

**IV 200 2025 74**  
FRC/GET/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 23. April 2026**

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Germann

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Dezember 2024



## **Sachverhalt:**

### **A.**

#### **A.a.**

Die ... geborene, über keinen beruflichen Abschluss verfügende A.\_\_\_\_\_ (vormals C.\_\_\_\_\_) meldete sich im August 2013 unter Hinweis auf eine Angststörung, Depressionen sowie chronische Bauchschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin] [act. II] 3). Die IVB verneinte nach dem Beizug medizinischer Berichte einen Anspruch auf berufliche Massnahmen (act. II 21) und veranlasste im Zuge der Rentenprüfung bei Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Begutachtung (Expertise vom 3. November 2017 [act. II 58.1 ff.]). Mit Verfügung vom 19. Januar 2018 (act. II 63) verneinte die IVB mit der Begründung, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Rechtssinne vor, einen Anspruch auf Leistungen der IV.

#### **A.b.**

Im März 2021 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf "Multiple Sklerose, CFS/ME, Fatigue, Chronische Schmerzen" erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 64). Die IVB verneinte nach erwerblichen Abklärungen und Beizug medizinischer Berichte einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (act. II 79) und veranlasste beim E.\_\_\_\_\_ (nachfolgend MEDAS) eine bidisziplinäre neurologisch-psychiatrische Begutachtung (Expertise vom 21. August 2023 [act. II 155.1 ff.]). Ferner liess sie durch ihren Abklärungsdienst einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb erstellen (act. II 159 S. 2 ff.). Mit Vorbescheid vom 10. Januar 2024 (act. II 160) stellte die IVB bei einem nach der gemischten Methode (Erwerb 90 %, Haushalt 10 %) ermittelten Invaliditätsgrad von 38 % die Verneinung eines Rentenanspruchs bzw. für die Zeit ab 1. Januar 2024 bei einem Invaliditätsgrad von 44 % die Ausrichtung von 35 % einer ganzen Invalidenrente

in Aussicht. Dagegen liess der Sozialdienst F.\_\_\_\_\_ Einwand erheben (act. II 166), woraufhin die IVB eine Stellungnahme der MEDAS (act. II 176) einholte. Nach Vorlage des Dossiers beim RAD (act. II 179) und erneuter Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 182) verfügte die IVB am 20. Dezember 2024 (act. II 193) wie in Aussicht gestellt. Ferner sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 7. Februar 2025 (act. II 196) ab 1. Juni 2023 eine Hilflosenentschädigung nach Massgabe einer Hilflosigkeit leichten Grades (in Form lebenspraktischer Begleitung) zu.

## **B.**

Gegen die Verfügung vom 20. Dezember 2024 (betreffend Invalidenrente) liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 31. Januar 2025 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 20. Dezember 2024 sei insoweit aufzuheben, als der Beschwerdeführerin darin keine Invalidenrente von mehr als 35 % einer ganzen Rente zugesprochen wird.
2. Der Beschwerdeführerin sei rückwirkend ab 1. September 2021 und bis auf Weiteres eine ganze Rente zuzusprechen.
3. Der Beschwerdeführerin sei für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Rechtspflege zu erteilen und der unterzeichnende Rechtsanwalt sei ihr als amtlicher Rechtsbeistand beizuordnen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge

Mit Beschwerdeantwort vom 3. April 2025 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Ferner legte sie eine Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 5. März 2025 ins Recht (in den Gerichtsakten).

Mit Schreiben vom 29. Juli und 11. Dezember 2025 liess die Beschwerdeführerin einen Bericht vom 16. Juli 2025 von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 6) sowie einen Bericht von lic. phil. I.\_\_\_\_\_, Eidg. aner-

kannter Neuropsychologe, vom 6. Dezember 2025 (in den Gerichtsakten) einreichen.

## **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 20. Dezember 2024 (act. II 193). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

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

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Am 1. Januar 2022 traten im Zuge der Weiterentwicklung der IV revidierte Bestimmungen im IVG sowie im ATSG samt entsprechendem Verordnungsrecht in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705). Die dem angefochtenen Urteil zugrunde liegende Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022 (act. II 193). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 150 V 89 E. 3.2.1 S. 95, 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist (nachfolgend aArt.). Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung. Diese Grundsätze gelangen auch dann zum Tragen, wenn zwar der Rentenanspruch bereits für die Zeit vor dem 1. Januar 2022 erhoben, aber abgewiesen wird, falls die rechtliche Beurteilung erst nach dem Inkrafttreten des neuen Rechts erfolgt (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_260/2024 vom 25. November 2024 E. 3.1).

## **2.2**

**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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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). Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 3.6 S. 294 und E. 4.1 S. 296).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c).

**2.3.1** Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3.2** Nach der seit 1. Januar 2022 in Kraft stehenden Fassung von 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, in Kraft seit 1. Januar 2022), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG, in Kraft seit 1. Januar 2022). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten

die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG (in Kraft seit 1. Januar 2022).

## **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 IVV). 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).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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 BGer 8C\_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 3.2, nicht publ. in: BGE 151 V 66, aber in: SVR 2025 IV Nr. 16 S. 59).

**2.4.2** 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 u.a. bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 147 V 167 E. 4.1 S. 169, 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2025 IV Nr. 34 S. 129, 8C\_235/2024 E. 4, 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C\_280/2020 E. 3.1).

**2.4.3** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach aArt. 17 Abs. 1

ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

**2.4.4** 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).

**2.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 180, 9C\_540/2020 E. 2.3).

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom März 2021 (act. II 64) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxismässig nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichszeitpunkte für die Prüfung, ob ein Revisionsgrund vorliegt, bilden die Verfügung vom 19. Januar 2018 (act. II 63) – mit welcher ein Anspruch auf Leistungen der IV mangels Vorliegens eines rechtserheblichen Gesundheitsschadens verneint wurde – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 20. Dezember 2024 (act. II 193; vgl. E. 2.4.3 vorne).

**3.2** Bei Erlass der Verfügung vom 19. Januar 2018 (act. II 63) präsentierte sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Wesentlichen wie folgt:

**3.2.1** Im Bericht des Spitals J.\_\_\_\_\_, vom 16. November 2016 (act. II 37 S. 7 f.) wurde ein funktionelles, somatisches Syndrom diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin leide seit 2009 an Abdominalbeschwerden, die seither mehrfach abgeklärt worden seien, ohne dass Pathologien im Bereiche des Darmtraktes oder der inneren Organe hätten gefunden werden können. Auch unter psychiatrischer Behandlung habe sich keine Verbesserung der Symptomatik gezeigt (S. 7).

**3.2.2** Im psychiatrischen Gutachten vom 3. November 2017 (act. II 58.1) hielt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ als psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit 2009 bestehende Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) fest (S. 19). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit betrage für sämtliche Tätigkeiten 30 % (S. 32 f.).

**3.3** Bis zum Erlass der die zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) angefochtenen Verfügung vom 20. Dezember 2024 (act. II 193) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**3.3.1** Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 16. November 2021 (act. II 86 S. 2) fest, die abdominalen Beschwerden seien im Rahmen der exazerbierten chronischen Problematik des Colon irritabile zu verstehen. Die weiterführenden Abklärungen hätten keine andere Pathologie gezeigt. Seit dem Bericht vom 18. Mai 2021 berichte die Beschwerdeführerin über eine deutliche Verschlechterung der körperlichen Leistung, die Gehstrecke habe sich aufgrund einer ausgeprägten Fatigue-Symptomatik auf wenige Minuten deutlich verkürzt "DD im Rahmen der Multiplen Sklerose, funktionell".

**3.3.2** Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, hielt im Bericht vom 24. November 2021 (act. II 87 S. 1 f.) als Hauptdiagnosen eine demyelinisierende Erkrankung, DD (= Differentialdiagnose) Multiple Sklerose (MS) und als Nebendiagnosen ein Mikroprolaktinom, eine chronische Fatigue sowie eine Migräne ohne Aura fest. Es beständen neben körperli-

chen Einschränkungen bezüglich Sensibilität und Koordination auch eine schwere Fatigue und psychische Symptomatik, so dass sie die Beschwerdeführerin aktuell für 100 % arbeitsunfähig halte.

**3.3.3** Im Zeitraum vom 15. Juni bis 16. Dezember 2022 war die Beschwerdeführerin dreimal in der psychiatrischen Klinik M.\_\_\_\_\_ hospitalisiert (act. II 166 S. 43, 50, 53). Im Austrittsbericht vom 25. Mai 2022 (act. II 166 S. 43-49), welcher den Aufenthalt vom 9. März bis 21. Mai 2022 betrifft, wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 43):

Andauernde Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62.1) mit/bei

- chronifizierter Agoraphobie (ICD-10 F40.0)
- Multiple Sklerose mit
  - MRI 2019/2020: zentrale Läsionen
- Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) mit
  - chronischen Abdominalschmerzen und Reizdarmsymptomatik
  - chronischem Müdigkeitssyndrom
  - ambulanter psychosomatischer Behandlung Spital J.\_\_\_\_\_ 2016-2018

Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

Diagnostisch sei von einem komplexen psychiatrisch-psychosomatischen Störungsbild mit chronifiziertem niedrigem Alltagsfunktionsniveau auszugehen, wobei chronifizierte agoraphobische Ängste und psychosomatische Beschwerden, seit Anfang der Abnabelung der Beschwerdeführerin aus ihrem Familiensystem bzw. seit Lehrstellenantritt bestehend, und damit zusammenhängend ein fast vollständiger Autonomieverlust mit massiver Abhängigkeit von ihrem Familiensystem eine Rolle spielten. Klinisch im Vordergrund hätten während des Aufenthaltes die Abhängigkeit und Anspruchshaltung der Beschwerdeführerin gegenüber ihrem Familiensystem, eine Passivität im Umgang mit autonomen Lebensbereichen und die Überzeugung, in ihrem Leben durch Krankheiten massiv eingeschränkt zu sein, sowie eine dysphorische Stimmung, gestanden (S. 47).

**3.3.4** Vom 24. bis 26. August 2022 (act. II 166 S. 21) sowie vom 13. Oktober bis 3. November 2022 war die Beschwerdeführerin in der psychiatrischen Klinik N.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 24. November 2022 (act. II 132 S. 1-5) wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen

(ICD-10 F33.3), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 45.0) sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 40.01) diagnostiziert (S. 1). Die Beschwerdeführerin sei auf eigenen Wunsch in die Klinik aufgenommen worden, nachdem sie sich zu Hause überfordert gefühlt habe und sich von akuten Suizidgedanken nicht habe distanzieren können. Sie leide bereits an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung. Die Beschwerdeführerin habe Suizidgedanken und sei in einer belastenden familiären Konstellation gestanden, da sie in eine neue Wohnung habe umziehen müssen und auch finanzielle Probleme gehabt habe. Dadurch habe sie sich nicht mehr sicher fühlen können und sei in die Klinik eingetreten (S. 3).

**3.3.5** Im Zeitraum vom 13. Juni 2022 bis 25. Januar 2023 war die Beschwerdeführerin sechsmal in der psychiatrischen Klinik O.\_\_\_\_\_ hospitalisiert (act. II 155.7 S. 7 ff.). Im Austrittsbericht vom 30. Januar 2023 (S. 11-13), welcher den Aufenthalt vom 23. bis 25. Januar 2023 betrifft, wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 11):

- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)
- Andauernde Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62.1) mit/bei
  - o chronifizierter Agoraphobie (ICD-10 F40.0)
- Multiple Sklerose mit
  - o MRI 2019/2020: zentrale Läsionen
- Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) mit
  - o chronischen Abdominalschmerzen und Reizdarmsymptomatik
  - o chronischem Müdigkeitssyndrom
  - o ambulanter psychosomatischer Behandlung Spital J.\_\_\_\_\_ 2016 - 2018

**3.3.6** Im bidisziplinären, neurologisch-psychiatrischen MEDAS-Gutachten vom 21. August 2023 (act. II 155.1 ff.) wurden unter zusätzlicher Berücksichtigung eines neuropsychologischen Fachgutachtens interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 155.1 S. 7):

**Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)**

1. Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf, aktuell ohne Angabe einer akuten Exazerbation der Progression, Klinik: Fatigue-Symptomatik, Hypästhesien im Bereich beider Hände (handschuhförmig) und beider Füße sowie distaler Unterschenkel (strumpfförmig; ICD-10 G35.1)

**Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)**

1. Psychische Verhaltensstörung durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.2)
2. Mikroprolaktinom, ED 2017 (ICD-10 D35.2)
3. Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0)

In das Ergebnis der neurologischen und psychiatrischen Beurteilung seien auch Erkenntnisse aus der neuropsychologischen Untersuchung eingeflossen. Als Ergebnis der Untersuchungen könne festgehalten werden, dass eine neurologische Erkrankung vorliege, die die Arbeitsfähigkeit global um 40 % einschränke. Eine darüber hinausgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe hingegen nicht, da bei der Beschwerdeführerin keine psychiatrische Diagnose habe verifiziert werden können und es zu erheblichen Auffälligkeiten gekommen sei, was sowohl im Rahmen der neuropsychologischen als auch im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung habe festgestellt werden können (S. 7). Die Arbeitsfähigkeit gelte ab Erstdiagnose einer demyelinisierenden Erkrankung mit Dokumentation vom 19. November 2019; darüber hinaus sei die Beschwerdeführerin – aus formalen Gründen – während der stationären Krankenhausaufenthalte nicht arbeitsfähig gewesen (S. 10).

**3.3.7** Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrische Klinik M.\_\_\_\_\_, hielt in der "Stellungnahme zum IV-Vorbescheid" vom 9. Februar 2024 (act. II 166 S. 57 f.) fest, die gesamten psychiatrischen Diagnosen seien im Gutachten der MEDAS nicht berücksichtigt worden. Die Informationsbeschaffung des Gutachtens sei gering und die Schlussfolgerungen entsprächen nicht einer lege artis durchgeführten medizinischen Diagnostik.

**3.3.8** Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrische Klinik N.\_\_\_\_\_, hielt in der "Stellungnahme zu IV-Vorbescheid" vom 15. Februar 2024 (act. II 166 S. 21-24) fest, eine Häufung stationär psychiatrischer Behandlungen mit einer langjährigen Neigung zu Selbstverletzungen, wiederkehrender Suizidalität, Angstzuständen, (Pseudo-)Halluzinationen und Episoden stark gedrückter Stimmung seien klinisch häufig im Vordergrund (S. 22 f.). Allein unter diesem Eindruck komme er zum Schluss, dass die Komplexität der psychiatrischen Problematik mit der im Gutachten ausschliesslich gestellten Diagnose einer

Tabakabhängigkeit nicht ausreichend beschrieben sei. Die gutachterliche Annahme, dass auch eine Aggravation, gegebenenfalls sogar Simulation einzelner oder auch mehrerer Beschwerden vorliegen könnte, sei grundsätzlich, z.B. im Sinne eines Krankheitsgewinns, vorstellbar und nicht vollständig auszuschliessen. Dem Referenten würde sich dann aber auch die Frage stellen, welche Funktionen rezidivierende Selbstverletzungen hätten. Falls beispielsweise angenommen würde, dass diese im Sinne eines Krankheitsgewinns zu verstehen wären, spräche dies aber umso mehr für die Schwere ihrer psychischen Erkrankung (S. 23).

**3.3.9** In ihrer Stellungnahme vom 13. Mai 2024 (act. II 176) hielten die Gutachter der MEDAS an ihren in der Expertise vom 21. August 2023 (act. II 155.1 ff.) vorgenommenen Einschätzungen fest.

### **3.4**

**3.4.1** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelprüfung 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 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).

**3.5** Das bidisziplinäre, auf einer neurologischen und psychiatrischen Untersuchung sowie einer neuropsychologischen Zusatzuntersuchung beruhende MEDAS-Gutachten vom 21. August 2023 (act. II 155.1 ff.) einschliesslich der Stellungnahme vom 13. Mai 2024 (act. II 176) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 3.4.2 vorne). Das Gutachten stimmt in neurologischer Hinsicht in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung mit jener der Behandler überein (vgl. E. 3.3 vorne) und ist auch hinsichtlich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit überzeugend, während die Gutachter in psychiatrischer Hinsicht aus nachvollziehbar und schlüssig dargelegten Gründen keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen konnten. Demnach liegt nach interdisziplinärer Einschätzung eine somatische Erkrankung in Form einer MS vor, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten um 40 % einschränkt (Arbeitsfähigkeit 60 %).

**3.6** Die Ergebnisse der neurologischen Teilbegutachtung (act. II 155.4) werden zu Recht nicht in Frage gestellt. Derweil erfordern die psychiatrischen Einschätzungen von Dr. med. R. \_\_\_\_\_ (act. II 155.3) mit Blick auf die Beschwerde eine nähere Betrachtung:

**3.6.1** Während die behandelnden Ärzte im Verlauf diverse psychiatrische Diagnosen stellten (vgl. E. 3.3 vorne), hielt Dr. med. R. \_\_\_\_\_ im psychiatrischen Teilgutachten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (act. II 155.3 S. 13), was auch in den interdisziplinären Konsens Eingang fand (act. II 155.1 S. 7). Der Gutachter hielt fest, er könne sämtliche Diagnosen, die in der Vergangenheit erhoben und im Übrigen auch von der Beschwerdeführerin angegeben worden seien, nicht nach-

vollziehen, da es nicht gelungen sei, diese im Rahmen der Begutachtung zu verifizieren (act. II 155.3 S. 11). Dies wurde im Rahmen der Stellungnahme der MEDAS vom 13. Mai 2024 (act. II 176) bestätigt. Basis dieser Einschätzung bildeten u.a. die Ergebnisse diverser Beschwerdevalidierungsverfahren:

**3.6.1.1** Die im Rahmen der Begutachtung in der MEDAS hinzugezogene Neuropsychologin lic. phil. S. \_\_\_\_\_ hielt im entsprechenden Fachgutachten fest, anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung hätten keine aussagekräftigen Befunde erhoben werden können. Standardmässig eingesetzte Leistungsvalidierungsverfahren seien durchwegs auffällig ausgefallen. Bei diesen Verfahren handle es sich um Aufgaben, die zwar schwierig wirkten, in der Tat aber sehr einfach zu lösen seien, und auch von Personen mit mittelgradigen bis schweren kognitiven Einschränkungen sowie auch von Personen mit eingeschränkter Intelligenz oder Vorschulkindern problemlos gelöst werden könnten. Deutlich verminderte Leistungen in diesen Verfahren wiesen auf eine nicht ausreichende Anstrengungsbereitschaft oder unbewusste Selbstlimitierung hin. Auch in den übrigen durchgeführten Verfahren hätten sich Inkonsistenzen gezeigt: Beispielsweise habe das Arbeitstempo von adäquat bis stark vermindert geschwankt, ohne dass dies auf die Komplexität der Aufgabe oder eine allfällige Ermüdung im Verlauf zurückgeführt werden können. Auffällig sei auch gewesen, dass sich die Beschwerdeführerin komplexe Instruktionen sehr gut habe merken und korrekt umsetzen können, die Aufnahme-fähigkeit in einem verbalen Kurzzeitgedächtnistest (Zahlen nachsprechen) jedoch stark beeinträchtigt gewesen sei. Insgesamt müsse davon ausgegangen werden, dass die erhobenen Leistungen nicht die kognitive Leistungsfähigkeit im Alltag der Beschwerdeführerin abbildeten. Eine Aussage zur Funktionsfähigkeit im Alltag oder zur Arbeitsfähigkeit könne deshalb nicht davon abgeleitet werden. Kognitive Defizite könnten zwar trotzdem vorliegen, dies könne aber anhand der vorliegenden Untersuchung weder bestätigt noch ausgeschlossen werden (act. II 155.5 S. 5 f.).

**3.6.1.2** In Ergänzung zur Beschwerdevalidierung im Rahmen der neuropsychologischen Zusatzuntersuchung (vgl. E. 3.6.1.1 hiervor) führte der Psychiater Dr. med. R. \_\_\_\_\_ eine eigene Beschwerdevalidierung

durch. Auch in diesem habe die Beschwerdeführerin massive Auffälligkeiten gezeigt, so dass in der Zusammenschau der Befunde von einer nicht authentischen Beschwerdenschilderung ausgegangen werden müsse. Dies entspreche im Übrigen auch dem Eindruck, den die Beschwerdeführerin in der Begutachtung hinterlassen habe (act. II 155.3 S. 11).

**3.6.2** Wie in E. 2.2.2 vorne gezeigt, kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit 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). Dabei gehört die Diagnosestellung zu den genuinen Aufgaben der Gutachter (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195), was miteinschliesst, bestehende Diagnosen kritisch zu hinterfragen. Im Rahmen der Untersuchung obliegt der versicherten Person eine Mitwirkungspflicht (Art. 43 ATSG). Kann ein erhebliches Krankheitsgeschehen – etwa u.a. basierend auf den Ergebnissen von Symptomvalidierungsverfahren – nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, liegt Beweislosigkeit vor, welche zu Lasten des Leistungsansprechers geht (vgl. Urteile des BGer 8C\_92/2025 vom 29. Oktober 2025 E. 6.2.3 und 8C\_2/2022 vom 4. Juli 2022 E. 6.4).

Vorliegend haben sich die MEDAS-Gutachter entgegen Dres. med. Q.\_\_\_\_\_ und P.\_\_\_\_\_ (vgl. act. II 166 S. 23, 57 f.) nicht auf das Vorliegen einer eigentlichen Aggravation festgelegt, setzte dies doch das bewusste Übertreiben *vorhandener* Krankheitssymptome voraus (vgl. z.B. <[www.flexikon.doccheck.com](http://www.flexikon.doccheck.com)>). Vielmehr konnten lic. phil. S.\_\_\_\_\_ und Dr. med. R.\_\_\_\_\_ – wie in E. 3.6.1 vorne gezeigt – aufgrund der in den Beschwerdevalidierungsverfahren gezeigten Inkonsistenzen keine valide Aussage zum Bestand einer die Arbeitsfähigkeit allenfalls einschränkenden Psychopathologie machen bzw. gibt es nach der überzeugenden fachpsychiatrischen Einschätzung des Dr. med. R.\_\_\_\_\_ für die sowohl im Rahmen der psychiatrischen als auch der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten Auffälligkeiten ausser einer nichtauthentischen Beschwerdenschilderung keine sinnlogische Erklärung (act. II 176 S. 2). Dabei wird weder von Seiten der Behandler noch beschwerdeweise geltend gemacht, dass die an unterschiedlichen Tagen durchgeführten Beschwerdevalidierungsverfahren nicht lege artis erfolgt wären. Im Gegenteil

hielt etwa Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 15. Februar 2024 in allgemeiner Weise fest, dass offensichtliche Widersprüche im Gutachten nicht erkennbar seien (act. II 166 S. 23). Auch fehlen Anhaltspunkte dafür und es wird nicht vorgebracht, dass die Beschwerdeführerin aus medizinischen Gründen kognitiv nicht in der Lage gewesen wäre, die Beschwerdevalidierungsverfahren zu absolvieren, zumal gemäss der seitens der Behandler nicht in Frage gestellten Einschätzung der Gutachter auch schwerkranke Menschen in der Lage sind, bei solchen Verfahren unauffällig abzuschneiden (act. II 176 S. 2). Es besteht damit kein Anlass, die Ergebnisse der Beschwerdevalidierungsverfahren in Frage zu stellen. Auch steht fest, dass bis anhin nie ein solches Verfahren durchgeführt wurde, obschon bereits Dr. med. D.\_\_\_\_\_ anlässlich der bei ihm erfolgten psychiatrischen Begutachtung zwar eine Aggravation verneinte (act. II 58.1 S. 29), gleichwohl jedoch klinisch eine Selbstlimitierung, ein ausgeprägtes Schonverhalten sowie einen primären und sekundären Krankheitsgewinn festgestellt hatte (S. 21). Im Übrigen hat Dr. med. R.\_\_\_\_\_ seine Schlussfolgerungen nicht allein auf die Ergebnisse der Beschwerdevalidierungsverfahren gestützt, sondern als Quintessenz seiner klinischen Erhebungen gleichzeitig festgehalten, dass die Angaben der Beschwerdeführerin recht vage geblieben seien und die Symptomatik, die sie berichtet habe, verhaltensmässig nicht habe abgeleitet werden können, was für die depressive Symptomatik, vor allem aber die angegebenen Halluzinationen gelte, die sich anlässlich der Untersuchung nicht hätten abbilden lassen (act. II 155.3 S. 11). Diese Einschätzung steht im Einklang mit der im Rahmen der Begutachtung festgestellten weitgehend blanden Befundlage (S. 7 f.; vgl. auch act. II 132 S. 2; 155.7 S. 12). Damit hat Dr. med. R.\_\_\_\_\_ seine Einschätzung, wonach aufgrund des von der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung gezeigten Verhaltens keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne, nachvollziehbar und schlüssig begründet.

**3.7** Daran ändern die Vorbringen in der Beschwerde nichts:

**3.7.1** So liegt entgegen der Beschwerdeführerin keine "Ungenügende Befassung mit den Vorakten im psychiatrischen Teilgutachten" vor (Beschwerde S. 4 Rz. 6). Insbesondere rühren die in der Beschwerde ange-

sprochenen Divergenzen zwischen den Feststellungen im Gutachten und jenen der Behandler (vgl. E. 3.3 vorne) daher, dass Letztere die Authentizität der Beschwerdenangaben stets vorbehaltlos voraussetzten, während diese im Rahmen der Begutachtung nunmehr ernsthaft in Frage gestellt wurde. Damit war eine Auseinandersetzung und ein Vergleich mit den Vorakten nur sehr bedingt möglich. Denn können trotz zumutbarer Mitwirkung der Explorandin keine Befunde erhoben werden, entfällt auch die Möglichkeit, eine die Arbeitsfähigkeit potentiell beeinträchtigende psychische Störung nach den klassifikatorischen Vorgaben festzustellen und eine Diskussion hinsichtlich diagnostischer Einordnung zu führen.

**3.7.2** Wie in E. 3.6.2 vorne gezeigt, schlossen die Gutachter nicht auf eine Aggravation (Beschwerde S. 4 f. Rz. 7-10), sondern stellten eine nicht authentische Beschwerdenschilderung fest. Dass aggravatorisches Verhalten auch neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung bestehen bzw. ein Bestandteil derselben sein kann (Beschwerde S. 5 Rz. 9 f.), ist zwar zutreffend, trifft dem Dargelegten zufolge jedoch nicht den wesentlichen Punkt, weil vorliegend aufgrund von Inkonsistenzen eine – wie auch immer geartete – psychische Gesundheitsschädigung gar nicht festgestellt werden konnte. Es trifft damit auch nicht zu, dass Dr. med. R.\_\_\_\_\_ "jegliche psychiatrische Diagnose" (Beschwerde S. 5 Rz. 9) verneinte; vielmehr erwies sich eine Diagnosestellung und in der Folge auch die Auseinandersetzung mit den bisher gestellten Diagnosen als unmöglich.

**3.7.3** Sodann kann die Beschwerdeführerin aus dem Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_\_ (psychiatrische Klinik M.\_\_\_\_\_) vom 9. Februar 2024 (act. II 166 S. 57 f.) nichts zu ihren Gunsten ableiten (Beschwerde S. 6 Rz. 14), da diese Ärztin nicht auf die Problematik der nicht authentischen Beschwerdenschilderung eingeht. Dasselbe trifft auf den Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ vom 15. Februar 2024 (act. II 166 S. 21-24) zu: Soweit dieser Arzt zudem eine Einordnung des von der Beschwerdegegnerin bisher gezeigten Verhaltens im Rahmen einer Aggravation oder Simulation als "vorstellbar" bezeichnet, gleichzeitig jedoch die Möglichkeit in den Raum stellt, dass dies als Ausdruck der Schwere der psychischen Erkrankung gewertet werden könnte (S. 23), so ist diese Einschätzung nicht überzeugend, denn

eine invalidenversicherungsrechtlich hinreichend ausgewiesene psychische Erkrankung, die eine solche Aggravation zu erklären vermöchte, ist gemäss Dr. med. R. \_\_\_\_\_ unter den gegebenen Umständen eben gerade nicht erstellt und auch nicht erstellbar.

**3.7.4** Ferner reichte die Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren einen Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 16. Juli 2025 (act. I 6) sowie von lic. phil. I. \_\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2025 (in den Gerichtsakten) ins Recht. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ begründet die ihres Erachtens stark eingeschränkte bis aufgehobene Arbeitsfähigkeit ausschliesslich mit dem in den Akten dokumentierten Verlauf und den jeweils gestellten Diagnosen, geht jedoch nicht auf die hier zentrale Problematik der fehlenden Authentizität der Beschwerden ein. Damit vermag der Bericht vom 16. Juli 2025 den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens nicht in Frage zu stellen. Sodann basiert der Bericht von lic. phil. I. \_\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2025 auf einer Untersuchung vom 10. und 13. November 2025 und beschlägt damit eine Zeit lange nach der angefochtenen Verfügung, womit er bereits aus diesem Grund nicht zu berücksichtigen ist (vgl. E. 3.3 vorne). Davon abgesehen ist der Bericht ohnehin nicht geeignet, die hier massgeblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen in beweismässiger Hinsicht zu erschüttern, wird darin doch – ohne Auseinandersetzung mit dem MEDAS-Gutachten – eine gänzlich andere Einschätzung des medizinischen Sachverhalts vorgenommen und stellt die erstmals und allein aus neuropsychologischer Sicht gestellte Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung mangels fachärztlicher Bestätigung kein konkretes Indiz gegen die Zuverlässigkeit der gutachterlichen Einschätzungen dar (Urteil des BGer 8C\_526/2021 vom 10. November 2021 E. 4.2.1).

**3.7.5** Schliesslich ist der Umstand, dass die Beschwerdeführerin durch die T. \_\_\_\_\_ unterstützt wird (act. II 166 S. 61 ff.), entgegen der Beschwerde (S. 6 f. Rz. 15) für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens im Rahmen der Arbeitsfähigkeit nicht massgebend (vgl. Urteil des BGer 8C\_606/2023 vom 24. April 2024 E. 4.1.2) bzw. lässt keinen hinreichenden Rückschluss auf die Authentizität geltend gemachter Beschwerden zu, zumal die vorgelegten Pfliegerberichte (act. II 166 S. 61-64)

ausschliesslich die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin wiedergeben.

**3.8** Zusammenfassend bestehen weder gestützt auf die vorgelegten Berichte der Behandler noch die übrigen Akten konkrete Indizien (vgl. E. 3.4.2 vorne) gegen die Zuverlässigkeit der MEDAS-Expertise vom 21. August 2023 respektive des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. R.\_\_\_\_\_. Der medizinische Sachverhalt ist vollständig und rechtsgenügend abgeklärt, weshalb es der in der Beschwerde (S. 7 Rz. 16) – nicht jedoch im Rahmen der Rechtsbegehren – beantragten Durchführung einer weiteren psychiatrischen Begutachtung nicht bedarf.

**3.9** Gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten ist somit Folgendes festzuhalten:

**3.9.1** Mit der 2019 neu aufgetretenen neurologischen demyelinisierenden Erkrankung in Form einer MS ist eine revisionsrelevante Änderung in den tatsächlichen medizinischen Verhältnissen im Vergleich zum Sachverhalt, wie er der Verfügung vom 19. Januar 2018 zugrunde lag (vgl. E. 3.2 vorne), erstellt (act. II 155.1 S. 11; vgl. E. 2.4.2 vorne). Damit ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. E. 2.4.4 vorne).

**3.9.2** Die ausschliesslich aus neurologischer Sicht bestehende medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit (act. II 155.1 S. 8) von 60 % (Arbeitsunfähigkeit 40 %; vgl. S. 9) gilt für den gesamten potentiell rentenrelevanten Zeitraum. Entgegen der Beschwerdeführerin können die während den Klinikaufenthalten (vgl. E. 3.3.3 – 3.3.5 vorne) bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten von 100 % (Beschwerde S. 7 Rz. 19) nicht berücksichtigt werden, da nicht eine rein formale, sondern allein eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit massgebend ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_303/2018 vom 30. August 2018 E. 4.2). Eine 40 % übersteigende, invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit ist dem Dargelegten zufolge seit der Neuanmeldung im März 2021 (act. II 64) und damit auch während der danach erfolgten Klinikaufenthalte nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 151 V 244 E. 3.4 S. 248) erstellt (vgl. act. II 155.1 S. 11).

Auf der von den MEDAS-Gutachtern erstellten medizinisch-theoretischen Grundlage ist demnach nachfolgend der Rentenanspruch zu prüfen.

**4.**

Mit Blick auf die seit November 2019 bestehende Arbeitsunfähigkeit von 40 % (act. II 155.1 S. 10) sowie angesichts der im März 2021 erfolgten Neuanmeldung zum Leistungsbezug (act. II 64) ist der frühestmögliche Rentenbeginn auf den September 2021 festzulegen (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG und Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG).

**5.**

In der angefochtenen Verfügung vom 20. Dezember 2024 (act. II 193 S. 2 ff.) legte die Beschwerdegegnerin der Ermittlung des Invaliditätsgrades einen Status von 90 % Erwerb und 10 % Haushalt zugrunde (S. 6). Dass die Beschwerdeführerin im hypothetischen Gesundheitsfall nicht einer 100%igen Erwerbstätigkeit nachginge (act. II 181 S. 1), ist nunmehr zu Recht (act. II 90 S. 1; 193 S. 5) unbestritten.

**6.**

Der Invaliditätsgrad ist per September 2021 (vgl. E. 4 vorne) und angesichts der per Januar 2024 geltenden Neufassung des Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV für die Zeit ab Januar 2024 zu ermitteln. Die entsprechenden Rechtsgrundlagen für die Bestimmung des Invaliditätsgrades haben mit Inkrafttreten der WEIV geändert (vgl. E. 2.1 vorne).

**6.1** Für den Zeitraum bis 31. Dezember 2021 gilt was folgt:

**6.1.1** Nach aArt. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die

Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (aArt. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 145 V 370 E. 4.1 S. 373, 144 I 21 E. 2.1 S. 23).

**6.1.2** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades im erwerblichen Bereich 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).

**6.1.2.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12, 8C\_134/2021 E. 3.2). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2022 IV Nr. 22 S. 70, 8C\_276/2021 E. 4.2).

**6.1.2.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit

aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2024 UV Nr. 14 S. 58, 8C\_706/2022 E. 6.1.2, 2018 IV Nr. 46 S. 147, 8C\_211/2018 E. 3.3).

**6.1.3** Bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrads der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich summiert (aArt. 27<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV). Die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG. Dabei sind Validen- und Invalideneinkommen auf der Grundlage einer hypothetischen Vollzeit-tätigkeit zu ermitteln (BGE 145 V 370). Die prozentuale Erwerbseinbusse wird schliesslich anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte,

wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (aArt. 27<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Er wird anhand des Anteils des Aufgabenbereichs gewichtet (aArt. 27<sup>bis</sup> Abs. 4 IVV).

**6.2** Für die Zeit ab 1. Januar 2022 präsentiert sich die Rechtslage wie folgt:

**6.2.1** Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, der 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 oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen.

Als Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG der im Haushalt tätigen Versicherten gilt die übliche Tätigkeit im Haushalt sowie die Pflege und Betreuung von Angehörigen (Art. 27 Abs. 1 IVV).

**6.2.2** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Massgabe der Einkommensvergleichsmethode 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).

**6.2.2.1** 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).

**6.2.2.2** 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<sup>bis</sup> Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1<sup>bis</sup> IVV von 50% oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10% für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Soweit aufgrund der gegebenen Fallumstände, bei Beachtung von Art. 26 Abs. 2 und Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV sowie der nach Art. 49 Abs. 1<sup>bis</sup> IVV ärztlich festgelegten qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit Bedarf an weitergehender Korrektur besteht, ist, was die zu berücksichtigenden Faktoren und deren Gewichtung beim leidensbedingten Abzug angeht, ergänzend auf die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze zurückzugreifen (BGE 150 V 410).

Seit 1. Januar 2024 lautet Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV sodann wie folgt: Vom statistisch bestimmten Wert nach Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV werden 10 % abgezogen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1<sup>bis</sup> IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig.

**6.2.2.3** Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der LSE des BFS massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die sta-

tistischen Werte nach Abs. 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV). In der Regel sind die Werte der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_Level (Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) massgebend (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

**6.2.3** Gemäss Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 1 IVV werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen die Invaliditätsgrade in Bezug auf die Erwerbstätigkeit (lit. a) und in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich (lit. b) zusammengezählt. Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit wird gemäss Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV das Einkommen ohne Invalidität auf eine Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % entspricht, hochgerechnet (lit. a), das Einkommen mit Invalidität auf der Basis einer Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % entspricht, berechnet und entsprechend an die massgebliche funktionelle Leistungsfähigkeit angepasst (lit. b) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrades, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (lit. c). Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird nach Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt (lit. a) und der Anteil nach lit. a anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Abs. 2 lit. c und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Abs. 3 lit. b).

**6.3** Die Beschwerdegegnerin legte bei der Berechnung des Invaliditätsgrades sowohl hinsichtlich des Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens Tabelle TA1\_skill-level, Wert Total, Kompetenzniveau 1, Frauen, der LSE 2020 zugrunde (act. II 159 S. 5). Dabei kann mit Blick auf das Ergebnis offen bleiben, ob für die Zeit ab Januar 2024 nicht richtigerweise auf die LSE 2022 abzustellen gewesen wäre (BGE 150 V 67 E. 4.2 S. 70).

In Bezug auf das Valideneinkommen folgt aus den Akten, dass die Beschwerdeführerin über keine Berufsausbildung verfügt (act. II 3 S. 4; 74 S. 2) und bislang nie einer dauerhaften Erwerbstätigkeit nachging (act. II 155.1 S. 8). Damit lässt sich das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, womit das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden ist (vgl. E. 6.2.1 vorne).

Bezüglich des Invalideneinkommens steht fest, dass die Beschwerdeführerin auch aktuell keine (ihr zumutbare) Erwerbstätigkeit ausübt, indes jegliche den Leiden angepassten Tätigkeiten im Umfang von 60 % ohne Leistungsminderung zumutbar sind (act. II 155.1 S. 9). Entsprechend legte die Beschwerdegegnerin zu Recht dieselbe Tabellenposition wie beim Valideneinkommen zugrunde (vgl. E. 6.2.2 vorne). Im Weiteren hat sie für die Zeit bis 31. Dezember 2023 zu Recht keinen leidensbedingten Abzug (vgl. E. 6.2.2 vorne) von 10 % berücksichtigt (Beschwerde S. 8 Rz. 21): Was die Faktoren Alter, Dienstjahre und Nationalität/Aufenthaltskategorie anbelangt, wäre ein Abzug bei beiden auf derselben tabellarischen Berechnungsgrundlage beruhenden Vergleichseinkommen vorzunehmen (vgl. Urteil des BGer 8C\_258/2025 vom 18. Februar 2026 E. 4.3.3), womit sich ein Abzug insoweit erübrigt. Was einen allfälligen Abzug aufgrund leidensbedingter Einschränkungen betrifft, so haben die Gutachter in Bezug auf das Zumutbarkeitsprofil eine zusätzliche Leistungsminderung ausdrücklich verneint (act. II 155.1 S. 9), womit eine nochmalige Berücksichtigung desselben Gesichtspunkts ausser Betracht fällt (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20; SVR 2025 IV Nr. 27 S. 105, 9C\_760/2023 E. 6.3.2). Der EDSS (Expanded Disability Status Scale) – ein Skalensystem zur systematischen Erfassung der Behinderung von Patienten, die an MS erkrankt sind (<[www.flexikon.doccheck.com](http://www.flexikon.doccheck.com)>) – liegt bei 2.5, was einer minimalen Behinderung in zwei funktionellen Systemen entspricht (act. II 155.4 S. 12), womit die Einschätzung der Gutachter einer fehlenden zusätzlichen Leistungsminderung auch vor diesem Hintergrund überzeugt. Im Übrigen ist das Zumutbarkeitsprofil nicht derart restriktiv formuliert, dass es die noch junge Beschwerdeführerin auf dem massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht verwerten könnte. Insbesondere ist zu beachten, dass die ihr offen stehenden Hilfstätigkeiten keiner besonderen Fertigkeiten bedür-

fen; namentlich fällt hier entgegen der Beschwerde nicht ins Gewicht, dass die Beschwerdeführerin über keine berufliche Ausbildung und Erfahrung verfügt (Urteil des BGer 8C\_192/2022 vom 7. Juli 2022 E. 7.2.2).

Für die Zeit ab 1. Januar 2024 berücksichtigte die Beschwerdegegnerin schliesslich zutreffend den Pauschalabzug von 10 % (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV in der seit 1. Januar 2024 gültigen Fassung; vgl. E. 6.2.2 vorne).

**6.4** Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.5.1 vorne) unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (in BGE 148 V 321 nicht publ. E. 6.2 des Urteils des BGer 8C\_104/2021).

Demnach ergibt sich bezogen auf den erwerblichen Bereich bis 31. Dezember 2023 ein Invaliditätsgrad von 40 % (100 % - 60 %) respektive gewichtet 36 % (40 % x 0.9) und für die Zeit ab 1. Januar 2024 von 46 % (100 % - [60 % x 0.9]) bzw. gewichtet 41.40 % (46 % x 0.9).

## **6.5**

**6.5.1** Mit Bezug auf den Aufgabenbereich Haushalt liess die Beschwerdegegnerin die häuslichen und erwerblichen Verhältnisse durch ihren spezialisierten Abklärungsdienst vor Ort abklären (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV). Der entsprechende Bericht vom 8. Januar 2024 (zu den Voraussetzungen an den Beweiswert von Abklärungsberichten vgl. BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63; SVR 2018 IV Nr. 69 S. 223, 9C\_762/2017 E. 3.2) erfolgte in Kenntnis der medizinischen Situation (vgl. act. II 159 S. 4). Ferner stützt sich das Ergebnis auf die Angaben der Beschwerdeführerin sowie der Beiständin zu den sozialen und erwerblichen Verhältnissen und zum Haushalt. In Bezug auf die im Abklärungsbericht enthaltene Umschreibung der Haushaltsaufgaben legte der Abklärungsdienst Ziffer 3609 des seit 1. Januar 2022 gültigen Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung (KSIR) zugrunde, welche im Vergleich zur (bis 31. Dezember 2021 in Kraft gestandenen) Ziffer 3087 des Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH) einen neuen Teilbereich "Garten- und Umgebungspflege und Haustierhal-

tung" aufführt und in Bezug auf den Teilbereich "Wohnungs- und Hauspflege" eine maximale absolute Gewichtung von 30% (KSIH: 40%) vorgibt. Weitere Unterschiede bestehen insoweit nicht. Wie in E. 2.1 vorne dargelegt, ist vorliegend einerseits das bis am 31. Dezember 2021 und für die Zeit ab 1. Januar 2022 das nach Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 massgebliche Recht anzuwenden. Ob vor diesem Hintergrund hinsichtlich der Abklärung der Invalidität im Haushalt für die Zeit bis 31. Dezember 2021 nicht richtigerweise die Regelung des KSIH zugrunde zu legen gewesen wäre, bedarf indes keiner abschliessenden Klärung. Denn jedenfalls hält sich die Gewichtung der einzelnen Aufgabenbereiche sowohl innerhalb der in Ziffer 3087 KSIH als auch der in Ziffer 3609 KSIR angegebenen Bandbreiten und ist in Anbetracht der konkreten Umstände nicht zu beanstanden. Weil zudem für den neu enthaltenen Teilbereich "Garten- und Umgebungspflege und Haustierhaltung" (Ziffer 3609 KSIR) keine Einschränkung besteht (act. II 159 S. 9), resultiert unabhängig vom angewendeten Kreisschreiben in Bezug auf den Haushalt eine Einschränkung von 24 % (S. 9). Auf den Abklärungsbericht vom 8. Januar 2024 kann somit abgestellt werden. Die Beschwerdeführerin macht denn auch nichts Gegenteiliges geltend.

**6.5.2** Gestützt auf den Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 8. Januar 2024 beträgt die mittels Betätigungsvergleich ermittelte Einschränkung für den gesamten Beurteilungszeitraum ungewichtet 24 % bzw. gewichtet 2.4 % ( $24 \% \times 0.1$ ).

**6.6** Bei einer gewichteten Einschränkung von 36 % im erwerblichen Bereich und 2.4 % im Aufgabenbereich besteht bei einem Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet (zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123) 38 % demnach bis und mit Dezember 2023 kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.3 vorne). Für die Zeit ab Januar 2024 beträgt die gewichtete Einschränkung 41.40 % im erwerblichen Bereich und weiterhin 2.4 % im Aufgabenbereich, womit die Beschwerdeführerin bei einem Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 44 % im Zuge eines Wechsels ins stufenlose Rentensystem (vgl. E. 2.1 vorne; Ziffer 9100 und 9200 KSIR) Anspruch auf eine Invalidenrente von 35 % einer ganzen Rente hat (vgl. E. 2.3.2 vorne).

**7.**

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 20. Dezember 2024 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

**8.**

**8.1** Mit der Abweisung der Beschwerde ist die Beschwerdeführerin als unterliegend zu betrachten. Damit wird sie kostenpflichtig (Art. 108 VRPG), weshalb nachfolgend vorab das Gesuch um Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt zu prüfen ist.

**8.2** 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).

Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist aufgrund der dokumentierten finanziellen Verhältnisse bzw. mit Blick auf deren wirtschaftliche Unterstützung mittels Sozialhilfe ausgewiesen (act. I 3 f.). Im Weiteren ist die Beschwerde nicht als aussichtslos zu qualifizieren und die anwaltliche Verbeiständung ist geboten, weshalb die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege vorliegend erfüllt sind. Das entsprechende Gesuch der Beschwerdeführerin ist somit gutzuheissen und es ist ihr Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt beizuordnen.

**8.3** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt (Art. 108 Abs. 1 VRPG) und der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 8.2 hiervor) wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

**8.4** Infolge Unterliegens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss] und Art. 108 Abs. 3 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt (vgl. E. 8.2 vorne) bleibt dessen amtliches Honorar festzulegen.

**8.4.1** 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 (MWST) 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.--.

**8.4.2** Mit nicht zu beanstandender Kostennote vom 11. Dezember 2025 hat Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ ein Honorar von Fr. 3'915.-- (14.5 Stunden à

Fr. 270.--), Pauschalauslagen von Fr. 117.45 und die Mehrwertsteuer (MWST) von Fr. 326.60, gesamthaft somit einen Aufwand von Fr. 4'359.05 geltend gemacht. In der Folge ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf total Fr. 4'359.05 festzusetzen. Davon ist Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 2'900.-- (14.5 Stunden x Fr. 200.--) zuzüglich Pauschalauslagen von Fr. 87.-- (Fr. 2900.-- x 3 %) und die MWST von 8.1% auf Fr. 2'987.--, ausmachend Fr. 241.95, total somit eine Entschädigung von Fr. 3'228.95, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

**8.5** Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. dazu auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133; Urteil des BGer 8C\_951/2008 vom 3. Juni 2009 E. 7).

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin 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. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Abwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 4'359.05 (inkl. Auslagen und MWST) festge-

setzt. Davon wird Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 3'228.95 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

6. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern (samt Doppel der Eingabe der Beschwerdeführerin vom 11. Dezember 2025 inkl. Beilage)
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 23. April 2026, IV 200 2025 74

Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110)  
geführt werden.