

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. August 2026

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Isliker
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. März 2025



Sachverhalt:

A.

Die 1972 geborene, verheiratete A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), Mutter von fünf Kindern (Jahrgänge 1999, 2000, 2000 sel. [Zwilling, im Geburtsjahr verstorben], 2004, 2006) und diplomierte ... (vgl. Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 7, 10 S. 2), ersuchte am 3. August 2021 die Invalidenversicherung (IV) um Kostengutsprache für Hörgeräte (act. II 1). Mit Mitteilung vom 1. September 2021 (act. II 6) sprach die IVB der Versicherten eine binaurale Hörgerätepauschale von Fr. 1'650.-- zu.

Im August 2023 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine post-traumatische Belastungsstörung (PTBS), eine Schmerzstörung und somatische Erkrankungen bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 7). Die IVB klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und hielt mit Mitteilung vom 31. August 2023 (act. II 31) fest, dass Eingliederungsmassnahmen nicht angezeigt seien. Gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten der C._____ GmbH (MEDAS), vom 31. Dezember 2024 (act. II 91.1 - 91.8) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 13. Januar 2025 (act. II 95) die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht; dies bei einem in Anwendung der gemischten Methode (70 % Erwerbstätigkeit und 30 % Aufgabenbereich) ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 20 %. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 99) und einer diesbezüglichen Stellungnahme der MEDAS vom 17. März 2025 (act. II 103) verfügte sie am 26. März 2025 (act. II 104) wie angekündigt.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, wie bereits im Vorbescheidverfahren vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 30. April 2025 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen für weitere Abklärungen im Sinne der Erwägungen (insb. neuropsychologische Begutach-

tung, Einholen weiterer Berichte, Ergänzungsgutachten mit neuem Konsil). Eventualiter sei der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente zuzusprechen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 13. Mai 2025 auf Abweisung der Beschwerde.

In einem zweiten Schriftenwechsel (Eingaben vom 19. und 30. Mai 2025) hielten die Parteien an den bisher vertretenen Standpunkten wie auch an den gestellten Anträgen fest.

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 26. März 2025 (act. II 104). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

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

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

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).

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

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

2.5 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode, welche sich aus dem Status ergibt. Dieser bestimmt sich nach Art. 24^{septies} Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) 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).

2.6

2.6.1 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des IV-Grades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Der Bundesrat umschreibt die zur Bemessung des IV-Grades massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren. Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.6.2 Gemäss Art. 28a Abs. 2 IVG wird bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, für die Bemessung des IV-Grades in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; vgl. auch BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

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

2.6.4 Gemäss Art. 27^{bis} Abs. 1 IVV werden für die Bestimmung des IV-Grades von Teilerwerbstätigen die IV-Grade in Bezug auf die Erwerbstätigkeit (lit. a) und in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich (lit. b) zusammengezählt. Für die Berechnung des IV-Grades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit wird gemäss Art. 27^{bis} Abs. 2 IVV das Einkommen ohne Invalidität auf eine Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % entspricht, hochgerechnet (lit. a), das Einkommen mit Invalidität auf

der Basis einer Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % entspricht, berechnet und entsprechend an die massgebliche funktionelle Leistungsfähigkeit angepasst (lit. b) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrades, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (lit. c). Für die Berechnung des IV-Grades in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird nach Art. 27^{bis} Abs. 3 IVV der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt (lit. a) und der Anteil nach lit. a anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Abs. 2 lit. c und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Abs. 3 lit. b).

2.7 Um den IV-Grad 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 In medizinischer Hinsicht ist den Akten das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Austrittsbericht des Spitals D._____ vom 6. August 2022 (act. II 37 S. 137 - 139) über eine Hospitalisation vom 2. bis 6. August 2022 wurden als Hauptdiagnosen eine Minderung des Allgemeinzustands bei einem Keilbeinflügelmeningeom links (subtotale Exstirpation am 5. Juli 2022; aktuell: Kopfschmerzen, Nausea, subjektiv Gesichtsschwellung links), eine Obstipation, perimenopausale anämisierende Menometrorrhagien bei Adenomyosis, eine Thrombozytenfunktionsstörung, ein Asthma bronchiale, ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom (Apnoe-

Hypopnoe-Index [AHI] 27), eine Neutropenie unbekannter Ätiologie, ein gastroösophagealer Reflux bei Hiatushernie sowie anamnestisch ein Prädiabetes genannt (act. II 37 S. 137). Eine am 2. August 2022 (vgl. act. II 37 S. 139) durchgeführte MRI-Untersuchung des Schädels habe weder eine Blutung noch eine Abszedierung als Ursache der Beschwerden ergeben. Die Beschwerdeführerin habe am 6. August 2022 in leicht gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (act. II 37 S. 138).

3.1.2 PD Dr. med. E._____, Facharzt für Neurochirurgie, hielt im Bericht vom 6. Dezember 2022 (act. II 37 S. 103) fest, dass die aktuellen cMRI-Aufnahmen vom 1. Dezember 2022 im Vergleich zu den Voraufnahmen vom 3. Oktober 2022 einen identischen Befund mit bekanntem Resttumor bei regelrechtem postoperativem Befund zeigten. Die Übelkeit, das Erbrechen und das Unwohlsein liessen sich aus neurochirurgischer Sicht nicht erklären.

3.1.3 Dem Austrittsbericht des Spitals F._____ vom 4. April 2023 (act. II 37 S. 50 - 56) über eine Hospitalisation vom 21. bis 23. März 2023 sind als Hauptdiagnosen eine chronische Enthesiopathia trochanterica links (Erstdiagnose: 2022), eine episodische Übelkeit und ein Erbrechen unklarer Ätiologie, ein chronisch-rezidivierendes lumbovertebrales Syndrom, eine Valgusgonarthrose rechts, eine Thrombozytenfunktionsstörung, eine fluktuierende persistierende Neutropenie unklarer Ätiologie, ein Status nach Exstirpation eines Keilbeinflügelmeningeoms am 5. Juli 2022 sowie ein Status nach unklarem Entzündungssyndrom zu entnehmen (act II 37 S. 50 - 52). Während der Hospitalisation sei die Beschwerdeführerin im Rahmen eines Assessments von Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialberatung, Psychologie und Pflege beurteilt worden; ihr Fall sei in einem interprofessionellen Rapport besprochen worden. Im Konsens sei ihr ein grosses Rehabilitationspotenzial attestiert und eine Teilnahme am Rehabilitationsprogramm der (G._____) empfohlen worden (act. II 37 S. 52). Die Beschwerdeführerin habe am 23. März 2023 in stabilem Zustand nach Hause entlassen werden können (act. II 37 S. 53).

3.1.4 Im Bericht der Klinik H._____ vom 15. August 2023 (act. II 27.2) wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin seit dem 12. Juli 2023 in Behandlung sei (act. II 27.2 S. 1 Ziff. 1). Diagnostiziert wur-

den Anpassungsstörungen mit depressiven und ängstlichen Anteilen (ICD-10 F43.2), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine somatoforme autonome Funktionsstörung mit episodischer Übelkeit unklarer Ätiologie (ICD-10 F45.31), eine PTBS (ICD-10 F43.1), eine gutartige Neubildung eines Meningeoms (WHO-Grad 1) vom fibrösen Subtyp, Keilbeinflügel links (ICD-10 D32.9), eine sonstige primäre Gonarthrose (ICD-10 M17.1), eine primäre Arthrose sonstiger Gelenke (ICD-10 M19.08) sowie ein hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren (ICD-10 D68.28 [act. II 27.2 S. 1 f. Ziff. 3]). Bei der Beschwerdeführerin lägen sowohl somatische als auch psychische Einschränkungen vor, welche es als unmöglich erscheinen liessen, in den nächsten Monaten oder gar Jahren je wieder eine Vollzeitstelle zu verrichten. Da es sich insbesondere bei den körperlichen Beschwerden um die Folge chronifizierter und irreversibler Veränderungen handle, sei auch in Zukunft nicht mehr vom Erreichen einer vollen Leistungs- und damit Arbeitsfähigkeit auszugehen. In engem Zusammenhang mit den somatischen Einschränkungen stünden die psychischen Symptome, welche die Arbeitsleistung zusätzlich limitierten. Da die Beschwerdeführerin ihre Berufstätigkeit jedoch als grundsätzlich stabilisierend und ressourcenaktivierend erlebe, erscheine eine Teilzeitbeschäftigung auf niedrigem Prozentniveau (z.B. 20 %) empfehlenswert (act. II 27.2 S. 3 Ziff. 6).

Dem Austrittsbericht derselben Klinik vom 16. August 2023 (act. II 29) über eine stationäre psychosomatische Rehabilitation vom 12. Juli bis 15. August 2023 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin von einer ausgeprägten Erschöpfung infolge sehr anstrengender und intensiver Jahre berichtet habe, beginnend bei einem hohen Betreuungsaufwand der vier gemeinsamen Kinder bis hin zu Schicksalsschlägen (Tod eines Zwillingsskindes, Tod der Enkeltochter vor etwa einem Jahr) und verschiedensten somatischen Erkrankungen mit teils wiederholtem Operationsbedarf (act. II 29 S. 3). Die Beschwerdeführerin habe zwar nicht das Vollbild einer depressiven Episode erfüllt, was sich auch in der Testdiagnostik (BDI-II bei Eintritt: 19 Punkte) entsprechend widerspiegle; aufgrund der belastenden Gesamtsituation sei jedoch eine depressive Verstimmung erkennbar gewesen. Im Verlauf des Aufenthalts habe sich die depressive Symptomatik rückläufig gezeigt, was mit dem testdiagnostischen Befund (BDI-II bei Aus-

tritt: 12 Punkte) gut korreliert habe (act. II 29 S. 5). Die Beschwerdeführerin sei in verbessertem psychischem Zustand und im gegenseitigen Einvernehmen nach Hause entlassen worden (act. II 29 S. 8).

3.1.5 Dr. med. I._____, Facharzt für Neurologie, J._____, nannte im Bericht vom 21. August 2023 (act. II 37 S. 10 - 12) als Hauptdiagnosen eine chronische Enthesiopathia trochanterica links, ein chronisch-rezidivierendes lumbovertebrales Syndrom (Status nach Dekompression LWK 3/4 beidseits und LWK 4/5 links am 9. Juni 2021 bei Spinalkanalstenose), eine Valgusgonarthrose rechts, Kiefergelenksarthrosen links stärker als rechts und ein Keilbeinflügelmeningeom links (Status nach Exstirpation im Juli 2022 [act. II 37 S. 10]). Aktuell finde sich klinisch neurologisch und elektrophysiologisch kein fokalneurologisches Defizit. Auch ergäben sich in der klinischen Untersuchung keine sicheren Hinweise auf eine radikuläre Reizsymptomatik. Insbesondere aufgrund der Verteilung der Schmerzen, welche dermatomal nicht zugeordnet werden könnten, sei nicht von einer radikulären Ursache der Beschwerden auszugehen. Dass diese durch die Hüftproblematik verursacht würden, sei denkbar, könne aber abschliessend nicht sicher beurteilt werden (act. II 37 S. 11).

3.1.6 Dr. med. K._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 19. September 2023 (act. II 51) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10 F43.2), eine chronische Schmerzstörung (ICD-10 F45.41), eine somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.31), eine PTBS (ICD-10 F43.1), eine Adipositas (Gewichtsreduktion konservativ von über 40 kg) und starke Schmerzen durch eine Kniearthrose rechts, eine Kieferarthrose links sowie eine Bursitis der linken Hüfte. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Gerinnungsstörung sowie ein Asthma bronchiale (act. II 51 S. 5 Ziff. 2.5 f.). Während des Klinikaufenthaltes habe sich die Beschwerdeführerin erholen können; die depressiven Symptome seien regredient gewesen. Nach dem Klinikaufenthalt sei sie stabiler und belastbarer gewesen. Es sei ihr besser gelungen, regelmässig Pausen einzulegen sowie sich Zeit für Regeneration und Erholung zu nehmen. Aktuell sei sie durch die bevorstehenden Operationen (Knie und Kiefer) belastet (act. II 51 S. 4 Ziff. 2.2). Die Prognose zur Arbeitsfähig-

keit sei gut. Seit der Familiengründung sei die Beschwerdeführerin nur noch in einem kleinen Pensum erwerbstätig gewesen. Es bestehe eine grosse Einschränkung im Haushalt, welche separat abgeklärt werden müsste (act. II 51 S. 5 Ziff. 2.7).

3.1.7 Am 13. Oktober 2023 wurde im Spital F._____ eine Kiefergelenksarthroskopie mit Lavage links durchgeführt (act. II 46 S. 3 f.). Im Austrittsbericht vom 14. Oktober 2023 (act. II 46 S. 1 - 5) wurde festgehalten, dass sich der peri- und postoperative Verlauf komplikationslos gestaltet habe, so dass die Beschwerdeführerin am 1. postoperativen Tag bei reizlosen Wundverhältnissen und in gutem Allgemeinzustand ins häusliche Umfeld und zur ambulanten Nachsorge habe entlassen werden können (act. II 46 S. 4).

3.1.8 Am 1. November 2023 wurden in der Klinik L._____ eine Metallentfernung am rechten Femur sowie die Implantation einer Knie-TP (Totalprothese) rechts durchgeführt, dies bei valgusbetonter Gonarthrose rechts sowie Status nach Femurvarisationsosteotomie rechts im Jahr 2009 (act. II 54 S. 4).

3.1.9 Dr. med. Dr. med. dent. M._____, Fachzahnarzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 1. Dezember 2023 (act. II 61 S. 31 f.) eine bilaterale Kiefergelenksdegeneration (Wilkes V [act. II 61 S. 31]). Bei der Beschwerdeführerin liege eine arthrogene und eine muskuläre Komponente vor. Zum aktuellen Zeitpunkt werde eine weitere chirurgische Intervention am Kiefergelenk als nicht zielführend erachtet. Die muskuläre Problematik werde mit Physiotherapie, einer nächtlichen Oberkiefer-Aufbisschiene sowie einer Botox-Infiltration des linken Masseters und Temporalis behandelt (act. II 61 S. 32).

3.1.10 Im zuhänden der Krankentaggeldversicherung erstellten Bericht der Klinik L._____ vom 15. Dezember 2023 (act. II 65.3 S. 1 f.) wurde eine zunehmend symptomatische valgusbetonte Gonarthrose rechts diagnostiziert (act. II 65.3 S. 2 Ziff. 5). Attestiert wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 1. November 2023 bis 31. Dezember 2023. Ab dem 1. Januar 2024 bestehe (versuchsweise) keine Arbeitsunfähigkeit mehr (act. II 65.3 S. 2 Ziff. 8).

3.1.11 Eine am 9. Februar 2024 durchgeführte CT-Untersuchung des Thorax (act. II 61 S. 17) ergab keine Hinweise auf eine Lungenembolie oder einen manifesten bronchopulmonalen Infekt und keinen Verdacht auf ein Malignom.

3.1.12 Dr. med. N._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, O._____, hielt im Bericht vom 1. März 2024 (act. II 61 S. 3 - 10) fest, dass aus orthopädischer und rheumatologischer Sicht eine Beeinträchtigung der Mobilität bestehe; zudem liege eine psychiatrische Einschränkung vor (act. II 61 S. 5 Ziff. 3.4). Die Ärztin attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 5. bis 18. Februar 2024; ab dem 19. Februar 2024 bestehe keine Arbeitsunfähigkeit mehr (act. II 61 S. 4 Ziff. 1.3). Zur Prognose der Arbeitsfähigkeit führte sie aus, aus rein somatischer Sicht sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich nicht möglich. Die Beschwerdeführerin sei durch den Bewegungsapparat sowie durch diverse Zusatzerkrankungen deutlich eingeschränkt (act. II 61 S. 6 Ziff. 2.7). Die bisherige Tätigkeit ohne körperliche Belastung bzw. eine angepasste Tätigkeit wäre im Umfang von zwei Stunden pro Tag zumutbar (act. II 61 S. 8 Ziff. 4.1 f.).

3.1.13 Am 26. Juni 2024 (act. II 73) berichtete Dr. med. K._____ über einen stationären Gesundheitszustand bei gleichgebliebenen Diagnosen (act. II 73 S. 2 Ziff. 1 f.). Es bestünden psychosoziale Belastungen aufgrund somatischer und psychischer Erkrankungen des Ehemannes. Drei Kinder würden diesen Sommer ihre Ausbildung abschliessen. Die Abgrenzung bleibe für die Beschwerdeführerin weiterhin eine grosse Herausforderung (act. II 73 S. 3 Ziff. 4). Gemäss eigenen Angaben sei die Beschwerdeführerin gegenwärtig vor allem durch die verschiedenen somatischen Beschwerden und die psychosozialen Belastungen beeinträchtigt (act. II 73 S. 3 Ziff. 5).

3.1.14 Dr. med. P._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte im Bericht vom 28. Juni 2024 (act. II 74) aus, dass auf dem psychiatrischen Fachgebiet über Anpassungsstörungen, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.31) sowie eine PTBS berichtet werde. In somatischer Hinsicht seien unter anderem ein Status nach Meningeom, Arthrosen

verschiedener Gelenke mit bereits erfolgten Operationen, ein Status nach Knie-TP, ein Status nach Operation einer Spinalkanalstenose, eine Adipositas mit metabolischem Syndrom, ein Asthma bronchiale, ein schweres Schlafapnoesyndrom, eine Fibromyalgie sowie eine Thrombozytenfunktionsstörung aktenkundig. Aufgrund der Vielzahl dokumentierter Diagnosen sei es nicht möglich, das Zumutbarkeitsprofil gestützt auf die Aktenlage zu erstellen. Die RAD-Ärztin empfahl eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Rheumatologie und Psychiatrie (act. II 74 S. 13).

3.1.15 Im polydisziplinären (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie, Rheumatologie, Neurologie) Gutachten der MEDAS vom 31. Dezember 2024 (act. II 91.1 - 91.8) hielten die Experten in interdisziplinärer Gesamtbeurteilung als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Periarthropathia coxae beidseits linksbetont (ICD-10 M24.8), ein diskretes subakromiales Schulterimpingementsyndrom links (ICD-10 M75.9) und ein Keilbeinflügelmeningeom links (ICD-10 D32.0 [act. II 91.1 S. 8 Ziff. 4.3 lit. b]) fest. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M79.66/Z98.8/Z96.6), ein Status nach Dekompression LWK 3/4 beidseits und LWK 4/5 links am 9. Juni 2021 (ICD-10 Z98.8), nächtliche Schmerzen verbunden mit Parästhesien im rechten Bein unklarer Ursache, ein chronisches Spannungstyp-Kopfweh (ICD-10 G44.2), der Verdacht auf eine abortive Migräne ohne Aura bei anamnestischer Migräne (ICD-10 G43.0), ein Restless-Legs-Syndrom (ICD-10 G25.81), ein metabolisches Syndrom, ein obstruktives Schlafapnoesyndrom (ICD-10 G47.3), ein Asthma bronchiale gemäss Unterlagen (ICD-10 J45.9), eine Thrombozytenfunktionsstörung gemäss Unterlagen (ICD-10 D69.1) sowie anamnestisch eine Polyallergie (ICD-10 T78.4 [act. II 91.1 S. 9 Ziff. 4.3 lit. c]).

Aus allgemeininternistischer Sicht hätten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt bzw. keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können (act. II 91.3 S. 4 Ziff. 6.3 lit. b und S. 5 f. Ziff. 8.1 f.).

In orthopädischer Hinsicht könne in guter Übereinstimmung mit den anamnestischen Angaben bezüglich des unteren Rückens sowie des rechten

Kniegelenks ein guter postoperativer Verlauf bestätigt werden (act. II 91.5 S. 7 Ziff. 6.2.1). In Bezug auf den unteren Rücken und das rechte Kniegelenk verneine die Beschwerdeführerin im Alltag resultierende relevante Einschränkungen (act. II 91.5 S. 7 Ziff. 6.2.2). Es lägen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (act. II 91.5 S. 8 Ziff. 6.3 lit. b). Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb nicht primär eine neurologische Untersuchung durch die behandelnden Ärzte in die Wege geleitet worden sei (act. II 91.5 S. 8 Ziff. 6.2.3). Für die angestammte, anamnestic überwiegend sitzende Tätigkeit wie auch für eine angepasste Tätigkeit bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (act. II 91.5 S. 9 f. Ziff. 8.1 f.).

Der rheumatologische Gutachter nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Periarthropathia coxae beidseits linksbetont (ICD-10 M24.8) sowie ein diskretes subakromiales Schulterimpingementsyndrom links (ICD-10 M75.9 [act. II 91.6 S. 9 Ziff. 6.3 lit. b]). Er hielt weiter fest, die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass die aktuelle Arbeitstätigkeit von 40 % gesamthaft betrachtet das maximal Mögliche sei. Bei einer Arbeit an zwei aufeinanderfolgenden Tagen sei sie jeweils äusserst erschöpft und könne sich eine höhere Leistungsfähigkeit nicht vorstellen, dies nicht primär wegen Beschwerden am Bewegungsapparat, sondern aufgrund ihrer allgemein reduzierten Leistungsfähigkeit (act. II 91.6 S. 4 Ziff. 3.2.6). Aktuell sei sie nicht arbeitsunfähig geschrieben (act. II 91.6 S. 4 Ziff. 3.2.5). Es finde eine regelmässige fachärztlich-rheumatologische Behandlung statt. Aus Sicht des Gutachters bestehe keine klare Indikation für den Einsatz von immunsupprimierenden Medikamenten (act. II 91.6 S. 9 Ziff. 7.1). Die geklagten Beschwerden könnten im Wesentlichen reaktiv myofaszial im Rahmen der Oberkörperfehlhaltung und Dezentrierung im Schultergürtel erklärt werden (act. II 91.6 S. 9 Ziff. 7.2). Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit; keine Einschränkungen bei manuellen Arbeiten in mehrheitlich schulterneutraler Position; gelegentliche Überkopfarbeiten möglich; anhaltende Überkopfarbeiten vor allem in Bezug auf die Schultergelenke ungünstig; keine Einschränkungen der Gehfähigkeit in der Ebene; Heben und Tragen von Lasten bis zur Taille von bis zu 10 kg) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von

100 % mit einer Leistungsminderung von 20 % aufgrund eines regelmässigen Pausenbedarfs (act. II 91.6 S. 9 f. Ziff. 8.1 f.).

Der neurologische Gutachter führte aus, die Beschwerdeführerin habe angegeben, im Vordergrund stehe insgesamt die Kombination aus immer wieder auftretenden Schmerzen, wiederholten Therapien und Operationen. Im Vordergrund stehe aber auch eine Müdigkeit, welche seit der Hirnoperation deutlich verstärkt sei (act. II 91.7 S. 3 Ziff. 3.2.2). Der Gutachter stellte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Keilbeinflügelmeningeom links (ICD-10 D32.0 [act. II 91.7 S. 8 Ziff. 6.3 lit. b]). Der postoperative Verlauf nach der Meningeom-Teilexstirpation sei insofern nicht ungünstig, als die Situation kernspintomographisch stabil sei und die Beschwerdeführerin die präoperativ manifesten lageabhängigen Kopfschmerzen nicht mehr habe. Hinsichtlich des weiteren Verlaufs bleibe indessen aufgrund des Resttumors eine Restunsicherheit bestehen. Die Prognose sei insgesamt mit Vorsicht zu stellen, da die Beschwerdeführerin unter diversen gesundheitlichen Problemen leide (act. II 91.7 S. 9 Ziff. 7.1). In der bisherigen Tätigkeit sowie in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer Leistungsminderung von 20 % infolge erhöhter Ermüdbarkeit respektive verminderter Belastbarkeit (act. II 91.7 S. 9 f. Ziff. 8.1 f.).

Der psychiatrische Gutachter hielt fest, bezüglich der affektiven Komponente habe sich die Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung in ausgeglichener Stimmung gezeigt; ein depressiver Affekt sei nicht vorhanden gewesen und werde auch in den vorliegenden Arztberichten nicht beschrieben. Somit sei weder eine depressive Episode noch eine rezidivierende depressive Störung zu diagnostizieren. Hinsichtlich der aktenanamnestisch beschriebenen Traumafolgestörung sei eine Reihe von belastenden Ereignissen dokumentiert, namentlich der Verlust eines Kindes wenige Tage nach dessen Geburt vor 24 Jahren, ein während Jahren erlebter sexueller Missbrauch durch einen Nachbarn sowie der Tod der Enkeltochter bei einem Zugunfall vor zwei Jahren. Symptome einer Traumafolgestörung hätten sich anlässlich der aktuellen Untersuchung jedoch nicht feststellen lassen. Flashbacks und Alpträume seien verneint worden; auch weitere typische Symptome einer Traumafolgestörung hätten nicht vorge-

legen. Bezüglich der geklagten körperlichen Beschwerden hätten sich keine Hinweise auf psychosomatische Anteile ergeben; es hätten sich jeweils pathoanatomisch begründbare Befunde nachweisen lassen. Insgesamt sei damit kein Störungsbild aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen zu diagnostizieren (act. II 91.4 S. 7 Ziff. 6.3 lit. a). Es liessen sich keine Diagnosen mit oder ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (act. II 91.4 S. 7 f. Ziff. 6.3 lit. b und c). Die Beschwerdeführerin habe sich vor mehreren Jahren wegen verschiedener psychosozialer Belastungsfaktoren in eine ambulante fachpsychiatrische Behandlung mit regelmässigen Konsultationen begeben. Darüber hinaus habe eine Hospitalisation in der Klinik H._____ ebenfalls wegen verschiedener Belastungsfaktoren und eines erschwerten Umgangs mit denselben stattgefunden (act. II 91.4 S. 8 Ziff. 7.1). Sowohl in der bisherigen als auch einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bzw. eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % (act. II 91.4 S. 8 f. Ziff. 8.1 f.).

Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, die Leistungsfähigkeit sei sowohl aus rheumatologischer als auch aus neurologischer Sicht aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs respektive eines verminderten Rendements um 20 % eingeschränkt. Die genannten Einschränkungen ergänzten sich und könnten nicht addiert werden, da die Beschwerdeführerin dieselben Zeitabschnitte für Pausen und Erholung nutzen könne. Aus orthopädischer, allgemeininternistischer und aus psychiatrischer Sicht bestehe keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 91.1 S. 10 Ziff. 4.5). Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (Belastungsprofil gemäss rheumatologischem Teilgutachten) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bei einer Leistungsminderung von 20 % aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs (act. II 91.1 S. 10 f. Ziff. 4.6 f.). Nach einer vorangehend nicht dauerhaft höhergradig eingeschränkten Arbeitsfähigkeit sowie einer postoperativ aufgehobenen Arbeitsfähigkeit ab Juli 2022 könne die aktuelle Arbeitsfähigkeit ab November 2022 angenommen werden, wobei diese durch eine weitere postoperativ aufgehobene Arbeitsfähigkeit von November 2023 bis April 2024 unterbrochen worden sei (act. II 91.1 S. 10 f. Ziff. 4.6.4 und 4.7.5).

3.1.16 Stellung nehmend zum Gutachten der MEDAS vom 31. Dezember 2024 (act. II 91.1 - 91.8) führte Dr. med. Q. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, R. _____ AG, am 6. Februar 2025 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3) aus, obwohl der Beschwerdeführerin bislang nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei, erscheine eine 80%ige Arbeitsfähigkeit angesichts der Gesamtsituation mit den mannigfaltigen gesundheitlichen Problemen als unrealistisch. Aus medizinischer und rheumatologischer Sicht sei vielmehr von einer Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % auszugehen. Dem Umstand, dass sich verschiedene gesundheitliche Probleme auch additiv auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden, sei von den Gutachtern zu wenig Beachtung geschenkt worden.

3.1.17 Dr. med. I. _____ nahm am 14. Februar 2025 (act. I 4) zum neurologischen Teilgutachten der MEDAS Stellung und hielt fest, es lägen keine relevanten Fehler in den Darlegungen des neurologischen Gutachtens vor. Die Hauptproblematik für die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit liege jedoch in der erhöhten Ermüdbarkeit, welche durchaus durch den nachgewiesenen Hirnsubstanzdefekt verursacht sein könnte. Problematisch sei indessen, dass sich eine erhöhte Ermüdbarkeit nur schwer quantifizieren bzw. objektivieren lasse. Insofern handle es sich bei der Annahme einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % um eine Schätzung. Umso mehr sei deshalb eine neuropsychologische Begutachtung angezeigt, damit die Ermüdbarkeit allenfalls besser quantifiziert und/oder ausgeschlossen werden könne, dass andere kognitive Defizite vorlägen.

3.1.18 In ihrer Stellungnahme vom 17. März 2025 (act. II 103 S. 2 - 4) hielten die Gutachter der MEDAS an ihren in der Expertise vom 31. Dezember 2024 (act. II 91.1 - 91.8) vorgenommenen Einschätzungen fest. Es lägen weder fachliche noch befundmässige Diskrepanzen oder neue Erkenntnisse vor. Der Wunsch der Behandler wie auch der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin, wonach "die anderen Fachrichtungen" dazu beitragen könnten oder sollten, die subjektive Arbeitsfähigkeit zu erklären, werde zur Kenntnis genommen. Dies könne aufgrund der polydisziplinären Beurteilung jedoch nicht bestätigt werden (act. II 103 S. 4).

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

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

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 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).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 31. Dezember 2024 (act. II 91.1 - 91.8) samt deren Stellungnahme vom 17. März 2025 (act. II 103 S. 2 - 4) gestützt. Die darin enthaltenen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Untersuchungen (vgl. act. II 91.1 S. 5 Ziff. 2.1) und sind in Kenntnis bzw. Würdigung der

Vorakten (vgl. act. II 91.2 S. 2 ff.) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit wurden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen (vgl. act. II 74 S. 13) und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (vgl. act. II 91.1 S. 7 - 11 Ziff. 4). Das von den Gutachtern erstellte Zumutbarkeitsprofil (act. II 91.1 S. 10 f. Ziff. 4.5 - 4.7) trägt den Einschränkungen der Beschwerdeführerin (act. II 91.1 S. 8 - 10 Ziff. 4.3 und 4.5) vollumfassend Rechnung und die attestierte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (act. II 91.1 S. 10 f. Ziff. 4.7) ist überzeugend begründet. Dies gilt jedoch nicht für die retrospektive Arbeitsfähigkeitsbeurteilung, soweit darin für den Zeitraum von November 2023 bis April 2024 eine postoperativ aufgehobene Arbeitsfähigkeit angenommen wird (vgl. act. II 91.1 S. 10 f. Ziff. 4.6.4 und 4.7.5). So findet diese gutachterliche Einschätzung in den echtzeitlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnissen keine Bestätigung. In diesen wird eine vollständige Arbeitsunfähigkeit lediglich für die Zeit vom 1. November bis 31. Dezember 2023 (vgl. act. II 65.3 S. 2 Ziff. 8 und S. 3) sowie vom 5. bis 18. Februar 2024 (act. II 61 S. 4 Ziff. 1.3 und S. 16) attestiert. Dies entspricht auch der Zusammenstellung der RAD-Ärztin Dr. med. P._____ in ihrem Bericht vom 28. Juni 2024 (vgl. act. II 74 S. 11). Insbesondere für Januar 2024 liegt keine echtzeitliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vor. Auch die Angaben des Behandlers der L._____ sprechen eher gegen die Annahme einer – zumal vollständigen – Arbeitsunfähigkeit in diesem Monat. So stellte dieser am 1. Februar 2024 ein nahezu hinkfreies und zügiges Gangbild fest; zudem könne die Beschwerdeführerin problemlos auf einem Bein belasten (vgl. act. II 91.8 S. 33). Bereits in seinem Bericht vom 15. Dezember 2023 (act. II 65.3 S. 1 f.) hatte derselbe Behandler zudem (versuchsweise) eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % ab dem 1. Januar 2024 festgehalten (vgl. act. II 65.3 S. 2 Ziff. 8). Zusätzlich spricht gegen die Annahme einer durchgehend aufgehobenen Arbeitsfähigkeit, dass die Beschwerdeführerin gemäss ihren eigenen Angaben im von den Gutachtern der MEDAS definierten Zeitraum eine Erwerbstätigkeit aufge-

nommen hat. Am 29. März 2024 teilte sie der Beschwerdegegnerin mit, dass sie zusätzlich zu ihren beiden anderen Arbeitsstellen versuchsweise ein Pensum von 20 % in einer ... aufnehmen werde (vgl. act. II 64). Anlässlich der Begutachtung durch die MEDAS gab sie ferner an, seit April 2024 mit einem Pensum von 10 % in einer ... tätig zu sein (act. II 91.4 S. 3 Ziff. 3.2). Damit erweist sich die gutachterlich angenommene, während eines halben Jahres postoperativ aufgehobene Arbeitsfähigkeit nicht als überwiegend wahrscheinlich.

Damit erfüllt das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 31. Dezember 2024 (act. II 91.1 - 91.8) samt deren Stellungnahme vom 17. März 2025 (act. II 103 S. 2 - 4) – mit Ausnahme der retrospektiven Arbeitsfähigkeitsbeurteilung – die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen an eine versicherungsexterne medizinische Expertise (vgl. E. 3.2 hiavor), so dass darauf abgestellt werden kann.

3.3.1 In allgemeininternistischer und orthopädischer Hinsicht legten die Gutachter der MEDAS überzeugend dar, dass keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen (act. II 91.3 S. 4 Ziff. 6.3 lit. b, 91.5 S. 8 Ziff. 6.3 lit. b) und dementsprechend keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (act. II 91.3 S. 5 f. Ziff. 8.1 f., 91.5 S. 9 f. Ziff. 8.1 f., 91.1 S. 10 Ziff. 4.5); Gegenteiliges wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht vorgebracht.

3.3.2 In rheumatologischer Hinsicht zeigte der rheumatologische Gutachter der MEDAS nachvollziehbar auf, dass die Beschwerdeführerin an einer chronischen Periarthropathia coxae beidseits linksbetont (ICD-10 M24.8) sowie einem diskreten subakromialen Schulterimpingementsyndrom links (ICD-10 M75.9 [act. II 91.6 S. 9 Ziff. 6.3 lit. b]) leidet und infolgedessen sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit; keine Einschränkungen bei manuellen Arbeiten in mehrheitlich schulterneutraler Position; gelegentliche Überkopfarbeiten möglich; anhaltende Überkopfarbeiten vor allem in Bezug auf die Schultergelenke ungünstig; keine Einschränkungen der Gehfähigkeit in der Ebene; Heben und Tragen von Lasten bis zur Taille von bis zu 10 kg) eine Einschränkung der Leistungs-

fähigkeit von 20 % aufgrund eines regelmässigen Pausenbedarfs besteht (act. II 91.6 S. 9 f. Ziff. 8.1 f.).

Daran vermag die Stellungnahme des behandelnden Rheumatologen Dr. med. Q. _____ vom 6. Februar 2025 (act. I 3), wonach aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 50 % bestehe, nichts zu ändern. Zunächst enthält die Stellungnahme keine wesentlichen neuen Aspekte oder Elemente, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3). Sodann fehlt es an einer medizinischen Begründung für die postulierte Arbeitsfähigkeit von 50 %; der behandelnde Rheumatologe hielt lediglich fest, dass die gutachterlich attestierte 80%ige Arbeitsfähigkeit angesichts der Gesamtsituation mit den mannigfaltigen gesundheitlichen Problemen als unrealistisch erscheine (act. I 3). Dazu nahm der rheumatologische Gutachter am 17. März 2025 (act. II 103 S. 2 f.) Stellung und legte einlässlich und überzeugend dar, dass die chronische Periarthropathia coxae beidseits, linksbetont, bei klinisch-funktionell normaler Hüftgelenksbeweglichkeit und das diskrete subakromiale Schulterimpingementsyndrom links bei funktionell freier Beweglichkeit beider Schultergelenke insgesamt nur zu einer geringfügigen Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20 % führten.

3.3.3 In neurologischer Hinsicht diagnostizierte der neurologische Gutachter der MEDAS mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Keilbeinflügelmeningeom links (ICD-10 D32.0 [act. II 91.7 S. 8 Ziff. 6.3 lit. b]). Unter Berücksichtigung des dokumentierten Behandlungsverlaufs und der erhobenen neurologischen Untersuchungsbefunde (vgl. act. II 91.7 S. 4 Ziff. 4.3) führte er nachvollziehbar begründet aus, dass der postoperative Verlauf nach der Meningeom-Teillexstirpation insofern nicht ungünstig sei, als die Situation kernspintomographisch stabil sei und die Beschwerdeführerin die präoperativ manifesten lageabhängigen Kopfschmerzen nicht mehr habe (act. II 91.7 S. 9 Ziff. 7.1). Aus den Folgen des Tumors respektive der Operation resultierten leichte Funktionseinschränkungen (act. II 91.7 S. 9 Ziff. 7.2). Sowohl für die bisherige als auch für eine angepasste Tätig-

keit attestierte er eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer Leistungsminde-
rung von 20 % infolge erhöhter Ermüdbarkeit (act. II 91.7 S. 9 f. Ziff. 8.1 f.).

Aus der Stellungnahme des behandelnden Neurologen Dr. med. I. _____ vom 14. Februar 2025 (act. I 4) vermag die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Der Neurologe hielt selbst fest, dass die Darlegungen des Gutachtens keine relevanten Fehler aufwiesen. Hinsichtlich der beantragten neuropsychologischen Abklärung (vgl. Beschwerde, S. 5 Ziff. 7 f.) ist festzuhalten, dass diese nach gefestigter Rechtsprechung lediglich eine Zusatzuntersuchung darstellt und es grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen oder allenfalls des neurologischen Facharztes bleibt, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts [BGer] 8C_28/2025 vom 7. Juli 2025 E. 7.3 und 8C_380/2022 vom 27. Dezember 2021 E. 10.2.1). Der neurologische Gutachter legte einlässlich und nachvollziehbar begründet dar, dass die von der Beschwerdeführerin seit dem operativen Eingriff als deutlich verstärkt angegebene Müdigkeit plausibel erklärt werden könne. Es bestehe eine relevante strukturelle zerebrale Läsion; in den postoperativen MRI-Befunden des Neurokraniums werde jeweils ein Hirnparenchymdefekt temporopolar links von 3 x 3 cm beschrieben. Zwar wäre damit grundsätzlich ein organisches Psychosyndrom bzw. eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (ICD-10 F07.9) denkbar, indessen sei eine entsprechende Problematik aktenmässig nie dokumentiert worden und auch der klinische Eindruck spreche nicht für eine derart erhebliche Ausprägung. Der Gutachter erachtete die strukturelle Läsion dennoch als plausible Erklärung für die Müdigkeit und attestierte deshalb eine gewisse Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. act. II 91.7 S. 7 f. Ziff. 6.3). Die Müdigkeitssymptomatik ist damit neurologisch plausibel erklärt, weshalb eine neuropsychologische Zusatzabklärung nicht angezeigt ist. Anhaltspunkte dafür, dass weitere kognitive Defizite vorliegen könnten, ergeben sich aus den Akten nicht, namentlich auch nicht aus dem Bericht von Dr. med. I. _____ vom 21. August 2023 (act. II 37 S. 10 - 12), worin klinisch-neurologisch und elektrophysiologisch ein fokalneurologisches Defizit verneint wurde.

3.3.4 Was die von den Behandlern der Klinik H._____ und der behandelnden Psychiaterin Dr. med. K._____ gestellten Diagnosen einer Anpassungsstörung mit depressiven und ängstlichen Anteilen (ICD-10 F43.2), einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), einer somatoformen autonomen Funktionsstörung mit episodischer Übelkeit unklarer Ätiologie (ICD-10 F45.31) und einer PTBS (ICD-10 F43.1 [act. II 27.2 S. 1 f. Ziff. 3, 51 S. 5 Ziff. 2.5, 73 S. 2 Ziff. 2]) angeht, so verneinte der psychiatrische Gutachter – unter Darlegung der Anamnese, der psychiatrischen Befunde und der Verhaltensbeobachtung während der Begutachtung (act. II 91.4 S. 1 - 5 Ziff. 3 f.) das Vorliegen dieser Diagnosen schlüssig (act. II 91.4 S. 7 Ziff. 6.3 lit. a) und damit auch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (act. II 91.4 S. 8 f. Ziff. 8.1 f.). Er wies sodann – wie auch die behandelnden Fachärzte (vgl. act. II 29 S. 3, 73 S. 3 Ziff. 4) und die Beschwerdeführerin selbst (vgl. act. II 73 S. 3 Ziff. 5) – darauf hin, dass das Beschwerdebild massgeblich durch die psychosoziale, invalidenversicherungsrechtlich nicht relevante Belastungssituation namentlich aufgrund des Todes eines Zwillingkindes, des jahrelangen sexuellen Missbrauchs durch einen Nachbarn und des Todes eines Enkelkindes (act. II 91.4 S. 7 Ziff. 6.3 lit. a) geprägt werde.

Schliesslich ist in diesem Zusammenhang auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Haus- und Fachärzte mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen respektive den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos akzeptieren (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute BGer] I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese

wichtige, bei der Begutachtung unerkannte oder ungewürdigte Aspekte benennen. Solche Aspekte liegen hier nicht vor.

3.3.5 Soweit die Beschwerdeführerin mit Verweis auf die Stellungnahme von Dr. med. Q._____ vom 6. Februar 2025 (act. I 3) geltend macht, dass sich die verschiedenen gesundheitlichen Probleme additiv auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten, ist dem entgegenzuhalten, dass die Gutachter der MEDAS nachvollziehbar dargelegt haben, dass sich die aus rheumatologischer und neurologischer Sicht bestehenden Leistungseinschränkungen nicht additiv auswirken würden, da die in beiden Fachbereichen erforderlichen Pausen- und Erholungsphasen gemeinsam genutzt werden könnten (act. II 91.1 S. 10 Ziff. 4.5; zur Addition verschiedener Teilarbeitsunfähigkeiten vgl. SVR 2020 IV Nr. 22 S. 75, 9C_461/2019 E. 4.1).

3.4 Zusammenfassend liegen keine konkreten Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit der interdisziplinären Beurteilung im Gutachten der MEDAS vom 31. Dezember 2024 (act. II 91.1 - 91.8) sprechen. Damit erweist sich der medizinische Sachverhalt als rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere medizinische Abklärungen, wie beantragt (vgl. Beschwerde, S. 2 Ziff. I.2), ist in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 151 V 258 E. 4.4 S. 261 f., 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) zu verzichten. Gestützt auf das beweiskräftige Gutachten der MEDAS vom 31. Dezember 2024 (act. II 91.1 - 91.8) samt deren Stellungnahme vom 17. März 2025 (act. II 103 S. 2 - 4) ist eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer Leistungsminderung von 20 % aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs erstellt (act. II 91.1 S. 10 f. Ziff. 4.6 f., 103 S. 4).

4.

Die Beschwerdegegnerin setzte den Status der Beschwerdeführerin mit einem Anteil von 70 % Erwerbstätigkeit und 30 % Aufgabenbereich fest (vgl. act. II 104 S. 2). Dies blieb unbestritten (vgl. Beschwerde, S. 8 Ziff. 15; siehe auch act. II 25 S. 2 lit. b) und ist angesichts der bisherigen Erwerbsbiografie (die Beschwerdeführerin war bereits vor der Geburt des ersten Kindes im Jahr 1999 mit Pensen zwischen 15 % und 80 % erwerbstätig

[vgl. act. II 19 S. 1, 25 S. 2 lit. a, 91.4 S. 3 Ziff. 3.2]) denn auch nicht zu beanstanden.

5.

5.1 Zu prüfen ist zunächst, wie es sich mit der Invalidität im Erwerbsbereich verhält. Dabei sind die Einschränkungen nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.6.1 hiervor).

5.1.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns massgeblich, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Mit Blick auf die im August 2023 erfolgte Anmeldung zum Leistungsbezug (vgl. act. II 7) fällt der frühestmögliche Rentenbeginn unter Berücksichtigung der Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 2.3 hiervor) sowie unter der Prämisse einer erfüllten Wartezeit (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; vgl. E. 2.3 und 3.3 hiervor) auf Februar 2024, weshalb der Einkommensvergleich auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen ist.

5.1.2 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). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Unterlag das in den letzten Jahren vor Eintritt der Invalidität erzielte Erwerbseinkommen starken Schwankungen, so wird auf ein angemessenes Durchschnittseinkommen abgestellt (Art. 26 Abs. 1 IVV). Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV).

5.1.3 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Invalideneinkommen; 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 (Art. 26^{bis} Abs. 2 Satz 1 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).

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

5.2 Die Beschwerdegegnerin bemass das Validen- und das Invalideneinkommen auf der Grundlage desselben Tabellenlohns gemäss LSE 2022, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Frauen, Wirtschaftszweig Ziff. 86 - 88 (Gesundheits- und Sozialwesen), Kompetenzniveau 3 (komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen [vgl. act. II 104 S. 1 f.]). Dies ist unter Berücksichtigung der Tatsachen, dass die Beschwerdeführerin einerseits in ihrer bisherigen Erwerbskarriere als ... – wie auch in ihrer aktuellen Tätigkeit in der Klinik S. _____ AG (act. II 53 S. 3 Ziff. 2.3) – nur sehr geringe Einkommen erzielt hat (vgl. act. II 19 S. 1 und 3 i.V.m. 91.4 S. 3 Ziff. 3.2) und andererseits ihre gutachterlich definierte zumutbare medizinisch-theoretische Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit (vgl. E. 3.4 hiervor) nicht ausschöpft, nicht

zu beanstanden; dies wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht in Abrede gestellt (vgl. Beschwerde, S. 8 Ziff. 15).

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der IV-Grad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (in BGE 148 V 321 nicht publ. E. 6.2 des Urteils des BGer 8C_104/2021 vom 27. Juni 2022).

Ein leidensbedingter Abzug gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zur Kürzung von Tabellenlöhnen (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2024 UV Nr. 14 S. 58, 8C_706/2022 E. 6.1.2, 2018 IV Nr. 46 S. 147, 8C_211/2018 E. 3.3) ist nicht vorzunehmen. Die medizinisch bedingten Einschränkungen wurden mit der Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit durch die Gutachter der MEDAS mit deren definiertem Zumutbarkeitsprofil hinreichend berücksichtigt und dürfen daher nicht nochmals in die Bemessung mittels eines leidensbedingten Abzugs einfließen. Des Weiteren wären invaliditätsfremde Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) bei beiden auf einer tabellarischen Berechnungsgrundlage beruhenden Vergleichseinkommen vorzunehmen (vgl. Urteil des BGer 8C_42/2008 vom 19. Januar 2009 E. 5).

Demnach ergibt sich bezogen auf den erwerblichen Bereich ein IV-Grad von 28 % ($100 \% - [80 \% \times 0.9]$) respektive gewichtet 19.6 % ($28 \% \times 0.7$ [vgl. E. 4 hiervor]).

6.

6.1 Was den Aufgabenbereich Haushalt angeht, schilderte die Beschwerdeführerin gegenüber den Gutachtern der MEDAS keine relevanten Einschränkungen bei der Führung des Haushaltes ("Sie könne den Haushalt selber erledigen, allerdings mit Unterbrüchen und Pausen, die Familie müsse mithelfen." [act. II 91.7 S. 3 Ziff. 3.2.4]). Auch den übrigen Akten lassen sich keine Hinweise auf eine wesentliche Beeinträchtigung im Aufgabenbereich Haushalt entnehmen. Unter diesen Umständen ist nicht zu

beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin von einer Abklärung im Aufgabenbereich Haushalt absah und gestützt auf das gutachterlich umschriebene Zumutbarkeitsprofil (leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten [vgl. act. II 91.1 S. 10 Ziff. 4.7, 91.6 S. 10 Ziff. 8.2]) keine relevante Einschränkung im Haushalt annahm (vgl. act. II 104 S. 2).

6.2 Bei einer gewichteten Einschränkung von 19.6 % (vgl. E. 5.2 hier-
vor) im erwerblichen Bereich und 0 % im Aufgabenbereich besteht bei ei-
nem Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet (zur Rundung: vgl. BGE 130 V
121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 196, 8C_575/2018
E. 7.1) 20 % demnach kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.4
hiervor). Die angefochtene Verfügung vom 26. März 2025 (act. II 104) ist
dementsprechend nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Be-
schwerde ist abzuweisen.

7.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entspre-
chend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezah-
lung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe
zu entnehmen.

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

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.