

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. Mai 2026

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Frésard

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. B. _____

Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Mai 2025

Sachverhalt:



A.

Nachdem in den Jahren 1985, 1986, 1995 und 2003 mehrere Leistungsgesuche abschlägig beschieden worden waren (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1.1 S. 98 f., S. 94 f., S. 1 f.) bzw. darauf nicht eingetreten worden war (act. II 6), meldete sich die 1971 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) im April 2014 unter Hinweis auf einen im Februar 2014 erlittenen Schlaganfall erneut bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (act. II 9 S. 2 ff.). Die IVB veranlasste daraufhin ein polydisziplinäres Gutachten (MEDAS-Gutachten vom 11. April 2016 [act. II 73.1-73.6]) und verneinte mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 15. September 2016 (act. II 95) einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 20 %. Auf eine Neuanschuldung von Juli 2018 (act. II 105) trat die IVB mit Verfügung vom 22. Februar 2019 (act. II 123) mangels glaubhaft gemachter Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen nicht ein.

Im Juli 2024 meldete sich die Versicherte abermals zum Leistungsbezug an; als gesundheitliche Beeinträchtigungen gab sie einen Hirnschlag, Diabetes, Adipositas, neuropsychologische Störungen, Bluthochdruck, eine Hypothyreose sowie Rückenschmerzen an (act. II 127). Die IVB holte daraufhin u.a. eine Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (act. II 146 f.) und kündigte mit Vorbescheid vom 31. Oktober 2024 (act. II 148) die Abweisung des Rentenbegehrens mangels relevanter Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen an. Nach erhobenem Einwand (act. II 152, 156) holte sie eine weitere Beurteilung des RAD ein (act. II 160) und verfügte am 7. Mai 2025 wie vorbescheidweise in Aussicht gestellt (act. II 161). Auf ein Wiedererwägungsgesuch betreffend die Verfügung vom 15. September 2016 trat die IVB gleichentags nicht ein (act. II 162).

B.

Gegen die Verfügung vom 7. Mai 2025 betreffend Abweisung des Rentenbegehrens (act. II 161) erhob die Versicherte, wie bereits im Vorbescheidverfahren vertreten durch Rechtsanwältin B._____, am 4. Juni 2025 Beschwerde und stellte folgende Anträge:

1. Die Verfügung vom 7. Mai 2025 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine ganze Rente zu gewähren.
2. Es sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsbeistandschaft zu gewähren und die unterzeichnende Anwältin als Rechtsbeiständin zu ernennen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 30. Juni 2025 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 7. Mai 2025 (act. II 161). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen

wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

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

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

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

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

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 des Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 184).

2.4.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 3.2, nicht publ. in: BGE 151 V 66, aber in: SVR 2025 IV Nr. 16 S. 59).

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

2.4.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten mate-

riellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

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

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 180, 9C_540/2020 E. 2.3).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist vorliegend auf die Neuanmeldung vom Juli 2024 (act. II 127) eingetreten (vgl. act. II 161), womit die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist hingegen, ob im Zeitraum zwischen der Verfügung vom 15. September 2016 (act. II 95) und der hier angefochtenen Verfügung vom 7. Mai 2025 (act. II 161) eine wesentliche Änderung in medizinischer oder erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen (E. 2.4 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 15. September 2016 (act. II 95) stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das MEDAS-Gutachten vom 11. April 2016 (act. II 73.1-73.6). Darin stellten die Sachverständigen in ihrer Konsensbeurteilung folgende Diagnosen (act. II 73.2 S. 9 Ziff. D):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

1. Mittelgradige bis schwergradige depressive Episode (ICD-10: F32.2)
2. Folgen eines Hirninfarktes am 02.02.2014 mit sensibler Hemiparese links, Gesichtsfeldausfall nach links unten und leichtes organisches Psychosyndrom mit Verlangsamung, Auffassungs- und Umstellungserschwertheit

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

1. Dauerantikoagulation bei Status nach Hirnarterien-Embolie (media/posterior rechts) mit wahrscheinlichem Ausgangspunkt Thrombose Arteria subclavia und Status nach Nierenarterien-Embolien
2. Massive Adipositas (BMI gut 40kg/m²)
3. Dyslipidämie (behandelt)
4. Nikotinabusus
5. Hypothyreose (behandelt) bei Status nach Thyreoidektomie wegen Hashimoto-Thyreoiditis
6. Status nach lumbaler Diskushernie (L5 rechts?)
7. Urge- und Stressinkontinenz
8. Diffuse Fusschmerzen rechts bei Spreizfüssen

Am 2. Februar 2014 habe die Beschwerdeführerin einen Hirninfarkt erlitten. Infolgedessen lägen eine funktionell beeinträchtigende Störung des Sehens sowie eine erhebliche kognitive Störung vor, welche eine Kombination aus dem neurologischen organischen Psychosyndrom und der psychischen Beeinträchtigung darstelle. Die kognitiven Defizite würden das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit und die räumliche Orientierung betreffen (act. II 73.2

S. 9 f.). Seit dem Infarkt sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... aufgehoben, da die Arbeitsabläufe zu komplex seien, hoher Zeitdruck bestehe und die Anforderungen an die visuell-räumlichen Gegebenheiten zu hoch seien (act. II 73.2 S. 11 f.). Eine angepasste Tätigkeit mit geringen kognitiven Anforderungen bzw. eine Routinetätigkeit mit geringen Anforderungen an das nonverbale Leben, das Gedächtnis und die visuelle Raumwahrnehmung sowie ohne Zeitdruck sei denkbar. Auch bei einer solchen Tätigkeit sei jedoch von einem erhöhten Zeitbedarf auszugehen. Zusätzlich sei die psychische Erkrankung zu berücksichtigen bzw. miteinzubeziehen. Ungeeignet seien Tätigkeiten, in denen schnelle Ein- und Umstellung auf neue Situationen und Anforderungen an die kognitive Flexibilität und Ausdauer im Vordergrund stünden, Tätigkeiten mit Publikumsverkehr, Arbeiten mit hohen Anforderungen und mit grossen Anforderungen an Verlässlichkeit und Genauigkeit. Aus internistischer Sicht sei grundsätzlich eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zumutbar (act. II 73.2 S. 11). In adaptierter Tätigkeit bestehe eine 60%ige Arbeitsfähigkeit seit Oktober 2014, vorher, d.h. von Februar bis September 2014, sei die Arbeitsfähigkeit auch in einer adaptierten Tätigkeit aufgehoben gewesen. Auf neurologischem Gebiet sei mit keiner wesentlichen Änderung der Arbeitsfähigkeit mehr zu rechnen. Aus psychiatrischer Sicht bleibe die Prognose offen; allerdings sei die depressive Erkrankung nicht konsequent und ausreichend behandelt worden. Auch die Therapieoptionen (vorwiegend medikamentös) seien nicht ausgeschöpft. In einem Jahr wäre eine Überprüfung in Erwägung zu ziehen; eine wesentliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei allerdings auch bei einer Verbesserung der Depression nicht zu erwarten (act. II 73.2 S. 12).

3.3 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 15. September 2016 (act. II 95) lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.3.1 Im Bericht des Spitals C. _____ vom 8. August 2018 (act. II 114) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 5):

1. Subakuter ischämischer Hirninfarkt im media- und posterior-Stromgebiet rechts am 02.02.2014 mit/bei linksseitiger, im unteren Quadranten betonter, bis parazentral hineinreichender Hemianopsie sowie weiteren, von

leicht bis mittelschwer reichenden Hirnfunktionsstörungen (DD i.R. von Diagnose 2)

2. Hinweise für depressive Stimmungslage

Aktuell zeige sich weiterhin eine linksseitige, unten betonte Hemianopsie, welche bis parazentral hineinreiche. Zudem bestünden weitere, von leicht bis mittelschwer reichende Hirnfunktionsstörungen in den Bereichen Gedächtnis-, Aufmerksamkeits-, exekutiven und visuokonstruktiven Funktionen. Weiter zeigten sich Hinweise auf eine residuelle Neglectsymptomatik nach links. Schliesslich liessen sich Anzeichen für eine depressive Symptomatik festhalten (S. 3). Verglichen mit den eigenen Vorbefunden von Herbst 2014 zeigten sich bis auf verbesserte Aufmerksamkeitsleistungen grösstenteils unveränderte Befunde. Diese seien ätiologisch einerseits auf den erlittenen rechtsseitigen Hirninfarkt zurückzuführen, insbesondere, was die Gesichtsfeldbeeinträchtigung betreffe. Bei den weiteren Befunden, welche nicht klar zu lateralisieren seien, dürfte, wie bereits auch bei der letzten Untersuchung erwähnt, die psychische Problematik eine Rolle spielen. Die Beurteilung der IV-Stelle, wonach ein Invaliditätsgrad von 20 % bestehe und keine Einschränkungen im Haushalt vorlägen, sei nicht nachvollziehbar. Bereits aufgrund des Gesichtsfelddefektes und der residuellen Neglectsymptomatik sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Alltag mit deutlichen Einschränkungen zu rechnen habe. Es würden Dinge linksseitig vermehrt übersehen, die Suchzeiten bei visuellen Anforderungen seien erhöht und aufgrund der Einschränkung links bestünde eine erhöhte Verletzungsgefahr. Hinzu kämen Einschränkungen in Gedächtnis- und exekutiven Funktionen, die sich u.a. in einer verminderten Lernfähigkeit, einem beeinträchtigten Antrieb und einer reduzierten Flexibilität widerspiegeln würden, was wiederum eine Verlangsamung und eine erhöhte Fehleranfälligkeit auch bei Routinetätigkeiten zur Folge haben könne. Eine polydisziplinäre Neubeurteilung durch die Invalidenversicherung werde dringend befürwortet (S. 4).

3.3.2 Der RAD-Arzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte im Bericht vom 20. Dezember 2018 (act. II 116) fest, mit dem Bericht des Spitals C. _____ vom 8. August 2018 werde keine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht. Nach Studium der Akten lägen vergleichbare Befunde vor, wie bereits im Vorfeld des Gut-

achtens und anlässlich des Gutachtens erhoben worden seien. Dies werde auch so auf Seite 4 des neuen Berichts beschrieben (S. 7).

3.3.3 M. Sc. E. _____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, stellte im Bericht vom 14. Juni 2024 über die neuropsychologische Untersuchung vom 13. und 22. Mai 2024 (act. II 141 S. 2 ff.) folgende neuropsychologische Diagnose (S. 6):

- Mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung (ICD-10: F07.8) mit/bei vordergründig visuell-räumlicher Störung, kognitiver Kommunikationsstörung, ausgeprägten exekutiven Defizite und deutlich reduzierter Belastbarkeit i.S. einer Fatigue, ätiologisch im Rahmen des erlittenen Hirninfarktes am 02.02.2014

Im Rahmen der aktuellen klinischen Untersuchung seien kognitive Minderleistungen objektiviert worden. Bis auf die Orientierung, die Visuokonstruktion (auf einfachem Niveau), das verbale Lernen, das nonverbale Abrufen und das Wiedererkennen in beiden Modalitäten seien sämtliche Teilfunktionen in den Bereichen residuelle Neglectsymptomatik links, Gesichtsfeldausfall links, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Sprache, Lesen und Rechnen defizitär (S. 5 Ziff. 2.3). Die objektivierten Defizite, zusammen mit den klinischen Auffälligkeiten, würden nach wie vor der 2014 und 2018 beschriebenen neuropsychologischen Störung entsprechen, wobei in der Zusammenschau aller Befunde und bei der Komplexität des Ausfallprofils von einem mittelschweren bis schweren Ausprägungsgrad auszugehen sei. Es handle sich dabei nicht um eine Verschlechterung, sondern um eine rückwirkende Anpassung des Schweregrades mit Berücksichtigung aller Bereiche, was vorgängig vernachlässigt worden sei (S. 5 Ziff. 3). Es sei hervorzuheben, dass 2018 behaviorale und kommunikative Auffälligkeiten nicht berücksichtigt worden seien, obwohl diese für rechtshemisphärische Hirnverletzungen typisch seien, insb. bei ausgeprägten exekutiven Defiziten. Es sei insbesondere zu bemängeln, dass keine Fremdanamnese diesbezüglich erhoben worden sei (S. 3). Die beschriebene Symptomatik sei ätiologisch weitestgehend dem Hirninfarkt aus dem Jahr 2014 zuzuordnen. Eine relevante affektive Symptomatik fände sich heute nicht mehr; die bessere Stimmungslage sei von der Beschwerdeführerin und ihrer Schwester ebenfalls bestätigt worden. Dennoch zeigten sich dieselben neuropsychologischen Defizite wie bereits 2014 und 2018 beschrie-

ben. Der Verlauf (im Vergleich zur letzten Untersuchung 2018) sei damit als stabil oder (falls die affektive Symptomatik früher eine Akzentuierung der Defizite zur Folge hatte) als tendenziell verschlechtert zu werten. Die vorgeschlagenen Behandlungen zur Kompensation der vorhandenen Defizite seien laut Beschwerdeführerin nicht durchgeführt worden. Eine kognitive Verschlechterung (auch subjektiv und fremdanamnestisch berichtet) könne durch den im Alter rascheren kognitiven Abbau nach einer Hirnverletzung bei ungenügender Stimulierung/Therapie begründet werden. Eine neurodegenerative Komponente stehe nicht im Vordergrund, könne aber nicht gänzlich ausgeschlossen werden (S. 5 Ziff. 3). Im angestammten Beruf sei keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. In einer optimal angepassten Tätigkeit bestünden ebenfalls relevante Leistungseinbussen. Aus neuropsychologischer Sicht sei eine Tätigkeit zur Tagesstrukturierung im geschützten Rahmen erstrebenswert (S. 6).

3.3.4 Im Bericht des Spitals C. _____ vom 16. August 2024 (act. II 145) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1 f.):

1. Schwindel onA (unklarer chronischer Schwindel, Erstmanifestation 07/23, DD zentral DD funktionelle Komponente)
2. Diabetes mellitus Typ 1 (Double Diabetes [Diabetes mellitus Typ 1 und Insulinresistenz] ED 01/2019)
3. Status nach Thyreoidektomie mit Hypothyreose
4. Probleme und Beschwerden (chronischer, am ehesten posttraumatischer Kopfschmerz vom migränösen Phänotyp [nach CVI mit Sturzereignis 2014, Erstmanifestation 2014], mittelgradiges obstruktives Schlafapnoe-syndrom [CPAP-Therapie nicht vertragen], Status nach ischämischem Hirninfarkt 02/2014, anamnestisch Status nach Herpes genitalis und Genitalmykose 2022)

Die Beschwerdeführerin berichte weiterhin von einem unveränderten Schwindel. Die vorgeschlagene Therapie mittels Saroten sei aufgrund von Halluzinationen nach Rücksprache mit dem Hausarzt abgesetzt worden. Das vestibuläre Training mit der Physiotherapie habe die Beschwerdeführerin aufgrund der verlorenen Verordnung bis anhin nicht umsetzen können. Aufgrund der erhobenen Befunde liesse sich eine sekundär somatoforme Komponente anmuten. Bei gleichzeitig anamnetischen Hinweisen auf eine depressive Verstimmung sei eine medikamentöse Therapie und eine psychotherapeutische Anbindung besprochen worden, das Antide-

pressivum solle auch als Migräneprophylaxe dienen. Als weitere Komponente der Gangunsicherheit spielten sicherlich die Residuen des stattgehabten CVI im Jahr 2014 eine Rolle. Es lasse sich weiterhin eine Hemianopsie nach links, ein fraglicher Neglect und eine Hyposensibilität linksseitig feststellen. Im letzten MRI vom Oktober 2023 hätten sich indes keine Hinweise für neue Ischämien gezeigt. Des Weiteren seien auch in der letzten neuropsychologischen Untersuchung im Jahr 2018 leichte bis mittelschwere Hirnfunktionsstörungen in den Bereich Gedächtnis-, Aufmerksamkeit-, exekutiven und visuokonstruktiven Funktionen festgestellt worden. Diese spielten auch weiterhin eine Rolle im Alltag der Beschwerdeführerin (z.B. Kopf anschlagen an der Küchenschranktür, Vergesslichkeit, teils zu spätes Erkennen von Objekten). Mit der Beschwerdeführerin sei eine ambulante Physiotherapie und die Anbindung an die Schwindelmanagementgruppe besprochen worden. Zudem erfolge eine Zuweisung an die Orthoptik (S. 2).

3.3.5 Dr. phil. F._____, RAD-Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, stellte in der Aktennotiz RAD vom 3. September 2024 (act. II 146) fest, die aktuelle neuropsychologische Abklärung von M. Sc. E._____ sei methodisch differenziert und inhaltlich umfassend. Ihre Beurteilung und Schlussfolgerungen seien fachlich fundiert und inhaltlich umfassend. Zu bestätigen sei insbesondere ihre Einschätzung, dass in der angestammten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei. Realistisch sei lediglich noch eine geschützte Tätigkeit zwecks Tagesstrukturierung. Der aktuell beschriebene, mittelschwere bis schwere neuropsychologische Gesundheitsschaden bestehe im Wesentlichen seit dem Hirninfarkt vom 2. Februar 2014 und habe sich im Rahmen des physiologischen Alterungsprozesses allenfalls etwas akzentuiert.

3.3.6 Der RAD-Arzt Dr. med. D._____ hielt nach Rücksprache mit dem RAD-Neuropsychologen Dr. phil. F._____ im Bericht vom 4. September 2024 (act. II 147) fest, es müsse davon ausgegangen werden, dass der aktuell beschriebene, mittelschwere bis schwere neuropsychologische Gesundheitsschaden im Wesentlichen seit dem Hirninfarkt vom 2. Februar 2014 bestehe und bestanden habe. Kongruent dazu könne auf die aktuelle neuropsychologische Abklärung von M. Sc. E._____ abgestellt werden.

Somit könne und habe lediglich noch eine Tätigkeit im geschützten Rahmen zwecks Tagesstrukturierung zugemutet werden können (S. 8).

3.3.7 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte im Bericht vom 10. Januar 2025 (act. II 158 S. 3 ff.) folgende Diagnosen (S. 4 f.):

1. Mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung (ICD-10: F07.8)
2. Diabetes mellitus Typ 1, DD Double Diabetes (ED 01/2019)
3. Chronischer, am ehesten posttraumatischer Kopfschmerz
4. Subakuter ischämischer Hirninfarkt im media- und posterior-Stromgebiet rechts 02/14
5. Mittelgradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom (CPAP-Therapie nicht vertragen)
6. Arterielle Hypertonie
7. Dyslipidämie
8. Nikotinabusus
9. St. n. Adipositas
10. Hypothyreose bei St. n. Totalthyreoidektomie bei Hashimoto-Thyreoiditis
11. Unklarer Schwindel, Erstmanifestation 07/23 DD zentral
12. Lumboischialgie
13. Facettengelenksarthrose L5/S1
14. Gonarthrose rechts
15. Cholezystolithiasis
16. Rezidivierende Depression (psychosoziale Problematik)
17. Vitamin-B12-Mangel
18. Vitamin-D3-Mangel

Die Beurteilung der IV könne nicht nachvollzogen werden. Es bestehe zweifellos eine mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung, wahrscheinlich bereits seit dem Hirnschlag im Jahr 2014. Dass diese in der ersten Beurteilung der IV im Jahr 2018 nicht berücksichtigt worden sei, sei für ihn unklar. Dass die Störung nach obiger neuropsychologischer Beurteilung immer noch nicht gewürdigt werde, sei schlicht nicht nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin habe aufgrund obiger Diagnosen in ihrem Alltag mit einer Vielzahl an Hürden zu kämpfen, welche für die meisten Schweizer weniger hoch seien; sei es namentlich im Umgang mit Behörden, im Handyshop, beim Kauf von Zugtickets, in der Kommunikation mit dem Vermieter oder beim Gang mit ihrer Katze zum Tierarzt. Sie reagiere auf Herausforderungen oder negative Ereignisse oft nicht adäquat und sei bereits beim Führen ihres Privatlebens überfordert. An ein Bestehen im primären

Arbeitsmarkt sei nicht zu denken. Die Beschwerdeführerin benötige die Unterstützung der IV (S. 3 f.).

3.3.8 In einem weiteren Bericht vom 1. Mai 2025 (act. II 160) hielt der RAD-Arzt Dr. med. D._____ nach Rücksprache mit dem RAD-Neuropsychologen Dr. phil. F._____ und der RAD-Ärztin Dr. med. H._____, Fachärztin für Neurologie, fest, im Vergleich zum Sachverhalt, der der Verfügung vom 15. September 2016 zu Grunde gelegen habe, liege genau genommen kein unveränderter Sachverhalt vor. Zum Zeitpunkt des Gutachtens von April 2016 sei eine mittel- bis schwergradige Depression objektiviert worden. Die erhobenen Befunde und auch die Veränderung der kognitiven Leistungen seien damals auch im Zusammenhang mit der depressiven Störung gesehen worden. Im weiteren Verlauf werde dann zwar in den Diagnosen immer wieder von einer psychischen Problematik bzw. einer psychosozial bedingte Depression geschrieben, allerdings offensichtlich ohne die Notwendigkeit einer entsprechenden Therapie, so dass allenfalls noch von einer leichtgradigen Ausprägung ausgegangen werden könne. Im Bericht des Spitals C._____ vom August 2024 seien dann ein chronischer, ein posttraumatischer Kopfschmerz und ein unklarer Schwindel im Vordergrund gestanden, weshalb dann ein Antidepressivum als Migräneprophylaxe verordnet worden sei (bei gleichzeitigen Hinweisen auf eine depressive Verstimmung). Zusammengefasst könne davon ausgegangen werden, dass zum damaligen Zeitpunkt (April 2016) die Einschränkung im Gesamtkontext der psychiatrischen und der neuropsychologischen Diagnose attestiert worden sei. Da in der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung von M. Sc. E._____ aber die anhaltenden neuropsychologischen bzw. kognitiven Einschränkungen nicht als Verschlechterung, sondern als rückwirkende Anpassung des Schweregrades eingeschätzt wurden, die damalige mittel- bis schwergradige Depression aber offensichtlich weitgehend remittiert sei, ändere sich der Sachverhalt insofern, dass zum damaligen Zeitpunkt der alleinige Einfluss der neurokognitiven Einschränkung unterbewertet worden sei (S. 7 f.).

3.4

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

3.4.2 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 Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2).

3.5

3.5.1 Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend festhielt (act. II 161, Beschwerdeantwort S. 2 f. Ziff. 5 ff.), ist gestützt auf die Aktenlage keine für den Rentenanspruch relevante Veränderung des Gesundheitszustandes (E. 2.4.4 hiavor) erstellt: Vorliegend wurde bereits im Referenzzeitpunkt (E. 3.1; Verfügung vom 15. September 2016 [act. II 95]) eine im Nachgang an den im Jahr 2014 erlittenen Hirninfarkt aufgetretene funktionell beeinträchtigende Störung des Sehens sowie eine erhebliche kognitive Störung,

welche das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit und die räumliche Orientierung betrifft, festgehalten (act. II 73.2 S. 10). Im August 2018 dokumentierte die behandelnde Neurologin dann im Vergleich zu den Vorbefunden von Herbst 2014 bis auf verbesserte Aufmerksamkeitsleistungen grösstenteils unveränderte Befunde (act. II 114 S. 4). Auch die Neuropsychologin M. Sc. E._____ stellte im Rahmen ihrer neuropsychologischen Untersuchung von Mai 2024 fest, dass die objektivierten Defizite und die klinischen Auffälligkeiten nach wie vor der 2014 und 2018 beschriebenen neuropsychologischen Störung entsprächen (act. II 141 S. 5 Ziff. 3), was vom RAD Arzt Dr. med. D._____ und dem RAD-Neuropsychologen Dr. phil. F._____ bestätigt wurde (act. II 116 S. 7, 147 S. 11).

Weil die erhobenen kognitiven Befunde im Referenzzeitpunkt als eine Kombination aus dem neurologischen, organischen Syndrom und den psychischen Beeinträchtigungen bewertet wurden (act. II 73.2 S. 10), die Neuropsychologin M. Sc. E._____ im Mai 2024 demgegenüber keine relevante affektive Symptomatik feststellte, stellte sie zwar (im Wesentlichen gestützt auf subjektive und fremdanamnestic Angaben [vgl. act. II 141 S. 4, 5 Ziff. 3]) ebenso fest, dass der Verlauf der neuropsychologischen Defizite im Vergleich zu 2018 als “stabil oder (falls die affektive Symptomatik früher eine Akzentuierung der Defizite zur Folge hatte) als *tendenziell* verschlechtert” zu werten sei, wobei eine kognitive Verschlechterung durch den im Alter rascheren kognitiven Abbau nach einer Hirnverletzung bei ungenügender Stimulierung bzw. Therapie begründet werden *könnte* (act. II 141 S. 5 Ziff. 3; vgl. auch act. II 146 [der Schaden habe sich im Rahmen des physiologischen Alterungsprozesses “*allenfalls* etwas akzentuiert”]). Gestützt auf diese Formulierung ist indessen keine für den Rentenanspruch relevante Veränderung der Gesundheitszustandes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (BGE 151 V 280 E. 3.3.1 S. 282, 151 V 244 E. 3.4 S. 248, 144 V 427 E. 3.2 S. 429; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 161, 8C_457/2021 E. 3.3) erstellt, zumal die Neuropsychologin gesamthaft ausdrücklich von einer unveränderten Befundlage ausgeht (act. II 141 S. 5 Ziff. 3) und gleichzeitig betont, dass es sich nicht um eine Verschlechterung, sondern lediglich um eine rückwirkende Anpassung des Schweregrades handelt (act. II 141 S. 5 Ziff. 3). Unter revisionsrechtlichem Gesichtspunkt liegt damit einzig eine unerhebliche unterschiedliche Beurteilung ei-

nes im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts vor (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105; SVR 2025 IV Nr. 34 S. 129, 8C_235/2024 E. 4). Gleiches gilt, soweit der RAD-Arzt eine Veränderung des Sachverhaltes annimmt, weil zwischenzeitlich – bei gleicher Befundlage – die affektive Erkrankung remittiert sei, womit seiner Ansicht nach der Einfluss der neurokognitiven Einschränkungen im Referenzzeitpunkt unterschätzt worden sei (act. II 160 S. 8). Unter Berücksichtigung der für die Beurteilung einer potenziell anspruchrelevanten Änderung des medizinischen Sachverhalts massgeblichen Befundlage (vgl. Urteil des BGer 8C_247/2022 vom 24. März 2023 E. 3.3.2) ist auch damit keine revisionsrechtlich relevante Veränderung erstellt. Im Übrigen stellten die Gutachter im Zeitpunkt der Verfügung vom 15. September 2016 (act. II 95) bereits fest, dass auch bei einer Besserung der affektiven Erkrankung keine wesentliche Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu erwarten sei (act. II 73.2 S. 12), weshalb die RAD-ärztliche Einschätzung hinsichtlich einer damaligen Unterschätzung des Einflusses der neurokognitiven Einschränkungen nicht überzeugt. Nichts zu ihren Gunsten ableiten kann die Beschwerdeführerin zudem, soweit sie auf die von der Neuropsychologin gestellten (act. II 141 S. 6; vgl. auch act. II 146 f.) ICD-10 Diagnose einer mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Störung (ICD-10: F07.8) sowie auf die entsprechenden Leitlinien der Schweizerischen Vereinigung für Neuropsychologie verweist (Beschwerde S. 8 f. Ziff. 21). Diesbezüglich handelt es sich ebenfalls um eine revisionsrechtlich nicht relevante diagnostische Neubeurteilung der bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 15. September 2016 (act. II 95) erhobenen Befunde. Soweit die Neuropsychologin und der RAD-Arzt ausserdem die Notwendigkeit einer Tätigkeit auf dem zweiten Arbeitsmarkt postulieren (act. II 141 S. 6, act. II 147 S. 8), betrifft dies die Verwertbarkeit der Resterwerbsfähigkeit als aussermedizinische Frage; auch insoweit hat sich im Übrigen keine Veränderung ergeben.

Schliesslich ist auch keine anderweitige revisionsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes ausgewiesen: Was den von den Behandlern des Spitals C._____ im Bericht vom 16. August 2024 neu diagnostizierten chronischen Schwindel betrifft (Beschwerde S. 11 Ziff. 28 [act. II 145 S. 1]), enthält weder dieser Bericht noch die übrigen medizinischen Akten

Angaben zu einer allfälligen Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit, womit keine für den Invaliditätsgrad massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes erstellt ist (E. 2.4.4 vorne). Für den chronischen Schwindel konnten die behandelnden Ärzte, nachdem ein MRI aus dem Jahr 2023 unveränderte Befunde gezeigt hatte (act. II 145 S. 2), denn auch keine (neue) Ursache feststellen, wobei fraglich ist, ob überhaupt von einer Veränderung des Gesundheitszustandes auszugehen ist, wurden doch bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 15. September 2016 (act. II 95) mehrfach erhebliche Schwindelbeschwerden festgehalten (vgl. act. II 73.2 S. 4, S. 6, 92 S. 8). Zudem geht aus dem Bericht vom 16. August 2024 hervor, dass die Beschwerdeführerin das angeordnete vestibuläre Training mit der Physiotherapie aufgrund der verlorenen Verordnung nicht habe umsetzen können (act. II 145 S. 2), womit das Therapiepotential nicht ausgeschöpft erscheint (vgl. Art. 8 Abs. 1 i.V.m. Art. 7 Abs. 1 ATSG).

Was ferner die von Dr. med. G. _____ im Bericht vom 10. Januar 2025 neu diagnostizierte Lumboischialgie/Facettengeklenksarthrose L5/S1 sowie die Gonarthrose rechts anbelangt (Beschwerde S. 10 ff. Ziff. 26 und 29 [act. II 158 S. 5]), bestehen auch diesbezüglich keine Anhaltspunkte in den Akten, dass sich diese revisionsrechtlich auf die Arbeitsfähigkeit resp. auf das im Referenzzeitpunkt festgehaltene Zumutbarkeitsprofil einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit (act. II 73.2 S. 11, 95 S. 1) auswirken könnte. Die von Dr. med. G. _____ beschriebenen Einschränkungen, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund der gestellten Diagnosen in ihrem Alltag mit zahlreichen Hürden im Umgang mit Behörden, im Handyshop, beim Kauf von Zugtickets, in der Kommunikation mit dem Vermieter sowie beim Gang zum Tierarzt zu kämpfen habe und bereits in ihrem Privatleben überfordert sei (act. II 158 S. 3), beziehen sich offenkundig einzig auf die kognitiven Einschränkungen und wurden damit bereits im Rahmen des MEDAS-Gutachtens vom 11. April 2016 (vgl. act. II 73.2 S. 10) und somit im Rahmen der Verfügung vom 15. September 2016 (act. II 95) berücksichtigt. Der erstmals im Januar 2019 diagnostizierte Diabetes mellitus (vgl. act. II 119, 158 S. 4 [im Mai 2018 noch Prädiabetes {act. II 110}]) wird aktenkundig sodann mit Metformin, Tresiba, seit Juni 2020 mit Ozempic (act. II 158 S. 4) und seit März 2024 mit Bolusinsulin (act. II 145 S. 1) behandelt. Den Akten lassen sich keine Anhaltspunkte entnehmen, dass

sich diese Diagnose relevant auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswirken würde; eine entsprechende Einschränkung wird denn auch von der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht. Soweit Dr. med. G. _____ schliesslich seinerseits eine Arbeitsfähigkeit auf dem zweiten Arbeitsmarkt geltend macht (act. II 158 S. 3 f.), betrifft dies, wie bereits erwähnt (vgl. hiervor), die Verwertbarkeit der Resterwerbsfähigkeit als aussermedizinischer Aspekt.

Gestützt auf diese Aktenlage hat die Beschwerdeführerin eine für den Rentenanspruch relevante Veränderung des Gesundheitszustandes somit zu Recht verneint. Eine Verletzung der Begründungspflicht resp. des rechtlichen Gehörs (Beschwerde S. 10 Ziff. 25) liegt nicht vor.

3.5.2 Schliesslich ist auch in erwerblicher Hinsicht und im Haushaltsbereich sowie betreffend den Status kein Revisionsgrund ausgewiesen. Im Referenzzeitpunkt (act. II 95) wohnte die Beschwerdeführerin von ihrem (damals Noch-)Ehemann richterlich getrennt allein in einer 1-Zimmer-Wohnung, wobei sie von ihm teilweise im Haushalt unterstützt wurde (act. II 92 S. 2 Ziff. 1, S. 3 Ziff. 2). Vor Eintritt des Gesundheitsschadens war sie während neun Monaten in einem 80%-Pensum beschäftigt. Davor war sie ein Jahr als Temporärmitarbeiterin tätig, zwei Monate in Vollzeit und zuvor während circa acht Monaten wiederum in einem 80%-Pensum beschäftigt (act. II 92 S. 3 Ziff. 3.2). Die Beschwerdegegnerin ging entsprechend von einem Status 80 % Erwerb und 20 % Haushalt aus (act. II 95 S. 1 f.). Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass sie nicht mehr von ihrem (nun) Ex-Ehemann im Haushalt unterstützt werde (Beschwerde S. 16 Ziff. 39), begründet dies vorliegend keinen Revisionsgrund: Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausführte (Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 6), wurde die Unterstützung ihres Ex-Ehemannes im Referenzzeitpunkt nur geringfügig berücksichtigt. So hatte die Beschwerdeführerin gegenüber der Verwaltung angegeben, dass ihr Ex-Ehemann sie bei Grosseinkäufen und beim Waschen unterstütze (letzteres, da sie in der Waschmaschine eine dreckige Windel gefunden habe und seitdem nicht mehr bei ihr zuhause waschen wolle). In der Folge wurden im Bereich der Wäsche- und Kleiderpflege keine Einschränkungen und im Bereich des Einkaufens eine Einschränkung von (gewichtet) 0.3 % berücksichtigt (act. II 92 S. 7 ff. Ziff. 5).

Mit dem Wegfall der Unterstützung durch den Ex-Ehemann ist folglich keine für den Invaliditätsgrad wesentliche Veränderung der Verhältnisse erstellt (E. 2.4.4 hiavor).

3.5.3 Zusammenfassend liegt weder in medizinischer noch in erwerblicher Hinsicht noch betreffend den Status bzw. im Haushaltsbereich eine revisionsrelevante Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen vor, weshalb sich eine Neubemessung des Invaliditätsgrades verbietet (vgl. E. 2.4.2 hiavor). Damit erübrigen sich Weiterungen zur Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit (Beschwerde S. 12 Ziff. 32, S. 17 ff. Ziff. 41 ff.) und zum Abzug vom Tabellenlohn (Beschwerde S. 13 ff. Ziff. 34 ff.); diese Vorbringen wären im Rahmen eines Rechtsmittelverfahrens gegen die ursprüngliche Verfügung vom 15. September 2016 (act. II 95) geltend zu machen gewesen.

3.5.4 Das am 1. Januar 2018 für die Invaliditätsbemessung Teilerwerbstätiger mit einem Aufgabenbereich neu eingeführte Berechnungsmodell (neu in Kraft getretene Absätze 2-4 von Art. 27^{bis} IVV [Änderung vom 1. Dezember 2017; AS 2017 7581 f.]) stellt sodann einen eigenständigen Änderungstitel und keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG dar (vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern IV 200 2020 605 vom 15. März 2021 E. 3.6). Gleiches gilt für die per 1. Januar 2024 in Kraft getretene Änderung von Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (Änderung vom 18. Oktober 2023 [AS 2023 635]; vgl. Rz. 9210 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 151 V 264 E. 6.2 S. 266 mit Hinweisen] sowie Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern IV 200 2025 46 vom 5. Mai 2025 E. 3.3). Soweit daher – wie hier – keine (revisionsrechtlich relevante) Sachverhaltsänderung stattfand, ist die frühere Verfügung nicht umfassend zu prüfen, sondern es ist einzig eine neue Invaliditätsbemessung anhand der bisherigen Faktoren aber unter Berücksichtigung des neuen Berechnungsmodells sowie des Pauschalabzugs vorzunehmen (vgl. auch Abs. 2 der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 1. Dezember 2017 der IVV und Abs. 2 der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 18. Oktober 2023 der IVV).

Gestützt auf den per 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Art. 27^{bis} Abs. 2 lit a IVV ergibt sich vorliegend ein Valideneinkommen von Fr. 53'792.50 (Fr. 43'034 [act. II 95 S. 2] / 80 x 100). Sodann resultiert unter Berücksichtigung des vorliegend massgebenden Pauschalabzugs von 10 % (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV) ein Invalideneinkommen von Fr. 29'048.40 (32'276.00 [act. II 95 S. 2] – 10 %). Damit resultiert ein Invaliditätsgrad im Erwerb von 46 % (Fr. 24'744.10 [Erwerbseinbusse] / Fr. 53'792.50 x 100) bzw. gewichtet von 36.8 % (46 % x 0.8 [act. II 95 S. 1]). Unter Einbezug der Einschränkung im Haushalt von 2.3 % (act. II 92 S. 10) bzw. gewichtet von 0.46 % (2.3 % x 0.2 [act. II 95 S. 1]) resultiert somit eine Gesamtinvalidität von gerundet 37 % (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). Damit hat die Beschwerdeführerin (weiterhin) keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (E. 2.2 hiavor).

3.5.5 Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 7. Mai 2025 (act. II 162) darüber informiert keine Wiedererwägung in Betracht zu ziehen, womit es sein Bewenden hat. Es besteht kein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf Wiedererwägung (BGE 133 V 50 E. 4 S. 52; SVR 2024 AHV Nr. 27 S. 91, 9C_229/2024 E. 5, 2018 IV Nr. 33 S. 106, 8C_634/2017 E. 5.4, 2014 IV Nr. 7 S. 27, 8C_33/2013 E. 3.3).

4.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 7. Mai 2025 (act. II 161) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.00 bis Fr. 1'000.00 festzulegen.

Die Verfahrenskosten sind vorliegend auf Fr. 800.00 festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 5.3 hiernach) – der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

5.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

5.3 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61, 9C_432/2010 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 21, 8C_22/2010 E. 6.1).

5.3.1 Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist aktenkundig (Akten der Beschwerdeführerin [act. IA] 1). Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Notwendigkeit einer Rechtsverteidigung ist aufgrund der tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse zu bejahen. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin B._____ als amtliche Anwältin ist folglich gutzuheissen. Die Beschwerdeführerin ist somit – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

5.3.2 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die

Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.00.

Mit Kostennote vom 14. Juli 2025 macht Rechtsanwältin B._____ einen zeitlichen Aufwand von 13 Stunden (ohne Angaben des Stundenansatzes) zuzüglich Auslagen von pauschal Fr. 117.00 geltend, was grundsätzlich nicht zu beanstanden ist. Soweit Auslagen pauschal und nicht effektiv geltend gemacht werden, sind diese allerdings mit (maximal) 3 % des amtlichen Honorars zu berechnen (BVR 2024 S. 390 ff. E. 4). Die geltend gemachten Auslagen sind daher zu kürzen und Rechtsanwältin B._____ ist nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils Fr. 2'678.00 (Fr. 2'600.00 [Fr. 200.00 à 13 Stunden] zzgl. Auslagen von Fr. 78.00 [3 % von 2'600.00]; gemäss Kostennote sowie UID-Register keine Mehrwertsteuerpflicht) aus der Gerichtskasse zu vergüten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO (vgl. Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwältin B._____ als amtliche Anwältin wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.00 werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

4. Rechtsanwältin B._____ wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'678.00 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
5. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwältin lic. iur. B._____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.