

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. Juni 2026

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Isliker, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. Februar 2026



Sachverhalt:

A.

Die 1977 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Mai 2024 unter Hinweis auf eine Long Covid Erkrankung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch und gewährte Eingliederungs- resp. Integrationsmassnahmen (Frühinterventionsmassnahmen in Form von Kostenübernahme für ein Fitness Abonnement [act. II 29], Arbeitsvermittlung in Form von Arbeitsplatzersatz [act. II 33, 53, 67, 87, 117], Frühinterventionsmassnahmen in Form von Kostenübernahme für Yoga-Privatstunden [act. II 34]). Zudem veranlasste sie eine polydisziplinäre (internistische, neurologische, psychiatrische, neuropsychologische) Begutachtung durch die Sachverständigen der C._____ GmbH (MEDAS; Expertise vom 23. Juni 2025; act. II 71.1). Nach Einholung einer Stellungnahme der MEDAS-Gutachter (act. II 75, 80.1) sowie bei Dr. med. D._____, Praktische Ärztin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD; act. II 83), und nach Einholung eines Abklärungsberichts Haushalt/Erwerb (act. II 84) stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 7. November 2025 (act. II 85) – ausgehend von einem Status 65 % Erwerb und 35 % im Haushalt tätig – bei einem Invaliditätsgrad von 29 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden und erhob Einwand (act. II 92, 102). Nach nochmaliger Rückfrage bei der RAD-Ärztin Dr. med. D._____ (act. II 110) verfügte die IVB am 10. Februar 2026 wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Rentenbegehren ab (act. II 114).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 11. März 2026 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer Invalidenrente von mindestens 57 % einer ganzen Rente seit wann rechtens,

spätestens ab 1. November 2024. Eventualiter wird die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Rückweisung der Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen beantragt.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. April 2026 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 10. Februar 2026 (act. II 114). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

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).

2.2

2.2.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 4, 8C_662/2012 E. 3.1).

2.2.2 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 143 V 418 E. 7.2 S. 429). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der me-

dizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308).

2.2.3 Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Attestieren die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne (allenfalls auf Nachfrage hin erfolgte) schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (BGE 148 V 49; SVR 2024 IV Nr. 30 S. 102, 8C_492/2023 E. 5.1).

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

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.

2.4

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

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

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

2.4.4 Gemäss Art. 27^{bis} Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) 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^{bis} Abs. 2 IVV das Einkommen ohne Invalidität auf eine Erwerbstätigkeit, die einem Be-

schäftigungsgrad 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^{bis} Abs. 3 IVV der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt (lit. a) und der Anteil nach lit. a anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Abs. 2 lit. c und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Abs. 3 lit. b).

2.5 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 Bezüglich des Gesundheitszustandes und der Arbeits- und Leistungsfähigkeit finden sich in den Akten folgende wesentlichen Angaben:

3.1.1 Dr. med. E. _____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 14. Dezember 2023 (act. II 19 S. 7 ff.) ein Post-Covid-Syndrom und ein mögliches Karpaltunnelsyndrom links. Seit dem dritten Covid Infekt im September 2023 habe die Beschwerdeführerin anamnestisch Mühe mit dem Gedächtnis, der Aufmerksamkeit und der Konzentration. Es bestehe eine Dyspnoe, eine thorakale Enge und ein erhöhter Blutdruck. Neu habe

sie Gefühlstörungen am Endglied des Ringfingers links (S. 7). Im somatischen Neurostatus hätten sich keine wegweisenden Befunde gezeigt. Neurografisch sei links ein leichtes Karpaltunnelsyndrom möglich. Eine strukturelle hirnorganische Beschwerdeursache finde sich bildgebend nicht. Neuropsychologisch liege ein an und für sich normales kognitives Profil vor. Auffällig sei eine übermässige Erschöpfung. Bei fehlender struktureller hirnorganischer Ursache sprächen diese Auffälligkeiten für ein Post-Covid-Syndrom. Aktuelle Arbeitsfähigkeit: drei Halbtage pro Woche bis Ende der ersten Januarwoche. Danach könne die Arbeitsfähigkeit je nach Entwicklung weiter ausgebaut werden (S. 8).

3.1.2 Die Beschwerdeführerin war vom 3. August bis 20. September 2024 in der Rehaklinik F. _____ AG in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 7. Oktober 2024 (act. II 25 S. 2 ff.) wurden namentlich ein Unwohlsein und Ermüdung (ICD-10 R53) diagnostiziert (S. 2). Die Beschwerdeführerin sei aufgrund eines heterogenen Beschwerdebildes, geprägt von ausgeprägter Erschöpfung, Schwäche und Kraftlosigkeit, geringer Stress-toleranz sowie ausgeprägten neurokognitiven Einschränkungen in die Rehabilitation eingetreten. Klinisch wie anamnestisch fänden sich Zeichen zentraler Hypersensibilisierung, worunter eine Überaktivierung und Dysregulation des Nerven- und Immunsystems, aber auch des humoralen Systems verstanden werde, wodurch die heterogenen, immobilisierenden Symptome erklärt werden könnten. Hinzu kämen bestehende psychosoziale Belastungsfaktoren (berufliche Situation mit gesundheitsbedingt unklarer Perspektive, Freizeitaktivitäten nicht mehr bewältigen können etc.), welche den krankheitsbedingten Leidensdruck zusätzlich merklich erhöhten. Psychisch seien ausserdem eine ausgeprägte emotionale Dünnhäutigkeit, innere Unruhe und Angst bezüglich der Zukunft sowie eine reduzierte Freude-fähigkeit vorherrschend gewesen (S. 4). Insgesamt sei eine beginnende körperliche Rekonditionierung und eine Aufhellung der Stimmungslage vor dem Hintergrund gesteigerter Zuversicht erreicht worden. Zudem habe die Beschwerdeführerin eine verbesserte Selbstakzeptanz vor dem Hintergrund eines vertieften Krankheitsverständnisses entwickeln können. In Bezug auf einen verbesserten Umgang mit Schmerzen und Erschöpfung im Alltag sowie die Wahrnehmung körperlicher Grenzen habe im Rahmen der stationären Rehabilitation ebenfalls eine erhebliche Steigerung erreicht

werden können. Der Gesamtzustand habe sich gebessert und stabilisiert, einhergehend mit einer Verbesserung der nach wie vor signifikant eingeschränkten körperlichen wie emotionalen Belastbarkeit (S. 5).

3.1.3 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 23. Juni 2025 (act. II 71.1) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.00/F32.10) und ein Unwohlsein und Ermüdung (ICD-10 R53) diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen aufgeführt: Faktor V Leiden, unklare Lungenproblematik anamnestisch, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), akzentuierte emotional-instabile Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1; S. 10 Ziff. 4.3).

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin seien die diagnostischen Kriterien einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode erfüllt, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freude, einem gewissen Interessensverlust, erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Insuffizienz- und zum Teil Schuldgedanken. Es bestünden akzentuierte Persönlichkeitszüge, gekennzeichnet durch emotionale Instabilität mit affektiver Wechselhaftigkeit bis Affektausbruch, demonstratives bis dramatisierendes Verhalten, so im Querschnittsbefund mit Unzufriedenheit, Affektausbruch und deutlichem Signalisieren einer erhöhten Ermüdbarkeit und Erschöpfung trotz gut erhaltener Fähigkeit zur Schilderung der Beschwerden und deren Auswirkungen. Bei vorbestehenden multilokulären Schmerzen bestehe diagnostisch auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die Beschwerdeführerin sei aber durch Schmerzen im heutigen psychiatrischen Untersuchungsgespräch nicht beeinträchtigt gewesen. Im Vordergrund stehe hier neben der Fatigue die affektive Symptomatik, im Rahmen derer es auch zu Ängsten kommen könne. Eine spezifische Angststörung mit allumfassender Angst oder häufiger anfallsartiger Angst mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst könne nicht diagnostiziert werden. Die Störungen interagierten negativ im Sinne der Chronifizierung. Die Arbeitsfähigkeit sei durch die Depression anhaltend eingeschränkt (act. II 71.3 S. 18 f. Ziff. 6.3). In der bisherigen Tätigkeit als ... bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Aufgrund der affektiven Sympto-

matik komme es zu einer erhöhten Ermüdbarkeit. Es könne auch zu vermehrten Konzentrationsstörungen kommen. Die Leistungsfähigkeit sei leicht- bis mittelgradig eingeschränkt, vermehrte Pausen seien notwendig (S. 21 Ziff. 8.1).

Aus neuropsychologischer Sicht wurden festgehalten, die Werte in einem durchgeführten Symptomvalidierungsverfahren seien auffällig gewesen. Auch mehrere testinterne Validitätsparameter seien auffällig gewesen, so dass die Validität der erhobenen Befunde nicht gegeben sei (act. II 71.4 S. 17 Ziff. 6.2).

Aus internistischer Sicht wurden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit festgehalten (act. II 71.5 S. 11 f. Ziff. 6.3 und 8).

Aus neurologischer Sicht wurde ausgeführt, insgesamt präsentiere die Beschwerdeführerin das Bild eines ausgeprägten chronischen Erschöpfungszustands, der sich formal in einem zeitlichen Zusammenhang im Anschluss an eine dritte Covid-19-Infektion im September 2023 entwickelt habe, wobei eine klare Zuordnung angesichts der heterogenen und eher spärlichen Datenlage nicht zwanglos möglich sei. Unter rein somatisch-neurologischen Gesichtspunkten könne eine spezifische Krankheitsdiagnose nicht gestellt werden (act. II 71.6 S. 15 Ziff. 6.1). Die Beschwerdepräsentation sei appellativ, es entstehe der Eindruck einer Verdeutlichung und auch einer Selbstlimitierung. Von einer bewusstseinsnahen Aggravation sei jedoch nicht auszugehen (S. 15 Ziff. 6.2). Mit dem gegenwärtig präsentierten Zustandsbild sei die Beschwerdeführerin keinem Arbeitgeber zumutbar. Mit somatisch-neurologischen Faktoren könne die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit jedoch nicht beziffert und begründet werden (S. 17 f. Ziff. 8).

Aus polydisziplinärer Sicht kamen die MEDAS-Gutachter zum Schluss, dass medizinisch-theoretisch aktuell und auch retrospektiv in jeder Tätigkeit eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Mit dem gegenwärtig präsentierten Zustandsbild sei die Beschwerdeführerin jedoch keinem Arbeitgeber zumutbar (act. II 71.1 S. 12 f. Ziff. 4.6).

3.1.4 Nach Rückfrage der Beschwerdegegnerin (act. II 75) nahmen die MEDAS-Gutachter am 19. August 2025 nochmals Stellung (act. II 80.1), wobei sie an ihrer bisherigen Beurteilung festhielten. Die im neurologischen

Teilgutachten gewählte Formulierung, wonach die Beschwerdeführerin mit dem gegenwärtig präsentierten Zustandsbild keinem Arbeitgeber zumutbar sei, trage dem Umstand Rechnung, dass es auch unter bestmöglich adaptierten Umständen, bei einem wohlwollenden verständnisvollem Arbeitgeber, in einem geschützten Rahmen oder im Rahmen eines Aufbautrainings, nicht möglich sei, eine verwertbare Arbeitsleistung zu erzielen, sei es in der angestammten Tätigkeit als ... oder in einer anderweitig adaptierten Tätigkeit. Diese Feststellung sei aber nicht gleichbedeutend mit der objektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (S. 3). Aus der interdisziplinären Konsensbesprechung sei unter Berücksichtigung massgebender psychiatrischer Faktoren abschliessend die klare Beurteilung resultiert, dass medizinisch-theoretisch in jeglicher Tätigkeit eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 4).

3.1.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ führte im Bericht vom 10. September 2025 (act. II 83) aus, das Zumutbarkeitsprofil aus dem Gutachten mit einer Arbeitsfähigkeit von 70 % bei qualitativen Einschränkungen im Fähigkeitsprofil für die angestammte und angepasste Tätigkeit habe weiterhin Gültigkeit. Dieses gelte seit Oktober 2024 (nach Rehamassnahme). Die im Rahmen der beruflichen Massnahmen bisher gezeigten Einschränkungen könnten mit Blick auf den Gesundheitsschaden (Diagnosen und der Auswirkungen) aus medizinischer Sicht nicht erklärt bzw. nicht nachvollzogen werden (S. 4).

3.1.6 Dr. med. G._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Pneumologie, diagnostizierte im Bericht vom 23. Januar 2026 (act. II 105 S. 3 ff.) eine Long Covid Erkrankung. Die Beschwerdeführerin leide an einer Fatigue, Konzentrationseinbussen, Gedächtnisstörungen, körperlicher Erschöpfung sowie an einer Licht- und Lärmüberempfindlichkeit (S. 5). Als Funktionseinschränkungen bestünden eine Belastungsintoleranz, eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit, eine geistige und körperliche Beeinträchtigung, eine emotionale Labilität, eine Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung sowie Atemnot und Herzrasen (S. 12). Die aktuelle Tätigkeit und andere mögliche Tätigkeiten seien bis zu sechs Stunden am Tag zumutbar (S. 14). Die Leistungsfähigkeit sei seit Oktober 2023 vermindert (S. 15).

3.1.7 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahm die RAD-Ärztin Dr. med. D. _____ am 3. Februar 2026 nochmals Stellung (act. II 110). Dabei hielt sie an ihrer bisherigen Beurteilung fest. In der Stellungnahme der MEDAS-Gutachter vom 19. August 2025 (act. II 80.1) seien detailliert die Inkonsistenzen aufgeführt worden, so dass von einer Selbstlimitierung bei Befindlichkeitsstörungen ausgegangen werden müsse. Die im Gutachten festgestellte Leistungsminderung von 30 % resultiere aus einer depressiven Episode. Eine neurologische Befundpathologie oder internistische Funktionsstörungen seien ausgeschlossen worden (act. II 110 S. 2).

3.2 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).

3.3

3.3.1 Vorliegend hat sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 23. Juni 2025 (act. II 71.1) – samt den diesbezüglichen Teilgutachten sowie der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 19. August 2025 (act. II 80.1) – gestützt. Dieses Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtspre-

chung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen und überzeugt. Insbesondere basieren die Beurteilungen auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. E. 3.2 hiervor). Die MEDAS-Gutachter haben ausführlich begründet, dass die Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode und einem Unwohlsein und einer Ermüdung leidet (S. 10 Ziff. 4.3). Weiter haben sie schlüssig dargelegt, dass sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit besteht (S. 12 f. Ziff. 4.6 f.). Dabei haben die MEDAS-Gutachter die 30%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit mit der bestehenden affektiven Symptomatik, aufgrund welcher es zu einer erhöhten Ermüdbarkeit und vermehrten Konzentrationsstörungen komme, erklärt (S. 12 Ziff. 4.6). Die Beurteilung der Gutachter ist nicht nur für sich allein nachvollziehbar und überzeugend, sondern sie wurde von RAD-Ärztin Dr. med. D. _____ auch bestätigt (act. II 83 S. 4 und 110 S. 2). Darauf ist abzustellen.

3.3.2 Die gegen das MEDAS-Gutachten vorgebrachte Kritik verfängt nicht. Wenn die Beschwerdeführerin geltend macht, dass die Einschätzung der Gutachter im Zusammenhang mit der attestierten Arbeitsfähigkeit in sich widersprüchlich sei (Beschwerde S. 4 Ziff. 2b Rz. 6 ff.), kann ihr nicht gefolgt werden. Die Gutachter haben einlässlich und nachvollziehbar begründet, dass die Beschwerdeführerin aus polydisziplinärer Sicht in der angestammten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig ist. Dass sie gleichzeitig die Auffassung vertraten, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihres gezeigten Verhaltens keinem Arbeitgeber zumutbar sei (act. II 71.1 S. 12 f. Ziff. 4.6), vermag die vorherige Beurteilung nicht in Zweifel zu ziehen. Denn bei diesem Einschub handelt es sich nicht um eine medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Vielmehr stellt dies eine Beurteilung aufgrund des von der Beschwerdeführerin während der Begutachtungen gezeigten Verhaltens dar. Die erwähnte Unzumutbarkeit ist somit nicht medizinisch, sondern subjektiv zu erklären (vgl. diesbezüglich auch die überzeugenden Ausführungen der Gutachter in der Stellungnahme vom

19. August 2025; act. II 80.1 S. 3). Damit ist der geltend gemachte Widerspruch geklärt.

Dass die MEDAS-Gutachter aufgrund des von der Beschwerdeführerin während der Untersuchungen gezeigten Verhaltens zum Schluss gekommen sind, dass diese keinem Arbeitgeber zumutbar ist, kann zudem ohne weiteres nachvollzogen werden. So beschwerte sie sich bei der psychiatrischen Untersuchung über die vielen gestellten Fragen und sagte dem Untersucher, dass er sich auf wesentlichen Fragen beschränken solle, sonst würde sie das am Folgetag "triggern" (act. II 71.3 S. 5 Ziff. 3.2). Zudem musste das Gespräch vorzeitig beendet werden, da die Beschwerdeführerin sagte, sie sei zu müde und erschöpft (S. 11 Ziff. 3.2). Im Nachgang zur psychiatrischen Untersuchung machte die Beschwerdeführerin geltend, dass dies eine "extreme Stress-Situation" für sie gewesen sei und einen "extremen Crash" mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit ausgelöst habe (act. II 71.8 S. 10; vgl. auch act. II 63 S. 3). Für die Reise zu den weiteren geplanten Untersuchungen fragte sie die Beschwerdegegnerin an, ob die Kosten für einen Liegetransport übernommen werden könnten. Der Aufforderung zur Einreichung eines entsprechenden Arztzeugnisses kam die Beschwerdeführerin jedoch nicht nach. Vielmehr fuhr ihr Ehemann sie zu den Untersuchungen (act. II 59, 63 S. 3 Ziff. 2). Die neurologische Untersuchung konnte erst nach einer Verzögerung beginnen, da die Beschwerdeführerin gleich zu Beginn eine zehnminütige Liegepause verlangte, um "runterzukommen". Zudem blieb sie während fast der ganzen Begutachtungszeit liegen. Sie sprach ausgesprochen verlangsamt, zögernd, oft stotternd und oft erst nach längerem Warten und mit wiederholten Satzabbrüchen. In Abständen von zehn bis zwanzig Minuten verlangte sie wiederholt um Ruhepausen, weil sie sich nicht mehr habe konzentrieren können. Aufgrund des neurologisch nicht erklärbaren Verhaltens der Beschwerdeführerin musste die neurologische Begutachtung denn auch verkürzt durchgeführt werden (act. II 71.6 S. 5 f. Ziff. 3). Auch während der neuropsychologischen Untersuchung kam es zu mehreren Verhaltensauffälligkeiten. Die Beschwerdeführerin trank wiederholt aus der mitgebrachten Thermoskanne warmen Tee um sich aufzuwärmen, deckte sich mit einer mitgebrachten Decke zu, applizierte wiederholt Tigerbalm-Stift an Stirn und Schläfe, legte teilweise den Kopf auf den Tisch und antwortete nicht mehr auf die gestell-

ten Fragen. Zudem stotterte sie wiederholt und setzte teils viele Male für das Aussprechen eines Wortes an. Während einer erfolgten Pause führte die Beschwerdeführerin im Wartezimmer Dehnübungen durch und schnaufte laut. Zweieinhalb Stunden nach Untersuchungsbeginn legte sie sich kommentarlos auf die im Untersuchungszimmer befindliche Liege, setzte Ohrstöpsel ein und reagierte nicht mehr auf die Untersucherin (act. II 71.4 S. 8 f. Ziff. 4.1). Insbesondere unter Berücksichtigung dieser Verhaltensschilderungen ist es absolut nachvollziehbar, dass die MEDAS-Gutachter zum Schluss gekommen sind, dass eine appellative Beschwerdepräsentation vorliegt und eine Verdeutlichungstendenz sowie Selbstlimitierung besteht (act. II 71.1 S. 9 Ziff. 4.2). Ferner stellte der psychiatrische MEDAS-Gutachter eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung fest (act. II 71.3 S. 19 Ziff. 7.1). Aufgrund der auffälligen Werte eines Symptomvalidierungsverfahrens und Auffälligkeiten mehrerer testinterner Validitätsparameter wurden schliesslich die in der neuropsychologischen Untersuchung erhobenen Befunde als nicht valide beurteilt (act. II 71.4 S. 17 Ziff. 6.2). Gestützt auf diese Schilderungen ist es schlüssig, dass das von der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchungen gezeigte demonstrative bis dramatisierende Verhalten mit appellerativer Beschwerdepräsentation nicht medizinisch erklärbar ist, sondern auf eine starke Verdeutlichungstendenz und erhebliche Selbstlimitierung zurückzuführen ist.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass es vorliegend mehr als fraglich ist, ob der aufgrund der festgestellten leichten bis mittelgradigen depressiven Episode attestierten 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 71.1 S. 10 Ziff. 4.3 und S. 12 f. Ziff. 4.6) aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht überhaupt gefolgt werden kann. Denn von einer erfolgten medizinischen Schätzung ist aus triftigen Gründen abzuweichen, wenn die medizinisch-psychiatrische Annahme einer Arbeitsunfähigkeit letztlich im Ergebnis, unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast der versicherten, rentenansprechenden Person zu wenig gesichert ist und insofern nicht überzeugt (BGE 148 V 49 E. 6.2.1 S. 53). Dies ist hier grundsätzlich der Fall, da sich eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten – wie hier – im Allgemeinen rechtsprechungsgemäss nicht als schwere psychische Krankheit definieren lässt. Zudem

besteht bei der Beschwerdeführerin ein bedeutendes therapeutisches Potential, zumal sie bisher nie in einer fachärztlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung war (act. II 71.1 S. 11 Ziff. 4.4, 71.3 S. 20 Ziff. 7.2). Damit ist auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt (vgl. E. 2.2.3 hiervor). Ferner bestehen bei der Beschwerdeführerin psychosoziale Belastungsfaktoren (Doppelbelastung als Hausfrau/Mutter und ausserhäuslich Erwerbstätige; act. II 71.1 S. 11 Ziff. 4.4; vgl. auch act. II 25 S. 4), welche jedoch invaliditätsfremd sind. Die Frage der Massgeblichkeit der aufgrund der depressiven Episode attestierten 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit braucht hier letztlich nicht abschliessend beantwortet zu werden, da selbst unter Berücksichtigung dieser Einschränkung kein Rentenspruch besteht (vgl. E. 6.3 hiernach).

3.3.3 Was die erheblichen Diskrepanzen zwischen der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der MEDAS-Gutachter und der von der Beschwerdeführerin effektiv realisierten Leistung anlässlich der Eingliederungsmassnahme (Coaching zum Arbeitsplatzhalt; vgl. act. II 90 S. 2 Ziff. 2.1) betrifft, gab die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ im Bericht vom 10. September 2025 (act. II 83 S. 4) eine überzeugende Stellungnahme dahingehend ab, dass sich die gezeigten Einschränkungen nicht medizinisch erklären liessen (vgl. dazu BGE 151 V 306 E. 4.4 S. 310; Beschwerde S. 4 f. Ziff. 2b Rz. 9 und 11 f.). Die von der Beschwerdeführerin demonstrierte subjektive Arbeitsleistung vermag folglich keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit zu wecken (vgl. BGer 8C_606/2023 vom 24. April 2024 E. 4.2.1 m. w. H.).

3.3.4 Medizinische Berichte, die Zweifel an der Beurteilung der MEDAS-Gutachter wecken könnten (vgl. E. 3.2 hiervor), finden sich in den Akten nicht und wurden auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht eingereicht. Daran ändert nichts, dass Dr. med. G._____ im Bericht vom 23. Januar 2026 (act. II 105 S. 3 ff.) aufgrund einer Long Covid Erkrankung eine Arbeitsfähigkeit von bis zu sechs Stunden am Tag attestiert hat (S. 5 Ziff. 3.1 und S. 14 Ziff. 7.3). Denn der besagte Bericht enthält keine im MEDAS-Gutachten nicht gewürdigten Aspekte (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3). Insbesondere setzte sich der neurologische MEDAS-Gutachter einlässlich

mit dem präsentierten Erschöpfungszustand auseinander und legte schlüssig dar, dass aus neurologischer Sicht keine spezifische Krankheitsdiagnose gestellt werden kann. Gleichzeitig hob er hervor, dass die Beschwerdepäsentation appellativ war und der Eindruck einer Verdeutlichung und auch Selbstlimitierung entstanden sei. Diesbezüglich wies der Gutachter darauf hin, dass die präsentierte Sprachstörung mit verlangsamtem Sprachfluss, Stottern, verzögerten Antworten und Satzabbrüchen, ungewöhnlich und nicht zwanglos einem organischen Störungsmuster zuordenbar sei. Ferner führte er nachvollziehbar aus, dass der durch die erfolgte psychiatrische Begutachtung getriggerte "Crash" – wie von der Beschwerdeführerin behauptet (vgl. diesbezüglich act. II 59, 61, 63 S. 3 f.) – nicht neurologisch erklärbar sei. Es entbehre einer organischen Grundlage, dass ein psychiatrisches Gespräch zu einem auch zwei Wochen danach anhaltenden weitgehend invalidisierenden Erschöpfungszustand führen könne (act. II 71.6 S. 15 f. Ziff. 6.1 f.).

Ebenfalls vermag der Bericht von Dr. med. E. _____ vom 14. Dezember 2024 (act. II 19 S. 7 ff.) den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens nicht zu schmälern, da eine substantiierte Begründung mit Angaben der funktionellen Einschränkung in diesem Bericht fehlt, weshalb bereits deshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

3.4 Zusammenfassend ist demnach aus objektiv medizinischer Sicht festzuhalten, dass in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... wie auch in jeder anderen angepassten Tätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Ob diese einzig aus psychiatrischer Sicht attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der rechtlichen Prüfung anhand des strukturierten normativen Prüfungsrasters (vgl. E. 2.2.2 hiervor) standhielte und dieser damit überhaupt invalidenversicherungsrechtliche Relevanz zukäme, kann vorliegend offen bleiben, da aus einer Indikatorenprüfung keine höhere Arbeitsunfähigkeit resultieren kann als die medizinisch attestierte (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] vom 29. Oktober 2020, 9C_507/2020, E. 3.2.1) und ein Rentenanspruch auch unter Berücksichtigung einer Leistungseinschränkung von 30 % zu verneinen ist (vgl. E. 6.3 hiernach).

Der Sachverhalt ist gestützt auf die vorliegenden Akten hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem Eventualantrag in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I

Ziff. 3) – keine weiteren Beweismassnahmen nötig sind (BGE 151 V 258 E. 4.4 S. 261, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

4.

Was den Status betrifft (Ausmass der Erwerbstätigkeit bzw. des Aufgabebereichs der versicherten Person im Gesundheitsfall), wurde die Beschwerdeführerin in der angefochtenen Verfügung vom 10. Februar 2026 (act. II 114 S. 1) zu 65 % als Erwerbstätige und zu 35 % als im Haushalt tätig eingestuft. Diese Einschätzung ist mit Blick auf die gesamten Umstände und dabei insbesondere unter Berücksichtigung der im Assessment vom 7. Juni 2024 von der Beschwerdeführerin getätigten Aussage (der ersten Stunde; vgl. BGE 143 V 168 E. 5.2.2 S. 174, 121 V 45 E. 2a S. 47), dass sie im Gesundheitsfall ein Pensum von 60 % bis 70 % inne hätte (act. II 14 S. 2), grundsätzlich nicht zu beanstanden.

Beschwerdeweise wird neu geltend gemacht, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ein Pensum von 70 % inne hätte. Im Jahr 2023 hätten bereits konkrete Gespräche mit dem Vorgesetzten für eine Pensumserhöhung auf 70 % stattgefunden. Deshalb sei von einem Status 70 % Erwerb und 30 % im Haushalt tätig auszugehen (Beschwerde S. 5 Ziff. 2 b Rz. 13; vgl. diesbezüglich auch die Stellungnahme der H. _____ AG vom 10. Februar 2026; Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4 S. 1). Ob dieser Auffassung gefolgt werden kann, muss vorliegend nicht abschliessend beurteilt werden. Selbst wenn – zu Gunsten der Beschwerdeführerin – von einem Status 70 % Erwerb und 30 % im Haushalt tätig ausgegangen wird, besteht kein Rentenanspruch (vgl. E. 6.3 hiernach). Folglich erübrigen sich diesbezügliche Weiterungen.

Damit findet für die Invaliditätsbemessung die gemischte Methode Anwendung (vgl. E. 2.4.3 hiervor).

5.

5.1 Sodann ist zu prüfen, wie es sich mit der Einschränkung im Erwerbsbereich verhält, was nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu bestimmen ist (vgl. E. 2.4.1 hiavor).

5.1.1 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).

5.1.2 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^{bis} Abs. 1 IVV).

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

Unbesehen der Frage, ob das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) je erfüllt wurde, resultiert bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (vgl. E. 3.3 f. hiavor) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (basierend auf den Daten des Jahres 2024):

5.3

5.3.1 Es ist unbestritten und erstellt, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit weiterhin als ... bei der H. _____ AG tätig wäre (und

weiterhin auch tätig ist), weshalb das Valideneinkommen aufgrund des zuletzt erzielten Einkommens festzusetzen ist. Gemäss Angaben der Arbeitgeberin verdiente die Beschwerdeführerin im Jahr 2024 ein Einkommen von Fr. 54'054.-- bei einem 60 % Pensum (act. II 12 S. 7 Ziff. 5.1). Dies ergibt auf ein 100 % Pensum (vgl. E. 2.4.4 hiervor) hochgerechnet ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 90'090.-- (Fr. 54'054.-- / 60 x 100).

5.3.2 Die Beschwerdeführerin ist immer noch für die H. _____ AG als ... tätig (vgl. act. II 84 S. 3 Ziff. 3.2, 102 S. 3 ff.), weshalb das Invalideneinkommen ebenfalls auf dem bislang erzielten Einkommen festzusetzen ist, zumal der Beschwerdeführerin diese Tätigkeit – wie jede andere angepasste Tätigkeit – zu 70 % zumutbar ist (vgl. E. 3.3 f. hiervor). Zudem würde für die Beschwerdeführerin bei der H. _____ AG auch die Möglichkeit bestehen, ein Pensum von 70 % auszuüben (vgl. act. I 4 S. 1).

Ausgehend von den Angaben der Arbeitgeberin (vgl. E. 5.3.1 hiervor), ergibt dies auf ein 70 % Pensum hochgerechnet ein jährliches Invalideneinkommen pro 2024 von Fr. 63'063.-- (Fr. 54'054.-- / 60 x 70).

5.3.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 90'090.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 63'063.-- resultiert eine erwerbliche Einschränkung von 30 % ($[(\text{Fr. } 90'090.-- - \text{Fr. } 63'063.--)] / \text{Fr. } 90'090.-- \times 100$), was – ausgehend von einem Status 70 % Erwerb (vgl. E. 4 hiervor) – einer gewichteten Einschränkung von maximal 21 % ($30 \% \times 0.7 [\text{Status}]$) entspricht.

6.

Nachfolgend sind die Einschränkungen im Bereich Haushalt zu prüfen.

6.1 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Mei-

nungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (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).

6.2 Der Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 12. September 2025 (act. II 84) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung gemäss E. 6.1 hiavor und überzeugt. Die Feststellungen der fachkundigen Abklärungsperson basieren auf telefonisch erhobenen Angaben der Beschwerdeführerin. Dass auf eine Abklärung an Ort und Stelle (Art. 69 Abs. 2 IVV) verzichtet wurde, ist vorliegend nicht zu beanstanden, da die persönlichen Verhältnisse der versicherten Person sowie die Auswirkungen des Gesundheitszustandes bereits genügend bekannt waren (vgl. Rz. 3042 des vom Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] herausgegebenen Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI]). Weiter wurden die von den MEDAS-Gutachtern festgestellten gesundheitsbedingten Einschränkungen resp. das entsprechende Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt (S. 5 Ziff. 5.1). Der Abklärungsbericht ist zudem hinsichtlich der Gewichtung der Tätigkeitsbereiche ausreichend detailliert und den Einschränkungen sowie den Angaben der Beschwerdeführerin wurde angemessen Rechnung getragen. Damit besteht kein Anlass, in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen, wobei hervorzuheben ist, dass die ermittelte Einschränkung von 26.7 % (act. II 84 S. 15 Ziff. 7.2) im Vergleich zu anderen, ähnlich gelagerten Fällen als ausgesprochen grosszügig zu bewerten ist. Diese Beurteilung wird denn auch nicht bestritten (Beschwerde S. 6 Ziff. 2c Rz. 17).

Dementsprechend ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Bereich Haushalt zu maximal 26.7 % eingeschränkt ist (S. 7 ff. Ziff. 7.2),

was – ausgehend von einem Status als 30 % im Haushalt tätig (vgl. E. 4 hiervor) – einer gewichteten Einschränkung von höchstens 8.01% (26.7 % x 0.3) entspricht.

6.3 Nach dem in den E. 5.3.3 und 6.2 hiervor Dargelegten betragen die gewichteten Einschränkungen im erwerblichen Bereich 21 % und im Bereich Haushalt 8.01 %, sodass ein Invaliditätsgrad von gerundet höchstens 29 % resultiert (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 196, 8C_575/2018 E. 7.1). Es besteht folglich kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.3 hiervor).

6.4 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

7.

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

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

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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