

IV 200 2025 633
ISD/ZID/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. Juni 2026

Verwaltungsrichter Isliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

Pensionskasse B. _____
Beigeladene

betreffend Verfügung vom 26. August 2025



Sachverhalt:

A.

Die 1970 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführern) meldete sich mit auf den 17. Mai 2022 datierter und von der Abteilung Soziales der Gemeinde C._____ am 13. Juni 2022 zuhanden der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) versandten Anmeldung zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 1, 8, 23; vgl. auch act. II 19). In der Anmeldung und den damit eingereichten Berichten wies die Versicherte auf diverse Beschwerden und eine seit Juli 2018 zunehmende Arbeitsunfähigkeit hin (act. II 4 f., 10/1 ff., 23, 34/1). Im Rahmen erwerblicher und medizinischer Abklärungen liess die IVB die Versicherte polydisziplinär begutachten (Expertise der D._____ AG, ... [MEDAS D._____ bzw. MEDAS], vom 3. April 2023 [act. II 66.2] samt Teilgutachten [act. II 66.4 ff.]) und verneinte mit Verfügung vom 7. Juni 2023 einen Rentenanspruch (act. II 93).

Nachdem die Versicherte gegen diese Verfügung Beschwerde erhoben und in diesem Zusammenhang weitere medizinische Berichte (act. II 117/3 ff., 120/2 ff., 121/3 ff., 122/2 ff.) eingereicht hatte, hob die IVB nach Konsultation des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 124, 127) die Verfügung am 1. Dezember 2023 wiedererwägungsweise auf (act. II 128 f.; vgl. auch Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern IV 200 2023 523 vom 4. Dezember 2023 [act. II 131]) und liess die Versicherte nochmals polydisziplinär begutachten (Expertise der E._____ AG ... [MEDAS E._____ bzw. MEDAS II] vom 20. Februar 2025 [act. II 195.1] samt Teilgutachten [act. II 195.2 ff.]). Mit Vorbescheid vom 12. März 2025 stellte sie die Ausrichtung einer Rente von 60 % einer ganzen Invalidenrente ab 1. Dezember 2024 in Aussicht (act. II 199). Auf Einwand der Versicherten (act. II 210, 216 ff.; vgl. auch act. II 222 f.) und des Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (act. II 212, 214), hin sowie nach Konsultation des RAD (act. II 220/2) verfügte sie am 26. August 2025 wie angekündigt (act. II 224).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 24. September 2025 Beschwerde und beantragte sinngemäss, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihr ab 8. Mai 2023 eine ganze Invalidenrente und eventualiter vom 17. November 2022 bis 7. Mai 2023 eine Teilrente zuzusprechen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Gleichzeitig stellte sie ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten. Mit Eingaben vom 6. und 23. Oktober 2025 präziserte und dokumentierte sie das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und reichte weitere Beweismittel nach.

Mit Beschwerdeantwort vom 28. Oktober 2025 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 6. Dezember 2025 reichte die Beschwerdeführerin weitere medizinische Unterlagen ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 19. Dezember 2025 lud der Instruktionsrichter die Pensionskasse B. _____ zum Verfahren bei und gab ihr Gelegenheit zur Stellungnahme. Unter Hinweis darauf, dass die Beschwerdeführerin per 20. April 2016 aus der Pensionskasse B. _____ ausgetreten sei, verzichtete sie mit Eingabe vom 20. Januar 2026 auf eine detaillierte Stellungnahme.

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 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 lit. a 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. August 2025 (act. II 224). 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 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

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

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jah-

res ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1^{bis} und 1^{ter} nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1^{bis} IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

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

2.4 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).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht ergibt sich aus den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende:

3.1.1 Im Gutachten der MEDAS D. _____ vom 3. April 2023 stellten die Gutachter folgende Diagnosen (act. II 66.2/6 Ziff. 4.3):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.00, F33.10)

2. Kombinierte histrionische (dramatisierende) und abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0)
3. Leichte neuropsychologische Störung (ICD-10 F06.7)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)
2. Anamnestisch Asthma bronchiale (ICD-10 J45.9)
 - Lungenfunktion und exhalierendes Stickstoffmonoxid unauffällig (1. Februar 2023)
 - anamnestisch Allergien gegenüber Hausstaubmilben, Gräser- und Baumpollen
3. Hyperventilation (ICD-10 F45.3)
 - Nachweis einer resp. Alkalose in arterieller Blutgasanalyse (1. Februar 2023)
4. Impingement Hüfte beidseits ohne signifikante Funktionseinschränkung (ICD-10 M24.85)
5. Senk-Spreizfuss beidseits mit initialem Hallux valgus und geringer Streckfehlstellung rechte Grosszehe (ICD-10 M21.67) ohne Funktionseinschränkungen
6. Initiale Rückfussarthrosen (ICD-10 M19.97) ohne Funktionseinschränkungen
7. Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS) IgG-Kappa (ICD-10 D47.2)
 - aktenanamnestisch M-Gradient mit 6.2 g/l, aktuell 9.1 g/l
8. Verdacht auf arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.0)
9. Dyslipidämie (ICD-10 E78.2)

Dazu führten die Gutachter aus, in den Akten fänden sich insgesamt sehr wenige schulmedizinische Berichte mit evidenten Diagnosen, demgegenüber aber unglaublich lange Symptomlisten der Beschwerdeführerin über verschiedene Beschwerden. Auffällig sei auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin trotz ihrer multiplen Beschwerden keinerlei regelmässige Medikamente einnehme. Auf orthopädisch-somatischem Fachgebiet zeigten sich kaum Funktionseinschränkungen. Aus internistisch-somatischer Sicht sei eine aktenanamnestisch vorbeschriebene MGUS IgG-Kappa vorbekannt und im Rahmen der aktuell durchgeführten laborchemischen Immunfixation habe sich eine leichte Progredienz gezeigt, was aber aktuell, abgesehen von jährlichen laborchemischen Verlaufskontrollen, keine weiteren Konsequenzen habe. Ansonsten bestehe ein erhöhter Blutdruck, welcher im ambulanten Verlauf mittels 24-Stunden-Blutdruckmessung abgeklärt werden sollte, sowie laborchemisch eine Dyslipidämie. Aus pneumologischer Sicht bestehe eine auffallend diffuse Beschwerdeschilderung.

Anamnestisch bestehe ein Asthma bronchiale, dieses könne jedoch in den Unterlagen nicht verifiziert werden. Es fänden sich lediglich nicht befundete Lungenfunktionen. Die beklagten Beschwerden mit thorakalem Druck, Dyspnoe, Nausea und Schwindel passten jedoch auch sehr gut zum Vorliegen einer möglichen Hyperventilation. In der Lungenfunktion habe sich im Rahmen der Exploration ein unauffälliges Ergebnis gezeigt. Im Rahmen der neurologischen Untersuchung hätten keinerlei Diagnosen mit oder ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verifiziert werden können. In der aktuellen klinischen Untersuchung hätten sich keine Sensibilitätsstörungen und auch keine Hinweise für ausgeprägte Ruheschmerzen ergeben. Eine Validierung der beklagten Symptome und Funktionseinbussen könne aus neurologischer Sicht daher nicht erfolgen. Im Rahmen der neuropsychologischen Beurteilung habe sich eine leichte neuropsychologische Störung ergeben. Im Vordergrund stünden verminderte Aufmerksamkeitsleistungen mit weit unterdurchschnittlich schnellen Reaktionen. Aus psychiatrischer Sicht kennzeichne sich die leichte bis mittelgradige depressive Episode durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freude, einem gewissen Interessenverlust, erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und vermindertem Selbstwert mit Insuffizienzgedanken und andeutungsweise Schuldgedanken. Diese und die kombinierte histrionische (dramatisierende) und abhängige Persönlichkeitsstörung wirkten sich anhaltend einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Es seien auch die diagnostischen Kriterien einer Somatisierungsstörung erfüllt, gekennzeichnet durch multiple und wechselnde somatische Beschwerden mit vor allem Schmerzen, wobei sich das Ausmass der Symptomatik mit somatischen Befunden nicht hinreichend erklären lasse. Die in den Akten aufgeführte Diagnose einer schizotypen Störung könne nicht bestätigt werden, sei die Beschwerdeführerin im Untersuchungsgespräch doch affektiv gut zugänglich gewesen. Dabei hätten sich gewisse Inkonsistenzen ergeben, habe sie doch Konzentrationsstörungen und eine erhöhte Ermüdbarkeit beklagt, hätte aber bis zum Schluss gut reden können, sei konzentriert und aufmerksam geblieben und habe keine eigentlichen Ermüdungserscheinungen gezeigt. Auch weiche das Aktivitätenniveau im beruflichen und privaten Bereich etwas auseinander, werde doch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht, andererseits lebe die Beschwerdeführerin nach wie vor selbstständig in ihrem Einpersonenhaushalt (zwar mit Vernachläss-

sigungstendenz) und koche insbesondere selber bzw. unternehme trotz subjektiv starker Beschwerden mit Schmerzen stundenlange Busreisen in die Heimat ... (act. II 66.2/4 f. Ziff. 4.2 und /7 f. Ziff. 4.3.3).

Aus polydisziplinärer Sicht bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bei G._____ eine mittelgradig eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von kumulativ ca. 60 %. Eine Anwesenheit von sechs bis sieben Stunden pro Tag sollte möglich sein. Die Leistung sei aufgrund des Aufmerksamkeitsdefizits mit Verlangsamung und der verminderten Problemlösefähigkeit mit leicht unstrukturierter Herangehensweise und Verlangsamung reduziert. Auch bestehe als Folge der psychiatrischen Diagnosen eine erhöhte Ermüdbarkeit mit vermehrten Konzentrationsstörungen und einem vermehrten Pausenbedarf. Insgesamt bestehe somit kumuliert eine ca. 50%ige Arbeitsfähigkeit. Für optimal adaptierte berufliche Verweistätigkeiten bestehe bei einer Anwesenheit von sieben Stunden pro Tag eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 70 %, dies als Folge der durch die Depression und die Persönlichkeitstörung verursachte Ermüdbarkeit mit vermehrten Konzentrationsstörungen und einem vermehrten Pausenbedarf. Optimal angepasst seien Tätigkeiten ohne Rauch, Gas, Staub oder Kälte. Das Heben und Tragen von Lasten sei bis maximal 15 kg möglich, selten seien Arbeiten in Vorneige- oder Zwangshaltungen, kniende oder hockende Tätigkeiten sowie das Ersteigen von Leitern oder Gerüsten möglich. Ideal wären Tätigkeiten mit Anforderung an konstante Schnelligkeit beim Erledigen von Aufgaben und wenig Anforderung an die Lernfähigkeit und Planungsfähigkeit. Zudem wäre ein gesundes Pausenmanagement wichtig (act. II 66.2/10 ff. Ziff. 4.6 ff.).

3.1.2 Bezüglich der zwischenzeitlichen Befundung des behandelnden Orthopäden vom 2. Februar 2023, wonach die Beschwerdeführerin an einer beginnenden zentralen Coxarthrose leide (act. II 71/4 f.), hielt der RAD-Arzt Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in der Aktennotiz vom 26. Mai 2023 fest, die MEDAS D._____-Gutachter hätten eine Impingementkonstellation an den Hüftgelenken diagnostiziert (wenngleich ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) und im Zumutbarkeitsprofil (gleichwohl) berücksichtigt, sodass die anderslautende Befundung im Ergebnis keine Änderung des Zumutbarkeitsprofils zur Folge habe (act. II 86).

3.1.3 Im Austrittsbericht der Rehaklinik I. _____ vom 10. Oktober 2023 (act. II 122/20 ff.) zum Rehabilitationsaufenthalt vom 8. Mai bis 16. Juni 2023 bzw. dem Verlaufsbericht vom 22. Januar 2024 (act. II 139) sind die Diagnosen sonstiger chronischer Schmerz (ICD-10 R52.2), andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F61), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), multiple Chemikaliensensibilität (MCS) und vorwiegend allergisches Asthma bronchiale (ICD-10 J45.0), MGUS, Vitamin D3-Mangel, Status nach postcommotionellem Syndrom, Status nach Verbrühung mit heissem Wasser an der Brust rechts und am Arm links und Status nach inferotemporalem Hämatom am Auge zu entnehmen (act. II 122/20 f., 139/1 f.). Die Behandler führten aus, basierend auf Gewalt in der Kindheit und Jugend habe sich ein Central Sensitivity Syndrom (CSS) entwickelt. Im Rahmen des CSS sei es u.a. zu einem allergischen Asthma bronchiale und multiplen Intoleranzen und Unverträglichkeiten (MCS) sowie einer Phono- und Photophobie gekommen. Nach der Einreise in die Schweiz hätten immer wiederkehrende neue Traumatisierungen mit massiven Gewalterfahrungen und Morddrohungen (im Rahmen der ...tätigkeit und in Beziehungen [vgl. dazu auch die Notfallberichte des Notfallzentrums und der Schmerzsprechstunde Spital J. _____ betreffend multiple Hämatome und Frakturen aufgrund häuslicher Gewalt vom 28. Dezember 2022, 11. September, 14. und 25. Oktober sowie 21. Dezember 2023 [act. II 136/3 ff., 138/3 ff.]) stattgefunden und es hätte sich eine komplexe Traumafolgestörung entwickelt. Die Beschwerdeführerin leide unter starken Ein- und Durchschlafstörungen mit Albträumen sowie einem massiven Hyperarousal mit psychomotorischer Unruhe, Logorrhoe und Desorganisation (Verwahrlosung des Haushalts, Vernachlässigung der Körperpflege und des äusseren Erscheinungsbildes, Verlust jeglicher Tagesstruktur). Wie bei Vorliegen eines CSS typisch habe sich nach kleineren Verletzungen wie einer OSG-Distorsion eine chronische Schmerzstörung mit Schmerzausweitung und Schmerzgeneralisierung entwickelt, welche im Laufe der letzten Jahre das voll ausgeprägte Bild eines Fibromyalgie-Syndroms mit der hierfür charakteristischen kognitiven Fatigue angenommen habe. Des Weiteren bestehe eine stärkstens ausgeprägte Somatisierungsstörung mit Beeinträchtigung

gen verschiedener Organsysteme (v.a. urogenital, gastrointestinal). Schliesslich müssten die seit Jahren rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt, sowie die eigenständig zu stellende Diagnose einer generalisierten Angststörung mit Panikattacken erwähnt werden (act. II 122/23 f.).

3.1.4 Vom 28. Februar bis 19. April 2024 wurde die Beschwerdeführerin in der Klinik K._____, ..., stationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 30. Mai 2024 wurden hauptsächlich kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen mit abhängigen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61) und zudem (als Nebendiagnosen) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), eine MCS (insbesondere im Rahmen des CSS), ein vorwiegend allergisches Asthma bronchiale, eine chronische Rhinosinusitis, eine MGUS sowie ein AV-Block 1° mit PQ 206ms diagnostiziert (act. II 195.8/28). Die Behandler stellten fest, dass die Beschwerdeführerin grosse Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung und in zwischenmenschlichen Beziehungen habe. In Bezug auf ihren Partner habe sie Distanz schaffen können; es sei die Unterbringung an einem sicheren Ort veranlasst worden (act. II 195.8/31).

3.1.5 Die MEDAS E._____-Gutachter diagnostizierten im Gutachten vom 20. Februar 2025 im Wesentlichen was folgt (act. II 195.1/7 f. Ziff. 4.3):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

1. Deutliche degenerative Veränderungen des rechten Hüftgelenks im Sinne eines Cam-Impingements mit ausgeprägtem Knorpelschaden (ICD-10 M24.15)
2. Degenerative Veränderung des linken Hüftgelenks mit Offset-Störung und chondrolabraler Rissbildung (ICD-10 M24.15)
3. Arthrose des linken Rückfusses, im Verlauf zunehmend (ICD-10 M19.07)
4. Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0)
5. Rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.1)
6. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
7. Überaktive Harnblase (ICD-10 N31.82) mit
 - normokapazitiver, hypersensitiver, normotoner Harnblase mit normo-kontraktilen Detrusor

- geringe Urge-Inkontinenz

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

1. Husten, DD Hypersensitivity Cough Syndrome, funktionell (ICD-10 R05)
 - kein Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität im Oktober 2019 und Oktober 2023
2. Hyperventilation (ICD-10 F45.3)
3. MGUS IgG-Kappa (ICD-10 D47.2)
4. Status nach AV-Block 1. Grades ED 03/2024 (ICD-10 I44.0)
 - unauffällige kardiologische Abklärung im Juli 2024
5. Verdacht auf arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.00)
6. Dyslipidämie (ICD-10 E78.2)
7. Beckentiefstand rechts mit konsekutiver leichter Skoliosierung der unteren Wirbelsäule (ICD-10 M41.-)
8. Osteochondrose L4/5 und distale Fazettengelenksarthrose der Lendenwirbelsäule (ICD-10 M47.-)
9. Zustand nach Distorsionsverletzung im Sprunggelenks-/Fusswurzelbereich links im April 2017 mit Knochenoedem der Calcaneusspitze
10. Senk-Spreizfuss beidseits mit initialem Hallux valgus und geringer Streck-Fehlstellung der rechten Grosszehe (ICD-10 M21.67) ohne Funktionseinschränkung
11. Schmerzen des rechten Kniegelenks, aktuell symptomfrei, bei Verdacht auf Bursitis des Tractus iliotibialis (Joggers-Knee) rechts (ICD-10 M25.56)
12. Sonstige Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8)
13. Allergische Rhinokonjunktivitis mit nachgewiesener Sensibilisierung auf diverse Pollen und Hausstaubmilben (ICD-10 J30.1 und J30.3)

In der Konsensbeurteilung hielten die MEDAS E. _____-Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin bereits in ihrer Jugend eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, zwanghaften und dependenten Zügen entwickelt habe. Begleitend habe sich ausserdem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine rezidivierende depressive Störung entwickelt. Sie habe berichtet, seit der Kindheit an Husten zu leiden. In den ärztlichen Behandlungsberichten sei dann im Verlauf die Diagnosestellung eines Asthma bronchiale erfolgt, ohne jedoch den Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität im Methacholintest. Somit bleibe der beklagte Husten unklar; laut Unterlagen wäre ein Hypersensitivity Cough Syndrome denkbar. Bisher seien entsprechend der geschilderten Symptome noch nicht ausreichend Therapien durchgeführt worden. Die Hyperventilation könnte gleichwohl sehr gut den thorakalen Druck und die Dyspnoe erklären. Zusätzlich bestehe eine allergische Rhinokonjunktivitis mit bekannter Sensibilisierung auf Pollen und Haus-

staubmilben. Bereits 2012 sei eine linksseitige Bursitis trochanterica erwähnt worden und danach sei eine Impingement-Situation bei beginnender Coxarthrose rechts diagnostiziert worden. 2016 sei eine MGUS festgehalten worden, ohne dass dies Konsequenzen veranlasst hätte. Aufgrund der verschiedenen Beschwerden sei die Beschwerdeführerin 2022 auch endokrinologisch und 2024 umfassend kardiologisch abgeklärt worden, dies ohne Hinweise auf zugrundeliegende endokrinologische oder kardiologische Pathologien. Die Verdachtsdiagnose einer arteriellen Hypertonie sei gestellt worden, doch habe die Beschwerdeführerin die verordnete medikamentöse Therapie noch nicht aufgenommen. Es seien mehrere notfallmässige Selbstvorstellungen nach verschiedenen Verletzungen im Rahmen häuslicher Gewalt durch den Partner dokumentiert. Nach der MEDAS D. _____-Begutachtung Ende 2022/Anfang 2023 sei aufgrund persistierender Schmerzen des linken Fusses erneut ein MRI des linken Fusses durchgeführt worden, wobei sich Zysten und ein Knochenmarksödem gezeigt hätten. Zudem bestehe seit Jahren ein imperativer Harndrang und folglich erhöhte Miktionsfrequenz mit Nykturie, welcher sich im Rahmen zahlreicher somatischer und psychischer Beschwerden über die Jahre akzentuiert habe. Die geschilderten Beschwerden mit imperativem Harndrang und Gefahr der Urge-Inkontinenz wirkten unter dem Gesichtspunkt, dass die Beschwerdeführerin während knapp zwei Stunden der Exploration nicht habe wasserlösen müssen, doch etwas akzentuiert. Mit Ausnahme eines Phytopharmakons und einer nur kurz durchgeführten physiotherapeutischen vaginalen Elektrostimulation seien bisher keine therapeutischen Interventionen erfolgt. Insofern scheine der Leidensdruck sehr gering (act. II 195.1/5 f. Ziff. 4.1 f.). Die zwischenzeitlich gestellte Verdachtsdiagnose einer arteriellen Hypertonie sowie die Diagnose eines AV-Blocks 1. Grades hätten keine Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 195.1/13 Ziff. 4.9).

Hauptsächlich aufgrund der degenerativen Veränderungen der Hüftgelenke (beidseits) und der Arthrose des linken Rückfusses einerseits sowie der psychischen Erkrankungen andererseits und zusätzlich aus urologischer Beurteilungsperspektive werde die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt (act. II 195.1/8 unten). Die Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit werde allein aus orthopädischer Sicht als aufgehoben eingeschätzt; die degenera-

tiven Veränderungen würden schleichend über einen längeren Zeitraum entstehen, wobei davon ausgegangen werden könne, dass die Erkrankungen auf orthopädischem Fachgebiet mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sicher schon zum Zeitpunkt der orthopädisch-traumatischen Exploration am 21. Oktober 2023 vorgelegen hätten. In einer optimal angepassten Tätigkeit bestehe aufgrund der psychischen Erkrankungen ab dem Begutachtungszeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Rückblickend habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit während der stationären Behandlungen vom 8. Mai bis 16. Juni 2023 und vom 22. Februar bis 19. April 2024 bestanden; eine weiter rückblickende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht möglich. Ab dem Begutachtungszeitpunkt der MEDAS D. _____ vom 3. April 2023 habe eine 30%ige Reduktion der Arbeitsfähigkeit bestanden. Empfohlen würden eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit Fokus auf die Behandlung der Persönlichkeitsstörung sowie gegebenenfalls eine antidepressiv medikamentöse Therapie und alsdann eine Reevaluation in zwei Jahren. Eine optimal angepasste Tätigkeit sollte möglichst keine hohen Ansprüche an die Durchhaltefähigkeit, Frustrationstoleranz sowie Konzentrationsfähigkeit stellen. Es sollten Möglichkeiten zum Einlegen von Pausen und ein möglichst wohlwollendes Umfeld bestehen, das mit den interaktionellen Schwierigkeiten umgehen könne. Der Beschwerdeführerin seien nur leichte Tätigkeiten möglich, überwiegend im Sitzen, jedoch mit der Möglichkeit eigen gewählter Positionswechsel. Es sollte sich um wechselbelastende, alternierend im Sitzen, Gehen und Stehen auszuführende Tätigkeiten handeln ohne dauernd gebückte oder vorgeneigte Haltung im Sitzen und Stehen, ohne häufige Rumpfrotation nach rechts oder links im Sitzen und Stehen, ohne kauernde und kniende Stellung, ohne Gerüst- und Leitertätigkeiten, ohne häufiges Begehen von Treppen, ohne Bedienung gefährlicher Maschinen, ohne Arbeiten mit hohen Konzentrationsanforderungen und ohne Rauch-, Gas- oder Staubexposition. Es sollte sich um einen sauberen, reizfreien Arbeitsplatz handeln (act. II 195.1/9 ff. Ziff. 4.5 ff.).

3.1.6 Dr. med. F. _____ hielt im "Einwand" vom 2. Mai 2025 fest, es sei der Beschwerdeführerin nicht möglich, auch nur teilweise einer geregelten Erwerbstätigkeit nachzugehen. Sie leide unter einer zunehmenden Erschöpfung, welche durch labortechnisch nachgewiesene entzündliche Pro-

zesse im Körper und eine ausgeprägte Schlafstörung verursacht werde. Es bestehe eine grosse Verwahrlosungsgefahr und es scheine nur eine Frage der Zeit, bis ein selbstständiges Wohnen deswegen und wegen der damit einhergehenden Selbstgefährdung nicht mehr möglich sei (act. II 212, 214).

3.2

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

3.2.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der 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).

3.2.3 Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten 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 die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3).

3.2.4 Der Zweck interdisziplinärer Gutachten besteht darin, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu bringen. Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt damit dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224). Häufig besteht kein Anlass, unter verschiedenen medizinischen Titeln ausgewiesene Teilarbeitsunfähigkeiten zu kumulieren, da der Umfang der grössten Teileinschränkung auch die weiteren Entlastungserfordernisse abdeckt. Selbst wenn sich beispielsweise neben einer aus psychiatrischer Sicht eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zusätzlich noch eine somatisch begründbare "quantitative" Arbeitsunfähigkeit isoliert darstellen liesse, könnte daraus nicht ohne weiteres auf eine Erhöhung der insgesamt, aus sämtlichen Beschwerden resultierenden Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden. Eine einfache Addition verschiedener Teilarbeitsunfähigkeiten kann je nach den konkreten Fallmerkmalen ein zu hohes oder zu niedriges Ergebnis zeitigen. Ob sich die einzelnen aus mehreren Behinderungen resultierenden Einschränkungsgrade summieren und in welchem Masse, betrifft eine spezifisch medizinische Problematik und Einschätzung, von der das Gericht grundsätzlich nicht abrückt (SVR 2020 IV Nr. 22 S. 75, 9C_461/2019 E. 4.1).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 26. August 2025 (act. II 224) massgeblich auf die MEDAS-Gutachten vom 3. April 2023 (act. II 66.2) und 20. Februar 2025 (act. II 195.1) samt den jeweiligen Teilgutachten (act. II 66.4 ff., 195.2 ff.). Diese erfüllen die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung (vgl. E. 3.2.1 ff. hiervor) und überzeugen. Die Beschwerdeführerin wurde wiederholt multidisziplinär fachärztlich untersucht und konnte sich im Rahmen der Begutachtungen umfassend zu ihren Beschwerden äussern. Die entsprechenden Feststellungen und Ausführungen der Sachverständigen beruhen somit auf eingehenden fachärztlichen Untersuchungen und sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand wurden nachvollziehbar und einlässlich begründet. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf schlüssigen Einschätzungen anlässlich der umfassenden interdisziplinären Konsensbeurteilung. Zwischen dem ersten (act. II 66.2) und dem zweiten Gutachten (act. II 195.1) ergeben sich so dann keine massgebenden Widersprüche:

Auf dem neurologischen Fachgebiet ergaben sich bereits im Vorgutachten weder eine Diagnose noch eine entsprechend begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 66.7/12 Ziff. 6.3). Internistisch und pneumologisch wurden die Beurteilungen der Vorgutachten (act. II 66.4/9 ff. Ziff. 6 f., 66.6/14 ff. Ziff. 6.3) im Verlaufsgutachten bestätigt (act. II 195.2/8 Ziff. 6.2, 195.7/14 Ziff. 1). Rheumatologisch konnte ebenso wenig eine massgebende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erhoben werden (act. II 195.3/9 f. Ziff. 6.3 und 7). Urologisch legte der Sachverständige überzeugend begründet dar, dass aufgrund der diagnostizierten überaktiven Blase (ICD-10 N31.82) eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % (angestammt) bzw. 10 % (angepasst) besteht (act. II 195.6/9 ff. Ziff. 6.3 und 8).

In orthopädischer und psychiatrischer Hinsicht legten die MEDAS E. _____-Gutachter überzeugend begründet dar, dass im Vergleich zum Vorgutachten (act. II 66.2/10 ff. Ziff. 4.6 ff., 66.5/13 f. Ziff. 7 f., 66.9/22 f.

Ziff. 8) nunmehr somatisch begründet eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der früher ausgeübten Tätigkeit anzunehmen (act. II 195.4/15 f. Ziff. 8; siehe auch act. II 195.1/10 Ziff. 4.6) und psychiatrisch seit der vormaligen Begutachtung zwischenzeitlich auch in adaptierter Tätigkeit von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist (act. II 195.5/15 f. Ziff. 8; siehe auch act. II 195.1/11 Ziff. 4.6). Hierzu führten die Gutachter einerseits aus, die klinisch zu objektivierenden orthopädischen Untersuchungsbefunde seien zwar nicht verändert, doch sei nach dem ersten Gutachten die entsprechende bildgebende Diagnostik erneuert worden, sodass gestützt darauf eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit resultiere. Andererseits zeigten sich auf psychiatrischem Fachgebiet neben den histrionischen und dependenten Anteilen der kombinierten Persönlichkeitsstörung auch zwanghafte Anteile und des Weiteren eine rezidivierende depressive Störung mittelgradig ausgeprägt sowie eine sonstige Reaktion auf schwere Belastung (act. II 195.1/12 Ziff. 4.9). Die höhergradige Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht im Folgegutachten überzeugt auch mit Blick auf die bisher (wohl auch aufgrund der fehlenden adäquaten psychiatrischen Behandlung) fortwährende erhebliche psychische Instabilität trotz wiederholter stationärer Behandlung (act. II 195.5/15 Ziff. 7.1) und die mittlerweile als mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; act. II 195.5/13 ff. Ziff. 6.3).

3.3.1 Dass die MEDAS E. _____-Gutachter in Kenntnis der im Rahmen des Vorgutachtens erfolgten neuropsychologischen Abklärung (vgl. act. II 66.8) auf eine nochmalige Durchführung einer solchen implizit verzichteten, ist entgegen der Beschwerde (S. 9 Ziff. 3) angesichts der umfassenden klinischen Untersuchung (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_439/2024 vom 24. März 2025 E. 5.2.2) nicht zu beanstanden. Eine derartige testpsychologische Abklärung stellt zudem rechtsprechungsgemäss lediglich – aber immerhin – eine Zusatzuntersuchung dar, während die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit Aufgabe des jeweiligen Facharztes ist (vgl. etwa Urteil des BGer 8C_127/2022 vom 8. Juli 2022 E. 5.3 mit Hinweis).

3.3.2 Aus den übrigen medizinischen Akten, namentlich den wiederholten Arztzeugnissen von Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. etwa act. II 10/15 und /17, 22, 122/31), der Hausärztin der Beschwerdeführerin Dres. med. M._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und F._____ (act. II 89/3, 212) und den Berichten über die erfolgten stationären Behandlungen (act. II 122/20 ff., 195.8/1 ff.), ergeben sich keine konkreten Anhaltspunkte, die Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit der MEDAS-Gutachten zu wecken vermöchten (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Dies gilt auch für die im Nachgang zum zweiten MEDAS-Gutachten im Vorbescheidverfahren (vgl. dazu act. II 212) bzw. im gerichtlichen Beschwerdeverfahren eingereichten Akten. Ebenso ergeben sich in diagnostischer Hinsicht – abgesehen von den gutachterlich wiederholt verworfenen Diagnose eines Asthma bronchiale zugunsten einer Hyperventilation (vgl. act. II 66.2/7 f. Ziff. 4.3.3, 66.6/15 f. Ziff. 6.3.3, 195.1/6 Ziff. 4.2, 195.7/11 Ziff. 6.3), dies nunmehr in Übereinstimmung mit den späteren Berichten der Behandler (vgl. act. II 195.1/28), und einer chronischen schizotypen Störung (ICD-10 F21; act. II 195.5/12 Ziff. 6.2), die indes allein von Dr. med. L._____ vertreten wurde (act. II 22/2) – keine massgebenden Diskrepanzen.

3.3.3 Entgegen der subjektiven Einschätzung der Beschwerdeführerin, welche sich aufgrund ihrer multiplen somatischen und psychischen Beschwerden keine Wiederaufnahme einer regelmässigen beruflichen Tätigkeit vorstellen kann (so z.B. act. II 66.2/4 Ziff. 4.1), gingen die Gutachter gestützt auf die erhobenen Befunde nachvollziehbar und überzeugend von einer Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus (act. II 66.2/11 f. Ziff. 4.8, 195.1/11 Ziff. 4.7). Die von den Gutachten abweichenden Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit durch die Dres. med. L._____, M._____ und F._____ basieren hingegen im Wesentlichen auf den unkritisch übernommenen Angaben der Beschwerdeführerin, ohne dass eine entsprechende fachärztliche Objektivierung bzw. Plausibilisierung erfolgte, und bieten deshalb keinen Anlass für ein Abweichen von den MEDAS-Gutachten (vgl. dazu BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Dahingehend wiesen bereits die MEDAS D._____-Gutachter darauf hin, in den Akten fänden sich insgesamt sehr wenige schulmedizinische Berichte mit evidenten Diagnosen, demgegenüber aber unglaublich

lange Symptomlisten der Beschwerdeführerin über verschiedene Beschwerden (act. II 66.2/4 Ziff. 4.2). Die Behandler äusserten sich zudem wiederholt offensichtlich advokatorisch zugunsten der Beschwerdeführerin (vgl. etwa act. II 212), womit ihren Angaben insoweit ohnehin nur sehr begrenzter Beweiswert zuzuerkennen ist (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_695/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.3 mit Hinweis).

3.3.4 Die MEDAS E._____-Gutachter hatten Kenntnis der im Nachgang zum MEDAS D._____-Gutachten erfolgten zweimaligen stationären Behandlung der Beschwerdeführerin und berücksichtigten diese insoweit, als dass sie formal für die Dauer der stationären Behandlung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierten (act. II 195.1/11 Ziff. 4.7, 195.5/16 f. Ziff. 8), gleichzeitig aber darlegten, dass im Nachgang zum MEDAS D._____-Gutachten, worin eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 30 % zuerkannt wurde (act. II 66.2/11 f. Ziff. 4.8), abgesehen von den stationären Behandlungen keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne bzw. zufolge der sich zwischenzeitlich graduell verschlechterten und instabilen psychischen Situation nunmehr eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe (act. II 195.5/16 f. Ziff. 8). Diese Einschätzung erfolgte differenziert und in schlüssiger Auseinandersetzung mit den objektivierbaren psychopathologischen Befunden (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297), dem bisherigen niederschweligen Behandlungsverlauf (vgl. dazu act. II 22) und der fehlenden konsequenten psychopharmakologischen Behandlung (vgl. act. II 195.5/8 und /18). Die Folgenabschätzung weist denn auch eine erhebliche Variabilität auf (vgl. etwa Urteil des BGer 8C_720/2020 vom 8. Januar 2021 E. 5.3 mit Hinweisen; BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195), wobei hier weder ein Widerspruch innerhalb der jeweiligen MEDAS-Gutachten noch zwischen diesen ersichtlich ist. Überdies kann für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht von einer Diagnose direkt auf das Vorliegen einer entsprechenden Einschränkung geschlossen werden (vgl. Urteil des BGer 9C_169/2021 vom 16. Juni 2021 E. 4.3.2). Schliesslich können die verschiedenen Teilarbeitsunfähigkeiten – entgegen der Beschwerde – nicht einfach bzw. unbesehen addiert werden; diese spezifische Frage wurde von den MEDAS-Gutachtern dahingehend beantwortet, dass weder eine Addition noch eine Multiplikation der verschiedenen Teilarbeitsunfähigkeiten vorzunehmen sei

(vgl. act. II 195.1/10 Ziff. 4.5; eine solche wurde lediglich im Vorgutachten hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in der vormals ausgeübten Tätigkeit beschrieben [act. II 66.2/10 f. Ziff. 4.7]), was insbesondere auch hinsichtlich der auf dem urologischen Fachgebiet beschriebenen Einschränkung ohne Weiteres einleuchtet und wovon das Gericht vorliegend nicht abzurücken hat (vgl. E. 3.2.4 hiavor). Dasselbe gilt denn auch für die lediglich formal für die jeweilige Dauer der stationären Behandlung attestierte Arbeitsunfähigkeit.

3.3.5 Die auf dem psychiatrischen Fachgebiet gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit erfolgte nachvollziehbar unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen (vgl. E. 2.2 hiavor); es besteht damit kein Anlass, davon abzuweichen (BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 367).

3.4 Nach dem Dargelegten kommt den MEDAS-Gutachten voller Beweiswert zu, sodass darauf abzustellen ist. Gestützt darauf ist erstellt, dass für die vormals bis November 2017 ausgeübte Tätigkeit bei G. _____ (vgl. act. II 20) erst ab dem MEDAS D. _____-Gutachten vom 3. April 2023 (act. II 66.2) eine somatisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 50 % vorlag (act. II 66.2/10 f. Ziff. 4.7) und seit dem 21. Oktober 2023 diese Tätigkeit bleibend nicht mehr zumutbar ist (act. II 195.1/10 Ziff. 4.6); eine frühere massgebende Arbeitsunfähigkeit in dieser Tätigkeit ist nicht erstellt. In einer angepassten Tätigkeit betrug die Arbeitsunfähigkeit ab dem 3. April 2023 30 % (act. II 66.2/11 f. Ziff. 4.8) und beträgt seit der psychiatrischen Exploration vom 20. September 2024 (vgl. act. II 195.5/17 i.V.m. /1) 50 % (act. II 195.1/11 Ziff. 4.7); für den Zeitraum vor April 2023 ist keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erstellt.

Auf dieser Grundlage ist die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin geht von einem vollen Erwerbsstatus aus (act. II 189/6 f.; vgl. hierzu auch BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30; SVR 2020 IV Nr. 72 S. 250, 9C_157/2020 E. 4.1.1). Dieser Status wird nicht bestritten

und es gibt aufgrund der Erwerbsbiografie keinen Anlass, davon abzuweichen. Der Invaliditätsgrad ist somit anhand der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.4 hiavor).

4.2

4.2.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). 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 (Art. 25 Abs. 3 IVV). Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad 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).

4.2.2 Die Anmeldung zum Leistungsbezug wurde von der Beschwerdeführerin mit Datum 17. Mai 2022 unterzeichnet (act. II 1/10) und von der Abteilung Soziales der Gemeinde C._____ am 13. Juni 2022 zuhanden der Beschwerdegegnerin versandt (act. II 1/12; vgl. zur Anmeldung im Allgemeinen Art. 65 ff. IVV). Damit liegt, auch wenn der Anmeldung beigelegte Dokumente bzw. das Anmeldeformular selbst auf frühere Zeitpunkte datiert sind, eine Anmeldung vom Juni 2022 vor. Die Abteilung Soziales hat Kraft ihrer gesetzlichen Aufgabe als beratende oder vertretende Stelle zusammen mit der Beschwerdeführerin die Anmeldung ausgefüllt und eingereicht, weshalb hier keine Weiterleitung im Sinne von Art. 30 ATSG vorliegt. Aufgrund der folglich im Juni 2022 erfolgten Anmeldung kann vorliegend ein Rentenanspruch nach Ablauf der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss

Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens im Dezember 2022 entstehen. Zu diesem Zeitpunkt war indessen das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG noch nicht erfüllt: Eine massgebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist den MEDAS-Gutachten zufolge erst ab April 2023, und zwar im Umfang von 30 %, erstellt (vgl. E. 3.4 hiervor). In den Zeiten der zwei kurzen – je deutlich unter drei Monaten liegenden – stationären Aufenthalten vom 8. Mai bis 16. Juni 2023 und vom 22. Februar bis 19. April 2024 (vgl. act. II 195.1/11 Ziff. 4.7) bestand vorübergehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, was insoweit bei der Erstehung des Wartejahres anzurechnen ist. Dadurch war das Wartejahr im März 2024 abgelaufen. Eine erste Berechnung des Invaliditätsgrades ist somit per April 2024 vorzunehmen.

Mit der durch die MEDAS E. _____-Gutachter (bei fortwährender Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit; vgl. act. II 195.1/10 Ziff. 4.6) beschriebenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes und einer nunmehr 50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ab der psychiatrischen Exploration (vgl. act. II 195.1/11 Ziff. 4.7, 195.5/17 i.V.m. /1 [Exploration vom 20. September 2024]) besteht unbestritten ein Revisionsgrund i.S.v. Art. 17 Abs. 1 ATSG, weshalb eine Neuberechnung des Invaliditätsgrades vorzunehmen ist. In diesem Zusammenhang hat die Berechnung – entgegen der angefochtenen Verfügung (act. II 224) – nicht nach Ablauf der Anpassungsfrist von drei Monaten (Art. 88a Abs. 2 IVV) per Dezember 2024, sondern bereits im Zeitpunkt der dauerhaften Verschlechterung im September 2024 zu erfolgen (vgl. Rz. 4100 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]). Besteht für die bisherige Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von erheblicher Dauer und Ausprägung, während vorerst mit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ein rentenausschliessendes Einkommen erzielt werden kann resp. könnte, so entsteht bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes ein Rentenanspruch, sobald die Invalidität mindestens 40 % beträgt. In einer solchen Konstellation gelangt die Wartezeit gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV nicht zur Anwendung (vgl. dazu grundlegend Urteil des BGer 9C_878/2017 vom 19. Februar 2018 E. 5.3 mit Hinweisen; bestätigt mit Urteil des BGer 8C_243/2022 vom 12. August 2022 E. 3.2).

4.3

4.3.1 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).

4.3.2 Für das Valideneinkommen ist mit der Beschwerdegegnerin auf den Totalwert der LSE abzustellen. Die Beschwerdeführerin verfügt über keine in der Schweiz anerkannte berufliche (Erst-)Ausbildung und war seit ihrer Einreise in die Schweiz im Jahr 1997 in verschiedenen Branchen und Hilfstätigkeiten tätig (vgl. act. II 8, 23/2 f., 10/47, 101/27 ff., 217), ohne dass sich hieraus (entgegen der Beschwerde, S. 10 ff. Ziff. 7) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Rückschlüsse auf eine spezifische oder höhergradig qualifizierte Tätigkeit im hypothetischen Gesundheitsfall im hier massgebenden Beurteilungszeitraum ergeben würden. Eine Beschränkung auf ... Tätigkeiten ist dabei auch unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin vorübergehend in dem ... Bereich zuordenbaren Beschäftigungen tätig war, nicht angezeigt. Ebenso wenig kommt vorliegend, nachdem die Beschwerdeführerin vorübergehend für die N._____ tätig war (act. II 101/39), ein Abstellen auf die LSE-Tabelle 17 in Frage, dies mangels entsprechender anerkannter Ausbildung und infolgedessen verwehrtem freiem Zugang zum öffentlichen Sektor in der Schweiz. Ebenso ist für das Valideneinkommen nicht auf die vormals ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin bei G._____ abzustellen (vgl. act. II 101/32). Die von der Beschwerdeführerin angegebenen gesundheitlichen Gründe für den Stel-

lenverlust sind gestützt auf die beweiskräftigen MEDAS-Gutachten nicht erstellt (vgl. bereits E. 3.4 hiervor). Vielmehr ist hinsichtlich dieser Tätigkeit erst ab April 2023 und damit mehrere Jahre nach Aufgabe der Tätigkeit im Jahr 2017 (act. II 20) eine entsprechende Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (vgl. dazu E. 4.3 hiervor). Die Beschwerdeführerin war zudem im Anschluss an die Aufgabe dieser Stelle zufolge Arbeitslosigkeit gehalten, sich im gesamten Bereich der LSE im Kompetenzniveau 1 um eine Anstellung zu bemühen, war sie doch auch vor der Anstellung bei G._____ in verschiedenen Branchen tätig. Die Anrechnung eines höheren Valideneinkommens findet sodann auch mit Blick auf die im Individuellen Konto abgerechneten Erwerbseinkommen (max. Fr. 41'522.-- im Jahr 2009, ansonsten [i.d.R. markant] tiefer; act. II 20) keinen Rückhalt. Schliesslich müssten für die Berücksichtigung einer beruflichen Weiterentwicklung praxisgemäss konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person einen beruflichen Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, wozu blosse Absichtserklärungen der versicherten Person nicht genügen. Vielmehr müsste die Absicht, beruflich weiterzukommen, durch konkrete Schritte wie Kursbesuche, Aufnahme eines Studiums, Ablegung von Prüfungen usw. kundgetan worden sein (BGE 150 V 354 E. 5.1 S. 357, 145 V 141 E. 5.2.1 S. 144; SVR 2021 IV Nr. 29 S. 91, 9C_472/2020 E. 2.2, 2018 IV Nr. 48 S. 152, 8C_779/2017 E. 4.2). Die in diesem Zusammenhang von der Beschwerdeführerin in der Beschwerde (S. 13 f.) erwähnten (Kurs-)Zertifikate reichen entweder in die Jahre 2002 bis 2004 zurück, womit sich ein beruflicher Aufstieg über Jahrzehnte nicht verwirklicht hat, oder betreffen den Aufbau einer selbstständigen Erwerbstätigkeit. Letzteres ist zwar ausführlich dokumentiert, doch handelt es sich dabei im Wesentlichen um reine Geschäftsideen, die über Jahre hinweg nicht über die initiale Projektphase hinaus entwickelt wurden, sodass Aussagen zur tatsächlichen Realisierung der Projekte bzw. der Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit sowie ein allfällig daraus resultierendes Einkommens im hypothetischen Gesundheitsfall rein spekulativer Natur sind.

4.4

4.4.1 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Vom statistisch bestimmten Wert nach Art. 26^{bis} Abs. 2 IVV 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).

4.4.2 Für das Invalideneinkommen ist mangels Erwerbstätigkeit bzw. Verwertung der Restarbeitsfähigkeit ebenfalls auf den lohnstatistischen Totalwert der LSE abzustellen. Betreffend die geltend gemachte Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt (Beschwerde, S. 11) ist Folgendes festzuhalten: Die Unverwertbarkeit einer hohen Restarbeitsfähigkeit ist praxismässig einzig dann anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein ausgeschlossen erscheint (BGE 148 V 174 E. 9.1 S. 188; SVR 2024 IV Nr. 18 S. 59, 8C_346/2023 E. 2.3). Mit Blick auf die verbleibende Erwerbsdauer der Beschwerdeführerin, das medizinische Zumutbarkeitsprofil (act. II 195.1/9 Ziff. 4.4 und /11 Ziff. 4.7), welches auf dem hier massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt weiterhin eine Vielzahl körperlich leichter Tätigkeiten erlaubt, und der dabei verbleibenden Resterwerbsfähigkeit, welche bei adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung noch gesteigert werden könnte (vgl. act. II 195.5/17 f.), ging die Beschwerdegegnerin zu Recht von der Unverwertbarkeit der Resterwerbsfähigkeit aus. Daran bzw. an der Massgeblichkeit des ausgeglichenen Arbeitsmarktes ändert nichts, dass es sich für die

Beschwerdeführerin (subjektiv) schwierig oder gar unmöglich gestalten kann, auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden (vgl. Urteil BGer 9C_39/2022 vom 24. März 2022 E. 4.2 mit Hinweisen).

4.5 Wie in E. 4.3.2 und 4.4.2 hiervor ausgeführt, sind vorliegend beide Vergleichseinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu ermitteln, weshalb sich deren zahlenmässige Berechnung erübrigt, da diesfalls der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn entspricht (vgl. E. 4.2.1 hiervor). Nach Ablauf des Wartejahres (vgl. E. 2.3 hiervor) lag eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit vor (vgl. E. 3.4 und 4.2.2 hiervor). Die vorübergehend attestierten formalen vollständigen Arbeitsunfähigkeiten während den stationären Behandlungen (vgl. act. II 195.1/11 Ziff. 4.7) dauerten je weniger als drei Monate und sind deshalb in Bezug auf den Rentenanspruch nach Ablauf des Wartejahres nicht zu berücksichtigen (vgl. Urteil des BGer 8C_506/2024 vom 31. Januar 2025 E. 3.2.3). Damit resultiert per April 2024 unter Berücksichtigung des Pauschalabzugs von 10 % beim Invalideneinkommen (vgl. E. 4.4.1 hiervor) ein rentenausschliessender (vgl. E. 2.3 hiervor) Invaliditätsgrad von 37 % ($100 \% \cdot 100 \% \times 0.7 \times 0.9$).

Aufgrund der seit der psychiatrischen Exploration vom 20. September 2024 gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit von noch 50 % (vgl. E. 3.4 hiervor) ist eine Neuberechnung des Invaliditätsgrades vorzunehmen (vgl. E. 4.2.2 hiervor), wobei nunmehr sowohl der Pauschal- als auch der Teilzeitabzug von (total) 20 % zur Anwendung gelangen (vgl. E. 4.4.1 hiervor). Damit resultiert ein Invaliditätsgrad von 60 % ($100 \% \cdot 100 \% \times 0.5 \times 0.8$). Somit hat die Beschwerdeführerin, da die Übergangsfrist gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV vorliegend nicht anwendbar ist (vgl. E. 4.2.2 hiervor), ab September 2024 Anspruch auf eine Invalidenrente von 60 % einer ganzen Rente (vgl. E. 2.3 hiervor). Soweit den Anspruchsbeginn betreffend erweist sich die Beschwerde folglich als begründet.

5.

Zusammenfassend hat die Beschwerdeführerin ab 1. September 2024 Anspruch auf eine Invalidenrente von 60 % einer ganzen Rente. Die Beschwerde ist in Bezug auf den Anspruchsbeginn teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung insoweit anzupassen; im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 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 (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 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).

Die Prozessbedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist aufgrund der gemachten Angaben der Beschwerdeführerin im Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege" (in den Gerichtsakten), der fortwährenden Sozialhilfebedürftigkeit (Akten der Beschwerdeführerin [act. IA] 1) und der fehlenden Kostengutsprache durch die Rechtsschutzversicherung (act. IA 6 [E-Mail der O. _____ AG an die Beschwerdeführerin vom 6. Oktober 2025]) erstellt. Zudem ist das vorliegende Beschwerdeverfahren nicht als von vornherein aussichtslos zu bezeichnen. Mithin sind die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege hinsichtlich der Verfahrenskosten erfüllt, weshalb das entsprechende Gesuch gutzuheissen ist, sofern es aufgrund des teilweisen Obsiegens nicht gegenstandslos geworden und abzuschreiben ist.

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

Die Beschwerdeführerin obsiegt insoweit, als ihr bereits ab September 2024 (statt erst ab 1. Dezember 2024) eine Rente von 60 % einer ganzen

Rente zugesprochen wird, unterliegt jedoch in Bezug auf einen noch früheren Rentenbeginn und die Rentenhöhe (beantragt wurde eine ganze Rente). Aufgrund dieses lediglich geringfügigen teilweisen Obsiegens sind die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, im Umfang von Fr. 100.-- der Beschwerdegegnerin und im Umfang von Fr. 700.-- der Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 6.1 hiavor) ist die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – von der Pflicht zur Zahlung der anteilmässigen Verfahrenskosten von Fr. 700.-- zu befreien. Die Beigeladene ist von der Kostenpflicht ausgenommen (vgl. RUTH HERZOG, in: HERZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern, 2. Aufl. 2020, Art. 108 N. 5 und 8 mit Hinweisen), hat sie sich doch – abgesehen von der hier nicht Streitgegenstand bildenden Versicherung bei Eintritt des anspruchrelevanten Gesundheitsschadens – nicht weitergehend zum Leistungsanspruch geäußert.

6.3 Trotz ihres teilweisen Obsiegens hat die nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin nach konstanter Praxis auch unter Berücksichtigung der wiederholten weitschweifigen Eingaben und Ausführungen keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da der gebotene Aufwand zur Wahrung ihrer Interessen den Rahmen dessen nicht überschritten hat, was der Einzelne üblicher- und zumutbarerweise zur Besorgung seiner persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (vgl. BGE 127 V 205 E. 4b S. 207; SVR 2019 KV Nr. 7 S. 47, 9C_714/2018 E. 9.2.1). Die Beigeladene hat von vornherein keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. MICHEL DAUM, in: HERZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern, 2. Aufl. 2020, Art. 14 N. 11).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 26. August 2025 insoweit abgeändert, als der Beschwerdeführerin ab 1. September 2024 eine Invalidenrente von 60 % einer ganzen Rente zugesprochen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege hinsichtlich der Verfahrenskosten wird gutgeheissen, soweit es nicht vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben wird.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 700.-- und der Beschwerdegegnerin im Umfang von Fr. 100.-- auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Pensionskasse B. _____
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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