

IV 200 2024 392
FRC/BOC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Juni 2025

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Isliker, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. Mai 2024



Sachverhalt:

A.

Die 1961 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Juli 2021 unter Hinweis auf einen am 11. April 2021 erlittenen Aortenriss mit Hirnblutungen bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Die IVB nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor, führte ein Assessment durch und teilte am 23. August 2021 mit, zurzeit könnten keine Eingliederungsmassnahmen mit Aussicht auf Erfolg durchgeführt werden (act. II 7, 13 f., 20, 25, 27, 28.1 - 28.4, 31, 35). Im weiteren Verlauf liess die IVB die Versicherte durch die C._____ AG polydisziplinär begutachten (MEDAS; Expertise vom 27. Juli 2023 [act. II 101.1 - 101.9]). Mit Vorbescheid vom 24. August 2023 (act. II 110) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 28 %, ausgehend von einem Status 70 % Erwerb und 30 % Haushalt, die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Im daran anschliessenden Einwandverfahren (act. II 123, 132), in welchem die Beschwerdeführerin durch Rechtsanwältin B._____ vertreten wurde, holte die IVB eine ergänzende Stellungnahme der MEDAS-Gutachter ein, welche am 8. Februar 2024 (act. II 135) erstattet wurde. Dazu wurde der Versicherten am 20. Februar 2024 (act. II 137) das rechtliche Gehör gewährt, wovon diese mit Eingabe vom 8. April 2024 (act. II 139) Gebrauch machte. Am 2. Mai 2024 (act. II 140) verfügte die IVB wie vorbescheidweise angekündigt.

B.

Dagegen erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin B._____, mit Eingabe vom 28. Mai 2024 Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien ihr die gesetzlichen Leistungen auszurichten, insbesondere eine Rente. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und das Verfahren an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zu weiteren Abklärungen (Gutachten, Haushaltabklärung), alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Juli 2024 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Die Beschwerdeführerin reichte mit Eingabe vom 2. Mai 2025 eine E-Mail des Job Coaches D. _____ vom 4. April 2025 ein und machte zusätzliche Ausführungen.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 2. Mai 2024 (act. II 140). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch. Soweit sich die prinzipaliter anbegeherten "gesetzlichen Leistungen" auf andere Versicherungsleistungen als die "insbesondere" beantragte Rente erstreckten, bewegt sich das Rechts-

begehren ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes, weshalb insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten ist (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2021 AHV Nr. 21 S. 67, 9C_86/2021 E. 5.2).

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 150 V 89 E. 3.2.1 S. 95, 323 E. 4.2 S. 328, 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die angefochtene Verfügung datiert vom 2. Mai 2024 (act. II 140) und der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs liegt nach dem 1. Januar 2022 (vgl. E. 6.4 hiernach), so dass die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung massgebend sind (Rz. 9100 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 150 V 1 E. 6.4.2 S. 6, 148 V 385 E. 5.2 S. 391, 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228, BGE 132 V 121 E. 4.4 S. 125).

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 Behand-

lung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1^{bis} und 1^{ter} nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1^{bis} IVG).

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

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

2.4 Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, der Invaliditätsgrad für diesen Teil nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird der Invaliditätsgrad für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen.

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

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren

sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 180, 9C_540/2020 E. 2.3).

3.

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

3.1 Dr. med. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 16. September 2021 (act. II 31) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

- organisches Psychosyndrom nach Aortendissektion Typ A mit Hemiparese rechts und Aphasie (MRI: Infarkte und Ischämie cerebellär rechts) am 11. April 2021; keine abschliessende Diagnose, Beobachtungszeitraum zu gering
- weitere somatische Diagnosen beim Hausarzt erfragen

Es wurde vom 21. Juli bis 31. Oktober 2021 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert; es sei keine Tätigkeit zumutbar, zum jetzigen Zeitpunkt sei eine Eingliederung unmöglich. Seit dem 14. Juli 2021 hätten insgesamt sieben Konsultationen stattgefunden, etwa 1-bis 2-mal wöchentlich. Zum objektiven Befund wurde ausgeführt, es handle sich um eine 60jährige Patientin, altersentsprechend aussehende, schlanke Frau, sportlich gekleidet, bewusstseinsklar, allseits orientiert, verminderte Merkfähigkeit und Kurzzeitgedächtnis, konfabulierend. Psychomotorisch angespannt, gestresst wirkend; wenig Mimik und Gestik, klare deutliche Sprache. Keine Anhaltspunkte für Wahrnehmungsstörungen, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen. Denken formal umständlich, perseverierend, grübelnd. Ausgeprägte Befürchtungen. Depressive Grundstimmung. Affektlabil, inkontinent, Parathymie. Insuffizienzgefühle, zum Teil dysphorisch. Zum Teil antriebsgehemmt. Die Beschwerdeführerin sei bei Aufgaben im Haushalt eingeschränkt, die Haushaltsarbeiten würden unter Anleitung des Mannes und gemeinsam mit ihm ausgeführt, das meiste erledige er, insbesondere

Schriftliches/Administratives sei völlig unmöglich gewesen, es verändere sich langsam.

3.2 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 14. Dezember 2021 (act. II 47) zu einer neuropsychologischen Untersuchung vom gleichen Tag wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt:

1. St.n. suprakoronarem Ersatz von Aorta ascendens und Hemibogen am 11. April 2021 bei Aortendissektion Typ A bei Vd.a. Fibrillinopathie am 11. April 2021
2. St.n. disseminierten embolischen cerebrovaskulären Infarkten bds. mit Hemiparese rechts (armbetont) und Aphasie am 11. April 2021 im Rahmen der Dg 1
3. Rezidivierende depressive Störung
mit/bei:
leicht bis mittelschwer reichenden Einschränkungen in den mnestischen, exekutiven und attentionalen Funktionen

Im Vergleich zu alters- und bildungsentsprechenden Normen hätten sich bei der Beschwerdeführerin von leicht bis mittelschwer reichende Einschränkungen in den mnestischen (figural>verbal), exekutiven und attentionalen Funktionen gezeigt. Zudem habe sich im klinischen Eindruck eine im Verlauf deutlich abnehmende Daueraufmerksamkeitsleistung mit sehr rascher Ermüdung gezeigt. Des Weiteren habe es Hinweise für eine depressive Symptomatik im Sinne einer Anpassungsstörung gegeben. Bei Berücksichtigung aller aktuell vorhandenen Daten könne momentan nicht eindeutig beurteilt werden, inwiefern die kognitiven Einschränkungen mit dem erlittenen Ereignis und/oder im Rahmen der psychischen Symptomatik zusammenhängen. Zum jetzigen Zeitpunkt müsse aufgrund des Ausmasses der Befunde am ehesten von einer Überlagerung ausgegangen werden.

3.3 Dr. med. E. _____ berichtete am 11. April 2022 (act. II 45) von einem verschlechterten Gesundheitszustand, es habe sich seit der letzten Diagnosestellung eine Änderung ergeben. Es wurden die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt:

- organisches Psychosyndrom nach Aortendissektion Typ A mit Hemiparese rechts und Aphasie (MRI: Infarkte und Ischämie cerebellär rechts) am 11. April 2021 ICD-10: F07.2

- leicht bis mittelschwer reichende Einschränkungen in den mnestischen, exekutiven und attentionalen Funktionen (neuropsychologische Untersuchung am 14. Dezember 2021 Spital F. _____)
- mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom seit Winter 2021 ICD-10: F33.11
- ängstliche/vermeidende/selbstunsichere Persönlichkeitsstörung ICD-10: F60.6
- somatische Diagnosen

Es wurde vom 16. September 2021 bis 30. April 2022 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Jegliche Tätigkeit sei gänzlich unzumutbar. Der psychische Zustand der Beschwerdeführerin habe sich gegenüber ihrem Zustand im September 2021 verschlechtert. Es sei nicht davon auszugehen, dass sie in einem Jahr arbeitsfähig sein werde. Eine eigentliche Therapie sei zur Zeit nicht möglich, die Beschwerdeführerin könne sich nicht öffnen. Die Termine seien in immer grösseren Abständen abgemacht worden, so dass nur noch administrative Angelegenheiten geregelt worden seien. Die Beschwerdeführerin möchte keine Psychopharmaka, sie habe genug Medikamente und habe mit den Nebenwirkungen zu kämpfen. Zum objektiven Befund wurde angegeben, es handle sich um eine 60jährige Patienten, altersentsprechend aussehende, gepflegte Frau, schlank, sportlich gekleidet. Sie sei bewusstseinsklar, grob orientiert, Orientierung nicht explizit geprüft aus Zeitgründen. Kurzzeitgedächtnis lückenhaft, Merkfähigkeit vermindert. Psychomotorisch angespannt, gestresst, anfangs um Kontakt bemüht, gestresst; abweisende Mimik, wenig Gestik, klare deutliche Sprache. Zum Teil antriebsgehemmt. Keine Anhaltspunkte für Wahrnehmungsstörungen, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen. Denken formal umständlich, perseverierend, grübelnd, auf die Fragen nicht eingehend, unklar, ob sie diese überhaupt verstehe. Gedankengang nicht wirklich nachvollziehbar. Ausgeprägte Befürchtungen, Ängste, Selbstunsicherheit. Affektiver Rapport nicht herstellbar. Depressive Grundstimmung. Affektlabil, parathym, zum Teil gereizt, abweisend. Keine Schlafstörungen würden berichtet.

3.4 Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, führte im Bericht vom 28. November 2022 (act. II 62) die folgenden Diagnosen auf:

- St.n. suprakoronarem Ersatz der Aorta ascendens und Hemibogen bei Aortendissektion Typ A bei Vd.a. Fibrillinopathie 11. April 2021 (...)
- Asymptomatische Sinuspausen bis 4.2 Sek., 05/21 (...)

Echokardiographisch finde sich bei der Beschwerdeführerin ein sehr schöner Verlaufsbefund mit weiterhin normaler biventrikulärer systolischer Funktion. Es finde sich keine relevante LV-Hypertrophie, der rechte Ventrikel sei nicht belastet und es ergäben sich keine Hinweise für relevant erhöhte Druckwerte im kleinen Kreislauf. Die leichtgradige Mitral- und Aortenklappeninsuffizienz seien im Verlauf nicht zunehmend. Im Bereich des Prothesenersatzes der Aorta ascendens und des Aortenbogens ergäben sich normale Verhältnisse soweit einsehbar. In der Fahrradergometrie sei die Beschwerdeführerin besser belastbar als vor einem Jahr mit Erreichen von 100 % der Solllast, doch finde sich, bei vorbestehenden leichten ST-Streckenveränderungen, diese unter Belastung formal signifikant gesenkt. Es werde die Durchführung eines Kardio-MRIs zum Ausschluss einer signifikanten, belastungsinduzierten Koronarischämie bei signifikanter elektrischer pathologischer Ergometrie empfohlen.

3.5 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 12. April 2023 (act. II 90) wurden die folgenden Diagnosen festgehalten:

1. St.n. akuter Aortendissektion Typ A am 11. April 2021
 - Mechanische Reanimation
 - 11. April 2021 Ersatz der suprakoronaren Aorta ascendens und Hemibogenersatz mittels 26 mm Seitenarmprothese
2. Hemiparese rechts und Aphasie, ED 11. April 2021
 - 13. April 2021 cMRI: Frische und emboliforme Infarkte supratentoriell bds. linksbetont sowie Ischämie zerebral rechts. Keine Grossgefässverschlüsse, keine territorialen Perfusionsstörungen
Aktuell: Anhaltende neurokognitive Defizite
3. St.n. Dressler-Syndrom

Die Beschwerdeführerin befinde sich in einem somatisch guten Allgemeinzustand, bei jedoch deutlich psychischer Belastung mit teils neurokognitiven Defiziten nach stattgehabter Reanimation bei Typ A Dissektion. Die Beschwerdeführerin berichte in psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein, jedoch ohne durchschlagenden Erfolg. Es bestehe aufgrund der psychischen Einschränkung ein IV-Gesuch. CT-graphisch zeige sich ein er-

freulicher Verlauf, ohne Hinweis auf eine Anastomoseninsuffizienz oder Aortenwurzelektasie.

3.6 Im Bericht vom 5. Juni 2023 (act. II 92) führte Dr. med. H. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

- Organisches Psychosyndrom nach Aortendissektion Typ A mit Hemiparese rechts und Aphasie (MRI: Infarkte und Ischämie cerebellär rechts) am 11. April 2021 ICD-10: F07.2
- leicht bis mittelschwer reichende Einschränkungen in den mnestischen, exekutiven und attentionalen Funktionen (neuropsychologische Untersuchung am 14. Dezember 2021 Spital F. _____)
- mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom seit Winter 2021 ICD-10: F33.11, gegenwärtig teilremittiert
- ängstliche/vermeidende/selbstunsichere Persönlichkeitsstörung ICD-10: F60.6

Momentan liege die Arbeitsunfähigkeit bei allen beruflichen Tätigkeiten bis 100 % vor. Aktuell nehme die Beschwerdeführerin keine Psychopharmaka ein. Nach dem stationären Aufenthalt lebe die Beschwerdeführerin mit ihrem pensionierten Ehemann. Das Ehepaar habe einen Hund. Kontakt bestehe unregelmässig mit dem erwachsenen Sohn. Ansonsten wenig Kontakt ausserhalb des engen Familienkreises. Das Funktionsniveau sei auch im Häuslichen eingeschränkt. Kognitive Defizite trügen zu Schwierigkeiten und Überforderung mit komplexeren Aufgaben bei. Besonders sei auch die Kommunikation betroffen, wodurch Missverständnisse im Alltag entstünden. Exekutivfunktionen (Arbeits-, somatisches- und episodisches Gedächtnis sowie Handlungsplanung) sowie das abstrakte Denkvermögen erschienen beeinträchtigt. Eine Sequenz mit multiplen Handlungsschritten führe bereits an die Grenzen der kognitiven Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Zudem sei eine starke geistige Ermüdbarkeit zu beobachten. Auch bei kurzen geistigen Anstrengungen werde eine längere Erholungszeit nötig. Produktives Arbeiten sei daher nicht zuzumuten. Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsanteile beeinträchtigten zudem stark das Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeitserwartungen der Beschwerdeführerin.

3.7 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 27. Juli 2023 (act. II 101.1 – 101.9) mit Untersuchungen in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie wurden in der Konsensbeurteilung die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. II 101.1/12 Ziff. 4.2.1):

- Formal leicht dekompensierte diastolische Herzinsuffizienz bei hypertensiver Herzerkrankung, akt. med. therapiert (ICD-10: I50.9)
- Aktenanamnestisch Status nach suprakoronarem Ersatz der Aorta ascendens und Hemibogens bei Aortendissektion Typ A nach Stanford-Klassifikation am 11. April 2021 (ICD-10: I71.0)
 - Postoperativ Dressler-Syndrom (ICD-10: I24.1)
 - Aktenanamnestisch asymptomatische Sinuspausen bis 4.2 Sekunden (ICD-10: R94.3)
 - Postoperativ (passagere) Thrombozytopenie (ICD-10: D69.6)

Die Gutachter gaben an (act. II 101.1/12 Ziff. 4.3), aufgrund vorhandener Inkonsistenzen und Unplausibilitäten in der erhaltenen Befundlage sei keine valide Aussage zur Diagnose aus neuropsychologischer Sicht möglich gewesen. Aus allgemeininternistischer Sicht bedingten ausgewiesene IV-relevante Diagnosen eine reduzierte körperliche Belastbarkeit sowie Ausdauer und machten längere bzw. häufigere Pausen notwendig. Aus neurologischer und psychiatrischer Sicht hätten keine IV-relevanten Diagnosen festgestellt werden können, daher seien keine entsprechenden funktionellen Auswirkungen zu diskutieren.

Zur Konsistenz/Plausibilität hielten die Gutachter fest (act. II 101.1/14 Ziff. 4.6), obgleich sich die Beschwerdeführerin ausdrücklich für absolut arbeitsunfähig halte, sei es ihr dennoch möglich, den Haushalt weitgehend alleine zu versorgen.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit wurde Folgendes festgehalten (act. II 101.1/11 und 15 f. Ziff. 4.2 und 4.7 f.):

Durch die jeweiligen Teilgutachter attestierte Arbeitsunfähigkeiten:

| | Bisherige Tätigkeit (<i>Sachbearbeiterin</i> ...) | Verweistätigkeit |
|---------------------------|--|------------------|
| Allgemeine Innere Medizin | 30 % | 20 % |
| Neurologie | 0 % | 0 % |
| Neuropsychologie | * | * |
| Psychiatrie | 0 % | 0 %* |

*Aufgrund vorhandener Inkonsistenzen und Unplausibilitäten in der erhaltenen Befundlage sei eine valide Aussage zur Diagnose und deren IV-Relevanz aus neuropsychologischer Sicht nicht möglich.

Zusammenfassend hätten im Rahmen der aktuellen Begutachtung auf dem neurologischen und psychiatrischen Fachgebiet keine versicherungsmedizinisch relevanten Krankheitsbilder festgestellt werden können. Versicherungsmedizinisch relevante allgemeininternistische Diagnosen bedingten eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der angestammten und eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Verweistätigkeit. Aufgrund vorhandener Inkonsistenzen und Unplausibilitäten in der erhaltenen Befundlage sei eine valide Aussage zur IV-Relevanz der Diagnosen aus neuropsychologischer Sicht nicht möglich gewesen. Aus diesem Grund sei keine verbindliche versicherungsmedizinische Beurteilung aus polydisziplinärer Sicht möglich gewesen. Demzufolge könne auch keine Stellungnahme zum versicherungsmedizinischen Verlauf erfolgen.

3.8 In der Stellungnahme vom 21. August 2023 (act. II 106) hielt die Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes Dr. med. I. _____, Praktische Ärztin, fest, die internistische Arbeitsunfähigkeit habe bereits seit April 2021 nach und wegen einer akuten Aortendissektion vorgelegen.

3.9 Die MEDAS-Gutachter führten in der Stellungnahme vom 8. Februar 2024 (act. II 135) aus, aufgrund der neuen vorliegenden Unterlagen (Bericht von Dr. med. H. _____ vom 5. Juni 2023 [act. II 92]) ergäben sich keine Änderungen an der psychiatrischen Beurteilung und Einschätzung der medizinischen Situation. Das organische Psychosyndrom sei weder im vorliegenden IV-Bericht belegt worden noch habe das "Psychosyndrom"

durch die im Rahmen der Begutachtung durchgeführten neuropsychologischen Testungen bestätigt werden können. Neuropsychologisch sei damit keine Diagnose festgelegt worden. Bezüglich der Depression schreibe die Behandlerin selbst von einer Teilremission. Diese definiere sie nicht weiter, liege damit aber schon recht nahe an der gutachterlichen Beurteilung zur Exploration im Februar 2023. Der von Dr. med. H._____ angeführte Psychostatus sei so abgefasst, dass hier keine relevante aktive Depression herauszulesen sei, was wiederum zur Angabe der Teilremission passe. Es werde nicht erklärt, warum eine rezidivierende Depression codiert (ICD-10: F33.11) worden sei. Die Persönlichkeitsstörung werde auch in diesem Bericht nicht hergeleitet. Dass die Kindheit schwierig und verunsichernd bei autoritärer Erziehung gewesen sein solle, sei noch kein Beleg für eine Persönlichkeitsstörung. Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung habe diese Diagnose ebenfalls nicht belegt werden können. Damit ergäben sich aus dem Bericht von Dr. med. H._____ keine neuen Erkenntnisse/Belege, die zu neuen Schlüssen verleiten würden. In Bezug auf das Schreiben der Rechtsanwältin (vgl. act. II 123/1-9) könne Folgendes festgehalten werden: Es sei falsch, dass eine neuropsychologische Beurteilung fehle. Im Gegenteil werde im neuropsychologischen Gutachten dargelegt, warum die erhobenen Befunde nicht zu einer Diagnose führen könnten. Es sei richtig, dass der Psychiater unter bestimmten Bedingungen die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen habe. Dazu müsste aber zunächst eine entsprechende psychiatrische Diagnose vorliegen, die die neuropsychologischen Defizite erklären würde, was bei dieser Begutachtung nicht der Fall sei. Weiter hätten keine schlüssigen neuropsychologischen Defizite angeführt bzw. belegt werden können. Natürlich könne von psychiatrischer Seite keine versicherungsmedizinische Beurteilung vorgenommen werden, da eben keine psychiatrische Diagnose zu belegen gewesen sei. Nach genauer Prüfung des Berichts von Dr. med. H._____ vom 5. Juni 2023 (act. II 92) dürfte aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vorgelegen haben, da die entsprechenden Diagnosen nicht belegt worden seien. Hier gehe es um juristische Einschätzungen der psychiatrisch-fachlich korrekten gutachterlichen Beurteilung. Insgesamt lägen damit keine Informationen vor, die neue Erkenntnisse und Belege anführten, die zu einer neuen Ein-

schätzung der im Gutachten gemachten psychiatrischen Situation führen könnten.

3.10 Dr. med. J. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 22. Mai 2024 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 13) zu Handen der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin die folgenden Diagnosen auf:

1. Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (Hirnblutung 11. April 2021)
 - mit depressiven Episoden (Beginn April 2021, Akzentuierung 2022), und paralleler neurasthenischer Symptomatik mit episodischen aufgetretenen Suizidgedanken, aktuell glaubwürdig distanziert
 - vor der Hirnblutung psychiatrische Anamnese bland
2. ab dem 27. April 2021 Folgerehabilitation
3. Verdacht auf PTBS nach Hirnschlag, mit Anhedonie, erhöhter Ängstlichkeit und Verzweiflung

Aufgrund der schweren Belastungen und der psychischen Einschränkungen seit 2021 seien die bestehenden Ressourcen der Beschwerdeführerin gänzlich erschüttert worden. Die nachfolgenden depressiven Krisen mit massiven kognitiven Einschränkungen und Akzentuierung bestimmter einschränkender Persönlichkeitseigenschaften hätten zur 100%igen Arbeitsunfähigkeit geführt. Mit Hilfe der verschiedenen medizinischen und psychotherapeutischen Massnahmen habe die Beschwerdeführerin schrittweise einige Situationen überwinden können und demzufolge habe sie im jetzigen Rahmen, vorsichtig, neue Perspektiven im Alltag entwickeln und sich ihrem Haushalt und ihrer Familie besser widmen können. Sie habe sich von Suizidgedanken distanzieren können. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischen Gründen sehr erschwert, vor allem, was die Anforderungen an die Flexibilitäts- und Umstellungsfähigkeit, die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie die Selbstbehauptungsfähigkeit anbelange. Auch im zwischenmenschlichen Umgang und der Fähigkeit zur sozialen Interaktion sei die Beschwerdeführerin durch die bestehenden Defizite erheblich eingeschränkt. Mit der Ansicht der IV hinsichtlich einer gegebenen Arbeitsunfähigkeit von 28 % sei sie – Dr. med. J. _____ – absolut nicht einverstanden.

4.

4.1

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

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

4.2 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 27. Juli 2023 (act. II 101.1 - 101.9) inklusive der Stellungnahme vom 8. Februar 2024 (act. II 135) erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.1.1 hiervor). Die Beurteilungen der Gutachter sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf einlässlichen Explorationen und wurden unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden vorgenommen. Sie überzeugen inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie die Beurteilungen der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Ebenso flossen die Teilgutachten in die interdisziplinäre Konsensbeurteilung ein.

Die am MEDAS-Gutachten beschwerdeweise geübte Kritik verfängt nicht.

4.2.1 So wird geltend gemacht, sowohl das polydisziplinäre als auch das neuropsychologische Gutachten liessen die entscheidende Frage nach Art und Ausmass des Gesundheitsschadens und der auf dieser Grundlage festzulegenden zeitlichen Entwicklung der Arbeitsfähigkeit weitgehend unbeantwortet (Beschwerde S. 7 III./Ziff. 5.2) bzw. es sei keine schlüssige Beurteilung in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Neurologie möglich aufgrund der fehlenden neuropsychologischen Testung (Beschwerde S. 8 III./Ziff. 5.3). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass im neuropsychologischen Teilgutachten überzeugend und schlüssig dargelegt wurde, weshalb aufgrund vorhandener Inkonsistenzen und Unplausibilitäten in der erhaltenen Befundlage keine valide Aussage zur Diagnose möglich war (act. II 101.5/21Ziff. 6.3.1). Es wurde diesbezüglich angegeben (act. II 101.5/20 Ziff. 6.2), obschon die formalisierte kognitive Performanzvalidierung unauffällig ausfalle, ergäben sich Leistungsinkonsistenzen auf Befundebene. Auch der zeitliche Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigung sowie die geltend gemachten Beschwerden liessen sich ätiologisch nicht dem stattgefundenen hirnnorganischen Ereignis zuordnen. Folglich weisen die Informationsbasis Inkonsistenzen und Unplausibilitäten auf, welche nicht aufgelöst werden könnten. Das in der neuropsychologischen Untersuchung dargestellte Verhalten wirke überhöht, teils beinahe theatralisch und Verdeutlichungstendenzen in der Symptompräsentation seien nicht sicher auszuschliessen. Die durchgeführte formalisierte kognitive Performanzvalidierung aber auch die Beschwerdevalidierung in der Gesamtschau falle unauffällig aus. Der Ratio der Skala kognitive Beschwerden (genuine und pseudo) lasse jedoch eine Beschwerdeüberhöhung vermuten und auch eingebettete Validitätsindikatoren aus der Testung objektivierte Hinweise, die für negative Antwortverzerrungen sprächen. Aufgrund dieser Ergebnisse seien Zweifel an der Authentizität der Beschwerdedarstellung und der Validität des erhaltenen Testprofils zu begründen. An dieser Stelle sei ausserdem darauf hingewiesen, dass bereits die vormals behandelnde Psychiaterin Dr. med. E. _____ festhielt, dass die Beschwerdeführerin "konfabuliere" (act. II 31/5).

Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen bzw. neurologischen Facharztes ist. Eine neuropsychologische Abklärung stellt lediglich – aber immerhin – eine Zusatzuntersuchung dar, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (Urteil des BGer 8C_127/2022 vom 8. Juli 2022 E. 5.3). Da wie erwähnt aus neuropsychologischer Sicht – aufgrund der beschriebenen Inkonsistenzen – keine validen gutachterlichen Aussagen möglich waren und gemäss den neurologischen und psychiatrischen Teilgutachten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen, bleibt die aus allgemeininternistischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit massgebend.

4.2.2 Weiter wird vorgebracht (Beschwerde S. 9 f. III./Ziff. 5.4), die psychiatrischen Diagnosen seien im Gutachten unvollständig gewürdigt worden und die Beurteilung im psychiatrischen Gutachten sei ohne Kenntnis der Vorakten erfolgt, insbesondere hätte die Möglichkeit bestanden, den Bericht von Dr. med. H._____ vom 5. Juni 2023 (act. II 92) den Gutachtern zuzustellen. Der psychiatrische Gutachter dipl. Arzt K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hat sich mit den Vorakten auseinandergesetzt (act. II 101.6/23 ff. Ziff. 6.1) und der Bericht von Dr. med. H._____ vom 5. Juni 2023 (act. II 92) wurde den Gutachtern mit Schreiben vom 12. Juni 2023 (act. II 94) zugestellt, wobei die MEDAS-Gutachter dazu in der Stellungnahme vom 8. Februar 2024 (act. II 135) schlüssig und überzeugend dargelegt haben, dass sich aufgrund dieses Berichtes keine Änderungen an der psychiatrischen Beurteilung und Einschätzung der medizinischen Situation ergäben, womit erstellt ist, dass keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt.

Selbst wenn von der im Bericht der Psychiaterin Dr. med. H._____ vom 5. Juni 2023 (act. II 92) erwähnten teilremittierten mittelgradigen bis schweren depressive Episode mit somatischem Syndrom seit Winter 2021 auszugehen wäre, wäre mit Blick auf die Teilremission und das noch vorhandene erhebliche therapeutische Potential (vgl. die nachstehenden Ausführungen) nicht von einer schweren psychischen Krankheit auszugehen. Denn eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nen-

nenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Attestieren die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne (allenfalls auf Nachfrage hin erfolgte) schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (BGE 148 V 49; SVR 2024 IV Nr. 30 S. 102, 8C_492/2023 E. 5.1).

Dass die Beschwerdeführerin seit dem 30. August 2022 bei Dr. med. H._____ in psychiatrischer Behandlung gewesen sein soll (act. II 92/1 Ziff. 1.1), trifft offenbar nicht zu. Denn gemäss den Angaben des Ehemannes der Beschwerdeführerin bzw. der Beschwerdeführerin selbst wurde die Behandlung bei Dr. med. E._____ im Juni 2022 beendet und erst im Dezember 2022 Kontakt mit Dr. med. H._____ aufgenommen, wobei vorerst noch nicht klar gewesen sei, ob eine Behandlung stattfinden werde (act. II 61, 78, 90). Gemäss den Angaben gegenüber dem psychiatrischen Gutachter am 14. Februar 2023 schien die Behandlung bei Dr. med. H._____ zwischenzeitlich begonnen zu haben (act. II 101.6/4 Ziff. 1.1.4 und 101.6./18 Ziff. 3.2.14; vgl. auch act. II 78). Zudem wurden bereits bei der vormaligen Psychiaterin Dr. med. E._____ nur sehr sporadisch Termine wahrgenommen und es erfolgte auch keine leitliniengerechte Therapie, so führte Dr. med. E._____ aus, eine eigentliche Therapie sei zur Zeit nicht möglich und die Beschwerdeführerin möchte keine Psychopharmaka einnehmen (act. II 45). Obwohl noch erhebliches Therapiepotential bestand (Psychopharmaka, regelmässige Therapiesitzungen), konnte eine Remission der Depression erreicht werden, was auch von der Beschwerdeführerin bestätigt wurde. Damit bestehen keine gewichtigen Gründe im Sinne der Rechtsprechung, welche hinsichtlich der depressiven Störung die Annahme eines anspruchrelevanten Gesundheitsschadens rechtfertigten.

Der mit der Beschwerde ins Recht gelegte Bericht der Psychiaterin Dr. med. J. _____ vom 22. Mai 2024 (act. I 13) ist unbeachtlich, da er nach dem für das Gericht relevanten Überprüfungszeitpunkt – dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2024 (act. II 140) – verfasst wurde (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213, 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140; SVR 2022 UV Nr. 46 S. 183, 8C_655/2021 E. 6.3.1) und sich daraus keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation ziehen lassen bzw. dieser keine neuen Aspekte enthält (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 23, I 649/06 E. 3.4).

4.2.3 Weiter verweist die Beschwerdeführerin unter anderem auf den Schlussbericht des ... vom 11. Januar 2024 (act. II 132/8 ff.) zu dem im Auftrag der Arbeitslosenversicherung vom 28. November 2023 bis 9. Januar 2024 durchgeführten Abklärungsmodul AMM (Arbeitsmarktlichen Massnahme) BIA (Begleitete Integration in den ersten Arbeitsmarkt; Beschwerde S. 4 III./Ziff. 3). Darin wurde ausgeführt, es gebe Faktoren, welche das Wiedereingliederungspotenzial sehr deutlich verringerten. Hier sei insbesondere die sehr stark ausgeprägte Verlangsamung zu nennen, welche sowohl beim Ausführen von praktischen Tätigkeiten als auch beim Sprechen und bei alltäglichen Tätigkeiten (Anziehen etc.) zu beobachten gewesen sei. Ausserdem habe die Beschwerdeführerin teilweise abwesend bzw. in Gedanken versunken gewirkt und habe scheinbar öfters Probleme mit dem Gedächtnis und/oder mit der Konzentration gehabt. Kognitiv anspruchsvollere Aufgaben, welche die Kombination/Koordination mehrerer Teilschritte erforderten, hätten teilweise nicht ausgeführt werden können. Eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt werde aufgrund der gesundheitlichen Situation derzeit als schwierig erachtet.

Bei diesen Beobachtungen handelt es sich nicht um eine medizinische Beurteilung. Nach der Rechtsprechung ist denn auch die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (Urteil des BGer 8C_334/2018 vom 8. Januar 2019 E. 4.2.1). Zudem ergeben sich aus dem Bericht keine neuen Aspekte, welche im Rahmen des MEDAS-

Gutachtens nicht diskutiert worden wären. Damit vermag auch der besagte Abklärungsbericht keine Zweifel am Gutachten zu wecken.

4.2.4 Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder geeignet ist. Es bleibt daher etwa dann entbehrlich, wenn für eine – länger dauernde (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) – (psychisch bedingte) Arbeitsunfähigkeit nach bestehender Aktenlage keine Hinweise (mehr) bestehen oder eine solche im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 145 V 215 E. 7 S. 228). Da hier die MEDAS-Gutachter aus psychiatrischer Sicht überzeugend und schlüssig keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt haben und die übrigen Akten dieses Ergebnis nicht in Zweifel zu ziehen vermögen, kann vorliegend auf eine Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 verzichtet werden. Zudem könnte aufgrund der Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 keine höhere rechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit als die ärztlich attestierte resultieren (SVR 2022 IV Nr. 56 S. 181, 8C_804/2021 E. 4.1.4, Urteile des BGer 8C_230/2022 vom 23. September 2022 E. 5.2.3.2, , 8C_153/2021 vom 10. August 2021 E. 5.4.2). Damit ist in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (volles Pensum mit 20 % Leistungseinbusse; act. II 101.1/15 Ziff. 4.7) erstellt. Der Sachverhalt ist somit liquid, es bedarf keiner weiteren Abklärungen.

5.

Die Beschwerdeführerin macht geltend (Beschwerde S. 3 ff. III./Ziff. 3), der Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit stehe ihr fortgeschrittenes Alter entgegen.

5.1 Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Gründen vermag keinen Rentenanspruch zu begründen. Die Invalidenversicherung hat grundsätzlich nicht dafür einzustehen, dass Versicherte infolge ihres Alters, wegen mangelnder Ausbildung oder Verständigungsschwierigkeiten keine ent-

sprechende Arbeit finden; die hieraus sich ergebende "Arbeitsunfähigkeit" ist nicht invaliditätsbedingt (BGE 107 V 17 E. 2c S. 21; AHI 1999 S. 238 E. 1).

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 145 V 2 E. 5.3.1 S. 16, 138 V 457 E. 3.1 S. 460; SVR 2022 IV Nr. 32 S. 107, 8C_535/2021 E. 5.3.2 und 5.3.3).

Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Massgeblicher Stichtag für die Beantwortung der Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter ist der Zeitpunkt, in welchem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil)Erwerbstätigkeit feststeht. Dies ist der Fall, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 146 V 16 E. 7.1 S. 25, 138 V 457 E. 3.2 S. 460 und E. 3.3 S. 462; SVR 2020 IV Nr. 5 S. 19, 8C_759/2018 E. 7.1 und Nr. 44 S. 155, 9C_644/2019 E. 4.2).

5.2 Im vorliegenden Fall stand mit der ergänzenden Stellungnahme der MEDAS-Gutachter vom 8. Februar 2024 (act. II 135) zum MEDAS-Gutachten vom 27. Juli 2023 (act. II 101.1 - 101.9) aus medizinischer Sicht definitiv fest, dass eine Teilarbeitsfähigkeit gegeben war (vgl. E. 5.1 hier vor). In diesem Zeitpunkt war die am 16. August 1961 geborene Beschwerdeführerin (act. II 1/1 Ziff. 1.1) 62 Jahre und rund sechs Monate alt, so dass unter Berücksichtigung der per 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Stabilisierung der AHV (AHV 21) bis zum ordentlichen Rentenalter bzw. Referenzalter der Beschwerdeführerin von 64 Jahren und drei Monaten eine Aktivitätsdauer von rund einem Jahr und neun Monaten verblieb (vgl. lit. b der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 17. Dezember 2021 [AHV 21]; AS 2023 92).

In der bisherigen Tätigkeit ist die Beschwerdeführerin gemäss MEDAS-Gutachten zu 70 % (volles Pensum mit 30%iger Leistungseinschränkung) arbeitsfähig und in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80 % (volles Pensum mit 20%iger Leistungseinschränkung), wobei es sich dabei um eine ruhige stressfreie Tätigkeit ohne Notwendigkeit, Lasten > 2 kg repetitiv zu bewegen handeln sollte. Es sollten keine Nachtdienste und keine Arbeiten in der Höhe ausgeführt werden müssen und es sollte Optionen von regelmässigen Pausen geben (act. II 101.1/15 Ziff. 4.7 f., 101.3/25 Ziff. 8.2.1).

Im Urteil des BGer 9C_536/2015 vom 21. März 2016 E. 4.2 wurde die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei einer verbleibenden Aktivitätsdauer von einem Jahr und acht Monaten bejaht, wobei der betreffende Versicherte in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig war mit gewissen Einschränkungen im Zumutbarkeitsprofil. Die Beschwerdeführerin ist in einer angepassten Tätigkeit immerhin noch zu 80 % arbeitsfähig und es sind nicht besonders ausgeprägte qualitative Einschränkungen im Zumutbarkeitsprofil gegeben (vgl. Urteil des BGer 8C_117/2018 vom 31. August 2018 E. 3.2 und 3.3.1). Dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. März 1992 beim gleichen Arbeitgeber beschäftigt war (act. II 27/2 Ziff. 2.1), vermag die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit allein nicht zu begründen. Vielmehr zeigt dies auf, dass keine arbeitsmarktliche Desintegration vorliegt. Der Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin subjektiv nicht in

der Lage fühlt, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (act. II 101.3/12 Ziff. 3.2.8, 101.4/13 Ziff. 3.2.8, 101.5/10 Ziff. 3.2.7, 101.6/14 Ziff. 3.2.8), ist unbeachtlich, denn die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit beurteilt sich anhand der objektiven Umstände des Einzelfalles (vgl. E. 5.1 hiervor) und nicht nach dem subjektiven Empfinden der versicherten Person. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin über gute berufliche Qualifikationen verfügt und sie nach wie vor im kaufmännischen Bereich tätig sein kann gemäss Zumutbarkeitsprofil. Der relevante (hypothetische) ausgeglichene Arbeitsmarkt beinhaltet durchaus Stellen, die für die Beschwerdeführerin aufgrund des festgestellten Zumutbarkeitsprofils auch ohne lange Umstellungs- und Einarbeitungszeit in Frage kommen. Folglich erscheint das Finden einer entsprechenden Stelle nicht von vornherein ausgeschlossen (vgl. Urteil des BGer 9C_898/2017 vom 25. Oktober 2018 E. 3.3.1 ff.).

5.3 Mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen und die relativ hohen Hürden betreffend die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Versicherter (vgl. BGer 9C_536/2015 E. 4.2) ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten kann.

6.

Nachfolgend ist die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

6.1 Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Unterlag das in den letzten Jahren vor Eintritt der Invalidität erzielte Erwerbseinkommen starken Schwankungen, so wird auf ein angemessenes Durchschnittseinkommen abgestellt (Art. 26 Abs. 1 IVV). Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach

statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV).

6.2 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Bei versicherten Personen nach Art. 26 Abs. 6 IVV sind in Abweichung von Art. 25 Abs. 3 IVV geschlechtsunabhängige Werte zu verwenden (Art. 26^{bis} Abs. 2 IVV). Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung).

Soweit aufgrund der gegebenen Fallumstände, bei Beachtung von Art. 26 Abs. 2 und Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV sowie der nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV ärztlich festgelegten qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit Bedarf an weitergehender Korrektur besteht, ist, was die zu berücksichtigenden Faktoren und deren Gewichtung beim leidensbedingten Abzug angeht, ergänzend auf die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze zurückzugreifen (BGE 150 V 410 E. 10.6 S. 439).

Es kann sich rechtsprechungsgemäss rechtfertigen, auf die Tabelle TA7 resp. T17 (ab 2012) abzustellen, wenn dies eine genauere Festsetzung des Invalideneinkommens erlaubt und wenn der versicherten Person der öffentliche Sektor auch offensteht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181; SVR 2023 IV Nr. 13 S. 40, 8C_72/2022 E. 7.1).

6.3 Der von der Beschwerdegegnerin angenommene Status von 70 % Erwerb und 30 % Haushalt (act. II 109/4 Ziff. 4, 140) ist zu Recht unbestritten (zum Status vgl. Art. 24^{septies} IVV; BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30, 117 V 194

E. 3b S. 195; SVR 2020 IV Nr. 72 S. 250, 9C_157/2020 E. 4.1.1, 2019 IV Nr. 3 S. 6, 8C_145/2018 E. 5.1).

6.4 Der Beschwerdeführerin wurde nach dem am 11. April 2021 erlittenen Aortenriss eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. act. II 20/5) und die Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung erfolgte im Juli 2021 (act. II 1). Folglich fällt der frühestmögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG (sechsmonatige Karenzfrist seit der Anmeldung) und Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (Wartejahr) auf April 2022. Auf diesen Zeitpunkt hin ist eine Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

6.5

6.5.1 Für das Valideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das zuletzt beim ... erzielte Einkommen abgestellt, welches im Jahr 2022 aufgerechnet auf ein 100%-Pensum Fr. 123'228.-- betrug (act. II 108/1, 109/6), was denn auch von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet wird.

Da für das Invalideneinkommen kein anrechenbares Einkommen vorliegt (vgl. E. 6.2 hiervor), ist auf statistische Werte abzustellen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 5 III./Ziff. 4) ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf die LSE 2020, Tabelle T17, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht, Privater und öffentlicher Sektor, Ziff. 33, Betriebswirtschaftliche und kaufmännische Fachkräfte und Verwaltungsfachkräfte, Total, Frauen, im Betrag von Fr. 7'064.-- monatlich bzw. Fr. 84'768.-- jährlich, abgestellt hat (vgl. E. 6.2 hiervor), da mit Blick auf das gutachterlich formulierte Zumutbarkeitsprofil nach wie vor kaufmännische Tätigkeiten zumutbar sind. Davon werden auch einfache Bürotätigkeiten erfasst, was sich bereits darin zeigt, dass der Tabellenlohnwert deutlich tiefer ist als das Valideneinkommen der Beschwerdeführerin. Indexiert auf das Jahr 2022 resultiert ein Betrag von Fr. 88'394.90 (Tabelle T1.2.15, Nominallohnindex, Frauen 2016 - 2023, Ziff. 84, Öffentliche Verwaltung, Index Jahr 2020: 100.5 Punkte, Index Jahr 2022: 104.8 Punkte). Die Anpassung an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden im Bereich Ziff. 84 Öffentliche Verwaltung

ergibt einen Betrag von Fr. 91'930.70 (Fr. 88'394.90 : 40 h x 41.6 h). Unter Berücksichtigung der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit resultiert ein Betrag von Fr. 73'544.55 (Fr. 91'930.70 x 0.8). Dass kein 10%iger Abzug gemäss Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung) gewährt wurde, ist mit Blick auf die 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit korrekt. Ob gestützt auf die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze zum leidensbedingten Abzug (vgl. 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 2024 UV Nr. 14 S. 58, 8C_706/2022 E. 6.1.2, 2018 IV Nr. 46 S. 147, 8C_211/2018 E. 3.3) aufgrund des Dienstalters und des Alters der Beschwerdeführerin ein Abzug zu gewähren wäre (vgl. E. 6.2 hiervor), kann offen bleiben, denn selbst wenn für diese beiden Punkte gesamthaft ein 10%iger Abzug zu gewähren und von einem Invalideneinkommen von Fr. 66'190.10 (Fr. 73'544.55 x 0.9) auszugehen wäre, würde sich am Resultat nichts ändern.

Die Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Vergleichseinkommen ergibt im erwerblichen Bereich eine Einschränkung von 40.32 % ([Fr. 123'228.-- - Fr. 73'544.55] : Fr. 123'228.-- x 100) bzw. 46.29 % ([Fr. 123'228.-- - Fr. 66'190.10] : Fr. 123'228.-- x 100) bei einem leidensbedingten Abzug von 10 %, was bei einem Status von 70 % Erwerb und 30 % Haushalt einen gewichteten Invaliditätsgrad von 28.22 % (40.32 % x 0.7) bzw. 32.40 % (46.29 % x 0.7) ergibt.

6.5.2 Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 5 f. III./Ziff. 4) war eine Haushaltabklärung an Ort und Stelle nicht notwendig. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Einschränkung im Haushalt anhand der Akten beurteilt hat (vgl. Rz. 3600 KSIR und Rz. 3042 des Kreisschreibens des BSV über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI]). Denn wie im Abklärungsbericht Haushalt vom 24. August 2023 (act. II 109/7 f. Ziff. 7.2) und in der angefochtenen Verfügung (act. II 140/4) schlüssig und überzeugend dargelegt wurde, ergibt sich aus den Akten (vgl. act. II 101.3/13 f. Ziff. 3.2.12, 101.3/16 Ziff. 3.2.16, 101.3/20 Ziff. 6.2, 101.4/14 f. Ziff. 3.2.12, 101.6/16 f. Ziff. 3.2.12), dass die Beschwerdeführerin die Haushaltarbeiten in angepasstem Tempo

oder unter Mithilfe ihres Ehemannes erledigen kann. In diesem Zusammenhang ist auf die Schadenminderungspflicht der Familienangehörigen – hier des Ehemannes – hinzuweisen. Diesen können rechtsprechungsgemäss im Rahmen der familienrechtlichen Beistandspflicht im Einzelfall umfangreiche Hilfestellungen zugemutet werden (vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2 S. 509; SVR 2011 IV Nr. 11 S. 29, 9C_410/2009 E. 5.5). Vorliegend ist eine verstärkte Mithilfe des Ehemannes im Rahmen der Schadenminderungspflicht zumutbar. Ausserdem ist Folgendes zu berücksichtigen: Damit gesamthaft ein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde, müsste die Beschwerdeführerin mit Blick auf die Einschränkungen im erwerblichen Bereich (vgl. E. 6.5.1 hiervor) im häuslichen Bereich eine ungewichtete Einschränkung von 37.6 % bzw. 23.65 % (bei einem leidensbedingten Abzug von 10 %) bzw. bei einem Status 70 % Erwerb und 30 % Haushalt einen gewichteten Invaliditätsgrad von 11.28 % bzw. 7.1 % (bei einem leidensbedingten Abzug von 10 %) aufweisen, was mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 161, 8C_457/2021 E. 3.3) nicht der Fall ist. Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin davon ausgegangen ist, dass im Haushaltbereich keine Einschränkung vorliegt.

6.6 Die angefochtene Verfügung vom 2. Mai 2024 (act. II 140) erweist sich somit als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

7.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezah-

lung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

7.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
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):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 2. Mai 2025)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.