

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. Juni 2026

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Januar 2025



Sachverhalt:

A.

Die 1971 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im November 2002 erstmals bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 1), dies unter Hinweis auf Depressionen, Angstzustände und Suizidgefahr (act. II 5/5 Ziff. 7.2). Nach Einholung eines psychiatrischen Gutachtens vom 10. Juni 2003 (act. II 10) und eines Abklärungsberichts Haushalt vom 21. Oktober 2003 (act. II 11) sprach ihr die IVB mit Verfügung vom 3. März 2004 – ausgehend von einem Status als 100 % im Haushalt Tätige – bei einem Invaliditätsgrad von 59 % ab 1. November 2001 eine halbe Invalidenrente zu (act. II 13), was anlässlich einer ordentlichen Rentenrevision mit Mitteilung vom 1. Februar 2007 bestätigt wurde (act. II 20).

Im Rahmen einer im Februar 2010 von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision (vgl. act. II 21) erfolgte eine Begutachtung durch die C._____ AG (MEDAS; psychiatrisches Hauptgutachten vom 14. März 2011 [act. II 33.1] samt internistischem und neurologischem Teilgutachten vom 17. und 19. Februar 2011 [act. II 33.2 f.]), welche der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) als nachvollziehbar bezeichnete (act. II 36/3 ff.). Ausserdem erfolgte eine Abklärung zur Invalidität im Haushalt (Bericht vom 29. September 2011 [act. II 37/2 ff.]). Nach Einwänden der Versicherten (act. II 40, 42, 45) gegen den Vorbescheid (act. II 38) und Eingang von Stellungnahmen des RAD sowie des Bereichs Abklärungen (act. II 46 ff.) hob die IVB mit Verfügung vom 10. Januar 2012 die laufende halbe Rente per Ende Februar 2012 auf (act. II 49; vgl. auch act. II 50). Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im September 2023 meldete sich die Versicherte unter anderem unter Hinweis auf eine Osteoporose mit Fraktur der linken Hüfte am 29. August 2022 sowie psychische Probleme erneut zum Leistungsbezug an (act. II 53; vgl.

auch act. II 57, 60/1 ff.). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen samt Beurteilungen des RAD vom 20. und 24. September sowie 8. Oktober 2024 (act. II 85 ff.) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 11. Oktober 2024 die Abweisung des Leistungsbegehrens hinsichtlich einer Invalidenrente mangels einer revisionsrechtlichen Veränderung der gesundheitlichen Situation in Aussicht (act. II 88). Nach erhobenem Einwand der Versicherten (unter Beilage eines aktuellen Sprechstundenberichts des Spitals D. _____ vom 10. Oktober 2024 [act. II 89]) und eingeholten RAD-ärztlichen Stellungnahmen vom 19. Dezember 2024, 13. Januar 2025 und 16. Januar 2025 (act. II 92 ff.) verfügte die IVB am 20. Januar 2025 wie angekündigt (act. II 95).

C.

Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 20. Februar 2025 Beschwerde erheben und beantragen, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien ihr nach erneuter Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Am 13. März 2025 reichte der Rechtsvertreter eine versicherungsmedizinische Einschätzung des PD Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie, vom 12. März 2025 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3) sowie ein aktuelles Arbeitsunfähigkeitsattest ihres Hausarztes vom 26. Februar 2025 (act. I 4) nach.

Mit Beschwerdeantwort vom 19. März 2025 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

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 – unter Vorbehalt der nachstehenden Erwägung – auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 20. Januar 2025 (act. II 95). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch. Soweit sich die Beschwerdeführerin mit den geforderten "gesetzlich geschuldeten Leistungen" (Beschwerde S. 2 Ziff. 1 Ziff.3) auf weitere Leistungsansprüche bezieht, liegen diese ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes und ist insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten (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 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 151 V 66 E. 5.4 S. 70, 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

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. 1bis 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.

2.4

2.4.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 184).

2.4.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchsrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall

obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 3.2, nicht publ. in: BGE 151 V 66, aber in: SVR 2025 IV Nr. 16 S. 59).

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

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

2.4.4 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 147 V 167 E. 4.1 S. 169, 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2025 IV Nr. 34 S. 129, 8C_235/2024 E. 4, 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

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.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom September 2023 (act. II 53) eingetreten und hat über den Leistungsanspruch materiell befunden, womit die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 10. Januar 2012, mit welcher ein Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 28 % verneint worden war (act. II 49), und der hier angefochtenen Verfügung vom 20. Januar 2025, mit welcher eine revisionsrelevante Veränderung der gesundheitlichen Situation verneint wurde (act. II 95), eine wesentliche Änderung in medizinischer oder erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen (vgl. E. 2.4 hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 10. Januar 2012 (act. II 49) stützte sich im Wesentlichen auf das MEDAS-Gutachten vom 14. März 2011 (act. II 33.1), den Abklärungsbericht Haushalt vom 29. September 2011 (act. II 37/2 ff.) und die Stellungnahmen des RAD vom 26. September, 6. und 13. Dezember 2011 (act. II 36/4 f., 46/4 f., 48/2 f.) und des Bereichs Abklärungen vom 31. Oktober bzw. 9. Dezember 2011 (act. II 47/2 f.).

3.2.1 Die MEDAS-Gutachter diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine emotional instabile Persönlichkeit vom Borderlinetypus (ICD-10 F60.31), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradig ausgeprägte depressive Episode (ICD-10 F33.0), sowie eine Polytoxikomanie einschliesslich Opiat-, Cannabis-, Benzodiazepin- und Nikotinabhängigkeit und schädlichem Konsum von Alkohol (ICD-

10 F19) bei Teilnahme an ärztlich überwachtem Opiatsubstitutionsprogramm (Methadon) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Migräne, eine Kollapsneigung bei Tendenz zu arterieller Hypotonie, wahrscheinlich bei ungenügender Flüssigkeitszufuhr, sowie unklare Fieberschübe (act. II 33.1/15 lit. E Ziff. 1 f.). In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei vorrangig durch die Leiden auf psychiatrischem Fachgebiet deutlich beeinträchtigt (act. II 33.1/16 lit. F). Die Beschwerdeführerin könne lediglich leichte Arbeiten einfacher geistiger Natur mit geringen Verantwortungsgraden ohne besonderen Zeitdruck und ohne Nacharbeitsbedingungen verrichten. Auszuschliessen seien Tätigkeiten mit besonderem Konfliktpotenzial und häufigem Kundenumgang (act. II 33.1/16 lit. F ad Belastungsprofil). Die Beschwerdeführerin habe seit vielen Jahren nicht mehr gearbeitet; zuletzt sei sie lediglich in verschiedenen Aushilfsjobs tätig gewesen. Solche leichten Arbeiten einfacher geistiger Natur mit geringen psychischen Belastungsfaktoren und geringen Verantwortungsgraden könne sie ohne weitergehende Minderung der Leistungsfähigkeit während 4.5 Stunden täglich verrichten (act. II 33.1/17 lit. F ad Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit). Sämtliche, im oben genannten Belastbarkeitsprofil angepassten Tätigkeiten könne die Beschwerdeführerin 4.5 Stunden pro Tag ohne weitergehende Minderung der Leistungsfähigkeit verrichten; somit bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50 % (act. II 33.1/16 lit. F ad Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit).

3.2.2 Die RAD-Ärztin Dr. med. F._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, bezeichnete das MEDAS-Gutachten (act. II 33.1) in den Berichten vom 26. September und 6. Dezember 2011 als schlüssig und nachvollziehbar. Der nachgereichte Hospitalisationsbericht des Psychiatrischen Dienstes der Spital G._____ AG (act. II 45/2 ff.) decke sich betreffend diagnostische Einschätzung weitgehend mit dem MEDAS-Gutachten (wobei die Diagnose einer Panikstörung schlecht nachvollziehbar sei). Gleichzeitig wies die RAD-Psychiaterin darauf hin, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt deutlich mehr übernommen habe als noch im Jahr 2003. Sie gehe nun zweimal täglich mit dem Hund spazieren und sei wieder in der Lage, Hobbies (Handarbeiten) zu pflegen. Sie widme sich

den Kindern wieder selbst, wecke sie täglich und gebe ihnen Hilfe bei den Hausaufgaben. Sie bereite mittags wieder das Essen zu und scheine mehr im Haushalt zu machen. Entlastungs- und Spitexdienste gebe es keine mehr (act. II 36/4, 46/4 f.).

Ergänzend hielt der RAD-Orthopäde Dr. med. H._____ am 13. Dezember 2011 fest, dass sich aus somatisch-organischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit medizinisch begründen lasse (act. II 48/2).

3.2.3 Die Einschränkungen im Bereich Haushalt wurden von der Abklärungsfachperson gestützt auf die im Abklärungsbericht Haushalt vom 29. September 2011 (act. II 37/2 ff.) festgehaltenen – und in der Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 31. Oktober bzw. 9. Dezember 2011 (act. II 47/2 f.) bestätigten – Ergebnisse der Erhebung vom 29. April 2011 auf 28 % veranschlagt (act. II 37/9 Ziff. 7 f.).

3.3 Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. Januar 2025 (act. II 99) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Der Hausarzt Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in den Berichten vom 16. und 26. Oktober 2023 folgende (Haupt-)Diagnosen (act. II 60/1 f., 70/3 f.):

Undislozierte pertrochantäre Femurfraktur links am 29.08.2022
- CRIF proximaler Femur links: TFNA

Osteoporose (ED 05/2023)

Rezidivierende migräniforme Kopfschmerzen (DD: Spannungskopfschmerzen)
- Zyste im Bereich der Hypophyse, unauffällige Hormonachsen (05/2022)

Verdacht auf depressive Episode (02/2022)

Posttraumatische Belastungsstörung, Angststörung, Panikattacken, rezidivierende depressive Störungen
- Status nach Vergewaltigung durch Lehrmeister und Onkel

Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung (DD: schizoaffektive Störung)

Status nach Polytoxikomanie vom Opiat- und Kokaintyp, Benzodiazepine

- 02.05.2019: Ausschluss chronische Hepatitis B oder C, HCV-RNA negativ, infektserologisch Status nach Hepatitis B und C
- Substitutionstherapie mit Methadon und Valium

Cannabisabusus

- 1 Joint/die

Nikotinabusus

- 1 Pack/die

Hypotonie, orthostatische Synkopen

Zentrale Hörstörung unklarer Ätiologie

Chronisch venöse Insuffizienz beidseits

Als wesentliche gesundheitliche Veränderungen hob Dr. med. I. _____ namentlich die pertrochantäre Femurfraktur links vom 29. August 2022 mit protrahiertem Verlauf mit weiterhin stark eingeschränkter Gehfähigkeit und die Entwicklung einer Osteoporose sowie zusätzlich vermehrt auftretende Kopfschmerzen wie auch zervikogene Schmerzen und Gleichgewichtsschwierigkeiten hervor (act. II 60/2, 70/4). Er konnte sich nicht vorstellen, dass die Beschwerdeführerin in den Arbeitsprozess im ersten Arbeitsmarkt zurückgeführt werden könnte (act. II 70/5).

3.3.2 Am 17. November 2023 erfolgte bei störendem Osteosynthesematerial der Schenkelhalsklinge und Verdacht auf Tractuslücke in der linken Hüfte eine Tractusrevision mit Wechsel der Schenkelhalsklinge und der Verschlussklappe (Operationsbericht des Spitals J. _____ vom 23. November 2023 [act. II 75/4 f.]). In diesem Zusammenhang wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 17. November bis 1. Dezember 2023 attestiert (Austrittsbericht des Spitals K. _____ vom 17. November 2023 [act. II 75/2 f.]).

3.3.3 Mit Verlaufsbericht vom 15. Mai 2024 ging Dr. med. I. _____ bei unveränderten Diagnosen von einem gebesserten Gesundheitszustand nach der Operation vom 17. November 2023 (vgl. E. 3.3.2 hiervor) aus (act. II 82/2 f. Ziff. 1 ff.). Es liege nunmehr ein stockfreies, nicht ganz flüssiges Gangbild vor (act. II 82/3 Ziff. 6), wobei die Gehstrecke auf maximal 500 m wegen dann auftretender Schmerzen beschränkt sei (act. II 82/3 Ziff. 4). In Bezug auf die gesundheitlich begründete Arbeitsunfähigkeit ver-

wies er auf die im Austrittsbericht des Spitals K. _____ vom 17. November 2023 (vgl. act. II 75/2 f.) attestierte volle Arbeitsunfähigkeit vom 17. November bis 1. Dezember 2023 (act. II 82/4 Ziff. 11), bezweifelte aber, dass trotz leicht gebessertem Allgemeinzustand eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt möglich sein werde (act. II 82/4 Ziff. 9).

3.3.4 Am 20. September 2024 erachtete dipl. Ärztin L. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, auf psychiatrischem Fachgebiet eine Veränderung der Gesundheitssituation als nicht ausgewiesen (act. II 85). Im Bericht vom 8. Oktober 2024 stellte sie die (psychiatrischen) Diagnosen einer emotional instabilen Persönlichkeit vom Borderlinetypus (ICD-10 F60.31), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), sowie eine Polytoxikomanie einschliesslich Opiat-, Cannabis-, Benzodiazepin- und Nikotinabhängigkeit und Konsum von Alkohol (ICD-10 F19) bei Teilnahme an ärztlich überwachtem Opiat-substitutionsprogramm (act. II 87/6). Weiter führte sie aus, die Auswertung der aktuellen medizinischen Dokumentation weise auf keine wesentliche Verschlechterung des psychischen Zustands seit 10. Januar 2012 hin: Auch wenn behandlerseits empfohlen (vgl. act. II 87/6 Mitte; vgl. dazu Bericht des M. _____ vom 23. August 2016 [act. II 60/22 f.]), seien keine fachärztliche psychiatrische Behandlung und keine Intensivierung des Psychopharmakotherapie dokumentiert; bekannt sei die Methadonsubstitution und Valiumeinnahme (Diazepam) in unveränderter Dosierung, die vom Hausarzt begleitet würden. Es gäbe als Nebebefund einer neurologischen Konsultation am 23. August 2016 bei Kopfschmerzen Hinweise auf eine Schlafstörung (vgl. Bericht des M. _____ vom 23. August 2016 [act. II 60/22 f.]), deren Behandlung ausser der einmaligen neurologischen Konsultation und Empfehlung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung nicht abgebildet worden sei, und den Verdacht auf eine depressive Episode 2022 (vgl. E. 3.3.1 hiavor), wobei die Symptome weder durch psychopathologischen Befund objektiviert noch evaluiert worden seien; eine rezidivierende depressive Störung sei bekannt und bereits im IV-Verfahren berücksichtigt worden (act. II 87/7).

Aus somatischer Sicht verneinte die RAD-Ärztin Dr. med. N. _____, Praktische Ärztin, im Bericht vom 24. September 2024 nach Rücksprache

mit dem RAD-Orthopäden eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes. Die Hüftfraktur links im August 2022 stelle eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von sechs bis maximal zwölf Wochen nach Trauma und Operation am 30. August 2022 dar. Auch wenn eine längerfristige Beeinträchtigung der Gehfähigkeit vorgelegen haben sollte, wären angepasste Tätigkeiten aus somatischer Sicht möglich gewesen. Nach der Revisionsoperation mit erfolgreichem Wechsel der Schenkelhalsklinge am 17. November 2023 sei es nochmals zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen gekommen. Die Osteoporose sei ebenso behandelbar und begründe keine Arbeitsunfähigkeit. Auch die Kopfschmerzen stellten keine dauerhafte invalidisierende Erkrankung dar und könnten behandelt werden (act. II 86/3).

3.3.5 Die Behandler des Spitals D. _____ diagnostizierten anlässlich der Sprechstunde für Hüftchirurgie vom 10. Oktober 2024 eine Abduktoreninsuffizienz links mit Begleitbursitis trochanterica, klinisch insbesondere auffällig durch das Duchenne-Hinken und lokalem Unbehagen am Trochanter major links, mit/bei Status nach TFNA am 30. August 2022 bei peritrochantärer Femurfraktur links und Status nach Tractusrevision und Kürzen der Schenkelhalsklinge links am 17. November 2023 bei störendem Osteosynthesematerial und Verdacht auf symptomatische Tractuslücke (act. II 89/2 ff.). Operative Massnahmen seien nicht angezeigt; sollten die Beschwerden trotz konservativer Massnahmen in den nächsten sechs Monaten nicht adäquat abklingen, könne eine Neuvorstellung erfolgen (act. II 89/5).

3.3.6 Der RAD-Orthopäde Dr. med. O. _____ diagnostizierte auf seinem Fachgebiet im Bericht vom 13. Januar 2025 eine Osteoporose (ED 2023) und Restbeschwerden nach konsolidierter nichtdislozierter peritrochantärer Fraktur links (act. II 93/3 Mitte). Seit dem Unfall vom 28. (recte: 29.) August 2022 sei die Beschwerdeführerin nie gänzlich beschwerdefrei gewesen. Nachvollziehbar sei dies einerseits auf die Irritation durch das Osteosynthesematerial zurückzuführen. Andererseits sei seit Mai 2024 eine schwere Osteoporose festgestellt worden, die sicherlich ihren Einfluss auf die Frakturentstehung gehabt habe. Es sei plausibel davon auszugehen, dass nach dem operativen Eingriff mit Revision des Tractus und Klingen-

wechsel eine Beschwerdebesserung aufgetreten sei. Seitens der Osteoporose verbleibe dauerhaft eine verminderte Belastbarkeit des Skeletts, wodurch nur noch leichte Tätigkeiten möglich seien. Diese Einschätzung bleibe auch dann bestehen, wenn sich zu einem späteren Zeitpunkt durch eine erfolgreiche Therapie eine Verbesserung der Knochendichte messtechnisch nachweisen liesse. Je nach Rehabilitationsstatus blieben als Einschränkungen gegebenenfalls eine Abduktorenschwäche und eine Gangunsicherheit bestehen, die möglicherweise auch in Verbindung mit einer Gleichgewichtsstörung zu interpretieren sei (act. II 93/4 Mitte). Zumutbar seien körperlich leichte Tätigkeiten in konsequent wechselbelastender oder überwiegend sitzender Position mit einer Gewichtsbelastung von maximal 10 kg ganztags über 8.5 Stunden, allenfalls mit einer Leistungsminderung von 10 bis 20 % bei Verlangsamung und gegebenenfalls noch erhöhtem Pausenbedarf (act. II 93/4 unten). Der durch die Beschwerdeführerin resp. deren Ehemann berichtete Beschwerdevortrag (vgl. act. II 89/1) sei weder spezialärztlich objektiviert noch spezifisch orthopädisch zuordenbar (act. II 93/4 oben).

3.3.7 Am 27. Februar 2025 aktualisierte Dr. med. I. _____ die Diagnosenliste (vgl. E. 3.3.1 hiervor) mit (aktuell) Blockadeerscheinungen in der linken Hüfte unklarer Ätiologie, unklaren Fieberschüben bis 40° seit Jahren (anamnestisch) und Unverträglichkeit (Auftreten einer Dyspnoe) von Dolo-cyl (Ibuprofen; act. II 103). Mit ärztlichem Zeugnis vom 26. Februar 2025 attestierte er seit 30. August 2022 (Behandlungsbeginn bei ihm) bis auf weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit (act. II 104/12).

3.3.8 Am 12. März 2025 verfasste PD Dr. med. E. _____ zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin eine versicherungsmedizinische Einschätzung. Er führte aus, die aktuelle psychiatrische Beurteilung durch den RAD stütze sich auf das MEDAS-Teilgutachten von 2011, was bei bekannter Polytoxikomanieanamnese und Psychopharmakabehandlung etwas lange zurückliegend sei (act. II 104/9 unten). Aus orthopädischer Sicht sei es effektiv durch die proximale Femurfraktur – abgesehen von den Schmerzen am Tractus und dem Hinken – zu keiner wesentlichen Funktionseinbusse im Alltag gekommen. Aufgefallen seien ihm bei Durchsicht der Akten aber die folgenden Punkte: Immer wieder tauchten in den subjektivi-

ven Angaben der Beschwerdeführerin unklare Gleichgewichtsstörungen auf; auch wenn die MRI-Berichte des Neurokraniums abgesehen vom Befund an der Hypophyse (stationärer Befund) keine Auffälligkeiten zeigten, fehle in dieser Hinsicht eine rezente neurologische Bestandesaufnahme. Zudem sei in der "Einsprache" erwähnt worden, da der Blutdruck der Beschwerdeführerin sehr niedrig sei und ihr oft in den Ohrmuscheln das Wasser entweiche, habe sie kein Gleichgewicht mehr (vgl. act. II 89/1), was auf ein unerkanntes Problem im Innenohr mit entsprechenden Auswirkungen auf das Gleichgewicht hinweisen könnte; jedenfalls fehle eine ORL-Beurteilung gänzlich. Schliesslich sei in den Akten eine subklinische Hypothyreose (ohne Wiedergabe der entsprechenden Laborwerte) erwähnt worden, ohne dass diese offensichtlich weiterverfolgt worden wäre. Bekannt sei bei einer Schilddrüsenunterfunktion ein Einfluss auf den Knochenstoffwechsel (Osteoporose) und auf die Psyche (Depression). Auch wenn der geschilderte Habitus der Beschwerdeführerin nicht dem Bild einer Hypothyreose entspreche, wäre doch angesichts deren Relevanz auf zwei der vorliegenden Diagnosen eine Abklärung angezeigt (act. II 104/10 oben).

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

3.4.1 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).

3.4.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlasseten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; Urteil des BGer 8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3, nicht publ. in: BGE 150 V 188, aber in: SVR 2024 UV Nr. 27 S. 107).

3.5 Die Beschwerdegegnerin stützte ihre Verfügung vom 20. Januar 2025 (act. II 95) im Wesentlichen auf die RAD-ärztlichen Beurteilungen der Psychiaterin dipl. Ärztin L._____ vom 8. Oktober 2024 (act. II 87/5 ff.) mit entsprechender Bestätigung vom 16. Januar 2025 (act. II 94/3 ff.) sowie des Orthopäden Dr. med. O._____ vom 13. Januar 2025 (act. II 93/2 ff.)

und folgte daraus, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit der letzten Rentenverfügung nicht wesentlich und langanhaltend verschlechtert, weshalb das Leistungsbegehren mangels revisionsrelevanter Veränderung der gesundheitlichen Situation abzuweisen sei (act. II 95/1). In der Beschwerdeantwort (S. 2 Ziff. 4) präzisierte sie, seit der letzten materiellen Verfügung habe sich (trotz Verschlechterung in somatischer Hinsicht) keine Veränderung des Gesundheitsschadens mit Einfluss auf den Invaliditätsgrad ergeben.

3.5.1 Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ist in somatischer Hinsicht ausgewiesen und zu Recht unbestritten (vgl. dazu auch Beschwerdeantwort, S. 2 Ziff. 4): Während sich im Vergleichszeitpunkt der Verfügung vom 10. Januar 2012 (act. II 49) aus somatisch-organischer Sicht noch keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit begründen liessen (vgl. act. 48/2), wurde zwischenzeitlich eine Osteoporose diagnostiziert, aufgrund derer seit der Diagnosestellung im Mai 2023 dauerhaft eine verminderte Belastbarkeit des Skeletts verbleibt mit der Folge, dass nur noch körperlich leichte Tätigkeiten in konsequent wechselbelastender oder überwiegend sitzender Position mit einer Gewichtsbelastung von maximal 10 kg zumutbar sind (act. II 93/4 ff.). Mit Blick auf diese Osteoporose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist in medizinischer Hinsicht eine Veränderung ausgewiesen, welche geeignet ist, sich auf den Rentenanspruch auszuwirken (vgl. E. 2.4.4 hiervor). Dies gilt insbesondere dann, wenn die orthopädisch attestierte Arbeitsunfähigkeit (10 - 20 %; act. II 93/4) zu der bisher psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit (50 %; act. II 33.1/16 lit. F) zu addieren ist. Deshalb ist der Rentenanspruch frei zu prüfen (vgl. E. 2.4.2 hiervor).

3.5.2 Allerdings lassen sich wesentliche medizinischen Fragen aufgrund der RAD-ärztlichen Einschätzungen nicht beurteilen bzw. bestehen an letzteren zumindest geringe Zweifel (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65) und auch die übrigen medizinischen Akten bilden keine hinreichend zuverlässige Grundlage für die Beurteilung der medizinischen Situation bzw. deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

Auf psychiatrischem Fachgebiet ging die RAD-Psychiaterin dipl. Ärztin L. _____ davon aus, dass sich der Gesundheitszustand seit dem

10. Januar 2012 (vgl. act. II 49) nicht wesentlich verschlechtert hat. Sie diagnostizierte – wie die MEDAS-Gutachter im Jahre 2011 – eine emotional instabile Persönlichkeit vom Borderlinetypus (ICD-10 F60.31) und eine Polytoxikomanie einschliesslich Opiat-, Cannabis-, Benzodiazepin- und Nikotinabhängigkeit und Konsum von Alkohol (ICD-10 F19) bei Teilnahme an ärztlich überwachtem Opiatsubstitutionsprogramm. Im Gegensatz zu den MEDAS-Gutachtern stufte sie die rezidivierende depressive Störung jedoch nicht als leicht- bis mittelgradig ausgeprägt (ICD-10 F33.0; act. II 33.1/15 lit. E Ziff. 1), sondern ohne weitere Begründung als remittiert (ICD-10 F33.4) ein (act. II 87/6). Dipl. Ärztin L. _____ äusserte sich nirgends zur Arbeitsfähigkeit. Zwar ist es möglich, dass sich die Arbeitsfähigkeit wegen der nach wie vor vorhandenen emotional instabilen Persönlichkeit vom Borderlinetypus und der Polytoxikomanie seit der MEDAS-Begutachtung nicht verändert hat und weiterhin 50 % beträgt (vgl. act. II 33.1/16 lit. F), doch kann wegen der Veränderung der depressiven Störung nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden. Selbst wenn von einer unveränderten Arbeitsfähigkeit auszugehen wäre, hätte in einem weiteren Schritt anhand des strukturierten normativen Prüfungsrasters die Prüfung zu erfolgen, ob die von der RAD-Ärztin anerkannten psychischen Gesundheitsschäden überhaupt eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen (vgl. E 2.2 hiavor). Eine schlüssige Beurteilung der massgeblichen Indikatoren ist weder anhand des schon vor über einem Jahrzehnt nach altem Verfahrensstandard erstellten MEDAS-Gutachtens (act. II 33.1) noch aufgrund der übrigen Aktenlage möglich (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 S. 309; SVR 2022 IV Nr. 3 S. 7, 9C_146/2021 E. 3.3).

Weiter hat der RAD-Orthopäde Dr. med. O. _____ die somatisch begründete Leistungsminderung infolge Verlangsamung und gegebenenfalls erhöhtem Pausenbedarf äusserst vage dahingehend beziffert, dass diese "allenfalls" mit "10-20%" zu veranschlagen ist (act. II 93/4).

Schliesslich äussern sich die RAD-Ärzte auch nicht zur Frage, ob die orthopädisch bedingte Arbeitsunfähigkeit zu einer allfälligen psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu addieren ist oder in dieser aufgeht. Insofern fehlt es an der hier gebotenen interdisziplinären Gesamtsicht.

3.5.3 Hinzu kommt, dass sich anlässlich einer Rentenrevision (und damit auch vorliegend) unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode stellt, welche sich aus dem Status ergibt. Dieser bestimmt sich nach Art. 24^{septies} Abs. 1 IVV nach den erwerblichen Verhältnissen, in denen sich die versicherte Person befinden würde, wenn sie nicht gesundheitlich beeinträchtigt wäre. Gemäss Art. 24^{septies} Abs. 2 IVV gilt eine versicherte Person als erwerbstätig nach Art. 28a Abs. 1 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % oder mehr entspricht (lit. a). Die versicherte Person gilt als nicht erwerbstätig nach Art. 28a Abs. 2 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall keine Erwerbstätigkeit ausüben würde (lit. b) respektive als teilerwerbstätig nach Art. 28a Abs. 3 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von weniger als 100 % entspricht (lit. c). Bei einer im Haushalt tätigen versicherten Person im Besonderen entscheidet sich die Frage, ob sie als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige zu betrachten ist, nicht danach, ob sie vor ihrer Heirat erwerbstätig war oder nicht. Vielmehr sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (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).

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin bisher als Nichterwerbstätige (vgl. Beschwerdeantwort, S. 3 Ziff. 7). Zwar hat die Beschwerdeführerin die Lehre als ... abgebrochen und in der Folge nur Gelegenheitsjobs ausgeführt (act. II 10/5 f.), doch begründete sie ihre Nichterwerbstätigkeit anlässlich der Haushaltsabklärung im Jahr 2011 im Wesentlichen mit der Kinderbetreuung. So führte sie gegenüber der Abklärungsfachperson aus, bei guter Gesundheit würde sie einer Arbeit nachgehen wollen, doch könnte sie sich wegen der Betreuung der Kinder kein Pensum vorstellen, da sie selbst bei guter Gesundheit einen grossen Teil der Haushaltarbeit verrichten müsste. Es wäre möglich, dass sie selbst bei guter

Gesundheit vollumfänglich Hausfrau wäre. Solange die Kinder in die Schule gingen, würde eine ausserhäusliche Erwerbstätigkeit wohl nicht in Frage kommen (act. II 37/3 Ziff. 3.5). Da zwischenzeitlich die 1994, 1996 und 1999 geborenen Kinder (vgl. act. II 37/3 Ziff. 2.1) dem Schulalter entwachsen sind, ist die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode erneut zu prüfen und die Einschränkungen im Bereich Haushalt – sollte ein solcher noch gegeben sein – anlässlich einer Erhebung vor Ort zu ermitteln.

3.6 Je nach Höhe der medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit sowie auch im Falle eines Statuswechsels (vgl. E. 3.5.3 hiervor) kann vorliegend ein rentenbegründender Invaliditätsgrad (vgl. E. 2.3 hiervor) nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Infolgedessen ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird die medizinischen Akten zur interdisziplinären Beurteilung dem RAD (vgl. Art. 49 IVV) oder gegebenenfalls einer externen Begutachtungsstelle vorzulegen haben. Zudem wird sie die Frage der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode zu prüfen und allenfalls die Einschränkungen im Bereich Haushalt anlässlich einer Erhebung vor Ort zu ermitteln haben. Danach wird sie erneut über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu verfügen haben. Dementsprechend ist die angefochtene Verfügung vom 20. Januar 2025 (act. II 95) in Gutheissung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, aufzuheben und die Sache zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.

4.1 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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist

der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Mit Kostennote vom 3. April 2025 macht Rechtsanwalt B. _____ ein Honorar von Fr. 2'835.-- (11.34 Stunden à Fr. 250.--) zzgl. Auslagen von Fr. 35.20 und Mehrwertsteuer (MWST) von Fr. 232.50, total Fr. 3'102.70, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

4.3 Für die von der Beschwerdeführerin bei PD Dr. med. E. _____ eingeholte versicherungsmedizinische Einschätzung vom 12. März 2025 (act. II 104/9 ff.) besteht keine Vergütungspflicht, da diese für die Beurteilung des Anspruchs nicht unerlässlich im Sinne von Art. 45 Abs. 1 ATSG war.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 20. Januar 2025 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'102.70 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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