines stabilen Standes (Ziff. 4.5). Da es sich um einen Defektzustand handle und aufgrund der organischen Genese der Symptomatik könne nicht mehr mit einer relevanten Verbesserung gerechnet werden (S. 18 Ziff. 4.10). Da die Versicherte zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Suchtmittel mehr konsumiert habe und es insoweit gleichwohl zu einer Verschlechterung gekommen sei, sei von einer weiteren kontrollierten Suchtmittelabstinenz keine weitere Verbesserung zu erwarten (S. 19 Ziff. 6.2).

3.3.2 Nachdem im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (act. II 240 ff.) neue medizinische Unterlagen eingereicht worden waren (act. II 244, 248, act. IIA 251, 254), erachteten die Gutachter in der diesbezüglichen Stellungnahme vom 27. Mai 2021 (act. IIA 256) eine weitere

Verlaufsbeurteilung in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Neuropsychologie, Neurologie und Psychiatrie als empfehlenswert.

Im Verlaufsgutachten vom 9. Dezember 2021 (act. IIA 289.1) führten die Dres. med. F._____ und H._____ sowie der Neuropsychologe lic. phil. J._____ in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (act. IIA 289.1 S. 5 ff. Ziff. 4) nebst den Diagnosen im Verlaufsgutachten vom 14. August 2020 (act. II 232.1; vgl. E. 3.3.1 hiervor) im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 10 Ziff. 4.2):

- Zentraler Schwindel;
- Progrediente Stenose der Aorta carotis interna links bei chronisch verschlossener ICA (recte wohl: ACI) rechts;
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2).

Überdies hielten sie in Abweichung vom Verlaufsgutachten vom 14. August 2020 (act. II 232.1; vgl. E. 3.3.1 hiervor) im Wesentlichen folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 10 Ziff. 4.2):

- Kardiovaskuläre Risikofaktoren;
- Schwere mikrozytäre hypochrome Anämie mit Verdacht auf Blutung (nicht nachweisbar) Juni 2021;
- Leichte erosive Antrumgastritis unter Tilur (Ösophago-Gastroduodenoskopie 16. Dezember 2020, Nachkontrolle im Rahmen der Anämie Juni 2021);
- Leichter Calcium- und deutlicher Magnesium-Mangel;
- Chronische kalzifizierende Pankreatitis vor allem in der Kauda (Endosonographie 16. Dezember 2020), aktuell Pankreasenzyme normal;
- Verdacht auf Schlaf-Apnoe-Syndrom Juni 2021 (Abklärung läuft, Schlussbesprechung für Januar 2022 geplant).

Im allgemein-internistischen Teilgutachten (act. IIA 289.3), welches nunmehr auch den kardiologischen Bereich umfasste, wurde festgehalten, dass die geltend gemachten Funktionsstörungen nicht durch Veränderungen im allgemein-internistischen Fachbereich erklärbar seien (S. 15 Ziff. 7.3). Ferner hätten sich in kardiologischer Hinsicht seit der letzten Begutachtung im August 2020 keine wesentlichen Veränderungen eingestellt (S. 16 Ziff. 7.4). In der angestammten Tätigkeit wurde eine Arbeitsfähigkeit von 0 % sowie in einer angepassten Tätigkeit eine solche von 50 % seit der letzten Begutachtung attestiert (S. 16 f. Ziff. 8).

Aus neurologischer Sicht bestehe unverändert ein Residualzustand nach mehrzeitigem Mediateilinfarkt rechts (August 2014). Die bereits zum

Zeitpunkt der zurückliegenden Begutachtung beschriebene Schwindelsymptomatik habe zwischenzeitlich eine Akzentuierung erfahren (act. IIA 289.4 S. 7 Ziff. 6). Es sei davon auszugehen, dass dieser ebenfalls zentral verursacht werde (S. 9 Ziff. 7.4). Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei unverändert aufgehoben und betrage in einer angepassten Tätigkeit nicht mehr 50 %, sondern nurmehr 30 % (S. 11 Ziff. 1). Es handle sich um einen Defektzustand, der einer weiteren therapeutischen Bemühung nicht zugänglich sei. Insoweit könne aus neurologischer Sicht mit einer Verbesserung nicht mehr gerechnet werden (S. 8 Ziff. 7.2).

Im psychiatrischen Teilgutachten (act. IIA 289.5) wurde ausgeführt, es sei zu keiner wesentlichen Veränderung des psychischen Zustandes gekommen, wobei eine leichtgradige Verschlechterung festgestellt werde (S. 12 Ziff. 7.4). Die Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit betrage 20 % (S. 13 f. Ziff. 8).

In neuropsychologischer Hinsicht zeige sich dasselbe kognitive Einschränkungprofil wie bei der vorangehenden Begutachtung (act. IIA 289.6 S. 9 Ziff. 6, S. 10 Ziff. 1). Spezifisch neuropsychologisch wurde die Arbeitsfähigkeit aufgrund der kognitiven Defizite auf ca. 50 % eingeschätzt (act. IIA 289.1 S. 12 Ziff. 4.3; vgl. act. IIA 289.6 S. 11 Ziff. 3).

In der Konsensbeurteilung (act. IIA 289.1) attestierten die Gutachter in der bisherigen Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 14 Ziff. 4.7), wohingegen in einer angepassten Tätigkeit (weiterhin) eine Arbeitsfähigkeit von 20 % als gegeben erachtet wurde (S. 15 Ziff. 4.8). Nicht geeignet seien schwere und mittelschwere körperliche Arbeiten. Im Hinblick auf potenzielle Rhythmusstörungen bzw. ICD-Auslösung verböten sich Arbeiten auf Leitern und Gerüsten. Überkopfarbeiten seien wegen der möglichen Sondenbelastung auf Zug zu vermeiden. Aus neurologischer Sicht könne die Versicherte leichte körperliche Tätigkeiten, vorwiegend im Sitzen ohne Überkopfarbeiten und überwiegend mit der rechten Hand unter Einsatz der linken Hand zur Haltefunktion und für grobmotorische Tätigkeiten ausüben, jedoch nicht auf Leitern oder mit dem Erfordernis eines stabilen Standes (S. 13 Ziff. 4.5). Mit einer relevanten Verbesserung könne nicht mehr gerechnet werden, da es sich um einen Defektzustand handle und aufgrund

der organischen Genese der Symptomatik (S. 15 Ziff. 4.10). Die Suchtmittelabstinenz sei weiterhin angezeigt, wobei gegen den seltenen Konsum von Rotwein keine Bedenken bestünden. Da die Versicherte zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Benzodiazepine mehr konsumiert habe und es insoweit gleichwohl zu keiner Verbesserung gekommen sei, sei von einer weiteren Suchtmittelabstinenz keine weitere Verbesserung zu erwarten (S. 17 Ziff. 6).

3.3.3 Im Austrittsbericht über die Hospitalisation vom 16. bis 17. Juni 2022 (act. I 3) im Spital K. _____ wurden im Wesentlichen folgende Hauptdiagnosen gestellt:

1. Schwere aregenerative, mikrozytäre, hypochrome Anämie (Hämoglobin 40 g/l) mit schwerem Eisenmangel bei Verdacht auf gastro-intestinale Blutung, DD myelodysplastisches Syndrom am 17. Juni 2022;
2. Anamnestisch Status nach Beinvenen-Thrombose rechts (März 2022) bei rupturierter Bakerzyste;
3. Hypokaliämie ED 16. Juni 2022 am ehesten bei rezidivierendem Erbrechen und Durchfall;
4. Koronare 1-Gefässerkrankung;
5. Status nach cerebrovaskulärem Insult bei Verschluss der Aorta carotis interna rechts 2014;
6. Arterielle Hypertonie;
7. Schlafstörung;
8. Polyneuropathie;
9. Depressive Störung mit Angststörung;
10. Hyperurikämie mit Gicht;
11. Status nach Alkohol-Abusus;
12. Symptomatischer Harnwegsinfekt.

Die Versicherte sei bei schwerer Anämie nach Vorstellung bei Müdigkeit notfallmässig vom Hausarzt zugewiesen worden. Sie sei innerhalb des letzten Monats zunehmend müde mit zunehmender Anstrengungsintoleranz gewesen. Neu habe sie seit fünf Tagen Appetitverlust, rezidivierendes Erbrechen sowie auch wässrigen Durchfall. Bei kardiovaskulärer Stabilität und normofrequenter Herzrhythmus, rezidivierenden Anämien und frustrierten gastroenterologischen Abklärungen innerhalb des letzten Jahres sei am ehesten von einer chronischen Anämie, blutungsbedingt, DD bei einem Produktionsdefizit, auszugehen. Eine Koloskopie sei durch die Versicherte verweigert worden. Die Gastroskopie habe keinen Nachweis einer stattgehabten Blutung ergeben. Die Versicherte habe eine weitere Blutentnahme verweigert und am 17. Juni 2022 explizit nach Hause austreten wollen.

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).

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).

3.5

3.5.1 Die beiden MEDAS-Gutachten vom 14. August 2020 (act. II 232.1) sowie vom 9. Dezember 2021 (act. IIA 289.1) erfüllen – jedenfalls was die erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen betrifft – die höchststrichterlichen Beweisanforderungen an Expertisen und erbringen diesbezüglich

vollen Beweis. Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen fachärztlichen Untersuchungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar begründet, weshalb die diagnostischen Einschätzungen (vgl. act. II 232.1 S. 11 f. Ziff. 4.2; act. IIA 289.1 S. 10 f. Ziff. 4.2) überzeugen. Dies ist zwischen den Parteien denn auch unbestritten. Gestützt auf die beiden Gutachten ist weiter erstellt, dass sich die im Gutachten vom 16. Juni 2017 (act. II 94.1) festgestellten kognitiven Defizite (vgl. act. II 94.3 S. 5 Ziff. 3, 94.4 S. 8 Ziff. 4, 94.7 S. 8 Ziff. 7) bzw. die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht nach Absetzen der Benzodiazepine nicht verbessert haben (vgl. 232.5 S. 14 Ziff. 7.4; 289.5 S. 11 f. Ziff. 7.2 und Ziff. 7.4; vgl. hierzu VGE IV/2018/451 E. 3.8 [act. II 138 S. 13 f.]).

3.5.2 Was die Arbeits- und Leistungsfähigkeit angeht, überzeugt mit Blick auf den Mediateilinfarkt rechts im August 2014, dass die Gutachter der Versicherten seither in der bisherigen Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierten (act. II 232.1 S. 17 Ziff. 4.7; act. IIA 289.1 S. 14 Ziff. 4.7). In Bezug auf eine angepasste Tätigkeit wurde bereits mit (in Rechtskraft erwachsenem) Urteil vom 27. November 2018 (VGE IV/2018/451, E. 3.8 [act. II 138 S. 13]) aufgezeigt, dass auf die 2017 gutachterlich attestierte 20%ige Arbeitsfähigkeit für die Zeit ab März 2015 (vgl. hierzu act. II 94.1 S. 22) nicht abgestellt werden kann. Soweit die Sachverständigen in den nachfolgenden Verlaufsgutachten trotzdem weiterhin eine bloss 20%ige Arbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit attestierten (vgl. hierzu act. II 232.1 S. 17 Ziff. 4.8; act. IIA 289.1 S. 15 Ziff. 4.8), kann darauf für den Zeitraum vor Mai 2018 nicht abgestellt werden. Vielmehr ist gestützt auf die schlüssige Stellungnahme von Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, vom 29. Dezember 2017 (act. II 106), welcher auch der behandelnde Kardiologe Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, mit Stellungnahme vom 27. August 2018 (act. II 131 S. 6 ff.) zustimmte, für die Zeit vor Mai 2018 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Dies überzeugt umso mehr, als der kardiologische Sachverständige im Gutachten

von 2020 eine 50%ige und damit im Vergleich zu 2017 (vgl. act. II 94.6 S. 4) höhere Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestierte, obwohl sowohl die Echokardiographie als auch die Belastungsuntersuchung nahezu unverändert bzw. vergleichbar mit den Untersuchungsergebnissen von 2017 waren (vgl. hierzu act. II 232.8 S. 10 Ziff. 7.3 f.). Soweit beschwerdeweise geltend gemacht wird, selbst eine 50%ige Teilarbeitsunfähigkeit aus kardiologischer Sicht habe zusätzlichen Einfluss auf die Gesamtarbeitsunfähigkeit (Beschwerde S. 8 Art. 4), wurde von den Gutachtern explizit festgehalten, dass sich die Teilarbeitsunfähigkeiten nicht addierten (vgl. act. II 232.1 S. 18 Ziff. 4.9; act. IIA 289.1 S. 15 Ziff. 4.9). Ob sich die einzelnen aus mehreren gesundheitlichen Beeinträchtigungen resultierenden Einschränkungsggrade summieren und in welchem Masse, betrifft eine spezifisch medizinische Problematik und Einschätzung, von der das Gericht grundsätzlich nicht abrückt (SVR 2020 IV Nr. 22 S. 76 E. 4.1).

Soweit die Sachverständigen spätestens ab Mai 2018 von einer bloss noch 20%igen Arbeitsfähigkeit ausgingen (act. II 232.1 S. 17 Ziff. 4.7; act. IIA 289.1 S. 14 Ziff. 4.7), überzeugt diese Einschätzung – entgegen dem beschwerdeweisen Vorbringen (vgl. Beschwerde S. 9 Art. 5) – mit Blick auf die zuvor bestehende 50%ige Arbeitsunfähigkeit und die durch den behandelnden Psychiater dokumentierte erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes (vgl. hierzu act. II 153 S. 2). Bezugnehmend auf die neuropsychologische Einschätzung von 2017 (vgl. hierzu act. II 94.7 S. 4 ff. Ziff. 5 f.), im Rahmen welcher noch von einer leicht- bis mittelgradigen kognitiven Beeinträchtigung ausgegangen wurde (act. II 94.1 S. 18), legte der Sachverständige in psychiatrischer Hinsicht einleuchtend dar, dass sich die kognitive Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit im Vergleich zur neuropsychologischen Einschätzung von 2017 (vgl. hierzu act. II 94.7 S. 4 ff. Ziff. 5 f.) verschlechtert hat (verstärkte Ermüdungseffekte, merklich abnehmende Aufmerksamkeit und Belastbarkeit im Zeitverlauf, Schwierigkeiten der Sprachartikulation, deutlich beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Wahrnehmung im linken Gesichtsfeld; act. II 232.5 S. 10 Ziff. 4.3), obwohl die Versicherte im Zeitpunkt der Begutachtung von 2020 keine Benzodiazepine mehr konsumierte (vgl. hierzu S. 13 Ziff. 7.2). Mithin überzeugt die nunmehr gestellte Diagnose einer mittelgradigen kognitiven Störung (S. 12 Ziff. 6).

Ferner wurde in der Expertise von 2020 psychiatrischerseits insbesondere gestützt auf die Untersuchungsbefunde (S. 6 f. Ziff. 4.3), die Aktenlage (S. 13 Ziff. 7.3) und unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Beck'schen Depressionsinventars als Zusatzuntersuchung (S. 7 Ziff. 4.3), nachvollziehbar aufgezeigt, dass die depressive Symptomatik im Vergleich zur Exploration von 2017, anlässlich welcher eine leichtgradige depressive reaktive Störung (ICD-10 F43.21), ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 94.4 S. 8 Ziff. 4), diagnostiziert wurde, eine deutliche Verschlechterung erfahren hat und von einer rezidivierenden depressiven Störung, nunmehr schwere depressive Episode, auszugehen war (act. II 232.5 S. 11 Ziff. 6). Im Gutachten von 2021 begründete der psychiatrische Experte sodann schlüssig, dass sich der psychische Zustand diesbezüglich zwar leichtgradig, aber nicht wesentlich verschlechtert hat und weiterhin eine schwere depressive Episode vorlag (act. IIA 289.5 S. 6 ff. Ziff. 4.3, S. 10 Ziff. 6, S. 12 Ziff. 7.4). Mithin überzeugt, dass er keine höhere Arbeitsunfähigkeit als die bisherige attestierte (vgl. Beschwerde S. 10 f. Art. 5). Hinsichtlich der mittelgradigen kognitiven Störung wurde im Rahmen der Begutachtung von 2021 bezugnehmend auf die neuropsychologischen Abklärungsergebnisse sodann einleuchtend aufgezeigt, dass sich die Einschränkungen im Vergleich zur Begutachtung von 2020 nicht verändert haben (act. IIA 289.5 S. 9 Ziff. 4.3, S. 10 Ziff. 6).

Ob schliesslich mit dem beschwerdeweise vorgelegten Austrittsbericht des Spitals K. _____ über die Hospitalisation vom 16. bis 17. Juni 2022 (act. I 3) – rund einen Monat vor Erlass der angefochtenen Verfügung – eine Verschlechterung ausgewiesen ist, kann mit Blick auf Art. 88a Abs. 2 IVV bis zu dem hier massgebenden Verfügungszeitpunkt offengelassen werden. Die Versicherte verstarb in der Folge im Juli 2022.

3.5.3 Gestützt auf das hiervor Dargelegte ist seit dem Mediateilinfarkt rechts im August 2014 in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit erstellt. Hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit ist seit August 2014 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und aufgrund der Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes ab Mai 2018 noch eine 20%ige Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (vgl. zum

Zumutbarkeitsprofil act. II 232.4 S. 9 Ziff. 8, 232.5 S. 15 Ziff. 8, 232.6 S. 13 Ziff. 8, 232.8 S. 11 Ziff. 8; act. IIA 289.3 S. 17 Ziff. 8, 289.4 S. 10 Ziff. 8, 289.5 S. 13 Ziff. 8).

3.5.4 Der aus psychiatrischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit ist auch aus rechtlicher Sicht zu folgen (vgl. zum strukturieren Beweisverfahren BGE 141 V 281): Der psychiatrische Sachverständige setzte sich eingehend mit den Standardindikatoren auseinander und orientierte sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281. Er begründete unter ausdrücklicher Bezugnahme auf die einschlägigen Indikatoren in nachvollziehbarer Weise das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit. Namentlich nahm er Bezug auf den Schweregrad des Leidens (vgl. act. II 232.5 S. 11 Ziff. 6; act. IIA 289.5 S. 10 Ziff. 6) und äusserste sich zum bisherigen Verlauf der Behandlungen (vgl. act. II 232.5 S. 13 Ziff. 7.2; act. IIA 289.5 S. 11 Ziff. 7.2), zu den Ressourcen sowie Belastungen (vgl. act. II 232.5 S. 14 Ziff. 7.4; act. IIA 289.5 S. 12 Ziff. 7.4) und zur Konsistenz sowie Plausibilität der geschilderten Symptome (vgl. act. II 232.5 S. 13 Ziff. 7.3; act. IIA 289.5 S. 12 Ziff. 7.3). Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Einschränkungen sind damit anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei ausgewiesen. Triftige Gründe, welche in rechtlicher Hinsicht ein Abweichen von der in psychiatrischer Hinsicht attestierten Arbeits- und Leistungsfähigkeit gebieten würden (BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 367) sind nicht ersichtlich, was denn auch unbestritten ist.

4.

4.1 Umstritten ist sodann der Status der Versicherten resp. der Umfang in welchem sie als Gesunde tätig wäre.

4.2 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode (Art. 16 ATSG sowie aArt. 28a Abs. 2 und 3). Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist – was je zur Anwendung einer

anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30; SVR 2020 IV Nr. 72 S. 251 E. 4.1.1).

4.3 Beschwerdeweise wird vorgebracht, die Versicherte wäre bei guter Gesundheit einer Erwerbstätigkeit mit einem 100 %-Pensum nachgegangen (Beschwerde S. 6 Art. 3). Demgegenüber nahm die Beschwerdegegnerin die Invaliditätsbemessung in Anwendung der gemischten Methode zunächst basierend auf einem Status 50 % erwerblicher Bereich und 50 % Haushalt und ab Mai 2019 von 65 % erwerblicher Bereich und 35 % Haushalt vor (act. IIA 291 S. 6 f. Ziff. 3.4, S. 11 Ziff. 4). Dies ist nicht zu beanstanden. Einerseits ging die Versicherte seit der Geburt ihrer Kinder von 1994 bis 2013 keiner Erwerbstätigkeit nach und nahm erstmals im Juli 2013 (bis [zur Kündigung per 30. November 2014; vgl. hierzu act. II 9 S. 9] 2014) wieder eine Tätigkeit im ... im Umfang von 20 bis 30 % auf (act. IIA 291 S. 5 Ziff. 3.2). Sodann gab sie bereits anlässlich der Abklärung im Jahr 2016 an, sie habe gerne ihr Pensum aufstocken wollen, sich immer für ca. 50 % beworben und diese Bewerbungsbemühungen gegenüber der Scheidungsrichterin belegt (act. II 47 S. 4 Ziff. 3.5). Auf diese sog. „Aussage der ersten Stunde“ ist – entgegen dem Vorbringen in der Beschwerde, wonach die Versicherte nach der Scheidung bei guter Gesundheit aus finanziellen Gründen ein höheres Arbeitspensum hätte ausüben müssen (Beschwerde S. 6 Art. 3) – abzustellen, gilt doch im Sozialversicherungsrecht die Beweismaxime, wonach die sogenannten spontanen „Aussagen der ersten Stunde“ in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 143 V 168 E. 5.2.2 S. 174, 121 V 45 E. 2a S. 47). Im Weiteren setzte die Beschwerdegegnerin den Status ab Mai 2019 aufgrund der Reduktion der von der Tochter an die Haushaltung beigesteuerten Zahlun-

gen zu Recht auf 65 % erwerblicher Bereich und 35 % Haushalt fest, was überzeugt (act. IIA 291 S. 6 f. Ziff. 3.4 f. und S. 11 Ziff. 4).

5.

Nachfolgend ist die Einschränkung im erwerblichen Bereich zu bestimmen:

5.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2022 IV Nr. 22 S. 71 E. 4.2).

5.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss

Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

5.3 Unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG und der Leistungsanmeldung vom September 2014 (act. II 1) fiele der Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns auf März 2015. Die Voraussetzung, wonach während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40 % bestanden haben muss (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG), erfüllt die Versicherte mit Blick auf die ab dem Mediateilinfarkt vom 22. August 2014 echtzeitlich ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. II 5) jedoch erstmals im August 2015, womit ein erster Einkommensvergleich auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen ist. Unter Berücksichtigung, dass die Revision der IVV hinsichtlich der Berechnung des Invaliditätsgrades für Teilerwerbstätige am 1. Januar 2018 in

Kraft trat (vgl. E. 2.5.3 f. hiervor), ist per 1. Januar 2018 gestützt auf aArt. 27^{bis} Abs. 3 IVV ein weiterer Einkommensvergleich vorzunehmen. Aufgrund der Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der daraus resultierenden verminderten Arbeitsfähigkeit spätestens ab Mai 2018 (act. II 232.1 S. 17 Ziff. 4.8; act. IIA 289.1 S. 15 Ziff. 4.8; vgl. E. 2.6 hiervor) ist auf diesen Zeitpunkt hin abermals ein Einkommensvergleich durchzuführen. Schliesslich ist infolge der Statusänderung ab Mai 2019 (vgl. E. 4.3 hiervor) auf diesen Zeitpunkt hin wiederum ein Einkommensvergleich durchzuführen. Aufgrund des Auszugs der Tochter aus dem gemeinsamen Haushalt per Ende Februar 2020 ist auf diesen Zeitpunkt hin auch ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Zwar hat dieser primär eine Änderung in den Einschränkungen im Bereich Haushalt zur Folge (vgl. E. 6.2 hiernach), nichtsdestotrotz sind auch die Einschränkungen in erwerblicher Hinsicht neu auf der Grundlage der tatsächlichen Verhältnisse zu ermitteln (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 13. November 2015, 9C_410/2015, E. 4.2.1 f.; vgl. auch E. 2.6 hiervor).

5.4 Die Beschwerdegegnerin stellte zur Bestimmung des Valideneinkommens auf Tabellenlöhne ab. Dies ist zwischen den Parteien unbestritten und auch nicht zu beanstanden. Einerseits wurde das letzte Arbeitsverhältnis im ... bei der N. _____ – gemäss Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin – aus organisatorischen Gründen per 30. November 2014 seitens der Arbeitgeberin beendet (act. II 9 S. 2 Ziff. 2.2, S. 9). Andererseits hatte die Versicherte seit 1994 im Juli 2013 erstmals wieder eine Erwerbstätigkeit aufgenommen (vgl. act. II 7 S. 3; act. IIA 291 S. 5 Ziff. 3.2) bzw. war sie denn auch erst seit 1. Januar 2014 bei der N. _____ angestellt (S. 2 Ziff. 2.1). Mithin kann nicht von einem besonders stabilen Arbeitsverhältnis gesprochen werden. Mit Blick auf die letzte Tätigkeit als ... (vgl. act. II 9 S. 3 Ziff. 2.7) stellte die Beschwerdegegnerin bezüglich des Valideneinkommens daher zu Recht auf die TA 1_tirage_skill_level, Ziff. 47 (...), Frauen, Kompetenzniveau 1 (2014: Fr. 4'517.--, 2018: Fr. 4'425.--, 2020: Fr. 4'446.--), ab.

Per August 2015 ergibt sich angepasst an die Wochenarbeitszeit (vgl. Tabelle „Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BFS, Ziff. 47 [...], 2015: 41.7, 2018: 41.8, 2019:

41.7, 2020: 41.7), indexiert pro 2015 (gemäss Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, 2011-2022, lit. G, Ziff. 45-47, 2014: 104.8, 2015: 105.5, 2018: 108.4, 2019: 109.2) bei einem Pensum von 50 % (vgl. E. 2.5.3 und E. 4.3 hiervoor) ein Valideneinkommen von Fr. 28'442.55 (Fr. 4'517.-- x 12 / 40 x 41.7 / 104.8 x 105.5 x 0.5).

Ab Januar 2018 resultiert angepasst an die Wochenarbeitszeit ein Valideneinkommen bei einem 100 %-Pensum von Fr. 55'489.50 (Fr. 4'425.-- x 12 / 40 x 41.8).

Indexiert pro 2019 und angepasst an die Wochenarbeitszeit beträgt das Valideneinkommen bei einem 100 %-Pensum ab Mai 2019 Fr. 55'765.30 (Fr. 4'425.-- x 12 / 40 x 41.7 / 108.4 x 109.2).

Angepasst an die Wochenarbeitszeit beläuft sich das Valideneinkommen bei einem 100 %-Pensum ab März 2020 auf Fr. 55'619.45 (Fr. 4'446.-- x 12 / 40 x 41.7).

5.5 Da die Versicherte ihre Restarbeitsfähigkeit nicht verwertete, ist unter Berücksichtigung des Zumutbarkeitsprofils (vgl. hierzu act. II 232.4 S. 9 Ziff. 8, 232.5 S. 15 Ziff. 8, 232.6 S. 13 Ziff. 8, 232.8 S. 11 Ziff. 8; act. IIA 289.3 S. 17 Ziff. 8, 289.4 S. 10 Ziff. 8, 289.5 S. 13 Ziff. 8) zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1 (2014: Fr. 4'300.--, 2018: Fr. 4'371.--, 2020: Fr. 4'276.--), abzustellen.

Ab August 2015 resultiert bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 %, angepasst an die Wochenarbeitszeit (vgl. Tabelle „Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BFS, Ziff. 01-96 [Total], 2015: 41.7, 2018: 41.7, 2019: 41.7, 2020: 41.7), indexiert pro 2015 (gemäss Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, 2011-2022, Total, 2014: 103.6, 2015: 104.1, 2018: 105.9, 2019: 107.0) und unter Berücksichtigung des durch die Beschwerdegegnerin gewährten und nicht zu beanstandenden leidensbedingten Abzugs von 10 % (vgl. hierzu E. 5.2 hiervoor; act. IIA 291 S.11 Ziff. 3.7) ein Invalideneinkommen von Fr. 24'323.65 (Fr. 4'300.-- x 12 / 40 x 41.7 / 103.6 x 104.1 x 0.5 x 0.9).

Per Januar 2018 ergibt sich angepasst an die Wochenarbeitszeit, unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von 50 % sowie in Berücksichtigung des leidensbedingten Abzugs von 10 % ein Invalideneinkommen von Fr. 24'606.55 ($\text{Fr. } 4'371.-- \times 12 / 40 \times 41.7 \times 0.5 \times 0.9$).

Aufgrund der spätestens im Mai 2018 eingetretenen gesundheitlichen Verschlechterung beläuft sich das Invalideneinkommen ab diesem Zeitpunkt angepasst an die Wochenarbeitszeit, unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von nurmehr 20 % sowie in Berücksichtigung des leidensbedingten Abzugs von 10 % auf Fr. 9'842.60 ($\text{Fr. } 4'371.-- \times 12 / 40 \times 41.7 \times 0.2 \times 0.9$).

Indexiert pro 2019, angepasst an die Wochenarbeitszeit, an die Arbeitsfähigkeit von 20 % sowie unter Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % beträgt das Invalideneinkommen im Mai 2019 Fr. 9'944.85 ($\text{Fr. } 4'371.-- \times 12 / 40 \times 41.7 / 105.9 \times 107.0 \times 0.2 \times 0.9$).

Angepasst an die Wochenarbeitszeit, unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von 20 % sowie nach Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % resultiert ab März 2020 ein Invalideneinkommen von Fr. 9'628.70 ($\text{Fr. } 4'276.-- \times 12 / 40 \times 41.7 \times 0.2 \times 0.9$).

5.6 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert im erwerblichen Bereich per August 2015 eine ungewichtete Einschränkung von 14.48 % ($[(\text{Fr. } 28'442.55 - \text{Fr. } 24'323.65)] \times 100 / \text{Fr. } 28'442.55$; vgl. zur Berechnungsmethode E. 2.5.3 hiervor) resp. unter Berücksichtigung des Status (vgl. hierzu E. 4.3 hiervor) eine gewichtete Einschränkung von 7.24 % ($14.48 \% \times 0.5$).

Unter Anwendung der neuen Berechnungsmethode (vgl. E. 2.5.3 hiervor) beträgt die ungewichtete Einschränkung ab Januar 2018 55.65 % ($[(\text{Fr. } 55'489.50 - \text{Fr. } 24'606.55)] \times 100 / \text{Fr. } 55'489.50$) resp. die gewichtete Einschränkung unter Berücksichtigung des Status von 50 % Erwerb (vgl. hierzu E. 4.3 hiervor) 27.83 % ($55.65 \% \times 0.5$).

Ab Mai 2018 beläuft sich die ungewichtete Einschränkung ($[(\text{Fr. } 55'489.50 - \text{Fr. } 9'842.60)] \times 100 / \text{Fr. } 55'489.50$) auf 82.26 % resp. bei einem Status von 50 % Erwerb (vgl. E. 4.3 hiervor) auf 41.13 % ($82.26 \% \times 0.5$).

In Folge des veränderten Status ab Mai 2019 (vgl. E. 4.3 hiervor) beträgt die ungewichtete Einschränkung 82.20 % ($[(Fr. 55'765.30 - Fr. 9'944.85) \times 100 / Fr. 55'765.30]$) resp. die gewichtete Einschränkung 53.41 % ($(82.17 \% \times 0.65)$).

Nach dem Auszug der Tochter aus dem gemeinsamen Haushalt per Ende Februar 2020 (vgl. E. 5.3 hiervor) beträgt die ungewichtete Einschränkung ab März 2020 82.69 % ($[(Fr. 55'619.45 - Fr. 9'628.70) \times 100 / Fr. 55'619.45]$) resp. die gewichtete Einschränkung 53.75 % ($(82.69 \% \times 0.65)$).

6.

Weiter sind im Folgenden die Einschränkungen im Aufgabenbereich sowie die Gesamtinvalidität zu ermitteln.

6.1 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63; SVR 2018 IV Nr. 69 S. 224 E. 3.2).

6.2 Der Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 31. Januar 2022 (act. IIA 291) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an derartige Berichte (vgl. E. 6.1 hiervor) und überzeugt hinsichtlich der Feststellungen

zu den Einschränkungen der Versicherten im Aufgabenbereich. Der Bericht wurde von einer spezialisierten Abklärungsfachperson aufgrund mehrerer Erhebungen vor Ort, zuletzt am 31. Januar 2022, verfasst. Das Ergebnis stützt sich auf die Angaben der Versicherten zu den sozialen sowie erwerblichen Verhältnissen und zum Haushalt. Die im Abklärungsbericht enthaltene Umschreibung der Haushaltsaufgaben entspricht den Vorgaben von Rz. 3087 des Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH; in Kraft gestanden bis 31. Dezember 2021). Die Gewichtung der einzelnen Aufgabenbereiche hält sich sodann innerhalb der dort angegebenen Bandbreiten und ist in Anbetracht der konkreten Umstände nicht zu beanstanden. Was die Gewichtung der einzelnen Einschränkungen anbelangt, ist der Betätigungsvergleich nachvollziehbar begründet und hinreichend detailliert. Klare Fehleinschätzungen, die entscheidungswesentlich wären, sind nicht ersichtlich. Ausserdem wurde die zumutbare Mithilfe der Familienangehörigen bis zum Auszug der Tochter in überzeugender Weise mitberücksichtigt (vgl. Rz. 3090 KSIH). Schliesslich hat der Bereich Abklärungen mit Stellungnahme vom 8. April 2022 (act. IIA 298) bezugnehmend auf die zuvor erhobenen Einwände (vgl. act. IIA 295) nachvollziehbar dargelegt, weshalb insbesondere nicht von einem erwerblichen Status von 100 % ausgegangen wird. Auf die Ergebnisse der Haushaltsabklärung ist demnach abzustellen. Entsprechend ist ausgewiesen, dass die Versicherte bis zum 31. Dezember 2017 zu 15.4 %, vom 1. Januar 2018 bis 28. Februar 2020 zu 10.4 % und ab 1. März 2020 zu 13.4 % eingeschränkt war. Dies entspricht mit Blick auf den Status von 50 % erwerblicher Bereich und 50 % Haushalt bzw. ab Mai 2019 von 65 % erwerblicher Bereich und 35 % Haushalt (vgl. E. 4.3 hiavor; act. IIA 291 S. 6 f. Ziff. 3.4, S. 11 Ziff. 4) einer gewichteten Einschränkung von 7.7 % bis zum 31. Dezember 2017 ($15.4 \% \times 0.5$), von 5.2 % vom 1. Januar bis zum 30. April 2018 ($10.4 \% \times 0.5$), von 5.2 % vom 1. Mai 2018 bis zum 30. April 2019 ($10.4 \% \times 0.5$), von 3.64 % vom 1. Mai 2019 bis zum 29. Februar 2020 ($10.4 \% \times 0.35$) sowie von 4.69 % ($13.4 \% \times 0.35$) ab 1. März 2020.

7.

7.1 Aus den Einschränkungen im erwerblichen Bereich (vgl. E. 5.6 hier-
vor) und im Haushalt (vgl. E. 6.2 hier-
vor) resultieren rentenausschliessende
(vgl. E. 2.4 hier-
vor) Invaliditätsgrade von gerundet 15 % (7.24 % + 7.7 %) ab August 2015 sowie von gerundet 33 % (27.83 % + 5.2 %) ab Januar 2018 (vgl. zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1). Ab Mai 2018 beträgt der Invaliditätsgrad gerundet 46 % (41.13 % + 5.2 %), womit die Versicherte ab diesem Zeitpunkt Anspruch auf eine Viertelsrente hat (vgl. E. 2.4 hier-
vor), gelangt doch Art. 88a Abs. 2 IVV in Fällen, wo in der bisherigen Tätigkeit – wie vorliegend – eine Arbeitsunfähigkeit von erheblicher Dauer und Ausprägung besteht und vor-
erst mit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ein rentenausschliessendes Einkommen erzielt werden kann bzw. könnte, nicht zur Anwendung. Vielmehr entsteht bei Verschlechterung des Ge-
sundheitszustandes ein Rentenanspruch, sobald die Invalidität mindestens 40 % beträgt (Entscheide des BGer vom 12. August 2022, 8C_243/2022, E. 3.2, und vom 28. September 2020, 9C_352/2020, E. 4.1). Aufgrund der Statusänderung ab Mai 2019 resultiert ab diesem Zeitpunkt ein Invaliditäts-
grad von gerundet 57 % (53.41 % + 3.64 %), womit Anspruch auf eine hal-
be Rente besteht. Infolge der erhöhten Einschränkung im Bereich Haushalt aufgrund des Auszugs der Tochter aus dem gemeinsamen Haushalt be-
steht ab März 2020 ein Invaliditätsgrad von gerundet 58 % (53.74 % + 4.69 %) und damit weiterhin ein Anspruch auf eine halbe Rente.

7.2 Zusammenfassend ist die gegen die Verfügung vom 20. Juni 2022 (act. IIA 302) erhobene Beschwerde unbegründet und abzuweisen.

8.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens den Beschwerdeführenden zur

Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

8.2 Bei diesem Verfahrensausgang 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 den Beschwerdeführenden zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt D. _____ z.H. der Beschwerdeführenden
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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