

IV 200 2026 91
ISD/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. August 2026

Verwaltungsrichter Isliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin MLaw B. _____, C. _____ AG
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Januar 2026



Sachverhalt:

A.

Die 1991 geborene D._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Februar 2024 unter Hinweis auf Bandscheibenvorfälle L3/L5 und L5/S1 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten IV [act. II] 7). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen. Insbesondere zog sie Berichte der behandelnden Ärzte sowie die Akten der Krankentaggeldversicherer bei (vgl. u.a. act. II 14, 22, 25, 31-33, 39, 44, 49, 77) und legte diese dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung vor (act. II 48, 55, 91). Gestützt darauf stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 29. Januar 2025 (act. II 94) die Verneinung des Anspruchs auf IV-Leistungen in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 101, 111) veranlasste die IVB auf Empfehlung des RAD (act. II 115) eine polydisziplinäre Begutachtung bei E._____ AG (MEDAS E). Das Gutachten der MEDAS E wurde am 26. September 2025 (act. II 139.1 ff.) erstattet. Mit neuem Vorbescheid vom 22. Oktober 2025 (act. II 149) kündigte die IVB wiederum die Verneinung des Anspruchs auf IV-Leistungen an, wogegen die Versicherte erneut Einwand erhob (act. II 150). Nach eingeholter Stellungnahme der MEDAS E vom 11. Dezember 2025 (act. II 153 S. 2 f.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 7. Januar 2026 (act. II 154) einen Leistungsanspruch wie vorbescheidweise angekündigt.

B.

Mit Eingabe vom 5. Februar 2026 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin MLaw F._____, C._____ AG Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die Verfügung vom 7. Januar 2026 aufzuheben.
2. Es seien der Versicherten die gesetzlichen Leistungen nach IVG, namentlich eine Invalidenrente, auszurichten.

3. Eventualiter sei ein polydisziplinäres Obergutachten in den Fachrichtungen Psychiatrie, Orthopädie und Neurologie zu veranlassen.
4. Subeventualiter sei das Verfahren an die IV-Stelle zurückzuweisen zu weiteren Abklärungen (Gutachten).

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich MWST zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Eingabe vom 16. März 2026 zeigte die Beschwerdeführerin an, dass sie nunmehr von Rechtsanwältin MLaw B._____ der C._____ AG vertreten werde.

Mit Beschwerdeantwort vom 8. 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 Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 7. Januar 2026 (act. II 154). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf IV-Leistungen, namentlich derjenige auf eine Invalidenrente (Beschwerde S. 2 Ziff. 2).

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

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

ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 151 V 66 E. 5.4 S. 70, 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen sind insbesondere das Alter (lit. a), der Entwicklungsstand (lit. b), die Fähigkeiten der versicherten Person (lit. c) und die zu erwartende Dauer des Erwerbslebens (lit. d) zu berücksichtigen (Art. 8 Abs. 1^{bis} IVG). Drohende Invalidität liegt vor, wenn der Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit überwiegend wahrscheinlich ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Er-

werbsunfähigkeit ist unerheblich (Art. 1^{novies} der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen u.a. in Massnahmen beruflicher Art (Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG).

2.4 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). 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).

2.5 Um den Leistungsanspruch beurteilen 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 Zur gesundheitlichen Situation sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Austrittsbericht des Spitals G._____ vom 21. August 2023 (act. II 10 S. 26 f.) über die Hospitalisation vom 13. bis 21. August 2023

wurde eine voluminöse Diskushernie LWK4-5 mit konsekutiver absoluter Spinalkanalstenose, ED (Erstdiagnose) 13. August 2023, und ein postoperativer Harnverhalt am 14. August 2023 diagnostiziert. Am 14. August 2023 sei eine mikrochirurgische Sequestrektomie LWK4/5 von rechts erfolgt (act. II 10 S. 24). Bei Eintritt habe ein guter Allgemeinzustand bestanden mit einer Grosszehenheberparese links M4- sowie eine Hypästhesie im L5 Dermatome links. Der Eingriff habe am 14. August 2023 komplikationslos durchgeführt werden können. Am zweiten postoperativen Tag habe sich ein Harnverhalt präsentiert ohne Hinweise auf eine Reithosenanästhesie und einen kräftigen Sphinktertonus. Unter Physiotherapie habe sich die Beschwerdeführerin nur sehr langsam selbständig mobil gezeigt, trotz subjektiver Schmerzfreiheit. Aufgrund einer gewissen Verunsicherung sei ein etwas verlängerter stationärer Aufenthalt mit täglicher Physiotherapie erfolgt. Somit habe die Beschwerdeführerin am 21. August 2023 in einem gebesserten Schmerzzustand wieder nach Hause entlassen werden können (act. II 10 S. 25).

Am 25. August 2023 erfolgte im Rahmen der erneuten Hospitalisation vom 25. bis 29. August 2023 eine mikrochirurgische Rezessotomie LWK4/5 links und Re-Sequestrektomie LWK4/5 rechts. Bei Eintritt habe eine Grosszehenheberparese links M3 bestanden (act. II 10 S. 22). Der Eingriff habe am 25. August 2023 komplikationslos durchgeführt werden können. Der postoperative Verlauf habe sich regelrecht gestaltet. Die Beschwerdeführerin habe durch die Physiotherapie zeitgerecht mobilisiert werden können. Die initial bestandene Hypästhesie am rechten Bein habe sich postoperativ deutlich gebessert gezeigt. Die Grosszehenheberparese links habe sich unverändert bei M4 gezeigt (act. II 10 S. 23).

3.1.2 Im Assessment Orthopädie/Traumatologie der H. _____ AG MEDAS H vom 9. Juli 2024 (act. II 44.2) zu Handen des Taggeldversicherers diagnostizierte Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine Lumboischalgie links bei Status nach mikrochirurgischer Rezessotomie LWK4/5 links und Duranaht am 14. August 2023 und Status nach Revisionsoperation und Re-Sequestrektomie am 25. August 2023 (act. II 44.2 S. 5). Es bestehe eine persistierende Lumboischalgie links bei Status nach zweimaliger Wir-

belsäulenoperation. Anders als bei der letzten Untersuchung vom 12. April 2024 (vgl. act. II 31.2 S. 159-165) sei es nicht zu einer Verbesserung der Beschwerdesituation gekommen. Der behandelnde Orthopäde sehe bei der Beschwerdeführerin, nach deren Aussage, keine Indikation für ein operatives Vorgehen mit grosser Wahrscheinlichkeit für einen Therapieerfolg. Somit sei retrospektiv von einer wie von den behandelnden Ärzten attestierten Arbeitsunfähigkeit von 80 % auszugehen. Aus orthopädischer Sicht könnte eine leichte Tätigkeit (bis 10 kg) in Wechselbelastung, gehend, stehend und sitzend, ausgeführt werden. Arbeiten auf Gerüsten und Leitern seien nicht möglich. Längeres Sitzen, Gehen und Stehen über eine halbe Stunde am Stück seien auch nicht möglich. Die Beschwerdeführerin sei aktuell 20 % arbeitsfähig und 80 % arbeitsunfähig in ihrer angestammten Tätigkeit als Dies gelte auch für eine Verweistätigkeit (act. II 44.2 S. 6). Es sei davon auszugehen, dass nach Abschluss der schmerzmedizinischen Behandlung am Spital G. _____ die Arbeitsfähigkeit ab 1. August 2024 zu 50 % erreichbar und ab 15. August 2024 vollumfänglich wieder gegeben sei (act. II 44.2 S. 7).

3.1.3 Im Bericht der J. _____ AG vom 28. Juli 2024 nannte Dr. med. K. _____ (im Medizinalberuferegister ohne Facharztstitel verzeichnet; vgl. <www.medregom.admin.ch>) als Diagnosen einen Zustand zehn Monate nach mikrochirurgischer Rezessotomie LWK4/5 links und Duranaht am 14. August 2023 und Re-Sequestrektomie LWK4/5 rechts am 25. August 2023 bei voluminöser Diskushernie LWK4/5 mit konsekutiver absoluter Spinalkanalstenose, ED 13. August 2023, sowie einen Zustand nach epiduraler Infiltration L5/S1 und foraminaler Infiltration L4/5 und L5/S1 rechts vom 7. Juni 2024 (act. II 111 S. 18). Das ganze linke Bein fühle sich wie taub an. Nach der sehr differenzierten neurologischen Untersuchung und Befunderhebung sei die Genese der Beschwerden sehr wahrscheinlich funktioneller Natur, was die Hausärztin mit der Beschwerdeführerin thematisiert habe. Die klinischen Befunde seien unverändert. Eine Schmerztherapeutin mit multimodalem bzw. psychosomatischem Ansatz gäbe es in der Hausarzt Praxis. Falls die weiteren Ansätze nicht hilfreich sein sollten, bestehe auch noch die Möglichkeit, die psychosomatische Tagesklinik am Spital G. _____ zu besuchen. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin ja

auch nach wie vor mit drei kleineren Kindern recht gebunden. Ein weiterer Kontrolltermin sei nicht vereinbart (act. II 111 S. 19).

3.1.4 In der Aktenbeurteilung vom 21. August 2024 (act. II 77.2) zu Handen eines weiteren Taggeldversicherers diagnostizierte Dr. med. L._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisch lumbales und lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 und S1 Wurzel links sowie persistierende Fuss- und Grosszehenheberschwäche links bei elektrophysiologisch nicht nachweisbarer Radikulopathie bei Status nach Revisionsoperation mit Re-Sequestrektomie und Rezessotomie LWK4/5 beidseits vom 25. August 2023, Status nach mikrochirurgischer Rezessotomie LWK4/5 rechts und Duranaht vom 14. August 2023 und Discushernie L4/5 rechts (ICD-10 M54.16, ME84.20). Es lägen laut Aktenlage keine Nebendiagnosen vor (act. II 77.2 S. 3). Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit könne zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht eingeschätzt werden. Nach dem behandelnden Wirbelsäulenspezialisten und des beurteilenden Neurologen liege ein glaubhaft undulierendes Leistungsvermögen vor. Es scheine zudem ein psychosoziales Problem vorzuliegen (belastende Familiensituation bzgl. Kinderbetreuung, Druck durch eingeschränkt mögliche Selbstständigkeit, Existenzangst, Termindruck durch Kunden, etc.), was die Schmerzsituation negativ beeinflusse. Nach Einschätzung der Spezialisten werde ein mechanischer lumbaler Konflikt vermutet, was paradoxerweise weder durch eine neurologische Ausmessung der Nerven noch radiologisch objektivierbar sei, so dass auch keine Operationsindikation vorliege. Die beruflichen Anforderungen mit langem Sitzen und konzentriertem Denken/Handeln seien schmerzbedingt so kaum erfüllbar. Da die genaue Schmerzursache zum aktuellen Zeitpunkt unklar bleibe, sei eine zielgerichtete Therapie kaum möglich. Das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin sei durch die glaubhaft bestehenden Beschwerden sehr eingeschränkt, unduliert je nach Tagesform und werde wahrscheinlich auch durch eine psychosoziale Belastungssituation negativ beeinflusst. Die Schmerzursache könne nicht objektiviert werden, neurologisch beständen keine relevanten Auffälligkeiten, ebenso liessen sich im MRT der HWS, BWS und LWS keine die Beschwerden erklär- und objektivierbare Befunde oder Pathologien nachweisen. Es scheine eine chronifizierte lumbale

Schmerzproblematik zu bestehen, die initial durch eine objektivierbare Discushernie auf Höhe L4/5 rechts (!) ihren Anfang genommen habe. Nach zweimaliger Operation und anschliessend linksseitig auftretenden radikulopathieähnlichen Symptomen sei die Beschwerdeführerin weiterhin stark symptomatisch und leistungseingeschränkt (act. II 77.2 S. 4). Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit, die vom Gutachter aktuell wie von der Hausärztin, als auch vom Wirbelsäulenspezialisten bei ca. 80 % eingeschätzt würden. Die initialen Befunde seien unverändert (act. II 77.2 S. 5).

3.1.5 Im Bericht des Spitals G._____ vom 5. Dezember 2024 wurde als Diagnose neuropathische chronische Schmerzen mit/bei lumbosakral mit Ausstrahlung in Beinrückseite bis in die Fusssohle links, Verdacht auf Radikulopathie S1 links DD pseudoradikulär, mikrochirurgischer Sequestrektomie LWK4/5 rechts am 14. August 2023 und mikrochirurgischer Re-zessotomie LWK4/5 links und Re-Sequestrektomie LWK4/5 rechts am 25. August 2023 vermerkt (act. II 81 S. 1). Zusammengefasst präsentiere die Beschwerdeführerin persistierende, inzwischen chronische lumbosakrale Rückenschmerzen sowie neuropathisch anmutende Beschwerden im linken Bein (brennende Dysästhesien, Kribbelparästhesien), welche am ehesten dem Dermatome L5 und S1 entsprächen. MR-radiologisch zeige sich diesbezüglich kein Korrelat. Es beständen zum aktuellen Zeitpunkt keine chirurgischen Therapieoptionen. Empfohlen werde die Fortführung der konservativen Therapiemassnahmen. Die Beschwerdeführerin fühle sich zum Konzept der Neuromodulation mittels SCS (Spinal Cord Stimulation) noch nicht bereit und möchte zunächst alle weiteren Therapieoptionen zusammen mit der behandelnden Schmerztherapeutin sowie der Hausärztin ausschöpfen (act. II 81 S. 2).

3.1.6 Im Bericht des Spitals G._____ vom 8. Januar 2025 wurde als Diagnose neuropathische chronische postoperative Schmerzen genannt (act. II 90 S. 2 ff.). Die Beschwerdeführerin berichte, dass Ibuprofen bei starken Schmerzen wirksam sei und in Reserve eingenommen werde. Ein kürzlich durchgeführter Schwangerschaftstest sei positiv gewesen. Aktuell ständen Rückenschmerzen im Vordergrund, die sich bei starren Haltungen verschlimmert. Ein konstantes Brennen im Bein bleibe bestehen. Die Beschwerdeführerin zeige eine stabile Schmerzsituation mit persistieren-

den Beschwerden, die multidisziplinär adressiert würden. Eine Verlaufskonsultation sei nicht vereinbart worden (act. II 90 S. 3).

3.1.7 Im Bericht der J. _____ AG vom 5. März 2025 erwähnte PD Dr. med. M. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nach Vermerk der Diagnosen voluminöse Diskushernie LWK4/5 mit konsekutiver absoluter Spinalkanalstenose, ED 13.08.2023 mit/bei (...), und postoperativer Harnverhalt am 14. August 2023 ([...]; act. II 111 S. 16), insgesamt müsse konstatiert werden, dass eine signifikante Verbesserung, bei wahrscheinlich intraoperativer Nervenschädigung, nicht mehr zu erwarten sei. Aus wirbelsäulenmedizinischer Sicht sollte die von der Hausärztin attestierte Arbeitsunfähigkeit von 80 % bei der Beurteilung der IV-Rente sinnvollerweise berücksichtigt werden. Mit diesem Pensum sei die Beschwerdeführerin mehr oder weniger arbeitsfähig, eine Steigerung sei nur schwerlich vorstellbar. Insgesamt wäre ein polydisziplinäres Gutachten angezeigt (act. II 111 S. 17).

3.1.8 Im Gutachten der MEDAS E vom 26. September 2025 (act. II 139.1 ff.) – basierend auf Untersuchungen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie und Neurologie – wurden in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 139.1 S. 9 f. Ziff. 4.3 lit. b):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5/Z98.8)
 - Status nach mikrochirurgischer Sequestrektomie LWK4/5 von rechts am 14. August 2023 bei paramedianem Massenprolaps LWK4/5 rechts (...)
 - Status nach Revision der interlaminären Fensterung LWK4/5 rechts, Re-Sequestrektomie und erneuter Duranaht sowie interlaminärer Fensterung LWK4/5 links, Freilegung der Nervenwurzel L5 links und Dekompression rezessal und foraminal am 25. August 2023 (...)
 - radiologisch tieflumbal mässige Spondylarthrosen sowie Diskushernie LWK5/SWK1 mit linksseitiger foraminaler Verengung (MRI 9. Mai 2025)
 - neurologisch ohne sichere radikuläre Ausfallsymptomatik (ICD-10 M54.9)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
- Verdacht auf postpunktionellen Kopfschmerz (ICD-10 G 44.8)
- Adipositas WHO Grad I (ICD-10 E66.9)
 - BMI 31.3 kg/m² (Gewicht 98 kg, Grösse 177 cm)
- Latente hypothyreotische Stoffwechsellage (ICD-10 E03)

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, aus Sicht des Bewegungsapparates liessen sich die geklagten Beschwerden durch die vorliegenden Befunde nicht vollständig begründen. Nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck bei Diskopathie des lumbosakralen Übergangs. Die etwas diskrepante klinische Präsentation lasse an eine nicht-organische Beschwerdekomponekte denken. Die im Alltag höhergradig geltend gemachten Einschränkungen seien nicht vollständig nachvollziehbar. Aus neurologischer Sicht habe sich die angegebene Schmerzsymptomatik in der Untersuchungssituation nicht widerspiegelt und die im Alltag erwähnten Einschränkungen seien neurologisch nicht begründbar. Aus psychiatrischer Sicht bildeten sich im psychopathologischen Befund nur geringe Auffälligkeiten ab, dies habe im Wesentlichen in Übereinstimmung mit der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin gestanden. Hinweise auf Simulation oder Aggravation hätten sich nicht gefunden. Aus allgemeininternistischer Sicht hätten sich Hinweise auf Verdeutlichungstendenzen gefunden, jedoch keine auf Inkonsistenzen, Aggravation oder gar Simulation (act. II 139.1 S. 9 Ziff. 4.2).

Aus Sicht des Bewegungsapparates finde sich ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie der Verdacht auf Schmerzausweitung. Es bestehe ein leicht erhöhter Pausenbedarf. Körperlich schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten wie auch Arbeiten, welche häufig wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg sowie die längerdauernde Einnahme von Zwangshaltungen des Rumpfes beinhalteten, sollten vermieden werden. Aus neurologischer Sicht bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom des unteren Rückens ohne sichere radikuläre Ausfallsymptomatik bei Status nach mehrfacher Rückenoperation und der Verdacht auf einen postpunktionellen Kopfschmerz. Körperlich schwere und mittelschwere Arbeiten seien nicht mehr möglich. Die kognitiven Fähigkeiten seien erhalten und motorisch ergäben sich keine Einschränkungen. Aus psychiatrischer Sicht könne eine chronische Schmerzstörung mit somati-

schen und psychischen Faktoren und aus allgemeininternistischer Sicht die Diagnosen Adipositas WHO Grad I, latente hypothyreotische Stoffwechsellage und anamnestisch Allergien auf Kiwi, Ananas und Birke festgestellt werden, welche zu keinen Funktionseinschränkungen führten (act. II 139.1 S. 9 Ziff. 4.3 lit. a).

Aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wie auch in einer anderen körperlich leichten adaptierten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 90 % aufgrund eines leicht erhöhten Pausenbedarfs (act. II 139.1 S. 10 Ziff. 4.5). Aus neurologischer Sicht bestehe in der aktuellen wie auch in einer anderen körperlich leichten Tätigkeit unter Wechselbelastung eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer und allgemeininternistischer Sicht beständen in der Tätigkeit im eigenen ... wie auch in einer anderen körperlich – mittelschweren Verweistätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. Somit könne aufgrund der durchgeführten Untersuchungen und insbesondere der Beschwerdevalidierungen, entgegen den Angaben diverser Behandler, welche sich primär auf die subjektiven Beschwerdeangaben stützten, in leichten, adaptierten Tätigkeiten, was auch der Angestammten entspreche, keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit zugeordnet werden, auch nicht retrospektiv nach Ablauf der postoperativen Phase. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine leichte Einschränkung von 10 % aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs bzw. insgesamt eine Arbeitsfähigkeit von 90 %. Eine optimal angepasste Tätigkeit sei eine leichte Tätigkeit unter Wechselbelastung. Dabei sollte das wiederholte Heben und Tragen von Lasten von über 5 kg sowie die längerdauernde Einnahme von Zwangshaltungen des Rumpfes vermieden werden. In einer solchen Tätigkeit bestehe eine leichte Einschränkung von 10 % aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs bzw. insgesamt eine Arbeitsfähigkeit von 90 %. Nach einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von 100 % für sämtliche Tätigkeiten nach den am 14. und 25. August 2023 erfolgten Rückeneingriffen könne von diesem Leistungsprofil seit Januar 2024 ausgegangen werden (act. II 139.1 S. 11 Ziff. 4.6 f.).

3.1.9 In der hausärztlichen Stellungnahme vom 17. November 2025 (act. II 150 S. 10 f.) berichtete Dr. med. N._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, sie teile die gutachterliche Ansicht, dass sich die

Beschwerden durch die vorliegenden Befunde im Bereich des Bewegungsapparates nicht vollständig begründen liessen. Es bestehe jedoch eine klare und von mehreren Seiten erwähnte und diagnostizierte Schmerzausweitung im Sinne eines chronischen Schmerzsyndroms des unteren Rückens. Die daraus hervorgehende Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, welche fachärztlich habe bestätigt werden können, vermöge die Beschwerden nicht hinreichend zu erklären. Sie teile grundsätzlich die gutachterliche Meinung zum Zumutbarkeitsprofil, die daraus abgeleitete Einschränkung von 10 % Arbeitsunfähigkeit könne sie hingegen nicht nachvollziehen. Aktuell könne die Beschwerdeführerin an Tagen, an denen es ihr sehr gut gehe, maximal einen halben Arbeitstag am Stück im Büro anwesend sein und müsse während dieser Zeit regelmässig halb- bis viertelstündliche Pausen einlegen, da bei längerer sitzender oder stehender Tätigkeit unmittelbar starke Beschwerden auftraten. Die Beschwerdeführerin müsse dann die Arbeitstätigkeit unterbrechen und Körperübungen durchführen, um Verspannungszustände zu lösen. Halte sie die Pausen nicht strikte ein, komme es an den nächsten Tagen zu vermehrten Beschwerden, die einen Arbeitseinsatz verunmöglichten (act. II 150 S. 10). Am 20. November 2025 attestierte die Hausärztin eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % vom 29. November bis 31. Dezember 2025 (act. II 150 S. 12).

3.1.10 Im Bericht des Spitals G. _____ vom 21. November 2025 über die telefonische Sprechstunde desselben Tages wurden neuropathische chronische postoperative Schmerzen diagnostiziert (act. II 150 S. 13). Die Beschwerden persistierten trotz Revisionen. Neben den neuropathischen Beinschmerzen beständen belastungsabhängige lumbale und narbennahe nozizeptive Beschwerden. Psychosoziale Faktoren wie finanzielle Belastungen und der chronische Verlauf verstärkten das Schmerzgeschehen zusätzlich. Insgesamt zeige sich ein komplexes, chronisches Schmerzbild mit eingeschränkter funktioneller Leistungsfähigkeit. Die Symptomatik zeige eine Chronifizierung mit zunehmender funktioneller Einschränkung und belastungsabhängigen Schmerzexazerbationen. Aufgrund der bestehenden chronischen S1-Radikulopathie, der persistierenden neuropathischen Schmerzkomponenten sowie der eingeschränkten Belastbarkeit sei kurzfristig nicht mit einer vollständigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

zu rechnen (act. II 150 S. 14). Mittelfristig sei bei konsequenter multimodaler Therapie eine Stabilisierung möglich. Eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitsfähigkeit über das aktuelle 20%Pensum hinaus sei jedoch derzeit unsicher. Eine vollständige berufliche Reintegration erscheine zum aktuellen Zeitpunkt nur eingeschränkt realistisch (act. II 150 S. 15).

3.1.11 In der Stellungnahme der MEDAS E vom 11. Dezember 2025 führten die Gutachter aus, beim Bericht des Spitals G._____ handle es sich um eine telefonische Sprechstunde, womit dieser die subjektiven anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin zugrunde lägen und keine weiteren objektivierbaren Befunde. Inhaltlich entspreche dieser Bericht den früheren Berichten, so im Januar 2025, welcher bereits im Gutachten kommentiert worden sei. Die Angaben zur Arbeitsfähigkeit wirkten vermutet und seien nicht mit neuen Argumenten hinterlegt. Es falle auch auf, dass der Bericht nach telefonischer Konsultation kurze Zeit nach dem abweisenden Vorbescheid erfolgt sei, ohne dass ein aktueller medizinischer Grund für die Konsultation vorgelegen habe (act. II 153 S. 2). Zur hausärztlichen Einschätzung sei hinsichtlich der zeitlichen Abfolge gleiches zu vermerken. Auch die hausärztliche Einschätzungen seien bereits beim Gutachten bekannt gewesen. Neue Argumente seien dem Bericht vom 17. November 2025 auch nicht zu entnehmen. Wieder stütze sich die Hausärztin darauf ab, was die Beschwerdeführerin angebe, was sie könne, und gebe dann diese Selbsteinschätzung als objektive Arbeitsfähigkeit wieder. Dem Schreiben der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin könne nicht genau entnommen werden, was denn die von ihr monierten Widersprüchlichkeiten im Gutachten sein sollten. Es sei mehr der Wunsch nach einer anderen Beurteilung herauszulesen, als dass die gutachterlich formulierte Beurteilung als falsch habe überführt werden können. Zusammenfassend könne nach Durchsicht der Rechtsschrift und der beigelegten medizinischen Berichte mangels neuer Gesichtspunkte, Befunde oder Diagnosen und bei nicht plausibilisierten Widersprüchen am bestehenden Gutachten vollumfänglich festgehalten werden (act. II 153 S. 3).

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 Kennt-

nis 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 Das der angefochtenen Verfügung vom 7. Januar 2026 (act. II 154) zugrunde liegende polydisziplinäre Gutachten der MEDAS E vom 26. September 2025 (act. II 139.1) einschliesslich dessen Teilgutachten (act. II 139.3-6) und die ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 11. Dezember 2025 (act. II 153 S. 2 f.) erfüllen die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung (vgl. E. 3.2 hiavor) und überzeugen. Die Beschwerdeführerin wurde polydisziplinär umfassend untersucht, wobei den Gutachter sämtliche einschlägigen medizinischen Akten vorlagen. Sie legten die gestellten Diagnosen sowie die daraus resultierende Folgenabschätzung einlässlich und begründet dar; die einzelnen Teilgutachten fanden dabei Eingang in die abschliessende Konsensbeurteilung (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224; vgl. E. 2.2 hiavor). Dass die MEDAS E-Gutachter bei der Folgenabschätzung zu einer Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit gelangten, die von der subjektiven Einschätzung der Beschwerdeführerin (vgl. act. II 34 S. 2) sowie von den Berichten der behandelnden Ärzte – welche deren Selbsteinschätzung unkritisch (act. II 128 S. 1 f., 132 S. 3 f., 150 S. 10 f. und S. 13 f.; vgl. dazu

BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281) sowie teilweise advokatorisch (vgl. act. II 92, 95, 111 S. 17; vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_532/2024 vom 26. Juni 2025 E. 4.2 mit Hinweis) bestätigen – abweicht, vermag keine Zweifel am Gutachten zu wecken. So legten die Gutachter überzeugend begründet dar, dass für die von der Beschwerdeführerin fortwährend reklamierten hohen Arbeitsunfähigkeit und Einschränkung im Alltag aufgrund der erfolgten klinischen Untersuchung, der Akten und der teilweise beschriebenen Inkonsistenzen keine hinreichend objektivierbaren Korrelate bestehen und sich auch sonst keine genügende Plausibilisierung finde (act. II 139.1 S. 9 Ziff. 4.2, 139.3 S. 8 f. Ziff. 6; vgl. dazu BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297). Die Gutachter wiesen denn auch ausdrücklich darauf hin, dass die im Wesentlichen auf die subjektiven Beschwerdeangaben abstellenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit durch die Behandler in den medizinischen Befunden keine Stütze finden und daher nicht nachvollziehbar bzw. begründet sind (vgl. act. II 139.1 S. 9 Ziff. 4.2, 139.5 S. 8 Ziff. 6.2.2, 139.6 S. 6). Die medizinische Folgenabschätzung weist zudem eine hohe Variabilität auf und die Gutachter verfügen bei der Festsetzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit über einen beachtlichen Ermessensspielraum (vgl. etwa BGE 145 V 361 E. 4.1.2 S. 365 mit Hinweisen; Urteile des BGer 8C_720/2020 vom 8. Januar 2021 E. 5.2 mit Hinweisen und 9C_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.3). Vorliegend bestehen weder aufgrund der übrigen (medizinischen) Akten noch den Ausführungen der Beschwerdeführerin konkrete Anhaltspunkte dafür, dass die gutachterliche Folgenabschätzung auf einer unvollständig erhobenen medizinischen Grundlage oder anderweitig nicht lege artis erfolgt wäre (vgl. zudem Urteil des BGer 9C_188/2025 vom 31. Juli 2025 E. 6.4 mit Hinweisen). Im Übrigen ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte, sondern auch für spezialärztlich tätige Medizinalpersonen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; Urteil des BGer 8C_164/2021 vom 3. Mai 2021 E. 3.2.1; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 78, 8C_616/2014 E. 5.3.3.3). Ebenso wenig vermag die erneute Schwangerschaft (vgl. Beschwerde S. 11 lit. b Ziff. Rz. 23) die gutachterliche Beurteilung in Frage zu stellen, da die attestierte Arbeitsfähigkeit nicht unter dem Vorbehalt bestimmter medizinischer Massnahmen erfolgte (act. II 139.1

S. 12 Ziff. 4.8, 139.5 S. 12 Ziff. 8.3), welche mit einer Schwangerschaft unvereinbar wären (vgl. act. II 128 S. 2). Dass sich aufgrund der Schwangerschaft anderweitige massgebende neue medizinische Aspekte ergeben würden, welche die Aktualität des Gutachtens tangierten, ist weder ersichtlich noch wurde dies von der Beschwerdeführerin geltend gemacht.

3.3.2 Was namentlich die gutachterlich-psychiatrische Beurteilung bzw. das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS E anbelangt, legte der zuständige Gutachter im Rahmen der diagnostischen Einordnung überzeugend dar, dass aufgrund des weitgehend unauffälligen psychopathologischen Untersuchungsbefundes (act. II 139.4 S. 6 f. Ziff. 4.3) – übereinstimmend mit der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin (vgl. act. II 139.4 S. 2 f. Ziff. 3.2 und S. 8 Ziff. 6.2.1, 139.1 S. 9 Ziff. 4.2) – zwar die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41) vergeben werden könne, aus psychiatrischer Sicht hieraus jedoch keine höhergradige bzw. massgebende Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit resultiert (act. II 139.4 S. 8 Ziff. 6.3, 139.1 S. 9 Ziff. 4.3). Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (S. 5 f. Rz. 10 ff.) ist darin kein Widerspruch zu erblicken. Die blossе Stellung einer entsprechenden Diagnose lässt nicht per se auf das Bestehen oder das (bestimmte) Ausmass einer Arbeitsunfähigkeit schliessen (BGE 145 V 215 E. 6.1 S. 227, 143 V 418 E. 6 S. 426; vgl. Urteil des BGer 9C_169/2021 vom 16. Juni 2021 E. 4.3.2). Diagnostik und Folgenabschätzung sind auseinanderzuhalten. Den Akten sind keine davon abweichenden Diagnosen bzw. Einschätzungen zu entnehmen, die fachärztlich-psychiatrisch anhand eines anerkannten Klassifikationssystems sowie unter Berücksichtigung der normativen Beweisthemen gemäss BGE 141 V 281 hergeleitet wurden und geeignet wären Zweifel an der psychiatrisch-gutachterlichen Beurteilung zu wecken. Insbesondere ergeben sich weder aus dem Sprechstundenbericht des Assistenzpsychologen Dr. rer. nat. O._____ am Spital G._____ vom 16. Juni 2025 (act. II 128 S. 1 f.) noch aus der Stellungnahme der Hausärztin Dr. med. N._____ vom 17. November 2025 (act. II 150 S. 10 f.) wesentliche neue Aspekte, welche im psychiatrischen Teilgutachten unerkannt bzw. ungewürdigt geblieben wären (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). Nicht anders verhält es sich hinsichtlich des

Berichts des Spitals G._____ vom 21. November 2025 (act. II 150 S. 13 ff.) und dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichts derselben Behandlungsstelle vom 12. Dezember 2025 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 6). Bezugnehmend auf Ersteren führten die Gutachter der MEDAS E überzeugend aus, dass dieser inhaltlich den früheren Berichten entspreche, so insbesondere demjenigen vom Januar 2025 (vgl. act. II 90 S. 2 ff.), welcher im Gutachten bereits gewürdigt worden sei (act. II 153 S. 2). Dies trifft ebenso auf den Bericht vom Dezember 2025 zu, bei dem im Übrigen bezeichnenderweise keine weitere Verlaufskonsultation vereinbart wurde. Ausserdem ist in diesem Zusammenhang auch zu beachten, dass eine fachärztliche Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nur gestützt auf eine ebenfalls fachärztlich abweichende Beurteilung entkräftet werden könnte (BGE 151 V 258 E. 4.3 S. 261), wobei eine solche nicht vorliegt.

Die Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens nach Massgabe von BGE 141 V 281 und 143 V 209 ist mangels eines erstellten psychischen Gesundheitsschadens mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 139.4 S. 9 Ziff. 8) nicht erforderlich (vgl. BGE 145 V 215 E. 7 S. 228 und E. 3.3 hiavor). Aus einer Indikatorenprüfung könnte überdies keine höhere Arbeitsunfähigkeit als die medizinisch attestierte resultieren (vgl. Urteil des BGer 9C_486/2024 vom 14. April 2020 E. 4.2.2.3).

3.3.3 Hinsichtlich der gutachterlich-orthopädischen Beurteilung bzw. das orthopädische Teilgutachten der MEDAS E begründete der zuständige Gutachter die von ihm vertretene Diagnostik und Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit im zeitlichen Verlauf überzeugend und insbesondere in Auseinandersetzung mit den – im Wesentlichen lediglich hinsichtlich der Schlussfolgerungen betreffend die funktionelle Leistungsfähigkeit – divergierenden medizinischen Akten (vgl. act. II 139.5 S. 8 ff.). Dabei legten der orthopädische Gutachter wie auch nachfolgend die Gutachter in der Konsensbeurteilung bzw. der ergänzenden im Vorbescheidverfahren eingeholten Stellungnahme dar, dass die von der Beschwerdeführerin fortwährend geltend gemachte hochgradige Einschränkung im Alltag und der Arbeitsfähigkeit aufgrund der objektivierbaren Befunde lediglich teilweise nachvollzogen werden kann, während die durch die Behandler (nicht zu-

letzt aufgrund ihrer spezifischen Rolle und Funktion; vgl. E. 3.3.1 hiavor) attestierte hochgradige Arbeitsunfähigkeit sich letztlich im Wesentlichen auf den vorliegend nicht massgebenden subjektiven Beschwerdevortrag stützt (vgl. act. II 139.1 S. 9 ff. Ziff. 4.2 und 4.5, 139.5 S. 8 ff. Ziff. 6.2, 153 S. 2 f.).

Des Weiteren handelt es sich bei der von der Beschwerdeführerin angerufenen Einschätzung des Vertrauensarztes des Taggeldversicherers vom 21. August 2024 (Beschwerde S. 11 lit. c Rz. 25) um eine blossе Aktenbeurteilung. Nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung stellt im Bereich von Gesundheitsschäden an der Wirbelsäule bzw. bei Rückenleiden die klinische Untersuchung die wichtigste und feinste Prüfung dar (Urteil des BGer 8C_431/2024 vom 16. Dezember 2024 E. 6.3.2). Da eine reine Aktenbeurteilung naturgemäss nicht auf einer eigenen klinischen Exploration beruht, ist sie vorliegend bereits deshalb nicht geeignet, den Beweiswert der gutachterlich-orthopädischen Beurteilung zu erschüttern. Unter diesen Umständen war damit die gutachterliche Würdigung der medizinischen Akten entgegen der Beschwerde (S. 11 f. Rz. 25 ff.) ausreichend; eine weitergehende Auseinandersetzung war nicht erforderlich (vgl. Urteil des BGer 9C_256/2020 vom 10. Juni 2020 E. 3.2.2).

Hinsichtlich der zumutbaren Arbeitsfähigkeit führte der orthopädische Gutachter aus, dass eine Arbeitsfähigkeit von 90 % bei ganztägigem Pensum mit um 10 % reduzierter Leistungsfähigkeit besteht (act. II 139.5 S. 11 Ziff. 8). Diese Angabe ist nicht widersprüchlich (Beschwerde S. 11 lit. c Rz. 24), bringt sie doch unmissverständlich zum Ausdruck, dass ein ganztägiges Pensum (entsprechend 100 %) zumutbar ist, wobei eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von 10 % besteht, resultierend in einer gesamthaften medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 90 %. Dies geht denn auch aus der Begründung der Gesamtarbeitsfähigkeit in der interdisziplinären Konsensbeurteilung vom 26. September 2025 hervor (act. II 139.1 S. 10 f. Ziff. 4.5 f.).

3.3.4 Zusammenfassend bilden das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS E vom 26. September 2025 (act. II 139.1) einschliesslich dessen Teilgutachten (act. II 139.3-6) und die ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 11. Dezember 2025 (act. II 153 S. 2 f.) eine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung des anspruchsrelevanten medizinischen Sachverhal-

tes. Der medizinische Sachverhalt ist hinreichend abgeklärt, weshalb für weitere (medizinische) Beweisvorkehrungen (Beschwerde S. 2 Ziff. 3 und 4) kein Anlass besteht (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. 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). Gestützt auf die beweiskräftigen Beurteilungen der MEDAS E ist damit von einer im Wesentlichen orthopädisch begründeten vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit zwischen August und Dezember 2023 bzw. von einer vollschichtig umsetzbaren Arbeitsfähigkeit mit einer 10%igen Leistungsminderung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... bzw. als ... oder einer anderweitigen körperlich leichten wechselbelastenden Tätigkeit ab Januar 2024 auszugehen (vgl. act. II 139.1 S. 10 f. Ziff. 4.5-4.7).

4.

4.1 Ein Anspruch auf eine IV-Rente nach Art. 28 IVG setzt voraus, dass die Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % trotz zumutbarer Eingliederungsmassnahmen bestehen bleibt und eine einjährige Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich 40 % vorangegangen ist. Der Rentenanspruch entsteht frühestens sechs Monate nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs gemäss Art. 29 IVG (vgl. E. 2.4 hiavor).

Ausgehend von der Anmeldung zum Leistungsbezug im Februar 2024 (act. II 7) und einer ausgewiesenen (vorübergehenden höhergradigen) Arbeitsunfähigkeit ab dem 10. August 2023 (vgl. act. II 4, 139.1 S. 10 f. Ziff. 4.6; vgl. E. 3.3.4 hiavor) ist der Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns der 1. August 2024 (vgl. Art. 29 Abs. 1 und Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Mit der bereits ab Januar 2024 wieder bestandenen Arbeitsfähigkeit von 90 % in den angestammten bzw. damit vergleichbaren Tätigkeiten (act. II 139.1 S. 10 f. Ziff. 4.5-4.7; vgl. E. 3.3.4 hiavor) besteht von vornherein kein Rentenanspruch, da im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns von August 2024 – unabhängig davon, ob das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) in diesem Zeitpunkt überhaupt rechnerisch erfüllt gewesen wäre – offenkundig keine Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % bestanden hat (BGE 148 V 397 E. 5.3 S. 403).

4.2 Ein Anspruch auf berufliche Massnahmen der IV besteht vorliegend ebenfalls nicht. Gründe für eine Umschulung (Art. 17 IVG) ergeben sich weder aus der Art des Gesundheitsschadens noch der daraus resultierenden geringfügigen Einschränkung; eine gesundheitsbedingte Erwerbseinkünfte von rund 20 % (vgl. BGE 130 V 488 E. 4.2 S. 490) ergibt sich angesichts der wiedererlangten medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 90 % sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit (act. II 139.1 S. 10 f. Ziff. 4.5-4.7) nicht. Die Beschwerdeführerin verfügt über gute berufliche Qualifikationen (vgl. act. II 127 S. 2 f.) und kann weiterhin auf diese Ressourcen zugreifen. Sie ist damit in der Lage, auch in einer adaptierten Tätigkeit in etwa den bisherigen Verdienst zu erzielen zu, womit eine Umschulung nicht nötig ist (SVR 2016 IV Nr. 10 S. 30, 8C_423/2015 E. 4.2). Die Beschwerdeführerin ist, wie bereits erwähnt, medizinisch-theoretisch sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit zu 90 % arbeitsfähig und unter anderem Besondere Umstände (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] I 427/05 vom 24. März 2006 E. 4.1; SVR 2021 IV Nr. 9 S. 25, 9C_329/2020 E. 3.2.3), welche gleichwohl einen Bedarf an Arbeitsvermittlung durch die IV zu begründen vermöchten, sind auch unter Berücksichtigung des bestehenden Gesundheitsschadens weder ersichtlich, noch werden solche dargetan. Der Beschwerdeführerin steht aufgrund des Zumutbarkeitsprofils die angestammte Tätigkeit weiterhin offen, womit weder ein Bedarf noch ein Anspruch auf Berufsberatung durch die IV (Art. 15 IVG) besteht. Für Integrationsmassnahmen i.S.v. Art. 14a IVG sind schliesslich die spezifischen Anspruchsvoraussetzungen offensichtlich nicht gegeben (vgl. BGE 137 V 1 E. 7.2.1 ff. S. 10 ff.).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 7. Januar 2026 (act. II 154) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

6.1 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.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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):
 - Rechtsanwältin M^{Law} B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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