

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 31. Juli 2026

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch B. _____

Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. März 2026



Sachverhalt:

A.

Die 1969 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ..., meldete sich erstmals im Januar 2006 unter Hinweis auf Depressionen mit Arbeits- und Konzentrationsproblemen sowie Schmerzen am rechten Fuss mit Auswirkung auf Rücken, Hüften, Seele und verstärkter Ermüdung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1.1 S. 125 ff.). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere liess sie die Versicherte psychiatrisch durch Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 6. November 2006 [act. II 1.1 S. 66 ff.]). Zudem veranlasste sie eine Abklärung an Ort und Stelle (Abklärungsbericht Haushalt über die Erhebung vom 19. Februar 2007 [act. II 1.1 S. 56 ff.], Stellungnahme vom 12. Februar 2008 [act. II 1.1 S. 19 f.]). Mit Verfügung vom 20. Mai 2008 (act. II 1.1 S. 6 ff.) sprach sie der Versicherten basierend auf einem Status von 52 % Erwerb und 48 % Haushalt bei einem Invaliditätsgrad von 41 % ab dem 1. April 2006 eine Viertelsrente zu. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Gestützt auf einen Abklärungsbericht Haushalt vom 23. Mai 2011 (act. II 39) hob die IVB im Rahmen einer 2011 von Amtes wegen eingeleiteten Revision (act. II 33) die Viertelsrente mit Verfügung vom 21. September 2011 (act. II 47) bei einem Invaliditätsgrad von 35 % rückwirkend per 1. Juli 2009 auf und sprach der Versicherten mit Verfügung vom 16. Mai 2012 (act. II 54) ausgehend von einem Status von 52 % Erwerb und 48 % Haushalt bei einem Invaliditätsgrad von 41 % ab dem 1. Juli 2011 erneut eine Viertelsrente zu.

Im Zuge einer 2014 von Amtes wegen eingeleiteten Revision veranlasste die IVB eine psychiatrisch-orthopädische Begutachtung durch die MEDAS D._____ (Gutachten vom 6. August 2015 [act. II 77.1]) und eine Abklärung an Ort und Stelle (Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 30. Dezember 2015 [act. II 78]). Mit Verfügung vom 16. Februar 2016 (act. II 80)

hob die IVB die laufende Viertelsrente basierend auf einem Status von 80 % Erwerb und 20 % Haushalt bei einem Invaliditätsgrad von 11 % auf.

B.

Im April 2023 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf ein Burnout sowie eine Depression erneut zum Leistungsbezug bei der IVB an (act. II 81). Die IVB führte wiederum erwerbliche und medizinische Abklärungen durch und veranlasste eine psychiatrisch-rheumatologische Begutachtung bei der MEDAS E._____ (MEDAS E; Gutachten vom 28. April 2025 [act. II 153.1 ff.]). Mit Vorbescheid vom 19. Juni 2025 (act. II 156) stellte die IVB der Versicherten in Aussicht, ausgehend von einem Status von 80 % Erwerb und 20 % Haushalt bei einem Invaliditätsgrad von 34 % einen Rentenanspruch zu verneinen. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 161) holte die IVB eine Stellungnahme bei der MEDAS E._____ ein (Stellungnahme vom 2. März 2026 [act. II 168]). Am 9. März 2026 verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend (act. II 169).

C.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch die B._____, mit Eingabe vom 14. April 2026 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 09.03.2026 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die ihr gesetzlich zustehenden Versicherungsleistungen aus IVG, insbesondere eine Invalidenrente, zuzusprechen.
3. Eventualiter: Es sei die Streitsache zur weiteren Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts und zur Neuverfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2026 unter Verweis auf die bisherigen Akten 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 9. März 2026 (act. II 169). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

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

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

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

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

2.3 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 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

2.3.1 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 3.2, nicht publ. in: BGE 151 V 66, aber in: SVR 2025 IV Nr. 16 S. 59).

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

2.3.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG

– durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten 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).

2.3.4 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).

2.4 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 Verwaltung ist auf die Neuanschuldung vom April 2023 (act. II 81) eingetreten. Sie hat den Rentenanspruch materiell geprüft und darüber mit der angefochtenen Verfügung vom 9. März 2026 (act. II 169) entschieden, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 16. Februar 2016 (act. II 80), als letztmals eine umfassende Prüfung erfolgte, und derjenigen vom 9. März 2026 (act. II 169; vgl. E. 2.3.3 hiavor) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen.

3.2 Die Verfügung vom 16. Februar 2016 (act. II 80) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem psychiatrisch-orthopädischen MEDAS D. _____-Gutachten vom 6. August 2015 (act. II 77.1). Darin wurden folgende Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 17 Ziff. 5.1):

1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0);
2. Chronische rezidivierende Polyarthralgie im Fingerbereich beidseits (ICD-10 M19.4);
3. Chronische Hüftbeschwerden rechts (ICD-10 Q65.8);
4. Chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M17.1).

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellten die Gutachter folgende Diagnosen (Ziff. 5.2):

1. Chronische Beschwerden im Bereich des dorsolateralen linken Oberschenkels (ICD-10 M9.65/Z98.8/Z96.6);
2. Chronische Beschwerden im Bereich des rechten oberen Sprunggelenkes (ICD-10 M79.67/Z98.8);
3. Anamnestisch Status nach konservativ behandelter Radiusköpfchenfraktur der dominanten rechten Seite vor zweieinhalb Jahren (ICD-10 T92.1).

Aus bidisziplinärer Sicht bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für schwere, mittelschwere und nicht adaptierte Tätigkeiten. In körperlich nur leichten, wiederholt sitzenden und wechselbelastenden Tätigkeiten bestehe eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, vollschichtig umsetzbar. In der angestammten Tätigkeit als ... bestehe eine 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Das Pensum könne über sechs bis acht Stunden pro Tag umgesetzt werden, je nach Möglichkeit, am Arbeitsplatz Pausen einzulegen oder auch stundenweise zu arbeiten. Diese Einschätzung sei mit Sicherheit spätestens ab Juni 2015 zu bestätigen (S. 18 Ziff. 6).

3.3 Bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 9. März 2026 (act. II 169) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Im Austrittsbericht vom 31. Dezember 2018 über die Behandlung vom 24. August bis zum 31. Dezember 2018 durch die psychiatrischen Dienste F. _____ (act. II 101 S. 21 f.), wurde die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode bei multiplen Belastungsfaktoren (ICD-10 F33.1) gestellt.

Die Beschwerdeführerin habe fünf Termine im Rahmen der ambulanten Krisenintervention bei einem Pflegefachmann PDT wahrgenommen. Besprochen worden seien familiäre Belastungssituationen, Optimierung der Selbstfürsorge und Ressourcenaktivierung (S. 21).

3.3.2 Dr. med. G._____, Fachärztin für Angiologie, diagnostizierte im Bericht über die Untersuchung vom 17. September 2020 (act. II 92.2 S. 87 f.) eine chronische venöse Insuffizienz, aktuell Stadium C4 rechts, C2s links.

3.3.3 Im Sprechstundenbericht des Spitals F._____ vom 21. Januar 2022 (act. II 92.2 S. 108 f.) wurde eine typische Aura ohne Kopfschmerzen diagnostiziert.

3.3.4 Im Bericht des Notfallzentrums des Spitals F._____ über die Behandlung vom 4. September 2022 (act. II 96.3 S. 91 ff.) wurde als Hauptdiagnose atypische linksthorakale Schmerzen, a.e. muskuloskelettal, gestellt.

3.3.5 Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, diagnostizierte im Bericht über die kardiologische Untersuchung vom 11. Oktober 2022 (act. II 89.2 S. 65 ff.) unklare, teils typisch, teils atypisch geschilderte Thoraxschmerzen und Anstrengungsdyspnoe NYHA (S. 65). Abgesehen von einer leichten Aorteninsuffizienz, welche bereits von einer früheren Untersuchung (2020) bekannt gewesen sei, hätten im Herzultraschall keine Auffälligkeiten festgestellt werden können, insbesondere hätten sich keine regionalen Wandbewegungsstörungen gezeigt (S. 66).

3.3.6 Im Bericht vom 28. November 2022 (act. II 96.3 S. 106) führte Dr. med. I._____, Praktischer Arzt, J._____, folgende Diagnosen auf: beginnende degenerative Veränderungen Hüfte rechts, Status nach Hüft-Totalendoprothesen-Implantation links 2009 bei Hüft dysplasie, leichtgradige Chondromalazie femoropatellär, leichtgradiges kranio laterales Hoffa-Impingement und Peritendinitis des Pes anserinus Knie rechts.

3.3.7 Der behandelnde Psychiater Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht z.H. der Kran-

kentaggeldversicherung vom 6. März 2023 (act. II 89.2 S. 35 f.) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F33.1). Die Beschwerdeführerin sei am 3. November 2022 von der Hausärztin an ihn überwiesen worden, wegen erneuter depressiver Episoden. Schon 2004 und 2018 habe sie depressive Episoden gehabt (S. 35). Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 % (S. 36).

3.3.8 Im Bericht des Notfallzentrums des Spitals F._____ über die Behandlung vom 29. Juni 2023 (act. II 92.2 S. 125 f.) wurde eine akute Schmerzexazerbation bei beginnenden degenerativen Veränderungen Hüfte rechts diagnostiziert (S. 125). Nach einer Hüftinfiltration sei die Beschwerdeführerin in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (S. 126).

3.3.9 Im Bericht vom 21. August 2023 über die Sprechstunde vom 17. August 2023 (act. II 108.4 S. 147) führte Dr. med. I._____ aus, kausaltherapeutisch sei auch auf der rechten Seite die Indikation zur Implantation einer Hüfttotalendoprothese gegeben. Am 8. November 2023 erfolgte eine Hüft-Totalprothesen-implantation mini-invasiv rechts (act. II 108.4 S. 144 ff.).

3.3.10 Im Bericht des Spitals F._____ über die Sprechstunde vom 29. Februar 2024 (act. II 107 f.) wurde eine Inguinalhernie rechts sowie der Verdacht auf eine Inguinalhernie links diagnostiziert. Am 21. März 2024 erfolgte die laparoskopische Operation der lateralen Inguinalhernie L1 rechts (act. II 115 S. 9 f.).

3.3.11 Der behandelnde Psychiater Dr. med. K._____ bestätigte im Bericht z.H. der Krankentaggeldversicherung vom 6. März 2024 (act. II 110 S. 1 f.) die ein Jahr zuvor im Bericht vom 6. März 2023 (vgl. E. 3.3.7 hier- vor) gestellte Diagnose und attestierte weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

Im Verlaufsbericht z.H. der Beschwerdegegnerin vom 20. März 2024 (act. II 106) diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; S. 3 Ziff. 2.5). Es bestehe

eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 3. November 2022 (S. 2 Ziff. 1.3). Im Haushalt bestünden keine Einschränkungen (S. 6 Ziff. 4.5).

3.3.12 Dr. med. L. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, stellte im Bericht über die rheumatologische Beurteilung vom 22. Januar 2025 (act. II 145) folgende rheumatologische Diagnosen: chronifiziertes lokales Lumbalsyndrom seit 1997; chronisches Zervikovertebralsyndrom, aktuell asymptomatisch; höchstwahrscheinlich beginnende Fingerpolyarthrose; densitometrische Osteopenie, diagnostiziert November 2024 (S. 1).

3.3.13 Am 7. September 2023 zog sich die Beschwerdeführerin eine OSG-Luxationsfraktur links zu und wurde deswegen in der Klinik für F. _____, behandelt (act. II 129).

3.3.14 Im bidisziplinären Gutachten der Dres. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie N. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, vom 28. April 2025 (act. II 153.1) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 6 Ziff. 4.3):

1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) im Rahmen einer
2. Dysthymia (ICD-10 F34.1);
3. Rezidivierendes myofaszielles Schmerzsyndrom des Beckengürtels infolge muskulärer Dysbalance mit/bei Status nach Hüftgelenksarthroskopie links mit Teilresektion des Limbus und Modellierung des Schenkelhalses am 7. März 2008, Status nach Hüft-TP-Implantation links am 30. September 2009, Status nach Hüft-TP-Implantation rechts am 8. November 2023 (ICD-10 M79.05);
4. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei Facettengelenksirritation L5/S1 beidseits mit geringgradigen Chondrosen L4/5 und L5/S1 (ICD-10 M54.86);
5. Oligoarthralgien mit periartikulärem Ödem und Kontrastmittel-Enhancement posterior inferior ISG beidseits und Enthesitis interspinosal L2 - S1 (DD: seronegative Spondarthropathie; degenerativ; ICD-10 M45.06);
6. Fingerpolyarthrose (ICD-10 M15.8).

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73) im Sinne einer Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit selbst-

inspektorisch-hypersensitiver sowie partiell ängstlich-vermeidender Komponente;

2. Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom - ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.25);
3. Verbleibende geringgradige Bewegungseinschränkung am linken OSG mit/bei Status nach trimalleolärer OSG-Luxationsfraktur am 7. September 2024 (ICD-10 S82.31);
4. Status nach Inguinalhernien-Repair beidseits am 21. März 2024 (ICD-10 K40.20).

Die Gutachter attestierten in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Sie führten aus, die Beschwerdeführerin könne während achteinhalb Stunden anwesend sein, wobei eine Leistungsminderung von 50 % aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs bestehe (S. 8 f. Ziff. 4.6). In Bezug auf eine optimal angepasste Tätigkeit hielten die Experten fest, eine solche setze ein stressreduziertes Arbeitsumfeld in möglichst wohlwollender Atmosphäre, gut strukturierte, repetitive Arbeitsvorgaben ohne enge zeitliche Taktung mit strikter Berücksichtigung des individuellen Kompetenzniveaus voraus, kein Multitasking. Ferner erfordere eine solche die Möglichkeit zur Einlegung wiederkehrender Erholungspausen. Nicht möglich seien repetitives Bücken und Aufrichten, repetitives Anheben und Tragen von mehr als zehn Kilogramm, Arbeiten in der chronischen Vorneigehaltung des Rumpfes, rein manuell ausgerichteten Tätigkeiten mit und ohne Kraftentwicklung der Finger respektive Arbeiten, ohne die Möglichkeit zu Wechselpositionen (bspw. rein sitzende Tätigkeiten). In einer optimal angepassten Tätigkeit sei eine Präsenz von achteinhalb Stunden pro Tag möglich, wobei eine Einschränkung der Leistung von 20 % aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs bestehe. Insgesamt bestehe daher eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 9 f. Ziff. 4.7). Diese Einschätzung habe rheumatologisch begründet Gültigkeit seit Juni 2023 (2. Infiltration der Hüftgelenke am 29. Juni 2023 wegen exazerbierender den Alltag störender Schmerzen). Zuvor habe aus rein rheumatologischer Sicht seit dem Gutachten vom 6. August 2015 in der angestammten Tätigkeit eine 70%ige bzw. in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden. Aufgrund der Hüft-TP-Implantation rechts am 8. November 2023 und der trimalleolären OSG-Luxationsfraktur am 7. September 2024 sei jeweils eine vorübergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit von maximal drei Monaten ausgewiesen. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich ein entsprechender Zeitpunkt mangels in der Akte ausreichend valider Detailinformation zum sich

während der einzelnen anamnestischen Abschnitte real darstellenden psychopathologischen Gesamtgeschehen nicht exakt bestimmen, da die diesbezüglichen Einschätzungen in den einzelnen psychiatrischen Berichten vor dem Hintergrund anteiliger Akzentuierungstendenzen als kompromittiert erachtet hätten werden müssen (S. 9 f. Ziff. 4.6 f.; vgl. auch S. 11 Ziff. 4.9). Aus isoliert klinisch-psychiatrischer Beurteilungsperspektive sei davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit sowohl in Bezug auf die bisherige als auch eine angepasste Tätigkeit zu keiner Zeit – also gleichfalls nicht im Verlauf seit dem 5. September 2022 respektive seit dem MEDAS D._____ -Gutachten vom 6. August 2015 – ein über das Niveau von 20 % hinausgehendes Ausmass erreicht habe (S. 11 Ziff. 4.9).

Im rheumatologischen Teilgutachten (act. II 153.4) führte Dr. med. N._____ aus, die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden im Beckengürtel seien als myofaszielles Schmerzsyndrom zu interpretieren, höchstwahrscheinlich im Rahmen einer muskulären Dysbalance bei Status nach Hüft-TP-Implantation beidseits und im Kontext eines chronifizierten lumbospondylogenen Schmerzsyndroms. Dieses lasse sich auf eine Facettengelenksirritation L5/S1 beidseits mit geringgradigen Chondrosen L4/5 und L5/S1 zurückführen. Das MRI vom 6. Juni 2024 habe keine Hinweise auf eine Diskushernie und ebenso keine Hinweise auf eine Neurokompression ergeben. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Gelenkschmerzen der Hand- und Fingergelenke dürften mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nicht inflammatorischer Genese und Ausdruck einer beginnenden Fingerpolyarthrose sein. Im Raum stehe die Differenzialdiagnose einer seronegativen Spondylarthropathie, zumal die Magnetomografie der LWS und der ISG vom 6. Juni 2024 ein periartikuläres Ödem und Kontrastmittel-Enhancement posterior inferior an beiden Iliosakralgelenken aufgedeckt habe und zudem eine Enthesitis interspinosal L2 - S1 dokumentiert worden sei. Diese Befunde seien wenig ausgeprägt und am ehesten Folge einer Überlastung (mechanisch induzierte Pathologie). Die postulierte seronegative Spondylarthropathie werde zurzeit behandelt mittels Erelzi (TNF Alphablockade) ohne subjektive Verbesserung der Symptomatik. Diese Diagnose bleibe eine hypothetische Diagnose und habe primär keinen Einfluss auf die Definition der zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Diese werde durch die degenerativen Veränderungen an den unteren beiden

Wirbelsäulensegmenten lumbal bestimmt. Seitens der rheumatologischen Beurteilung ergebe sich eine leichte bis knapp mittelgradige Einschränkung der Belastbarkeit des Achsenskelettes sowie der Hand- und Fingergelenke (S. 14 Ziff. 6.3). Die Beschwerdeführerin verfüge betreffend den Bewegungsapparat über genügend Ressourcen, um die berufliche Reintegration erfolgreich abschliessen zu können (S. 15 Ziff. 7.2).

Im psychiatrischen Teilgutachten (act. II 153.3) führte Dr. med. M. _____ aus, auf Basis der aktuell erhobenen Befunde, eigenanamnestischer Angaben sowie der zum Untersuchungszeitpunkt verfügbaren Aktenlage habe eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) im – unter anderem vor dem Hintergrund verschiedener psychosozialer Belastungen (chronische Schmerzsymptomatik, Leukämie-Erkrankung des Ehemannes, schwierige finanzielle Verhältnisse, etc.) – passager intensivierten Ausprägungsgrad einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) identifiziert werden können, deren charakteristische Symptomkonstellationen auch etwaig vorliegenden somatoformen Begleitfaktoren zuzuordnen seien. Bei einer Dysthymia handle es sich um eine chronische, mehrere Jahre andauernde Verstimmung, welche vieles gemeinsam mit den Konzepten der depressiven Neurose habe und die in Bezug auf ihr eigentliches Ausmass die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung nicht erfülle, obwohl einzelne depressive Episoden von leichter Expression durchaus vorkommen könnten (S. 11 Ziff. 6.3). Eine stationäre psychiatrische Behandlung sei bei der Beschwerdeführerin bisher nicht erfolgt. Sie stehe gemäss eigenem Bekunden jedoch seit ca. 2021 auf ambulanter Basis regelmässig unter einer entsprechend fachspezifischen Betreuung. Die aktuellen gesprächstherapeutischen Sitzungen fänden im monatlichen Rhythmus und einem zeitlichen Umfang von jeweils etwa einer Stunde statt. Medikamentös erhalte sie Venlafaxin. Sie gebe an, darunter gewisse positive Effekte zu verspüren. Die konsequente Fortsetzung des bereits etablierten multimodalen Behandlungskonzeptes werde auch von gutachterlicher Seite unterstützt, jedoch sei eine adäquate prognostische Bewertung in Anbetracht des langjährig chronifizierten Krankheitsgeschehens nicht möglich (S. 12 Ziff. 7.1).

3.3.15 In einer Stellungnahme z.H. der Rechtsvertretung vom 10. August 2025 (act. II 161 S. 10 f.) führte der behandelnde Psychiater Dr. med. K. _____ aus, die Aussage des Gutachters, dass die Arbeitsfähigkeit zu keiner Zeit eine über das Niveau von 20 % hinausgehende Limitierung erfasst habe, sei schlichtweg falsch. Seit die Beschwerdeführerin zu ihm überwiesen worden sei, sei sie zu 100 % arbeitsunfähig auf dem ersten Arbeitsmarkt. Die Kriterien gemäss ICD-10 für eine mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F32.1, F32.2) seien gegeben gewesen. Aktenanamnestisch habe 2004 eine schwere depressive Störung vorgelegen. Zudem sei 2018 ebenfalls eine depressive Phase mit Antidepressiva behandelt worden. Daher könne sicher von einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.0) gesprochen werden.

In einer Stellungnahme vom 7. August 2025 z.H. der Rechtsvertretung (act. II 161 S. 12 f.) führte die Rheumatologin Dr. med. L. _____ aus, die aktuellen erhobenen Befunde im Gutachten seien nachvollziehbar. Grundsätzlich decke sich auch die Meinung des Gutachters mit ihrer Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit.

3.3.16 Die Gutachter führten in der Stellungnahme vom 2. März 2026 (act. II 168) unter Verweis auf ihr Gutachten aus, die Beschwerdeführerin habe sich – trotz vorgeblich stattgehabter "mittelgradiger bis schwerer depressiver Episoden" (ICD-10 F32.1 bis F32.2) – bis zum damaligen Untersuchungszeitpunkt noch nie in stationärer Behandlung befunden und sei auch längere Zeit arbeitsfähig gewesen. Eine eigenständig adäquate Bewältigung der individuellen Anforderungen des alltäglichen Geschehens sei jedoch sowohl im beruflichen als auch im privaten Umfeld während schwerer depressiver Phasen (ICD-10 F32.2) kaum mehr möglich und bei mittelgradigen Expressionen (ICD-10 F32.1) zumindest sichtlich eingeschränkt, sodass die Veranlassung der Einweisung in eine entsprechend spezialisierte Fachklinik von ärztlicher Seite in aller Regel unumgänglich erscheine. Darüber hinaus könne auf Grundlage der aus gutachterlicher Sicht im Wesentlichen plausiblen eigenanamnestischen Angaben eine episodische Verlaufsform der affektiven Deviationen und dementsprechend das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) ausgeschlossen werden. Die Beschwerdeführerin berichte von einer "seit sehr vielen

Jahren" bestehenden sowie "permanent präsenten" deprimierten Gemütsverfassung mit einer sich auf "dauerhaft reduziertem Niveau" befindlichen Grundstimmung. In der Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 2. Oktober 2024 (vgl. hierzu act. II 130 S. 14 f.) sei zudem erwähnt worden, dass die "aktuelle depressive Episode" schon seit "09/2022" anhaltend Bestand aufweise, was letztendlich einem Zeitraum von mehr als zwei Jahren und damit exakt den definierten Vorgaben einer "depressiven chronischen Verstimmung" im Sinne einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) entspreche.

Selbst bei allseits kritikloser Zugrundelegung der durch den Rechtsbeistand der Versicherten begrifflich fachliteraturäquivalent aufgelisteten Symptomkomplexe könnten die diagnostischen Kriterien der ICD-10 in Bezug auf eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) nur mit Wohlwollen als gerade einmal grenzwertig erfüllt angesehen werden, eine schwere Expressionsform würde hingegen bei weitem nicht erreicht (S. 2 f.).

Die im Rahmen des Einwandverfahrens eingereichte Stellungnahme von Dr. med. L. _____ vom 7. August 2025 (act. II 161 S. 12 f.) enthalte keine Diskrepanzen zum rheumatologischen Gutachten (S. 4).

3.4

3.4.1 Der Versicherungsträger prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Er bestimmt die Art und den Umfang der notwendigen Abklärungen (Art. 43 Abs. 1^{bis} ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hiezuvor aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hin-

reichende Klarheit besteht (BGE 151 V 258 E. 4.4 S. 261, 117 V 282 E. 4a S. 283). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 146 V 240 E. 8.3.2 S. 250, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158).

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

3.4.3 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 MEDAS E. _____-Gutachten vom 28. April 2025 (act. II 153.1 ff.) samt Stellungnahme vom 2. März 2026 (act. II 168) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4.3 hiavor). Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Experten haben die Befunde und Diagnosen im Rahmen ihrer Beurteilungen dargelegt. Die Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand wurden nachvollziehbar begründet. Es bestehen keine Zweifel an dessen Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit. Das Gutachten ist demnach voll beweiskräftig, weshalb darauf abzustellen ist. Die gutachterliche Beurteilung wird von der Beschwerdeführerin beschwerdeweise denn auch nicht in Frage gestellt. So teilte insbesondere auch die behandelnde Rheumatologin Dr. med. L. _____ in ihrer Stellungnahme vom 7. August 2025 (act. II 161 S. 12 f.) die gutachterliche Einschätzung sowohl betreffend Diagnostik wie auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit. Soweit der behandelnde Psychiater Dr. med. K. _____ in seiner Stellungnahme vom 10. August 2025 (act. II 161 S. 10 f.) geltend machte, die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sei schlichtweg falsch, kann ihm nicht gefolgt werden. Der psychiatrische Gutachter hat mit Bezug auf die dokumentierte Krankheitsgeschichte und Befundlage nachvollziehbar und überzeugend die Sachlage dargestellt und medizinisch eingeordnet. Schliesslich hat er ebenfalls überzeugend zum Bericht des Dr. med. K. _____ Stellung genommen. Insoweit ist auch dem Umstand Rechnung zu tragen, wonach die medizinische Folgenabschätzung an sich eine hohe Variabilität aufweist und gerade im psychiatrischen Bereich unausweichlich Ermessenszüge trägt (BGE 145 V 361 E. 4.1.2 S. 365). Nicht ausser Acht zu lassen ist denn auch die Erfahrungstatsache, dass die behandelnden Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 78, 8C_616/2014 E. 5.3.3.3). Die abweichende Beurteilung von Dr. med. K. _____ ist deshalb nicht geeignet, Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung zu wecken. Auch sonst enthalten die medizinischen Akten keine Anhaltspunkte, welche die gutachterliche Beurteilung in Frage stellen würden. Damit ist

das Gutachten beweiskräftig. Gestützt darauf ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin seit Juni 2023 in der bisherigen Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig sowie in einer optimal angepassten Tätigkeit zu 20 % arbeitsunfähig ist (act. II 153.1 S. 8 ff. Ziff. 4.6 f.). Offen bleiben kann, ob der psychiatrisch begründeten Leistungseinschränkung von 20 % auch im Rahmen einer Indikatorenprüfung nach BGE 141 V 281 zu folgen wäre oder nicht, denn die entsprechende Einschränkung besteht bereits aus somatischen Gründen und eine Kumulation hat nicht zu erfolgen (act. II 153.1 S. 8 Ziff. 4.5).

Was die Zeit vor Juni 2023 betrifft, nahm die Beschwerdeführerin im Januar 2016 und damit noch vor der Rentenaufhebung vom Februar 2016 (act. II 80; wieder) eine Erwerbstätigkeit als ... auf (act. II 90 S. 3 Ziff. 2.1). Dabei erzielte sie zuletzt im Jahr 2021 ein Einkommen von Fr. 55'690.-- bzw. im Jahr 2022 ein Einkommen von Fr. 54'359.-- (vgl. IK-Auszug [act. II 88]). Ab dem 5. September 2022 wurde die Beschwerdeführerin von der behandelnden Ärztin zu 100 % krank geschrieben (act. II 89.2 S. 3). Eine massgebliche Veränderung haben die Gutachter per Juni 2023 bestätigt. Für die vorangehende Zeit haben sie mit 30 % zwar eine leicht höhere Arbeitsunfähigkeit attestiert als die MEDAS D. _____-Gutachter (vgl. act. II 77.1 S. 18 Ziff. 6), jedoch medizinisch ausdrücklich eine unveränderte Situation zum früheren Gutachten festgehalten (act. II 153.1 S. 9 Ziff. 4.6). Damit liegt für die Zeit bis Ende Mai 2023 eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts vor, welche nach ständiger Praxis unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel unerheblich ist (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105; SVR 2025 IV Nr. 34 S. 129, 8C_235/2024 E. 4). Ein Neuanmeldungsgrund ist aus somatischen Gründen (erst) per Juni 2023 ausgewiesen (act. II 153.1 S. 9 Ziff. 4.6). Damit ist der Rentenanspruch nachfolgend frei zu prüfen (vgl. E. 2.3.4 hiervor).

4.

4.1 Zwischen den Parteien streitig ist die Statusfrage. Während die Beschwerdeführerin vorbringt, im Gesundheitsfalle würde sie einer 100%igen

Erwerbstätigkeit nachgehen (Beschwerde S. 4 Ziff. II lit. B Ziff. 7), ging die Beschwerdegegnerin von einem unveränderten Status von 80 % Erwerb und 20 % Haushalt aus (act. II 169).

4.2 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode, welche sich aus dem Status ergibt. Dieser bestimmt sich nach Art. 24^{septies} Abs. 1 IVV nach den erwerblichen Verhältnissen, in denen sich die versicherte Person befinden würde, wenn sie nicht gesundheitlich beeinträchtigt wäre. Gemäss Art. 24^{septies} Abs. 2 IVV gilt eine versicherte Person als erwerbstätig nach Art. 28a Abs. 1 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % oder mehr entspricht (lit. a). Die versicherte Person gilt als nicht erwerbstätig nach Art. 28a Abs. 2 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall keine Erwerbstätigkeit ausüben würde (lit. b) respektive als teilerwerbstätig nach Art. 28a Abs. 3 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von weniger als 100 % entspricht (lit. c).

Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30; SVR 2020 IV Nr. 72 S. 250, 9C_157/2020 E. 4.1.1).

4.3 Gestützt auf die gutachterliche Einschätzung und ohne weitere Abklärung im Aufgabenbereich verneinte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 9. März 2026 (act. II 169) auf der Basis eines Status von 80 % Erwerb und 20 % Haushalt sowie unter Annahme einer fehlenden Einschränkung im Aufgabenbereich den Anspruch auf eine Rente. Sie begründete den Verzicht auf eine Abklärung an Ort und Stelle damit, dass im Haushalt grundsätzlich leichte und nur sporadisch schwere Tätigkeiten anfielen. Die Beschwerdeführerin sei damit im Aufgabenbereich nicht eingeschränkt.

Eine Abklärung an Ort und Stelle fand letztmals am 14. Oktober 2014 statt (vgl. Abklärungsbericht vom 30. Dezember 2015 [act. II 78]; vgl. auch

act. II 72). Im Rahmen dieser Abklärung erhöhte die Beschwerdegegnerin den Anteil Erwerb im Status von 52 % auf 80 % (act. II 78; vgl. act. II 39). Es wurde festgehalten, dass der Ehemann als ... auf Job- und Kundensuche sei. Im Zeitpunkt der Abklärung sei der älteste Sohn gerade ausgezogen und die noch im Haushalt wohnhaften Söhne seien 18 und 23 Jahre alt (act. II 78 S. 3 Ziff. 2.1). Es sei nicht realistisch, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit einem 100 %-Pensum nachgehen würde. Sie habe ein solches nie ausgeführt, auch wenn ein Kind ausgezogen sei. Die Familie habe einen Hund, welcher vor allem von ihr ausgeführt werde. Nach allgemeiner Lebenserfahrung arbeite in einem Familienverband ein Elternteil voll und der zweite zu einem Teilzeitpensum, auch wenn die Kinder nicht mehr betreuungsbedürftig seien. Basierend darauf wurde ein Erwerbsanteil von 80 % angenommen (act. II 78 S. 3 Ziff. 3.5).

Entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin kann mehr als zehn Jahre nach der letzten Abklärung vor Ort im vorliegenden Fall ohne einlässliche Abklärung des konkreten Sachverhalts und detaillierter Begründung der zu ziehenden Schlüsse anhand der standardisierten Instrumente des hierfür zuständigen Bereichs der Beschwerdegegnerin nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass die frühere Statusfestlegung im Zeitpunkt der aktuellen Beurteilung des Rentenanspruchs unverändert Bestand hat. Die Beschwerdegegnerin lässt nämlich unbeachtet, dass die Beschwerdeführerin während Jahren in einem Pensum von 80 % gearbeitet hat und sich mit der neuen Erkrankung des Ehemanns, dessen reduzierter Arbeitsfähigkeit und der diesem offenbar zugesprochenen Invalidenrente die private Situation massgeblich verändert hat (vgl. Beschwerde Ziff. II lit. B S. 4 Ziff. 7). Ob mit Blick auf den offenbar auch weiterhin in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Aufgabenbereich Haushalt wie auch allenfalls notwendige Hilfestellungen zu Gunsten des erkrankten Ehemannes eine vollschichtige Tätigkeit im Gesundheitsfall überhaupt hätte angestrebt werden können bzw. gewollt gewesen wäre, lässt sich derzeit nicht abschliessend beurteilen. Zumal gestützt auf die vorliegenden Akten auch nicht beurteilt werden kann, ob mit der Erkrankung des Ehemannes im Vergleich zu vorher eine finanzielle Notwendigkeit für eine vollschichtige Tätigkeit entstanden ist, wie dies von der Beschwerdeführerin geltend gemacht wird (Beschwerde S. 4 Ziff. II lit. B Ziff. 7.2), oder ob sich die Familie der Be-

schwerdeführerin mit einem allenfalls tieferen Gesamteinkommen begnügt hätte. Hierfür hätte es zwingend einer Abklärung der Beschwerdegegnerin an Ort und Stelle unter Berücksichtigung der Situation der Familie über die vergangene Jahre bedurft. Mithin verletzte die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz (vgl. E. 3.4.1 hiervor; Beschwerde Ziff. II lit. B S. 5 Ziff. 8.1). Folglich kann derzeit weder der Status abschliessend festgelegt werden noch im Falle eines gemischten Status beurteilt werden, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin im Aufgabenbereich eingeschränkt ist. Weil gleichzeitig auch nicht unbesehen dieser Frage ein Rentenanspruch allein gestützt auf die erwerbliche Beurteilung verneint werden kann (vgl. E. 5 hiernach), ist die Sache in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie in Berücksichtigung der Akten des Ehemannes zeitnah eine Abklärung an Ort und Stelle durchführt. Anschliessend wird sie über den Rentenanspruch neu zu verfügen haben.

5.

Hinsichtlich der Einschränkung im erwerblichen Bereich ist das Folgende festzuhalten.

5.1 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).

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 ange-

messenenes Durchschnittseinkommen abgestellt (Art. 26 Abs. 1 IVV). Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV).

5.1.2 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). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Bei versicherten Personen nach Art. 26 Abs. 6 IVV sind in Abweichung von Art. 25 Abs. 3 IVV geschlechtsunabhängige Werte zu verwenden (Art. 26^{bis} Abs. 2 IVV). Vom statistisch bestimmten Wert nach Abs. 2 werden 10 % abgezogen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV).

5.1.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns massgeblich, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

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

Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV).

Wird im Rahmen der Invaliditätsbemessung auf Tabellenlöhne abgestellt, so sind die aktuellsten statistischen Daten beizuziehen. Gemeint sind damit die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten Daten (BGE 150 V 67 E. 4.2 S. 70).

5.2 Mit Blick auf die Neuanmeldung vom April 2023 (act. II 81) und die sechsmonatige Karenzfrist (Art. 29 Abs. 1 IVG) bestünde frühestens ab Oktober 2023 ein Rentenanspruch. Zu diesem Zeitpunkt war das Wartejahr, wonach durchschnittlich eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % bestanden haben muss (vgl. E. 2.2 hiervor), jedoch offensichtlich noch nicht abgelaufen. Zwar attestierten die Gutachter im MEDAS D. _____ - Gutachten vom 6. August 2015 in der angestammten Tätigkeit eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 77.1 S. 17 Ziff. 5.1). Allerdings war die Beschwerdeführerin bis September 2022 als ... zu 80 % erwerbstätig (act. II 90 S. 3 Ziff. 2.3) und war diese Tätigkeit in diesem Umfang bis und mit Mai 2023 zumutbar (vgl. E. 3.5 hiervor), womit in der angestammten Tätigkeit bis und mit Mai 2023 von einer Arbeitsunfähigkeit von nicht mehr als 20 % auszugehen ist. Gestützt auf die gutachterliche Einschätzung hat die Arbeitsunfähigkeit danach 50 % betragen (vgl. act. II 153.1 S. 8 Ziff. 4.6). Das Wartejahr ist damit nicht vor 2024 abgelaufen. Der Beschwerdegegnerin folgend ist der Einkommensvergleich für das Jahr 2024 vorzunehmen. Massgebliche Veränderungen haben sich danach gemäss Aktenlage nicht mehr ergeben. Im Gutachten wurde ausserdem überzeugend dargelegt, dass operationsbedingt jeweils nicht mehr als dreimonatige zusätzliche Einschränkungen bestanden haben (vgl. act. II 153.1 S. 9 Ziff. 4.6)

5.2.1 Zur Bestimmung des Valideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin auf das zuletzt erzielte Einkommen als ... ab (vgl. act. II 169). Dies ist nicht zu beanstanden. Die Beschwerdeführerin verdiente in der letzten Anstellung im Jahr 2021 in einem 80 %-Pensum einen Lohn von Fr. 55'690.-- (vgl. act. II 90 S. 7 Ziff. 5 [Fr. 55'690.--]). Es bestehen keine Anzeichen dafür, dass sie bei guter Gesundheit nicht weiterhin dort als ... tätig wäre. Hochgerechnet auf ein 100 %-Pensum und indexiert pro 2024 (BFS, Tabelle T1.1.20, Nominallohnindex, Frauen 2021-2024, Ziff. 86-88

Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen, 2021: 100.2, 2024: 104.2) beträgt gestützt auf das als ... tatsächlich erzielte Einkommen das Valideneinkommen Fr. 72'391.45 ($\text{Fr. } 55'690.-- / 80 \times 100 / 100.2 \times 104.2$). Dieses Einkommen war auch nicht unterdurchschnittlich, beläuft sich doch gestützt auf die BFS, LSE 2020, TA1_tirage_skill_level, Ziff. 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen), Frauen, Kompetenzniveau 2 (Fr. 62'124.-- [$5'177.-- \times 12$]), indexiert pro 2021 (BFS, Tabelle T1.1.20, Nominallohnindex, Frauen 2021-2024, Ziff. 86-88 Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen, 2020: 100.0, 2021: 100.2) sowie angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, 2021, Ziff. 86 Gesundheitswesen: 41.6) das Jahreseinkommen auf Fr. 64'738.20 ($\text{Fr. } 62'124.-- / 100 \times 100.2 / 40 \times 41.6$). Im Falle einer vollständigen Erwerbstätigkeit ohne Aufgabenbereich, d.h. eines Statuswechsel seit dem massgebenden Vergleichszeitpunkt (vgl. E. 4.3 hiervor), wäre dieses Durchschnittseinkommen das massgebende Valideneinkommen, da nicht erstellt ist, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall an ihrer angestammten Stelle ein Vollzeitpensum hätte ausüben können; sollte aus den Abklärungen eine vollzeitige Erwerbstätigkeit resultieren, hat die Beschwerdegegnerin deshalb beim damaligen Arbeitgeber nachzufragen, ob eine Anstellung zu 100 % möglich gewesen wäre.

5.2.2 Was das Invalideneinkommen betrifft, stellte die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 9. März 2026 (act. II 169) auf die LSE 2022, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen, ab, was mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil grundsätzlich nicht zu beanstanden ist. Da die LSE 2024 jedoch am 24. Februar 2026 publiziert wurde, ist das Invalideneinkommen auf Grundlage dieser zu ermitteln (vgl. E. 5.1.3 hiervor). Angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, 2024, Ziff. 01-96 Total: 41.6) und indexiert pro 2024 (BFS, Tabelle T1.1.20, Nominallohnindex, Frauen 2021-2024, Ziff. 05-96 Total, 2024: 108.2) resultiert mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit von 80 % sowie unter Berücksichtigung des Pauschalabzugs von 10 % ein Invalideneinkommen von Fr. 40'721.55 ($\text{Fr. } 4'521.-- \times 12 / 40 \times 41.7 \times 0.8 \times 0.9$).

Damit beläuft sich der ungewichtete Invaliditätsgrad im erwerblichen Bereich auf 44 % ([Fr. 72'391.45 ./ Fr. 40'721.55] / Fr. 72'391.45 x 100; zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 196, 8C_575/2018 E. 7.1). Diese Überlegungen wird die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Abklärungen zum Status und Aufgabenbereich (vgl. E. 4.3 hiavor) der neuen Verfügung zugrunde zu legen haben.

6.

Zusammenfassend ist in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung vom 9. März 2026 (act. II 169) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen unter Berücksichtigung allfälliger seit Erlass der vorliegend beurteilten Verfügung eingetretener Veränderungen – über den Leistungsanspruch neu verfüge.

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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

7.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits

als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2020 KV Nr. 23 S. 107, 9C_805/2019 E. 11.1).

Mit Kostennote vom 11. Mai 2026 wird eine Parteientschädigung von Fr. 1'642.30 geltend gemacht. Die Kostennote entspricht jedoch in diversen Punkten nicht den rechtlichen Vorgaben. So wird entgegen dem Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Verwaltungsgerichts vom 16. Dezember 2009 (RS SVA; abrufbar unter: <www.vgb.justice.be.ch>; Rubrik: Kosten/Unentgeltliche Rechtspflege), welches für Rechtsschutzversicherungen bei rechtskundiger Vertretung, was für die Vertreterin mit dem Abschluss Master of Law der Fall ist, einen zu vergütenden Ansatz von Fr. 180.-- vorsieht (vgl. Ziff. II Ziff. 2 des RS SVA), ein Stundenansatz von Fr. 250.-- geltend gemacht. Des weiteren wird zwar Mehrwertsteuer verlangt, jedoch mit dem nicht mehr gültigen Ansatz von 7.7 %, gilt doch seit dem 1. Januar 2024 ein Ansatz von 8.1 %, sowie ohne Nennung einer UID-Nummer. Tatsächlich ist die Rechtsvertretung, die B._____, gemäss UID-Register (<www.uid.admin.ch>) seit dem 1. Januar 2018 mit der UID-Nummer als mehrwertsteuerpflichtig eingetragen (vgl. auch <www.zefix.ch>). Mithin ist die Mehrwertsteuer zum heute gültigen Ansatz von 8.1 % zu berücksichtigen. Zusammenfassend beträgt die Parteientschädigung entsprechend dem nicht zu beanstandenden Aufwand von sechs Stunden (6 x Fr. 180.-- [Fr. 1'080.--]) und den geltend gemachten Auslagen von Fr. 24.90 zuzüglich Mehrwertsteuer von Fr. 89.50 (8.1 % von Fr. 1'104.90) Fr. 1'194.40. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 9. März 2026 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'194.40 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

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 Bun-

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