

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. Juni 2026

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. Februar 2025



Sachverhalt:

A.

Die 1971 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) arbeitete von 2002 bis 2014 als ... für die C._____ und von 2014 bis 2017 für die D._____ AG (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 4, 17, 18.1-18.6, 20, 21/2). Sie meldete sich erstmals im April 2017 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an und nannte als Leiden degenerative LWS- sowie ISG-Veränderungen und ein chronisches Schmerzsyndrom (act. II 4). Nach Abklärungen (act. II 13, 17 f., 27, 34, 36 38.1-38.6) verneinte die IVB mit Verfügung vom 21. März 2018 (act. II 40) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens den Anspruch auf eine Rente; die Verfügung blieb unangefochten. Die Versicherte war danach als Mitarbeiterin ... für die E._____ AG tätig (act. II 61/3 ff.).

Im Juli 2023 (act. II 41) meldete sich die Versicherte wegen chronischer Rückenschmerzen sowie der Folgen einer Rückenoperation vom 3. Mai 2023 erneut bei der IVB zum Bezug von Leistungen an. Die IVB holte die Akten der Krankentaggeldversicherung ein (act. II 56.1-56.6, 101.1-101.8) und veranlasste eine interdisziplinäre Begutachtung durch die F._____ AG (MEDAS; Gutachten vom 1. Oktober 2024 [act. II 122.1] samt Teilgutachten [act. II 122.3-122.6]). Mit Vorbescheid vom 17. Oktober 2024 (act. II 124) stellte die IVB in Aussicht, bei einem Invaliditätsgrad von 26 % werde ein Anspruch auf eine Rente verneint. Hiergegen erhob die Versicherte am 4. November 2024 (act. II 127) Einwand und reichte nach Fristverlängerung (act. II 134 ff.) am 12. Dezember 2024 (act. II 137) eine ergänzende Begründung sowie weitere Arztberichte (act. II 137/3 ff., 139/2 ff.) ein. In der Folge nahmen am 3. Februar 2025 (act. II 141) die Gutachter dazu Stellung. Am 6. Februar 2025 (act. II 142) verfügte die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Mit Eingabe vom 12. März 2025 erhob die Versicherte, wie bereits im Vorbescheidverfahren vertreten durch Rechtsanwalt B._____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 6. Februar 2025 sei aufzuheben und die Sache sei zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. April 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 auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 6. Februar 2025 (act. II 142). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente.

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

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

2.1.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

2.1.2 Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). 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).

2.2 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). 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). Der Rentenanspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Art. 29 Abs. 2 IVG).

2.3 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 Erwerbsein-

kommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

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]).

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).

2.4.3 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).

2.4.4 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). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 83, 9C_357/2019 E. 3).

2.4.5 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – 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).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom Juli 2023 (act. II 41) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der rechtskräftigen Verfügung vom 21. März 2018 (act. II 40) und der hier angefochtenen Verfügung vom 6. Februar 2025 (act. II 142) eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.4 hiavor).

3.2 Die rechtskräftige Verfügung vom 21. März 2018 (act. II 40) stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das Folgende:

3.2.1 Im Austrittsbericht vom 23. März 2017 (act. II 27/4 ff.) diagnostizierten Dr. med. G._____, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, und dipl. Ärztin H._____, nach einem stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 14. bis 22. März 2017 im Spital I._____, das Folgende:

1. Chronisches Schmerzsyndrom, aktivierte ISG-Arthrose links, Osteochondrose LWK5/SWK1 sowie aktivierter Fazettengelenksarthrose tieflumbal und foraminaler Tangierung L5 und L3
2. Bilaterale Nephrolithiasis

Die Beschwerdeführerin sei aufgrund chronischer panvertebraler Schmerzen zugewiesen worden. Klinisch imponiere ein diffuses myofaszielles Bild, mit deutlichen Myotendinosen rechtsbetont interskapular und im Bereich vom M. Trapezius, Triggerpunkte über Glutealmuskulaturansatz, daneben eine Haltungsinsuffizienz und Fehlbelastung der LWS.

3.2.2 Im Bericht vom 4. Dezember 2017 (act. II 36) hielten Prof. Dr. med. J._____, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. Dr. sc. nat. K._____, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, fest, die ambulante Vorstellung der Beschwerdeführerin erfolge zur Verlaufskontrolle nach Abschluss des Rehabilitationsprogrammes. Insgesamt ziehe sie eine sehr positive Bilanz. So habe sie kaum noch Schmerzen und die Einnahme von Schmerzmitteln sei nur noch selten notwendig. Die psychische Situation habe sich zudem stabilisiert. Die Beschwerdeführerin berichte, sie könne wieder ihren Hobbies (... und ...) nachgehen. Die Gewichtssituation zeige sich augenblicklich stabil.

3.2.3 Im Verlaufsbericht vom 11. Dezember 2017 (act. II 34) hielt der Hausarzt Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, der Beschwerdeführerin sei die bisherige Tätigkeit in einem Pensum von 40-50 % zumutbar. Seit November 2017 sei ihr eine angepasste Tätigkeit (rein sitzend, stehend, wechselbelastend, mit Bücken, Über-Kopf-Arbeiten, Kauern, Knien, Rotation im Sitzen/Stehen und mit Treppen steigen) zu 50 % zumutbar.

3.3 In medizinischer Hinsicht ist den Akten seit der Verfügung vom 21. März 2018 (act. II 40) bis zur angefochtenen Verfügung vom 6. Februar 2025 (act. II 142) im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Im Bericht der M._____ vom 12. Januar 2023 (act. II 53/13 f.) hielt PD Dr. med. N._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine chronische Schmerzsymptomatik mit Segmentdegeneration L5/S1 sowie arthrotischen Veränderungen im ISG links. Es werde eine genaue Lokalisation der Schmerzursache mittels Infiltration des ISG links und der Facettengelenke L5/S1 empfohlen.

Im Bericht der M._____ vom 24. Februar 2023 (act. II 53/8 f.) hielt PD Dr. med. N._____ fest, die Infiltration habe nur wenige Stunden geholfen. Die Beschwerden seien nicht sicher auf die Pathologien der unteren LWS zurückzuführen. Die Beschwerdeführerin wünsche einen operativen Eingriff, sie sei darüber aufgeklärt worden, dass persistierende Beschwerden bleiben könnten.

Vom 3. bis 6. Mai 2023 (act. II 53/1 ff.) erfolgte ein stationärer Aufenthalt im Spital I._____. Am 3. Mai 2023 (act. II 53/4 f.) führte PD Dr. med. N._____ operativ eine ventrale Diskektomie, posterior Release und Dekompression der Foramina beidseits sowie ALIF L5/S1 Implantation mit 5cc DBM Grafton durch. Im Austrittsbericht vom 8. Mai 2023 (act. II 53/1) hielt PD Dr. med. N._____ fest, es liege ein komplikationsloser peri- und postoperativer Verlauf mit problemloser Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung und angepasster Analgesie vor. Eine postoperative Röntgenkontrolle zeige regelrechte Stellungsverhältnisse mit korrekter Implantatlage.

3.3.2 Im Bericht vom 15. Mai 2023 (act. II 56.2/17 f.) zuhanden der Krankentaggeldversicherung diagnostizierte Dr. med. O._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine depressive Krise (ICD-10: F32.01). Die Beschwerdeführerin sei seit dem 17. Januar 2023 in Behandlung. Sie sei nach einer Schönheitsoperation im Herbst 2021, welche für sie nicht zufriedenstellend ausgefallen sei, zunehmend in Zweifel, Wut, Ärger geraten und fühle sich hintergangen. Es seien Kindheitserinnerungen hochge-

kommen. Die Beschwerdeführerin sei vom 11. März bis 3. Mai 2023 zu 100 % arbeitsunfähig.

3.3.3 Im Bericht der M. _____ vom 15. August 2023 (act. II 70/4 f.) hielten PD Dr. med. N. _____ und Dr. med. P. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, die Beschwerdeführerin berichte, dass es ihr nach der Operation nicht besser gehe. Sie habe nun in beiden Beinen ein Taubheitsgefühl. Das MRI der LWS seitlich ergebe eine regelrechte Lage des eingebrachten Spondylodesematerials und keinen Hinweis auf Dislokation oder Lockerung des Cage. Ein Osteophyt habe beim operativen Eingriff nicht vollständig entfernt werden können. Dieser könnte gegebenenfalls die L5-Nervenwurzel tangieren.

Im Bericht der M. _____ vom 25. Oktober 2023 (act. II 81/9 f.) berichtete PD Dr. med. N. _____ von stabilen Verhältnissen, aber auch von einer persistierenden Beschwerdesymptomatik mit psychosomatischer Dekompensation der Beschwerdeführerin. Es seien keine erneuten klinisch-radiologischen Termine vereinbart worden. Es werde eine Vorstellung beim Neurologen empfohlen zur Abklärung einer Polyneuropathie DD Small-Fiber-Neuropathie.

3.3.4 Im Verlaufsbericht vom 8. Dezember 2023 (act. II 80/2 ff.) zuhanden der Beschwerdegegnerin hielt Dr. med. O. _____ fest, es liege ein stationärer Gesundheitszustand vor. Er diagnostizierte depressive Phasen bei persistierenden Schmerzen mit Beeinträchtigung nach Rückenoperation. Der Beschwerdeführerin sei per Ende September 2023 gekündigt worden, dies habe die Beschwerdeführerin zusätzlich belastet. Die Beschwerdeführerin sei am 7. Dezember 2023 stationär in die Rehaklinik Q. _____ AG eingetreten, danach werde die psychiatrische Therapie fortgesetzt.

3.3.5 Im Austrittsbericht der Rehaklinik Q. _____ AG vom 3. Februar 2024 (act. II 85/1 ff.) hielten Dr. med. R. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. univ. S. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nach einer stationären Rehabilitation vom 7. Dezember 2023 bis 10. Januar 2024 fest, die Beschwerdeführerin habe hohe Therapiemotivation gezeigt. Im Verlauf der Hospitalisation habe der tägliche An-

algetikakonsum deutlich reduziert werden können, ohne signifikante Verstärkung der Schmerzproblematik.

3.3.6 Im Verlaufsbericht vom 28. Februar 2024 (act. II 90/2 ff.) führte der behandelnde Psychiater Dr. med. O._____ aus, der Gesundheitszustand sei stationär. Er diagnostizierte ein Schmerzsyndrom (ICD-10: F45.4), rezidivierende depressive Phasen (ICD-10: F33.01) und einen Status nach Rückenoperation 2023. Es finde alle 14 Tage eine psychotherapeutische Behandlung statt.

3.3.7 Im Bericht vom 11. März 2024 (act. II 107/2) hielten die Dres. med. T._____ und U._____, Fachärzte für Radiologie, fest, es bestehe keine Myelopathie und keine signifikante Spinalkanal- oder neuroforaminale Stenose.

3.3.8 Im Sprechstundenbericht vom 8. April 2024 (act. II 96/6 ff.) hielt dipl. Arzt V._____ (ohne Facharzttitel im Medizinalberuferegister [Med-Reg; <www.healthreg-public.admin.ch>] verzeichnet), Spital I._____, bezüglich Röntgenbefund fest, im Vergleich zur Voraufnahme vom 14. August 2023 lägen im konventionellen Röntgen der LWS vom 8. April 2024 keine relevanten Veränderungen vor.

3.3.9 Im MEDAS-Gutachten vom 1. Oktober 2024 (act. II 122.1) diagnostizierten die Experten Dres. med. W._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, X._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Y._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Z._____, Facharzt für Neurologie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in interdisziplinärer Hinsicht das Folgende (act. II 122.1/10 Ziff. 4.3 lit. b):

1. Chronische Dorsalgie (ICD-10: M54.80)
 - Status nach Infiltration des linken Iliosakralgelenkes mit Mephameson am 16.01.2023
 - Status nach Fazettengelenksinfiltration LWK5/SWK1 beidseits mit Mephameson am 30.01.2023
 - Status nach ventraler Diskektomie, posterior Release und Dekompression der Foramina beidseits sowie ALIF LWK5/SWK1 am 03.05.2023 bei Osteochondrose und chronischen Schmerzen
 - Status nach Infiltration der Nervenwurzel L5 beidseits mit Mephameson am 11.09.2023

- Status nach Infiltration (wahrscheinlich der Nervenwurzel L5 links) am 10.06.2024
 - radiologisch leichtgradige lumbale Degeneration und im Übrigen regelrechter Befund (Röntgen 14.08.2023 und 12.08.2024, MRI 11.09.2023 und 11.03.2024, Skelettszintigraphie und SPECT/CT 07.06.2024)
 - ohne radikuläre Ausfallserscheinungen (ICD-10: M54.9)
2. Leichte depressive Episode (DD im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung; ICD-10: F32.0 bzw. F33.0)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie im Wesentlichen das Folgende (act. II 122.1/10 Ziff. Ziff. 4.3 lit. c):

1. Chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)
2. Adipositas WHO Grad I (ICD-10: E66.9)
3. Chronischer Nikotinabusus (ICD-10: F17.1)
4. Hypertriglyceridämie (ICD-10: E78.1)
5. Rezidivierende Urolithiasis beidseits mit (ICD-10: N20)
6. St. n. Mamma-Reduktionsplastik (Straffung/Verkleinerung) 2021
7. Anamnestisch Vitamin D Mangel, ED 06.2020 (ICD-10: E55)

Bezüglich des Bewegungsapparates finde sich eine chronische Dorsalgie mit Status nach wiederholten Infiltrationen und Zustand nach ventraler Diskektomie, posterior Release und Dekompression der Foramina beidseits sowie ALIF LWK5/SWK1 am 3. Mai 2023 bei Osteochondrose und chronischen Schmerzen, zudem bestehe der Verdacht auf eine Schmerzausweitung.

In neurologischer Hinsicht finde sich ein chronifizierter Rückenschmerz ohne radikuläre Ausfallserscheinungen bei Zustand nach anteriorer lumbaler interkorporeller Fusion LWK5/SWK1 im Mai 2023. Motorisch fänden sich keine höhergradigen Einschränkungen und in sensibler Hinsicht bestehe ein chronifiziertes Schmerzsyndrom mit unspezifischen Parästhesien. Die kognitiven Fähigkeiten wirkten erhalten. Körperlich schwere Tätigkeiten wie auch statische Belastungen seien der Beschwerdeführerin nicht zumutbar.

In psychiatrischer Hinsicht bestehe im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung eine leichte depressive Episode, zudem chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren. Die leichte depressive Episode begründe einen erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf. Weitere Einschränkungen bestünden dagegen keine.

In allgemeininternistischer Hinsicht seien eine Adipositas WHO Grad I, ein chronischer Nikotinabusus, eine Hypertriglyceridämie, eine rezidivierende Urolithiasis beidseits, ein Zustand nach Mamma-Reduktionsplastik im Jahr 2021 und anamnestisch ein Vitamin D-Mangel festzustellen, welche mit geeigneten Massnahmen jedoch gut behandelt werden könnten. Dies führe zu keinen signifikanten Funktionseinschränkungen (act. II 122.1/10 Ziff. 4.3 lit. a).

Zur Konsistenz und Plausibilität hielten die Gutachter fest, bezüglich des Bewegungsapparates liessen sich die letztlich sehr ausgeweitet präsentierten Beschwerden durch die vorliegenden Befunde kaum begründen. Ein gewisser Leidensdruck bei höhergradiger Belastung des Achsenorgans sei angesichts lumbaler Degeneration nachvollziehbar. Die gesamte anamnestische und klinische, auffallend inkonsistente Präsentation lasse jedoch an ein im Vordergrund stehendes nicht-organisches Geschehen denken. Aus neurologischer Sicht spiegle sich der von der Beschwerdeführerin geltend gemachte intensive Schmerz in der Untersuchungssituation nicht wider. Aus psychiatrischer Sicht fänden sich einige Inkonsistenzen. Die Beschwerdeführerin habe trotz Angabe massiv anhaltender Schmerzen einen relativ entspannten Eindruck gemacht und die Schmerzen würden sich im Verhalten (v.a. Psychomotorik) praktisch nicht abbilden. Die von der Beschwerdeführerin geäusserte Beschwerdeschilderung sei von einer ausgeprägten Klagsamkeit geprägt gewesen, wobei sie einige Aussagen im Verlauf wieder abgeschwächt habe. Der aktuell gemessene Medikamentenspiegel habe hinsichtlich Duloxetin im therapeutischen Bereich gelegen. Hingegen hätten die Blutspiegel für die Analgetika im subtherapeutischen Bereich gelegen, trotz Angabe einer hochdosierten Einnahme. Die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Beeinträchtigungen im Alltag seien durch die psychiatrischen Befunde bzw. Diagnosen nur teilweise zu erklären. Es sei von einer relevanten Selbstlimitierung auszugehen. In allgemeininternistischer Hinsicht lägen keine Hinweise auf Verdeutlichungsstendenzen, Inkonsistenzen, Aggravation oder gar Simulation vor (act. II 122.1/9 Ziff. 4.2).

Zu Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, in orthopädischer Hinsicht bestehe in der angestammten und in einer angepassten körperlich leichten

bis selten mittelschweren, wechselnd belastenden Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80 % und in einer körperlich sehr leichten, immer wieder auch sitzenden und adaptierten Verweistätigkeit unter Wechselbelastung eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. In psychiatrischer Hinsicht bestehe in der angestammten wie auch in einer anderen körperlich adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfes. Die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten in der ... und als ... seien leidensangepasst. In neurologischer Hinsicht bestehe für körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit und für eine körperlich leichte Tätigkeit unter Wechselbelastung eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. In allgemeininternistischer Hinsicht sei die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt. Die in psychiatrischer und orthopädischer Hinsicht attestierten Arbeitsunfähigkeiten in der angestammten Tätigkeit könnten in der Summe nicht addiert werden, da für die jeweiligen Ruhephasen die gleichen Pausen in Anspruch genommen werden könnten. Da die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten nur in psychiatrischer Hinsicht eingeschränkt sei, ergebe sich keine Diskussion hinsichtlich ergänzenden oder additiven Effektes von Einschränkungen (act. II 122.1/12 Ziff. 4.5). Nach vorangehend nicht dauerhaft höhergradig eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab März 2023 könne die aktuelle Arbeitsfähigkeit seit Dezember 2023 angenommen werden (act. II 122.1/12 Ziff. 4.6.4).

Aus interdisziplinärer Sicht seien körperlich schwere Tätigkeiten der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar und für körperlich leichte bis mittelschwere, ausschliesslich stehende und gehende Tätigkeiten bestehe eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfes. Aufgrund der Veränderungen am Bewegungsapparat bestünden zusätzlich qualitative Einschränkungen, beinhaltend das Vermeiden des wiederholten Hebens und Tragens von Lasten von über 15 kg. In einer körperlich sehr leichten Verweistätigkeit seien längerdauernde Einnahmen von Zwangshaltungen des Rumpfes wie auch das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg zu vermeiden (act. II 122.1/9 f. Ziff. 4.3 lit. a).

3.3.10 Im Bericht vom 20. November 2024 (act. II 137/7 f.) hielt der behandelnde Psychiater Dr. med. O. _____ fest, er sei grundsätzlich mit den im Gutachten in psychiatrischer Hinsicht gestellten Diagnosen einverstanden, aber nicht mit deren Gewichtung. Das Schmerzsyndrom sei zu wenig gewichtet worden. Die seit 19 Jahren bestehenden chronischen Schmerzen hätten direkten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin neige dazu, bei Belastungen – wie Schmerzen – depressiv zu reagieren. Seines Erachtens sei sie aktuell in einer angepassten Tätigkeit höchstens zu 50 % arbeitsfähig.

3.3.11 Im Bericht vom 2. Dezember 2024 (act. II 137/3 ff.) diagnostizierte der behandelnde Dr. med. AA. _____, Facharzt für Neurochirurgie, im Wesentlichen das Folgende:

- Persistierende linksseitige Lumboischialgie L5 und belastungsabhängige linksseitige Lumbalgie
- Reklinationsabhängige Lumbalgie
- Chronische Rückenschmerzen mit nozizeptiver und noziplastischer Komponente 03.05.2023 ALIF L5/S1 (Syn-Fix-Cage) und Dekompression der Foramina bds. fecit Dr. N. _____
- Verdacht auf residuelle Tangierung der L5-Wurzel bei Zustand nach Operation
- Aktivierte ISG-Arthrose links, Osteochondrose LWK5/SWK1, aktivierte Facettenarthrose
- Persistierende Dysästhesien in beiden Füßen, fragliche Polyneuropathie

Die Beschwerdeführerin gebe unverändert starke linksbetonte Schmerzen im lumbosakralen Übergang im linken Bein an. Differenzialdiagnostisch finde sich eine starke ISG-Symptomatik auf der linken Seite. Er habe eine neue SPECT-CT-Untersuchung des linken ISG empfohlen, welches bisher noch nicht sorgfältig abgeklärt worden sei. Zusätzlich sei eine ISG-Infiltration auf der linken Seite (rein diagnostisch) vorgesehen. Im Gutachten seien folgende Diagnosen nicht berücksichtigt worden: Morbus Baasstrup L4/5 und L5/S1, Anulusriss L4/5 und das klinisch verdächtige linksseitige ISG. Das Gutachten sei wegen dieser fehlenden Diagnosen nicht schlüssig. Aufgrund der aktuell klinisch verfügbaren Daten und Untersuchungen liege bei der Beschwerdeführerin ein starkes linksseitiges ISG-Syndrom vor. Beim starken ISG-Syndrom bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 80 %.

Im Bericht vom 14. Januar 2025 (act. II 139/2 ff.) hielt Dr. med. AA._____ fest, das SPECT-CT vom 24. Dezember 2024 habe keine Hinweise für eine Lockerung im Fach L5/S1 ergeben. Es bestehe der Verdacht, dass ein Grossteil der Beschwerden nicht vom ISG komme, daher sei nun eine diagnostische Infiltration des Facettengelenkes L4/5 vorgesehen.

3.3.12 In der Stellungnahme vom 3. Februar 2025 (act. II 141/2 ff.) hielten die Gutachter Dres. med. W._____ und Y._____ sowie X._____ fest, die vom behandelnden Psychiater eingereichte Stellungnahme ergebe keine neuen Erkenntnisse. In orthopädischer Hinsicht korreliere die Verdachtsdiagnose einer linksseitigen ISG-Problematik keinesfalls mit der im Rahmen der Begutachtung dokumentierten klinischen Untersuchung: Während Dr. med. AA._____ ausschliesslich "beim linksseitigen Fazettengelenk L5/S1" eine "direkte Druckdolenz" bezeichnet habe, sei diese im Rahmen der Begutachtung ubiquitär am gesamten Rücken einschliesslich des Rippenbogens und der dorsalen Beckenregion unter Angabe einer jeweils bis sakral ausgelösten Schmerzhaftigkeit gegeben gewesen. Ob ein Morbus Baastrop vorliege, erschliesse sich aus den von Dr. med. AA._____ dokumentierten radiologischen Befunden nicht, indem er weder im angeführten LWS-Röntgen vom 12. August 2024 noch dem MRI der LWS vom 1. Juli 2024 oder dem SPECT-CT der LWS vom 7. Juni 2024 entsprechende Veränderungen nenne. Bezüglich des Berichts von Dr. med. AA._____ vom 14. Januar 2025 scheide nach durchgeführter Infiltration des linken ISG dieses als Schmerzgenerator konsequenterweise aus. Bezüglich des nochmals angefertigten SPECT-CT nenne Dr. med. AA._____ nun keinerlei Auffälligkeiten mehr.

3.4

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 Her-

kunft 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 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 Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 151 V 244 E. 3.5 S. 248, 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). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweismwürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.5 Das MEDAS-Gutachten vom 1. Oktober 2024 (act. II 122.1) samt Teilgutachten (act. II 122.3-122.6) und der Stellungnahme vom 3. Februar 2025 (act. II 141/2 ff.) erfüllt die beweismrechtlichen Anforderungen an die Rechtsprechung und überzeugt. Die Beschwerdeführerin wurde umfassend fachärztlich untersucht und die hieraus gewonnen Befunde und Erkenntnisse flossen nachvollziehbar in die gutachterliche Konsensbeurteilung ein (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128). Die gutachterlichen Untersuchungen orientierten sich am Standard-Fragebogen der IV-Stelle (vgl. act. II 108/3 ff.). Die Befragungen der Beschwerdeführerin hinsichtlich der geklagten anhaltenden Rückenschmerzen und der psychischen Beschwerden (act. II 122.3/13 ff., 122.4/2 ff., 122.5/1 ff., 122.6/2 ff.) sowie die Anamnesen wurden einlässlich und nachvollziehbar erhoben. Es bestehen keine massgebenden Widersprüche innerhalb der jeweiligen bzw. zwischen den Teilgutachten. Die Gutachter legten die auf ihrem jeweiligen Fachgebiet gestellten Diagnosen nachvollziehbar begründet dar; zudem nahmen

sie Stellung zu den (teilweise) davon abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte. In den einzelnen Fachgebieten ist das Folgende erstellt:

Allgemeininternistisch lagen – mit Ausnahme des Übergewichts mit einem BMI von 28.6 kg/m² – unauffällige Befunde vor und es wurden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, der Beschwerdeführerin sei eine körperlich leichte bis mittelschweren Tätigkeit zu 100 % (8.5 Stunden pro Tag) zumutbar, ist nachvollziehbar und überzeugt (act. II 122.3/9 Ziff. 6.1 122.3/11 Ziff. 8).

In psychiatrischer Hinsicht ging Dr. med. Y. _____ sodann nach einlässlicher Darlegung der Befunde und einer nachvollziehbaren Diagnose einer leichten depressiven Episode (DD im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung; ICD-10: F32.0 bzw. F33.0) davon aus, dass der Beschwerdeführerin die bisherige (... , ...) und eine angepasste Tätigkeit zu 80 % zumutbar ist (100 % Präsenz und 20 % Einschränkung wegen erhöhtem Pausen- und Erholungsbedarfs; act. II 122.4/10 f. Ziff. 6.3 und 8.1 f.); diese Beurteilung überzeugt. Schliesslich orientierte sich Dr. med. Y. _____ bei der Folgenabschätzung auch an den normativen Beweisthemen gemäss BGE 141 V 281 und legte in der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität einleuchtend dar, die Beschwerdeführerin habe zwar massive Schmerzen angegeben, in der Untersuchung jedoch einen relativ entspannten Eindruck gemacht. Zudem gab die Beschwerdeführerin an, sie verbringe den ganzen Tag in der abgedunkelten Wohnung, um danach diese Aussage mit der Angabe abzuschwächen, dass sie viel auf dem Balkon sitze. Die gutachterliche Schlussfolgerung überzeugt, dass die Gesichtsröte der Beschwerdeführerin damit erklärt ist und die angegebenen Beeinträchtigungen im Alltag nur teilweise zu begründen sind. Vielmehr liegt eine relevante Selbstlimitierung vor.

An der Schlüssigkeit der gutachterlichen Beurteilung in psychiatrischer Hinsicht ändert auch die Kritik der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 5) nichts. Mit ihrer Angabe, die von den Gutachtern attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % sei zu hoch, vielmehr sei in psychiatrischer Hinsicht auch in einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen, stützte sie sich auf den Bericht des behandelnden Psychiaters vom 20. November 2024 (act. II 137/7). Damit setzte sich der Gutachter Dr. med.

Y._____ indessen in der Stellungnahme vom 3. Februar 2025 einlässlich auseinander. Seine Aussage, dass sich die angegebenen starken Schmerzen anlässlich der Begutachtung auch im Verhalten der Beschwerdeführerin hätten abbilden müssen, um funktionelle Defizite zu begründen, überzeugt. Der behandelnde Psychiater Dr. med. O._____ stützte sich denn auch primär auf die subjektiven Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin, ohne diese weiter zu plausibilisieren und ohne die von ihm postulierte Arbeitsfähigkeit von 50 % einleuchtend zu begründen. Vielmehr ist seine vom psychiatrischen Gutachter abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit einer unterschiedlichen Ermessensausübung und dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zu erklären (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_188/2025 vom 31. Juli 2025 E. 6.4 mit Hinweisen). Die Ermittlung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 20 % (act. II 122.1/12 Ziff. 4.5, 122.4/11 Ziff. 8.1.3) erfolgte durch die Sachverständigen – wie erwähnt – in überzeugender Auseinandersetzung mit den durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen (act. II 279.1/4 ff., 279.4/8 ff.), weshalb auf die schlüssige Einschätzung abzustellen ist und kein Anlass für ein ergänzendes gerichtliches strukturiertes Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 besteht. Eine Indikatorenprüfung könnte denn auch zu keiner höheren als der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit führen (vgl. Urteile des BGer 9C_234/2025 vom 18. November 2025 E. 5.1.2, 9C_486/2024 vom 6. März 2025 E. 4.2.2.3).

Auch in orthopädischer und neurologischer Hinsicht sind die Teilgutachten sowie die Konsensbeurteilung schlüssig. Die Gutachter Dres. med. X._____ und Z._____ diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Dorsalgie (ICD-10: M54.80; act. II 122.5/9 Ziff. 6.3) bzw. einen chronifizierten Rückenschmerz ohne radikuläre Ausfallserscheinungen (ICD-10: M54.9; act. II 116/6 Ziff. 6.3) und hielten nachvollziehbar begründet fest, angesichts lumbaler Degeneration sei bei höhergradiger Belastung des Achsenorgans ein gewisser Leidensdruck zwar nachvollziehbar, indessen liessen sich die sehr ausgeweitet präsentierten Beschwerden durch die klinischen und bildgebenden Befunde auf rein orthopädischer Ebene kaum begründen (act. II 122.5/8 Ziff. 6.2.1). Ferner wurde auch in neurologischer Hinsicht kein passendes radikuläres Defizit (mehr) festgestellt (act. II 122.6/6 Ziff. 6.1). Sowohl der orthopädi-

sche als auch der neurologische Gutachter gingen überzeugend begründet von einem nicht-organischen Geschehen bzw. einer funktionellen Ausweitung aus (act. II 122.5/8 Ziff. 6.2.1, 122.6/6 Ziff. 6.1). Hinsichtlich der Beurteilung der wesentlichen Folgenabschätzung (Urteil des BGer 8C_121/2023 vom 15. September 2023 E. 4.2 mit Hinweisen) erweisen sich die Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit ebenfalls als vollständig, erfolgte doch in den Teilgutachten und anschliessend in der Konsensbeurteilung anhand der objektivierbaren bzw. klinisch nachvollziehbaren Einschränkungen eine entsprechend sorgfältige Beurteilung; danach ist die Beschwerdeführerin in körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten zu 80 % (aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs) arbeitsfähig.

Die Kritik der Beschwerdeführerin, es sei sehr schwer vorstellbar, dass auch für körperlich sehr leichte Verrichtungen gar keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultieren solle (Beschwerde S. 6), verfährt nicht. Denn die Gutachter negierten nicht, dass ein gewisser Leidensdruck aufgrund der lumbalen Degeneration vorhanden ist, jedoch keineswegs in dem von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Ausmass (vgl. act. II 122.1/9 Ziff. 4.2). Die Schmerzangaben der Beschwerdeführerin liessen sich schliesslich nicht mit den Angaben zum Tagesablauf bzw. dem Verhalten der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung (erst nach 37 Minuten mit ruhigem Sitzen sakrale Schmerzen geltend gemacht; flüssige, zügige Bewegungen beim Entkleiden und bei der Untersuchung ohne fassbaren Leidensdruck [act. II 122.5/4 Ziff. 4.3]) und auch nicht mit den klinischen Befunden (u.a. wurde an den Füßen beidseits durchaus kräftige plantare Beschwiellung festgestellt [act. II 122.5/8 Ziff. 4.3]; demgegenüber gab die Beschwerdeführerin in der Befragung an, sie könne beschwerdebedingt nicht lange sitzen und stehen und laufe nicht so viel, da sie schnell ermüde [act. II 122.5/2 f.]) ohne weiteres vereinbaren sowie mit der Anamnese, Klinik und Bildgebung der Behandelnden erklären (vgl. act. II 122.5/9, 122.6/6). Zudem gingen die Gutachter interdisziplinär auch in einer angepassten Tätigkeit wegen erhöhten Pausenbedarfs von einer Einschränkung von 20 % aus (act. II 122.1/13 Ziff. 4.7.1 ff.). Bezüglich der vom behandelnden Neurochirurgen Dr. med. AA._____ eingereichten Berichte vom 2. Dezember 2024 (act. II 137.3 ff.) und 14. Januar 2025 (act. II 139/2 ff.) vermag die unterschiedliche Diagnosestellung keine abweichende Ein-

schätzung zuzulassen. Auch wenn die diagnostische Einordnung medizinisch notwendig ist, kann es aus juristischer Sicht damit nicht sein Bewenden haben. Entscheidend bleibt vielmehr die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung (vgl. BGE 143 V 418 E. 6 S. 427). Der orthopädische Gutachter Dr. med. X._____ setzte sich umfassend mit den abweichenden Einschätzungen des behandelnden Neurochirurgen auseinander und stellte nachvollziehbar fest, dass der Behandler das Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin nicht thematisierte und auch – im Vergleich zur gutachterlichen Untersuchung – keine massgebenden gegenteiligen Befunde präsentierte. Schliesslich vermag auch die Aussage von Dr. med. AA._____ im Bericht vom 14. Januar 2025 (act. II 139/4), "die Diagnosen eines Morbus Baastrup sowie auch der Anulus Rest auf der Höhe L4/5" seien im Gutachten nicht erwähnt worden, das Gutachten vom 1. Oktober 2024 (act. II 122.1) nicht in Zweifel zu ziehen. Dr. med. X._____ legte in der Stellungnahme vom 3. Februar 2025 (act. II 141/4) nachvollziehbar und überzeugend dar, dass selbst bei einem möglichen Morbus Baastrup unter Berücksichtigung der von Dr. med. AA._____ angegebenen Befunden unverändert von der im Gutachten attestierten Arbeitsfähigkeit auszugehen wäre.

3.6 Insgesamt hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt genügend abgeklärt; weitere Beweiserhebungen, namentlich die eventualiter beantragte Rückweisung an die Verwaltung zur weiteren Abklärung (Beschwerde S. 2, Ziff. I), sind nicht angezeigt, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (vgl. dazu BGE 151 V 258 E. 4.4 S. 261, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

Nach dem Dargelegten ist in interdisziplinärer Hinsicht der Beschwerdeführerin eine körperlich leichte Tätigkeit unter Wechselbelastung und damit auch die bisherige zu 80 % zumutbar, dabei beruht die Einschränkung von 20 % auf dem vermehrten Pausenbedarf (act. II 122.1/12 f. Ziff. 4.5, 4.6 und 4.7). Diese attestierte Arbeitsfähigkeit gilt seit Dezember 2023 (act. II 122.1/12 Ziff. 4.6.4, 4.7.4). Gestützt darauf ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. 5 hiernach).

4.

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 6. Februar 2025 (act. II 142) von einem Status im Erwerb von 100 % aus, was als wohlwollend bezeichnet werden kann, da die Beschwerdeführerin seit über 20 Jahren keine Tätigkeit in Vollzeit mehr ausgeübt hat (vgl. act. II 17, 20, 38/15, 41/8 Ziff. 5.4, 61/4 Ziff. 2.9). Wie es sich damit verhält, braucht jedoch nicht abschliessend geklärt zu werden, weil mit Blick auf das gutachterliche Leistungsprofil und unter Berücksichtigung der familiären Unterstützung Einschränkungen im Aufgabenbereich nicht ausgewiesen sind und so oder anders kein Anspruch auf eine Rente besteht.

5.

5.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV).

Die Beschwerdeführerin meldete sich im Juli 2023 (act. II 41) erneut zum Leistungsbezug an, weshalb sie frühestens ab 1. Januar 2024 (Art. 29 Abs. 1 IVG) Anspruch eine Rente haben kann. Im schlüssigen MEDAS-Gutachten vom 1. Oktober 2024 gingen die Gutachter von einer vor März 2023 nicht dauerhaft höhergradigen eingeschränkten Arbeitsfähigkeit, ab März 2023 von einer aufgehobenen Arbeitsfähigkeit und ab Dezember 2023 von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % aus (act. II 122.1/12 Ziff. 4.6.4 und 4.7.5). Es kann offenbleiben, ob die Wartefrist (Art. 28 Abs. 1 IVG) wie von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 6. Februar 2025 (act. II 142) dargelegt per 1. März 2024 abgelaufen ist; so oder anders hat die Bestimmung des IV-Grades für das Jahr 2024 zu erfolgen.

5.2 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).

Die Beschwerdegegnerin ging zutreffend vom zuletzt erzielten Erwerbseinkommen, den die Beschwerdeführerin als Mitarbeiterin ... für die E. _____ AG erzielte, aus (act. II 61/3 ff.). Ausgehend von den Arbeitgeberangaben erzielte die Beschwerdeführerin im Jahr 2023 Fr. 43'188.60 (act. II 61/4 Ziff. 2.10). Aufgerechnet auf ein Pensum von 100 % und indiziert auf das Jahr 2024 (Nominallohnindex, Frauen 2021-2024, lit. Q Gesundheitswesen, 2023: 101.2; 2024: 104.2) ergibt dies ein Valideneinkommen von Fr. 55'586.10 ($[\text{Fr. } 43'188.60 / 80 \times 100] = \text{Fr. } 53'985.75 / 101.2 \times 104.2$).

5.3 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). Vom statistisch bestimmten Wert nach Abs. 2 werden 10 % abgezogen. 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 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV).

Für die Ermittlung des Invalideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin mangels Verwertung der Restarbeitsfähigkeit zutreffend auf die Zentralwerte der Lohnstrukturhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) 2022 ab und zog dabei die Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, total, Frauen, von Fr. 4'367.-- heran, was nicht zu beanstanden ist. Angepasst an die betriebsübliche Wöchentliche Arbeitszeit (nach Wirtschaftszweigen, Total, 2024) von 41.7 Stunden, aufgerechnet auf ein Jahr und indiziert auf das Jahr 2024 (Nominallohnindex, Frauen 2021-2024, Total, 2023: 103.2; 2024: 105.8), unter Berücksichtigung einer Arbeitsfähigkeit von 80 % und

des Pauschalabzugs von 10 % nach Art. 26^{bis} Abs. IVV ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 40'408.50 (Fr. 4'376.-- / 40 x 41.7 x 12 / 103.2 x 105.8 x 0.8 x 0.9).

5.4 Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommen von Fr. 55'586.10 und einem Invalideneinkommen von Fr. 40'408.50 resultiert eine Einbusse von Fr. 15'177.60 und damit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 27 % ($[(\text{Fr. } 55'586.10 - \text{Fr. } 40'408.50) / \text{Fr. } 55'586.10] \times 100$).

5.5 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 6. Februar 2025 (act. II 142) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

6.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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