

IV 200 2024 597
JAP/FRJ/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Februar 2025

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Frésard

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. August 2024



Sachverhalt:

A.

Der 2000 geborenen A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurden von der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) im Juli 2010 aufgrund eines Geburtsgebrechens (Kieferfehlstellung) medizinische Massnahmen zugesprochen (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 2, 8).

Im März 2023 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf mehrere erlittene Schädel-Hirn-Traumata erneut zum Leistungsbezug an (act. II 20, 23). In der Folge tätigte die IVB medizinische und erwerbliche Abklärungen und veranlasste insbesondere eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS C. _____ (MEDAS-Gutachten vom 14. Mai 2024 [act. II 86.1-86.12] sowie ergänzende Stellungnahme vom 5. Juli 2024 [act. II 96]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (vgl. act. II 88, 92, 95) wies die IVB das Leistungsbegehren hinsichtlich einer Invalidenrente mit Verfügung vom 7. August 2024 (act. II 97) bei einem Invaliditätsgrad von 20 % per 16. September 2023 und 28 % per 1. Januar 2024 ab.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, mit Eingabe vom 9. September 2024 Beschwerde beim Verwaltungsgericht. Sie beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer unbefristeten Invalidenrente.

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 27. September 2024 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 18. Oktober 2024 tätigte die Beschwerdeführerin weitere materielle 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 einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 7. August 2024 (act. II 97). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Er-

werbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

2.2 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. 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).

2.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Der

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

2.4 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.

3.1 Die angefochtene Verfügung vom 7. August 2024 (act. II 97) stützt sich in medizinischer Hinsicht auf das MEDAS-Gutachten vom 14. Mai 2024 (act. II 86.1-86.12). Darin stellten die Experten in ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung (act. II 86.1 S. 5 ff.) folgende Diagnosen (S. 9 f. Ziff. 4.3):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Intermittierende Schwankschwindelsymptomatik (ICD-10: H81.9)
 - Unauffällige periphere vestibuläre Funktion
 - Zustand nach Kopfanpralltrauma 2016
 - DD leichtgradige zentral-vestibuläre Funktionsstörung
2. Chronisches cervicospondylogenes bis cervicocephales/frontales Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.0)
 - Radiomorphologisch im Röntgen HWS und Dens mit Funktionsaufnahmen vom 08.08.2023 in der seitlichen Aufnahme ca. 2 mm

Ventralversatz von HWK 3 gegenüber HWK 4, in der Reklination regelrechtes Alignment, jedoch in der Inklination minimale Zunahme der Anterolisthese von HWK 3 gegenüber HWK 4 um ca. 3 mm. Insgesamt Verdacht auf pathologische Beweglichkeit in Höhe von HWK 3/4. Keine Höhenminderung der mitabgebildeten Wirbelkörper. Degenerative Veränderungen mit Facettengelenksarthrose HWK 4/5. Mitabgebildete Weichteile unauffällig.

- Radiomorphologisch gemäss Aktenlage (Upright-MRT in DE-München vom 13.01.2022): Rotationsfehlstellung zwischen 1. und 2. Wirbelkörper mit Rechtsrotation des Atlas gegenüber dem Dens Axis um 15 Grad, Verdickung der Lig. transversum atlantis, hyperintensive Signalveränderungen in der Ligamenta alaria links mehr als rechts
 - Funktionell überdurchschnittlich gute HWS-Bewegungsfähigkeit im Status vom 16.04.2024
 - Objektivierbare reaktive Myogelosen paracervical, im Trapezius und interscapulären Gebiet links mehr als rechts
 - St. n. mehrfachen HWS-Kontusionen und HWS-Beschleunigungstraumata 2016 und 2017 beim Handball spielen
3. Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0)
- Subjektive Erschöpfung und Konzentrationsdefizite (ICD-10: R53)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Anamnestisch Angststörung, nicht näher bezeichnet (ICD:10: F41.9)
2. Anamnestisch dissoziative Störung (ICD-10: F44)
3. Dyslipidämie (ICD-10: E78.2)
4. Operiertes Sulcus ulnaris-Syndrom (ICD-10: G56.2)
5. St. n. Débridement Ellenbogen rechts am 17.12.2020 bei multiplen freien Gelenkskörpern und Knorpelläsion in der Trochlea posteromedial bei St. n. kindlicher, höchstwahrscheinlich supracondylärer Fraktur mit offener Reposition und KD-Osteosynthese (ICD-10: M24.08)
6. St. n. diagnostischer Arthroskopie Schultergelenk rechts, Tenotomie der langen Bizepssehne mit subacromialer Burssektomie, offener subpektoraler Tenodese Bizepssehne am 21.06.2018, Schulthess Klinik Zürich bei Tendinopathie der langen Bizepssehne rechts bei SLAP-Läsion sowie Plica-Syndrom Ellbogen rechts (ICD-10: M67.9)
7. St. n. Uveitis intermedia beidseits unklarer Ätiologie 09/2022 (ICD-10: H20.9)

Aus allgemein-internistischer Sicht (act. II 86.3 S. 2 ff.) lägen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (S. 5 Ziff. 6.3).

Im psychiatrischen Teilgutachten (act. II 86.4) hielt Dr. med. D. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, im Vordergrund stün-

den somatische Probleme, da psychische Beschwerden aktuell verneint würden (S. 7 Ziff. 6.2.1). Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne nicht nachvollzogen werden, da die Diagnosekriterien der ICD-10 hierfür nicht erfüllt seien. Die nach 2022 bestehenden, affektiven, ängstlichen und dissoziativen Symptome könnten aktuell nicht mehr festgestellt werden, hätten jedoch zum damaligen Zeitpunkt vorliegen können (S. 8 Ziff. 6.2.3). Nachdem die beklagten Beschwerden offenbar nicht befriedigend und nicht ausschliesslich aufgrund somatischer Probleme erklärbar seien, sei aus psychiatrischer Sicht an eine somatoforme Störung in Form einer Somatisierungsstörung zu denken; die diagnostischen Leitlinien hierfür seien erfüllt (S. 8 Ziff. 6.3). Aus rein psychiatrischer Sicht könne die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit in einem vollen Pensum anwesend sein. Während dieser Anwesenheit bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 9 Ziff. 8.1). In einer leidensangepassten Tätigkeit, bei welcher genügend Pausenmöglichkeiten vorhanden seien und welche kognitiv auch weniger anspruchsvolle Aufgaben beinhalte, könne die Beschwerdeführerin ebenfalls in einem vollen Pensum anwesend sein. Während dieser Anwesenheit bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 10 %. Die Arbeitsfähigkeit betrage 90 % (S. 9 Ziff. 8.2). Die erwähnte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe wahrscheinlich seit Jahren (S. 9 Ziff. 8.1.4 und 8.2.5).

Im rheumatologischen Teilgutachten (act. II 86.5) hielt Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, fest, die segmentale Untersuchung der Lenden- und Brustwirbelsäule sei völlig unauffällig gewesen. Im Bereich der Halswirbelsäule hätten demgegenüber multiple schmerzhaft Triggerpoints im Bereich der paracervicalen und Schultergürtelmuskulatur sowie multiple ossäre Irritationszonen der Processus spinosus und Processus transversus der Halswirbelsäule festgestellt werden können. Gestützt auf die Untersuchungsbefunde und die Aktenlage bestehe ein somatisches Korrelat für die chronischen cervicalen Schmerzen sei 2016/2017 und die intermittierend, zum Teil holocephal beschriebenen Kopfschmerzen. Hingegen könnten die von der Beschwerdeführerin seither beklagte allgemeine Leistungsintoleranz und die rasche Ermüdung rein klinisch in Bezug auf den Bewegungsapparat nicht erklärt

werden; diesbezüglich werde auf das neurologische und neuropsychologische Gutachten verwiesen (S. 7 f. Ziff. 6.1). Aus rein rheumatologischer Sicht könne die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit acht bis achteinhalb Stunden pro Tag anwesend sein; dies unter der Voraussetzung einer vor allem sitzenden Tätigkeit mit einer optimalen Arbeitsplatzergonomie und regelmässigen Positionswechsel nach eigenem Gutdünken. Während dieser Anwesenheit bestehe eine um 20 % reduzierte Leistungsfähigkeit aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs. Die Arbeitsfähigkeit betrage 80 % (S. 10 Ziff. 8.1). Das Gesagte gelte ebenfalls für eine dem Leiden angepassten Tätigkeit (S. 10 f. Ziff. 8.2). Aufgrund der klinischen Befunde der Neurochirurgie des Spitals F._____ sei anzunehmen, dass die aktuellen Befunde und Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seit spätestens August 2023 bestünden (S. 10 f. Ziff. 8.1.4 und 8.2.5).

Im neurologischen Teilgutachten (act. II 86.6) hielt Dr. med. G._____, Facharzt für Neurologie, fest, in der aktuellen Untersuchung werde "eine massive Verschlechterung von Erschöpfung und Müdigkeit seit der neuropsychologischen Untersuchung vor 10 Tagen beklagt". Dies stehe im Kontrast zu einem in objektiver Hinsicht völlig unauffälligen neurologischen Status. Gesamthaft ergäben sich aus den Unterlagen eine Fülle von Beschwerden, denen nur kleine oder diskrete organische Korrelate entgegenstehen. Die initialen Traumata würden plausibel geschildert, Restbeschwerden müssten nach acht Jahren jedoch abgeklungen sein. Anzunehmen sei eine Somatisierungsstörung. Gesamthaft ergäben sich daher keine Anhaltspunkte für eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende, neurologische Erkrankung (S. 5 Ziff. 6.1). Aus rein neurologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (ohne jegliche Leistungseinschränkung). Eine optimal angepasste Tätigkeit entspreche einer Tätigkeit mit körperlich leichten bis punktuell mittelschweren Arbeiten (S. 6 f. Ziff. 8.1 f.).

Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung (act. II 86.8) hielt M.Sc. H._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, fest, es könne gestützt auf die Symptomvalidierungstests und die Analyse der Testbefunde auf Gültigkeit und Konsistenz von validen Testbefunden aus-

gegangen werden. Es habe eine leichte neuropsychologische Hirnfunktionsstörung mit Minderleistungen in den Bereichen der geteilten Aufmerksamkeit, des Verarbeitungstempos und der kognitiven Belastbarkeit festgestellt werden können. Als mögliche Ursache hierfür könne das HWS-Trauma von 2017 angesehen werden (S. 8 Ziff. 7). Aus rein neuropsychologischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 9 Ziff. 12.1). In einer Tätigkeit mit abgeschlossenem Bachelor in ... und ... könne die Beschwerdeführerin ihre Konzentration bei Zeitdruck nur kurzfristig aufrechterhalten, danach nehme die Fehleranfälligkeit zu. Ausserdem habe sie Schwierigkeiten, Multitasking-Anforderungen zu bewerkstelligen (S. 9 Ziff. 3). Eine leidensangepasste Tätigkeit entspreche einer Tätigkeit, bei der die kognitiven Anforderungen optimal angepasst sind (Vermeiden von Multitasking-Anforderungen, adäquates Pausenmanagement, Arbeiten in eigenem Tempo). Die Einschätzung zur Arbeit- und Leistungsfähigkeit (für nicht angepasste Tätigkeiten) gelte spätestens seit der aktuellen neuropsychologischen Abklärung (S. 10 Ziff. 12.4).

Im otorhinolaryngologischen Teilgutachten (act. II 86.7) legte Dr. med. I. _____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, dar, die ORL-Untersuchung habe eine altersentsprechende Hörschwelle beidseits gezeigt. Betreffend die periphere, vestibuläre Funktion hätten sich sodann unauffällige Befunde mit fehlenden pathologischen Nystagmen sowie symmetrischer kalorischer Erregbarkeit beidseits gezeigt, sodass von einer unauffälligen peripheren vestibulären Funktion ausgegangen werden könne. Es hätten sich einzig diskrete Befunde einer Störung der Blickfixation sowie eine Unsicherheit im Rahmen der spinalen Motorik gezeigt, welche am ehesten im Rahmen einer leichtgradigen zentralen-vestibulären Funktionsstörung interpretiert werden könnten (S. 4 Ziff. 6.3). Aus rein otorhinolaryngologischer Sicht könne die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit acht Stunden pro Tag anwesend sein. Während dieser Anwesenheit sei die Beschwerdeführerin in Anbetracht der Schwindelsymptomatik mit anzunehmendem langsamerem Arbeitstempo und erhöhtem Pausenbedarf zu 20 % in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit betrage 80 % (S. 5 Ziff. 8.1). In einer leidensangepassten Tätigkeit, welche keine sturzgefährdenden Tätigkeiten oder Tätigkeiten mit schnellen

Rotationsbewegungen beinhalte, könne die Beschwerdeführerin ebenso acht Stunden pro Tag anwesend sein. Während dieser Anwesenheit sei die Beschwerdeführerin in Anbetracht der Schwindelsymptomatik mit anzunehmendem langsamerem Arbeitstempo und erhöhtem Pausenbedarf ebenfalls zu 20 % in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit betrage 80 % (S. 5 Ziff. 8.2). Die erwähnte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne seit Jahren vermutet werden (S. 5 f. Ziff. 8.1.4 und 8.2.5).

In ihrer Konsensbeurteilung (act. II 86.1 S. 5 ff.) hielten die Sachverständigen fest, die aus rheumatologischer, psychiatrischer, neuropsychologischer und otorhinolaryngologischer Sicht attestierten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit würden sich nicht addieren, sondern ergänzen; es könnten die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen vermehrter Pausen verwendet werden (S. 11 Ziff. 4.5). In ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin sieben bis acht Stunden pro Tag anwesend sein. Während dieser Anwesenheit bestehe eine reduzierte Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement. Die Arbeitsfähigkeit betrage 70 % (S. 11 Ziff. 4.6). In einer leidensangepassten Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin acht Stunden pro Tag anwesend sein. Eine solche entspreche einer körperlich leichten, vor allem sitzend ausgeübten, wechselbelastenden Tätigkeit an einem ergonomisch gut eingestellten Arbeitsplatz, bei der genügend Pausenmöglichkeiten sowie das Einbauen von Zeitreserven möglich seien und keine Multitasking-Anforderungen bestünden. Ebenfalls dürfe diese Tätigkeit keine sturzgefährdenden Tätigkeiten oder Tätigkeiten mit Rotationsbewegungen beinhalten. Während dieser Anwesenheit bestünde eine leicht reduzierte Leistungsfähigkeit bei einem etwas erhöhten Pausenbedarf und reduziertem Rendement. Die Arbeitsfähigkeit betrage 80 % (S. 11 f. Ziff. 4.7). Mangels vorangehend dokumentierter dauerhafter Arbeitsunfähigkeit könne die erwähnte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit spätestens seit dem Zeitpunkt der IV-Anmeldung im März 2023 angenommen werden (S. 11 f. Ziff. 4.6.4 und 4.7.5).

3.2 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).

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, 8C_260/2020 E. 2.2).

3.3 Das MEDAS-Gutachten vom 14. Mai 2024 (act. II 86.1-86.12) inkl. ergänzende Stellungnahme vom 5. Juli 2024 (act. II 96) ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf einlässlichen klinischen Explorationen und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Es überzeugt inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin erfolgte unter Einbezug sämtlicher hier relevanten me-

dizinischen Fachdisziplinen und beruht auf nachvollziehbaren und überzeugenden Einschätzungen anlässlich einer Konsensbeurteilung der sechs Sachverständigen (vgl. act. II 86.1 S. 5 ff.). Ebenso wurde nachvollziehbar zu den Rückfragen Stellung genommen und aufgezeigt, dass und weshalb an der gutachterlichen Beurteilung festgehalten werden könne (vgl. act. II 96 sowie hiernach). Damit erfüllt diese Expertise inkl. ergänzende Stellungnahme die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis, weshalb darauf abzustellen ist.

Psychiatrischerseits ist gestützt auf die gutachterliche Einschätzung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzig eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) ausgewiesen. Die psychiatrische Sachverständige setzte sich im Rahmen der diagnostischen Herleitung einlässlich mit den Akten und den Befunden der gutachterlichen Exploration auseinander und legte schlüssig und einleuchtend dar, dass gestützt auf die klinische Untersuchung, die Diagnosekriterien der ICD-10 sowie mangels aktueller beklagter, psychischer Beschwerden weitere Diagnosen – insb. die vom behandelnden Psychiater diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung (vgl. act. II 67 S. 16) – verneint werden müssen (act. II 86.4 S. 8 Ziff. 6.2.3, 6.3). Gegenteiliges wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht. Da sich die somatisch und psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeiten nicht summieren (vgl. act. II 86.1 S. 11 Ziff. 4.5 sowie hiernach), ist sodann nicht ausschlaggebend, ob die psychische Symptomatik mit 20 % oder 10 % zu Buche schlägt (vgl. Beschwerde S. 8 Ziff. III Ziff. 7). Anzumerken ist jedoch, dass die Arbeitsfähigkeit von 90 % die optimal leidensangepassten Tätigkeit und die Arbeitsfähigkeit von 80 % die zuletzt ausgeübte Tätigkeit betrifft (vgl. act. II 86.4 S. 9 Ziff. 8.1 und 8.2). Diese Einschätzung gibt denn auch zu keinerlei Zweifel Anlass, zumal auch der behandelnde Psychiater von einer "günstigen Eingliederungsprognose" ausging (act. II 67 S. 19 Ziff. 4.3).

In somatischer Hinsicht ist mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches cervicospondylogenes bis cervicocephales/frontales Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.0) und eine intermittierende Schwankschwindelsymptomatik (ICD-10: H81.9) ausgewiesen. Die Sachverständigen zeigten

nachvollziehbar und schlüssig auf, dass ein Teil der von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden – die chronischen cervicalen Schmerzen, die Kopfschmerzen sowie die Schwindelsymptomatik – aus rheumatologisch/otorhinolaryngologischer Sicht klinisch objektivierbar sind, sich hingegen für die beklagte allgemeine Leistungsintoleranz und die rasche Ermüdung kein somatisches Korrelat finden lässt (act. II 86.1 S. 8 f. Ziff. 4.2, 4.3). In diesem Zusammenhang zeigte der neurologische Sachverständige Dr. med. G. _____ gestützt auf die eigenen erhobenen Befunde und die medizinischen Vorakten einlässlich auf, dass keine Hinweise für eine neurologische Ursache der beklagten Beschwerden zu finden seien (act. II 86.1 S. 9, 86.6 S. 5 Ziff. 6.1). Dies korreliert denn auch mit der Einschätzung der behandelnden Ärzte des Spitals F. _____, die – unter Berücksichtigung einer umfassenden Anamnese und mehreren klinischen und bildgebenden Untersuchungen – keine Anhaltspunkte für eine neurologische Erkrankung finden konnten und die Ursache der beklagten Beschwerden offenliessen (act. II 56 S. 8). Entsprechend waren auch die behandelnden Ärzte des Spitals F. _____ ausser Stande, eine neurologische Diagnose zu stellen (act. II 54 S. 2). Dass die behandelnden Ärzte des Spitals F. _____ in ihrem Bericht vom 15. August 2023 (act. II 54 S. 1 f.) weitergehende neurologische Abklärungen befürworteten (S. 2; vgl. hierzu sinngemäss Beschwerde S. 4 Ziff. III Ziff. 2 sowie S. 9 Ziff. III Ziff. 7), vermag das neurologische Teilgutachten nicht in Zweifel ziehen, zumal es grundsätzlich Sache der Sachverständigen ist, zu entscheiden, ob und welche Abklärungen sowie Untersuchungen für eine umfassende Expertise notwendig sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_593/2020 vom 24. November 2020 E. 4.1.1) und vorliegend keinerlei Anhaltspunkte ersichtlich sind, dass der neurologische Sachverständige nicht lege artis vorgegangen wäre. Soweit die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang ferner bemängelt, dass die von ihr im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten (somatischen) Berichte (vgl. act. II 93) nicht Gegenstand des gutachterlichen Aktenauszugs (act. II 86.2) gewesen seien (Beschwerde S. 4 Ziff. III Ziff. 3, S. 9 Ziff. III Ziff. 7), ist festzuhalten, dass diese der Gutachterstelle im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nachträglich unterbreitet wurden (vgl. act. II 94), woraufhin der neurologische Sachverständige ausführlich und schlüssig erklärte, dass und weshalb an der gutachterlichen Einschätzung festgehalten werden könne (act. II 96). Inwiefern diese

eingereichten (fast allesamt älteren) Berichte "ein anderes Bild" der Beschwerdeführerin zeichnen würden (Beschwerde S. 4 Ziff. III Ziff. 3), ist ohnedies nicht ersichtlich. Anzumerken ist schliesslich, dass der rheumatologische Bericht der Praxis J. _____ vom 13. Januar 2022 (act. II 93 S. 117 ff.) bzw. die darin erhobenen Befunde im Bericht des Spitals F. _____ vom 2. Dezember 2022 (act. II 56 S. 3 ff.) – der Gegenstand des gutachterlichen Aktenauszugs war (vgl. act. II 86.2) – ausführlich wiedergegeben wurden (vgl. act. II 56 S. 7). Gleiches gilt für den otorhinolaryngologischen Bericht des Dr. med. K. _____ (...) vom 22. Dezember 2021 (act. II 93 S. 115 f.), dessen Feststellungen sich im Bericht des Dr. med. L. _____ (...) vom 31. Januar 2022 (act. II 69 S. 13 ff.; ebenfalls Teil des Aktenauszugs [act. II 86.2]) wiederfinden (vgl. act. II 69 S. 14 f.).

Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (Beschwerde S. 8 Ziff. III Ziff. 7) wurde im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung auf Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Sachverständigen sodann sehr wohl begründet, weshalb sich die aus rheumatologischer, psychiatrischer, neuropsychologischer und otorhinolaryngologischer Sicht attestierten Einschränkungen nicht additiv auswirken, sondern ineinander aufgehen. Die Sachverständigen erklärten, dass die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen vermehrten Pausen verwendet werden können (act. II 86.1 S. 11 Ziff. 4.5). Diese Schlussfolgerung ist nachvollziehbar, beziehen sich die aus der Somatisierungsstörung, der Beeinträchtigung der Wirbelsäule sowie der Störung der Vestibularfunktion herrührenden Einschränkungen doch allesamt nicht auf die Präsenzzeit, sondern auf das Rendement bzw. einen erhöhten Pausenbedarf (act. II 86.4 S. 9 Ziff. 8.1 f., 86.5 S. 10 f. Ziff. 8.1 f., 86.7 S. 5 f. Ziff. 8.1 f.). Da diese spezifisch medizinische Problematik und Einschätzung somit überzeugt, rückt das Gericht nicht davon ab (SVR 2020 IV Nr. 22 S. 75, 9C_461/2019 E. 4.1).

Schliesslich sind auch die übrigen medizinischen Akten nicht geeignet, Zweifel an der Schlüssigkeit des interdisziplinären Gutachtens zu wecken, zumal diese keine wichtigen neuen Aspekte, insbesondere hinsichtlich der Befundlage, zu nennen vermochten, welche im Rahmen der Begutachtung

unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3). Dem Bericht des behandelnden Hausarztes Dr. med. M. _____, Praktischer Arzt, vom 18. Oktober 2023 (act. II 67 S. 3 ff.), der lediglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit postulierte (S. 5 Ziff. 2.7), lässt sich weder eine konkrete Diagnose noch eine begründete Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit entnehmen. Weitere (vorliegend relevante) Einschätzungen zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der somatischen Behandler finden sich – mit Ausnahme der im Rahmen der stationären Behandlung vom Juni/Juli 2018 attestierten Arbeitsunfähigkeit (act. II 93 S. 113) – sodann nicht.

3.4 Nach dem Dargelegten bietet das MEDAS-Gutachten vom 14. Mai 2024 (act. II 86.1-86.12) inkl. ergänzende Stellungnahme vom 5. Juli 2024 (act. II 96) – auch unter Berücksichtigung der im Vorbescheidverfahren eingereichten Berichte (vgl. act. II 93) – eine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin, weshalb darauf abzustellen ist. Der medizinische Sachverhalt erweist sich damit als rechtsgenügend abgeklärt, weshalb auf weitere Beweisvorkehrungen, insbesondere die beantragte, polydisziplinäre Gutachtensergänzung (Beschwerde S. 9 Ziff. III Ziff. 7), verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung: BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; Urteil des BGer 9C_298/2024 vom 14. August 2024 E. 5.2, zur Publikation vorgesehen; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4). Auszugehen ist demnach von einer spätestens seit März 2023 bestehenden 80%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach Massgabe von BGE 141 V 281 und 143 V 209 betr. der psychiatrisch attestierten Somatisierungsstörung erübrigt sich vorliegend, da hieraus keine höhere Arbeitsunfähigkeit resultieren kann (vgl. Urteil des BGer 8C_783/2019 vom 14. April 2020 E. 4.1.4) und die aus psychiatrischer und somatischer Sicht attestierten Einschränkungen ohnehin ineinander aufgehen (vgl. E. 3.3 hiavor).

4.

4.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns massgeblich, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Ob die Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. E. 2.2 hiervor) im Zeitpunkt des Ablaufs der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 2.2 hiervor) im Oktober 2023 erfüllt war, kann offen bleiben, da aus der Invaliditätsbemessung in diesem Zeitpunkt ohnehin kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert (vgl. E. 4.6 hiernach).

4.2. Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns 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 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). 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).

4.3 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, bis zum 31. Dezember 2023 ergänzend auf die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze zurückzugreifen (Urteil des BGer 8C_823/2023 vom 8. Juli 2024 E. 10.6, zur Publikation vorgesehen).

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

4.5 Die Beschwerdegegnerin bestimmte das Validen- und das Invalideneinkommen auf Grundlage des gleichen Tabellenlohns gemäss Tabelle TA1 der LSE 2020, Kompetenzniveau 3, Frauen – unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit pro Woche sowie der Nominallohnentwicklung – und ermittelte daraus einen Invaliditätsgrad von 20 % (bis 31. Dezember 2023) und 28 % (ab 1. Januar 2024; act. II 97).

Die Beschwerdeführerin wendet hiergegen beschwerdeweise ein, sie sei als hochbegabt identifiziert worden und es bestünden keine Zweifel, dass sie bei guter Gesundheit ebenso das Masterstudium abgeschlossen hätte, was dem Kompetenzniveau 4 entspreche. Mit Blick auf die ... Ausbildung an der Hochschule ... sei auf den Sektor Finanz- und Versicherungsdienst-

leistungen der TA1 der LSE abzustellen, womit der Beschwerdeführerin ein Valideneinkommen von Fr. 130'000.--anzurechnen sei. Was das Invalideneinkommen betreffe, seien angesichts des gutachterlich formulierten Zumutbarkeitsprofils die Zahlen des Kompetenzniveaus 2 heranzuziehen, da das vorliegende Beschwerdebild gegen das Kompetenzniveau 3 spreche (Beschwerde S. 4-7 Ziff. III Ziff. 4).

Die Beschwerdeführerin gab anlässlich des Erstgesprächs gegenüber der Verwaltung an, dass sie im Gesundheitsfall im Umfang von 100 % erwerbstätig wäre (vgl. hierzu act. II 27 S. 2). Der von der Beschwerdegegnerin festgelegte Status als voll Erwerbstätige ist damit nicht zu beanstanden. Da sich die Beschwerdeführerin vor Eintritt des zur Invalidität führenden Gesundheitsschadens noch im Gymnasium befand bzw. keiner (ordentlichen) Erwerbstätigkeit nachging (vgl. act. II 27 S. 2, 28) ist das Valideneinkommen unbestrittenermassen anhand statistischer Werte zu ermitteln (vgl. E. 4.2 hiavor). Weil die Beschwerdegegnerin aktuell sodann keiner Erwerbstätigkeit im zumutbaren Umfang von 80 % (act. II 86.1 S. 11 f. Ziff. 4.7) nachgeht (vgl. hierzu act. II 84) und damit ihre medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit nicht vollständig ausschöpft, ist ebenso nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Werte ermittelt hat (vgl. E. 4.3 hiavor). Indes ist darauf hinzuweisen, dass grundsätzlich stets die in Bezug auf den Rentenbeginn aktuellsten veröffentlichten statistischen Daten zu verwenden sind (vgl. BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297) und die LSE 2022 im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 7. August 2024 (act. II 97) bereits vorlag. Diesem Umstand kommt indes hier keine Bedeutung zu, da für das Validen- und für das Invalideneinkommen auf dieselbe Bemessungsgrundlage abgestellt werden kann, weshalb denn auch offenbleiben kann, welcher Wirtschaftszweig bzw. welches Kompetenzniveau heranzuziehen ist. Das gutachterliche Zumutbarkeitsprofil für eine 80%ige Restarbeitsfähigkeit (act. II 86.1 S. 11 Ziff. 4.7.1) sieht nämlich keine qualitative Einschränkung vor, die der Tätigkeit in einer der hypothetischen Validentätigkeit entsprechenden Funktion entgegenstehen würde: In einer Bürotätigkeit kann den Anforderungen betreffend vestibuläre Funktionsstörung (keine sturzgefährdenden Tätigkeiten oder Tätigkeiten mit schnellen Rotationsbewegungen) und dem Schmerzsyndrom (vor allem sitzende Tätigkeit mit optimaler Ar-

beitsplatzergonomie) ohne Weiteres Rechnung getragen werden. In qualitativer Hinsicht verbleibt einzig das aus neuropsychologischer Optik postulierte Vermeiden von Multitasking-Anforderungen. Dies dürfte zwar gewisse Arbeitsstellen im Kompetenzniveau 3 und 4 ausschliessen, allerdings beinhaltet der ausgeglichene Arbeitsmarkt einen breiten Fächer an hochqualifizierten Tätigkeiten, bei denen anspruchsvolle Aufgabenstellungen mit Ruhe und Umsicht bewältigt werden können und nicht zeitüberlappend oder schnell wechselnd zu bearbeiten sind, mithin kein besonderes Multitasking erforderlich ist. Da somit beide Vergleichseinkommen anhand des gleichen Tabellenlohns berechnet werden, erübrigt sich deren betragsmässige Ermittlung. Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit bzw. Leistungseinschränkung unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (in BGE 148 V 321 nicht publ. E. 6.2 des Urteils des BGer 8C_104/2021 vom 27. Juni 2022).

Ein Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.3 hiervor) ist vorliegend nicht vorzunehmen. Die medizinisch bedingten Einschränkungen bzw. der beschwerdeweise geltend gemachte erhöhte Pausenbedarf (Beschwerde S. 7 Ziff. III Ziff. 6) wurden bereits mit der Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit durch die Gutachter bzw. mit deren definierten Zumutbarkeitsprofil hinreichend berücksichtigt (vgl. act. II 86.1 S. 11 Ziff. 4.7) und dürfen damit nicht in die Bemessung eines leidensbedingten Abzugs einfließen, da ansonsten eine unzulässige doppelte Anrechnung desselben Gesichtspunktes resultieren würde (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20). Aussermedizinische Umstände, die einen Abzug zu rechtfertigen vermöchten, sind nicht ersichtlich und würden ohnehin beide Vergleichseinkommen betreffen (vgl. Urteil des BGer 8C_42/2008 vom 19. Januar 2009 E. 5). Selbst wenn die Beschwerdeführerin aufgrund des reduzierten Rendements sowie den qualitativen Anforderungen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine Lohneinbusse hinzunehmen hätte, für welche der geforderte Abzug von 15-20 % (Beschwerde S. 7 Ziff. III Ziff. 6) in Anschlag zu bringen wäre, würde sich weiterhin ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad (vgl. E. 2.2) von höchstens 36 % ($0.8 \cdot 20\% = 0.64$; $[1 \cdot 0.64] \times 100$) ergeben.

Auch der per 1. Januar 2024 massgebende Pauschalabzug von 10 % (Art. 26^{bis} Abs. 3 Satz 1 IVV in der ab 1. Januar 2024 gültigen Fassung) ändert am Ergebnis nichts, würde sich doch ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 28 % ($0.8 \cdot 10\% = 0.72$; $[1 \cdot 0.72] \times 100$) ergeben.

4.6 Damit resultiert bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % bzw. Arbeitsunfähigkeit von 20 % im für die Beschwerdeführerin günstigsten Fall ein Invaliditätsgrad von maximal 36 %. Folglich hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.2 hiervor).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 7. August 2024 (act. II 97) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG) und dem geleisteten Kostenvorschuss zu entnehmen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 18. Oktober 2024)
 - 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.