

BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2024 547 vom 19. Februar 2026

BE Verwaltungsgericht, 2026-02-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2024_547

FR: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2024 547 du 19 février 2026

IT: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2024 547 del 19 febbraio 2026

Erwägungen

E. 1.1

Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom

E. 1.2

Anfechtungsobjekte bilden die zwei Verfügungen vom 19. Juli 2024 (act. II 245). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 5 - IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbe- fugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; SVR 2019 IV Nr. 32 S. 99, 9C_431/2018 E. 3.2; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Streitig und zu prüfen ist demnach der Anspruch auf eine Invalidenrente unter Einschluss der vom 1. Juni 2022 bis 31. Juli 2023 zu- gesprochenen Rente von 61 % einer ganzen Rente sowie die für den Zeit- raum vom 1. Juni 2022 bis 28. Februar 2023 zugesprochene Kinderrente für die Tochter D._____.

E. 1.3

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

E. 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 2.1.1 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, geisti- gen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Be- handlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 2.1.2 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 so- wie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Be- fundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchti-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 6 - gung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429). 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 IV-Grad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem IV-Grad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem IV-Grad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem IV-Grad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG. Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. 2.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des IV-Grades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Danach wird für die Bestimmung des IV-Grades 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

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 7 - erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. 2.4 Um den IV-Grad 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). 2.5 2.5.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen IV-Grades 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]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 184). 2.5.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des IV-Grades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie

fest, dass der IV-Grad 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; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117, I 822/06 E. 2.1).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 8 - 2.5.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad 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 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 83, 9C_357/2019 E. 3). 2.5.4 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – 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). 2.5.5 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).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 9 - 2.6 2.6.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der IV-Grad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (lit. a) oder auf 100 % erhöht (lit. b). 2.6.2 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 150 V 67 E. 4.3.2 S. 70, 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2020 IV Nr. 70 S. 243, 8C_132/2020 E. 4.2.2). 3. 3.1 Die

Beschwerdegegnerin ist auf die im Oktober 2021 eingegangene Neuanschuldung (act. II 161) eingetreten und hat über den Leistungsanspruch materiell befunden, 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 30. März 2021 (act. II 146) und den hier angefochtenen Verfügungen vom 19. Juli 2024 (act. II 245) eine potenziell anspruchrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist (vgl. E. 2.5.3 f. hiervor). 3.2 Bei Erlass der Verfügung vom 30. März 2021 (act. II 146) stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das polydisziplinäre, die Fachdisziplinen der Psychiatrie, Allgemeinen Inneren Medizin, Neurologie sowie Rheumatologie umfassende Gutachten der MEDAS vom 17. August 2020 (act. II 135.1 - 135.6), in welchem inter-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 10 - disziplinär die folgenden Diagnosen mit bzw. ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden (act. II 135.1 S. 4 Ziff. 4.2): - Nackenschmerzen bei Diskopathie C4 - C5, C5 - C6 mit medianer Bandscheibenprotrusion C4 - C5 und C5 - C6, ohne Konflikt zwischen Bandscheibe und Nervenwurzel (ICD-10 M51.3); - Schmerzen in der rechten Schulter bei einer Tendinitis des Musculus supraspinatus mit leichter akromioklavikulärer Arthrose (ICD-10 M75.1); - Fibromyalgie; - Moderate Arthrose des Akromioklavikulargelenks mit leichter subakromioklavikulärer Bursitis der linken Schulter bei normaler klinischer Untersuchung; - Halswirbelsäulen (HWS)-Distorsion, S134, nach einem Unfall im April 2018; - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4); - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01); - Exogene Adipositas (ICD-10 E66). Aus allgemeininternistischer und neurologischer Sicht wurde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt (act. II 135.3 S. 6 f. Ziff. 8, 135.4 S. 5 Ziff. 8). Als rheumatologische Funktionseinschränkungen wurden kein Heben von Lasten über 5 kg vom Boden, kein Tragen von Lasten nah am Körper über 10 kg, keine repetitiven Bewegungen in Rotation, keine erzwungene Beugung oder Streckung der HWS, keine Belastungen der rechten Schulter, keine Armbewegungen nach vorne gestreckt oder seitlich weg und keine längeren Bewegungen der Arme in die Luft genannt. Bezüglich der psychischen Funktionseinschränkungen wurde ausgeführt, dass die Flexibilität, die Fähigkeit zur Veränderung und zur Mobilisierung der Kompetenzen und Kenntnisse vermindert seien, ebenso wie die Widerstands- und Ausdauerfähigkeit (act. II 135.1 S. 5 Ziff. 4.3). Die Gutachter kamen interdisziplinär zum Schluss, es bestehe aus rheumatologischer Sicht in einer leidensangepassten Tätigkeit seit jeher eine 100%ige Arbeitsfähigkeit und aus psychiatrischer Sicht seit Januar 2019 eine solche von 50 % (act. II 135.1 S. 5 Ziff. 4.8). Die vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... in der ... sei einerseits rheumatologisch aufgrund von Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in beide oberen Gliedmassen, vor allem rechts, und andererseits psychiatrisch aufgrund von Funkti-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 11 - onseinschränkungen durch die Depression begründet (act. II 135.1 S. 6 Ziff. 4.9). In der Verfügung vom 30. März 2021 (act. II 146) ging die Beschwerdegegnerin aus somatischer Sicht von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus (act. II 146 S. 1); aus psychiatrischer Sicht seien die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen anhand der

Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt (act. II 146 S. 2 f.). 3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 30. März 2021 (act. II 146) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.3.1 Im Bericht der Gemeinschaftspraxis E. _____ vom 29. Januar 2021 (act. II 178) wurden als Hauptdiagnosen moderate Knick-/Senk-/Spreizfüsse mit beginnendem Hallux valgus und Metatarsalgien, rechts mehr als links, ein Sinus-tarsi-Syndrom, eine Plantarfasziitis beidseits sowie ein Verdacht auf eine beginnende Polyneuropathie und als Nebendiagnosen ein therapierefraktäres zervikobrachiales Syndrom, ein Fibromyalgiesyndrom, eine chronische Depression (in psychiatrischer Behandlung), eine Somatisierungsstörung (Spital F. _____) sowie eine Epikondylitis humero radialis rechts genannt. Seit mehreren Jahren bestünden Fussbeschwerden beidseits, seit einem Jahr zunehmend (act. II 178 S. 1). Es liegen diverse zusammenwirkende Probleme mit recht diffus sich auswirkendem Beschwerdebild vor (act. II 178 S. 2).

3.3.2 Im Bericht von Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, vom 20. Dezember 2021 (act. II 177 S. 3 f.) wurden eine chronisch obstruktive Pneumopathie mit Husten, ein persistierender Nikotinabusus, ein schweres, obstruktives Schlafapnoesyndrom (Erstdiagnose von Juni 2021, AHI [Apnoe-Hypopnoe-Index] von 41/h, ODI [Oxygen-Desaturation-Index] von 34/h) sowie ein CPAP-Therapieversuch von Juli bis August 2021 (Abbruch wegen Unverträglichkeit) diagnostiziert. Eine am 16. Dezember 2021 durchgeführte CT-Thorax-Untersuchung zeige ein unauffälliges Lungenparenchym. Ein Lungenemphysem liege nicht vor. Auffällig sei einzig eine recht ausgeprägte Lebers-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 12 - teatose. Zusammenfassend bestätige diese Untersuchung eine chronisch obstruktive Pneumopathie mit aktuell leichter Exazerbation. Der Husten sei im Rahmen dieser Erkrankung erklärt. Wichtigste Massnahme wäre der Verzicht auf das Rauchen (act. II 177 S. 3).

3.3.3 Dipl. Arzt H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 4. Januar 2022 (act. II 174) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40), eine Soziophobie (ICD-10 F40.1) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; act. II 174 S. 5 Ziff. 2.5). Als funktionelle Einschränkungen bestünden konstante Schmerzen in den Gliedmassen, im Rücken, im Nacken, in den Schultern, in den Gelenken und Füßen, eine niedergedrückte Stimmung, eine Hoffnungslosigkeit, eine mangelnde Aufmerksamkeit und Konzentration, eine konstante Müdigkeit, ein Schwindel sowie Schwierigkeiten beim Gehen und bei Bewegungen (act. II 174 S. 7 Ziff. 3.4). Der Arzt attestierte eine seit April 2018 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... (act. II 174 S. 3 Ziff. 1.3).

3.3.4 Dem Austrittsbericht des Spitals I. _____ vom 24. April 2022 (act. II 189) sind als Hauptdiagnosen eine Adipositas WHO Grad II (BMI-Wert von 36.8 kg/m²), ein metabolisches Syndrom, eine Vulvaläsion rechts mit Gewebedefizit der Labia minora, eine Vulvawarze interlabial links sowie ein Vulvaabszess von Oktober 2021 und als Nebendiagnosen ein Nikotinabusus von 25 Packyears, ein Status nach vaginaler Hysterektomie von 2020, ein Status nach Ovarialzystektomie bei Infektion von 2005, eine Fibromyalgie sowie ein Exanthem an den Händen, differentialdiagnostisch eine Psoriasis zu entnehmen (act. II 189 S. 2 f.). Am 22. April 2022 sei eine laparoskopische Sleeve-Gastrektomie durchgeführt worden. Der postoperative Verlauf sei unauffällig gewesen (act. II 189 S. 3).

3.3.5 Dipl. Arzt H. _____ hielt im Bericht vom 20. Oktober

2022 (act. II 196) einen stationären Gesundheitszustand bei unveränderten Diagnosen fest (act. II 196 S. 3 Ziff. 1 f.).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 13 - 3.3.6 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 20. Oktober 2022 (act. II 200 S. 3 f.) wurden als Diagnosen eine manifeste Hypothyreose bei Hashimoto-Thyreoiditis (Erstdiagnose im August 2022), eine bariatrisch intervenierte Adipositas, initial WHO-Grad II, Widespread Pain Syndrom mit zentraler Schmerzsensibilisierung, ein hyperkeratotisches Symptomenkomplex der Hände beidseits, eine COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) mit chronischem Husten nach Nikotinabusus und Spannungskopfschmerzen diagnostiziert. Eindeutige dysthyreote oder lokale Beschwerden würden nicht beklagt. Laboranalytisch habe sich initial die Konstellation einer peripheren Hypothyreose gezeigt. Zwischenzeitlich sei eine Levothyroxin-Substitution mit 25 mcg täglich etabliert worden. Laboranalytisch finde sich heute das Bild einer subklinischen Hypothyreose, weshalb eine Dosiserhöhung indiziert sei. In der Halssonographie zeige sich eine normalgrosse Schilddrüse mit homogenem, isoechogenem Parenchym. Das Parenchym stelle sich normal- bis hypervaskularisiert dar, vereinbar damit sei die gute Restfunktion der Schilddrüse. Ansonsten gebe es keine Auffälligkeiten. Als Prozedere wurden eine Steigerung der Levothyroxin-Substitution auf 50 mcg/d (im weiteren Krankheitsverlauf sei eine weitere Steigerung der Dosis abhängig vom TSH-Verlauf zu evaluieren) und eine Verlaufskontrolle der Parameter in acht Wochen (auf Wunsch der Beschwerdeführerin in der Hausarztpraxis) genannt (act. II 200 S. 3). 3.3.7 Im Bericht von Dr. med. G. _____ vom 5. April 2023 (act. II 222.6) wurden als Diagnosen ein schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom (Erstdiagnose von Juli 2021, AHI 41/h, ODI 34/h; Gewicht 103 kg; BMI-Wert von 34.4 kg/m²), ein CPAP-Therapieversuch von Juli bis August 2021 (Abbruch wegen Unverträglichkeit) und ein Status nach Sleeve-Gastrektomie wegen morbid Adipositas Grad II (April 2022) genannt. Eine am 4. April 2023 durchgeführte nächtliche Polygrafie zeige ein sehr leichtes persistierendes obstruktives Schlafapnoesyndrom. Dabei handle es sich fast ausschliesslich um obstruktive Apnoen. Diese träten in allen Körperlagen auf. Zudem bestehe eine ausgeprägte Ronchopathie in knapp der Hälfte der Schlafenszeit. Zusammenfassend seien die Veränderungen deutlich weniger ausgeprägt als im Jahr 2021, aber der Schlaf sei signifikant gestört (act. II 222.6 S. 1).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 14 - 3.3.8 Dem – erst im Beschwerdeverfahren eingereichten – Bericht des Spitals F. _____ vom 21. April 2023 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 5) ist als Hauptdiagnose ein Chronic Widespread Pain Syndrom zu entnehmen (act. I 5 S. 1). Zudem bestünden Hinweise auf eine immer noch manifeste Depression und eine Angststörung bei Maximalwerten in der Fragebogenpsychometrie PHQ-4. Es fänden sich zwar auch lokoregionäre/somatische Korrelate, diese erklärten jedoch nicht das Ausmass der geschilderten Beschwerden. So bestünden zwar bspw. im Bereich der HWS eine Osteochondrose und Hinweise auf eine aktivierte Facettengelenksarthrose. Der Spurling-Test sei aber negativ ausgefallen. Es lägen keine klinischen Zeichen einer Wurzelkompression und auch keine Anhaltspunkte für eine Spinalkanalstenose vor. In der Gesamtschau müssten die vielfältigen Probleme aber im Rahmen einer erneuten stationären Rehabilitation adressiert werden (act. I 5 S. 2). 3.3.9 Im bidisziplinären (allgemeininternistisch-psychiatrischen) Verlaufs- gutachten der MEDAS vom 15. Mai

2023 (act. II 222.1 - 222.8) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 222.1 S. 5 Ziff. 4.3): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11); - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4); - Obstruktives Schlafapnoesyndrom (ICD-10 G47.3), nicht apparativ versorgt seit April 2021 mit einer Verringerung der Apnoen seit der am 4. April 2023 durchgeführten nächtlichen respiratorischen Polygrafie; - Status nach laparoskopischer Sleeve-Gastrektomie von Juni 2022; - Status nach Hysterektomie und Kolposuspension im Jahr 2020; - Hashimoto-Erkrankung (ICD-10 E06.3); - Metabolisches Syndrom, welches sich nach einem Gewichtsverlust normalisiert habe. Der internistische Gutachter führte aus, dass bei der Beschwerdeführerin eine exogene Adipositas mit metabolischem Syndrom (arterielle Hypertonie, Prädiabetes) bestanden habe, welche sich nach einer laparoskopischen Sleeve-Gastrektomie im Jahr 2022 und einem Gewichtsverlust von etwa 40 kg normalisiert habe. Gegenwärtig werde sie nicht mehr wegen Bluthochdruck behandelt; der Blutdruck sei bei der heutigen Konsultation

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 15 - normal gewesen. Im Rahmen eines im Juni 2021 diagnostizierten Schlafapnoesyndroms sei die Beschwerdeführerin mit einer CPAP-Therapie behandelt worden, welche sie jedoch nicht vertragen habe. Zu dieser Zeit habe der AHI 41/h betragen, was zu einer erheblichen Müdigkeit mit Tagesschläfrigkeit geführt habe. Die Beschwerdeführerin klage über ein nächtliches Erwachen mit Erstickungsgefühl bei einem Epworth-Score von

E. 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

E. 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.

E. 14

aus 24 möglichen Punkten. Eine am 4. April 2023 bei Dr. med. G. _____ durchgeführte nächtliche Polygraphie zeige ein leichtes Schlafapnoesyndrom bei einem AHI von 14/h, einem pathologischen La-geindex und gestörtem Schlaf (act. II 222.2 S. 8 Ziff. 7.1). Auf dem gynäkologischen Fachgebiet seien bei der Beschwerdeführerin vor 15 Jahren eine Eierstockzyste entfernt und im Jahr 2020 eine Hysterektomie mit Kolposuspension durchgeführt worden. Weiter habe die Beschwerdeführerin einen gastroösophagealen Reflux, welcher mit einem Protonenpumpenhemmer (PPI) behandelt werde, sowie Spannungskopfschmerzen im Rahmen der HWS-Beschwerden. Ferner sei eine atopische Dermatitis an den Händen diagnostiziert worden – aktuell ohne Läsionen, welche mit dem

Medikament Toctino und einer kortikoidhaltigen Creme behandelt werde. Im Jahr 2022 sei eine Hypothyreose bei Hashimoto diagnostiziert worden, welche aktuell mit dem Medikament Euthyrox behandelt werde, bei Werten im Normbereich (act. II 222.2 S. 9 Ziff. 7.1). Aus internistischer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit als ... – welche auch einer angepassten Tätigkeit entspreche – seit Juni 2021 eine vollständige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 50 % aufgrund des diagnostizierten, nicht apparativ versorgten Schlafapnoesyndroms und seit dem 4. April 2023 eine vollständige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 20 % aufgrund des leichten Schlafapnoesyndroms. Die Einschränkungen bestünden in einer Müdigkeit, Tagesschläfrigkeit und Erschöpfung (act. II 222.2 S. 9 Ziff. 8). Der psychiatrische Gutachter hielt fest, die Beschwerdeführerin klage derzeit über multiple Schmerzen, welche in ihrer Intensität und Dauer variierten und durch Schmerzmittel nicht gelindert werden könnten. Ihre Stimmung sei immer traurig mit vorübergehenden Suizidgedanken, aber ohne Ausführungspläne. Sie habe keine wirklichen Zukunftspläne (act. II 222.3 S. 6 Ziff. 6.1). Es scheine, dass sich die verschiedenen Experten über die

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 16 - Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelgradige Episode, einig seien. Die früheren depressiven Episoden seien immer eher mittelschwer gewesen, mit einer mehr oder weniger identischen Klinik. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung habe eine gleichmässige Auswirkung auf die Alltagsaktivitäten. Es fehle der Beschwerdeführerin an Geselligkeit und sie mache zu Hause praktisch nichts mehr; sie verlasse sich auf andere. Es werde vor allem eine Anhedonie sowie eine leichte Störung von Aufmerksamkeit und Konzentration mit einer Bradypsychie festgehalten. Seit Oktober 2017 bestehe eine Chronifizierung der Störung. Es sei eine Behandlungsresistenz festzustellen (act. II 222.3 S. 9 Ziff. 6.3). Es bestehe seit Oktober 2017 (Zeitpunkt der Verschlechterung des Zustandes) sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (entsprechend einem Pensum von 100 % und einem Rendement von 50 %). Die funktionellen Einschränkungen zeigten sich unter anderem durch eine Anhedonie, einen verminderten Lebensmut sowie Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen. Die Tätigkeit müsste repetitiv sein, ohne Entscheidungsdruck und ohne gleichzeitiges Verarbeiten mehrerer Informationen. Bezüglich medizinischer Massnahmen und Therapien hielt der Gutachter einen Versuch eines anderen Antidepressivums fest, wobei die Chancen auf eine Besserung aufgrund von Therapie-resistenz und geringer Fähigkeit zur Introspektion sehr gering seien (act. II 222.3 S. 10 Ziff. 8). Im Vergleich zum Zeitpunkt der Verfügung vom 30. März 2021 hätten sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit nicht verändert. Die Symptome seien identisch ebenso wie die Funktionseinschränkungen und die Diagnosen (act. II 222.3 S. 11 Ziff. 8). Aus interdisziplinärer Sicht bestehe seit Oktober 2017 sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (act. II 222.1 S. 5 Ziff. 4.6 f.). Auf dem internistischen Fachgebiet sei im Juni 2021 ein schweres Schlafapnoesyndrom festgestellt worden, welches aufgrund einer schlechten Verträglichkeit der CPAP-Therapie nicht mit einem Gerät behandelt worden sei. Dies habe zu einer Leistungseinschränkung von 50 % bezogen auf ein 100%-Pensum geführt. Die Einschränkungen bestünden in einer Müdigkeit, einer Erschöpfung und einer Tagesschläfrigkeit. Die Beschwerdeführerin habe sich im April 2022 einer Sleeve-Gastrektomie unterzogen, welche einen Gewichtsverlust von 40 kg

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 17 - bewirkt habe. Dies habe das Schlafapnoesyndrom erheblich vermindert, das derzeit bei 14/h liege und somit leicht sei. Die am 4. April 2023 durchgeführte nächtliche respiratorische Polygrafie habe eine Verringerung der Schlafapnoen gezeigt. Seit diesem Datum bestehe eine Leistungsverminderung von 20 % bezogen auf ein 100%-Pensum (act. II 222.1 S. 6 Ziff. 4.9). 3.3.10 Im Bericht von Dr. med. G. _____ vom 12. Juli 2023 (act. I 4) wurden die im Bericht vom 5. April 2023 (act. II 222.6 S. 1) gestellten Diagnosen bestätigt. Die am 21. Juni 2023 durchgeführte nächtliche Polysomnographie zeige ein sehr leichtes persistierendes obstruktives Schlafapnoesyndrom trotz eindrücklicher Gewichtsreduktion. Für die Beschwerdeführerin stark störend sei vor allem die ausgeprägte Ronchopathie. Eine CPAP-Behandlung sei wenig erfolgversprechend (act. I 4 S. 1). Es werde eine ORL-Abklärung empfohlen, um möglicherweise die Nasenatmung etwas zu verbessern; dadurch könnte die Ronchopathie etwas zurückgedrängt werden (act. I 4 S. 1) 3.3.11 Dr. med. J. _____, Facharzt für Neurologie, Neurozentrum K. _____, diagnostizierte im Bericht vom 8. Februar 2024 (act. I 7) zervikogene funktionell überlagerte Kopfschmerzen und Schwindel, arthrogene Schmerzen bei aktivierter AC-Gelenksarthrose, einen Verdacht auf eine Tendinopathie der Achillessehne und einen solchen auf eine dissoziative Störung (act. I 7 S. 1). Klinisch-neurologisch finde sich ein bereits bekannter muskulärer Hartspann im HWS-Bereich. Fokal-neurologische Symptome liessen sich nicht objektivieren. Im MRI des Schädels fänden sich unspezifische Marklagerläsionen, nicht vereinbar mit einer Vaskulitis. Im MRI der HWS zeige sich eine degenerative multietagere Wirbelsäulenpathologie mit Impression des Myelons auf Höhe HWK 5/6 und Nervenwurzel-Irritation C6/C7 und C8 links. Diese Befundkonstellation könne die Beschwerdesymptomatik sehr gut erklären, welche für eine Migräne sehr untypisch sei. Es sei eine schmerzmodulierende Therapie mit Amitriptylin 50 mg/Tag verordnet und angesichts des hohen Leidensdrucks eine wirbelsäulenchirurgische Beurteilung empfohlen worden (act. I 7 S. 2). 3.3.12 Im Bericht vom 28. März 2024 (act. I 3) bestätigte Dipl. Arzt H. _____ die im Bericht vom 4. Januar 2022 (act. II 174) genannten

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 18 - Diagnosen und beschriebenen Einschränkungen. Seit April 2018 sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig im ersten Arbeitsmarkt. Die Prognose sei langfristig ungünstig (act. I 3 S. 1). 3.3.13 Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurochirurgie, stellte im Bericht vom 13. August 2024 (act. I 10) folgende Diagnosen (act. I 10 S. 1): - Massive HWS-Beschwerden mit deutlicher Progredienz und Ausdehnung Richtung hochzervikal und brachial. Bilaterale Ausdehnung mit/bei: - Progredienter Diskopathie HWK 5/6, 6/7 mit Diskusprotrusion und vor allem neurogener Kompromittierung HWK 5/6 biforaminal; - schwerster Hyperperfusion HWK 5/6, 6/7 mit HWS-Kinking; - Verdacht auf rheumatologische Grunderkrankung mit multiplen skelettszintigrafischen nachgewiesenen Veränderungen; - Status nach Sleeve-Gastrektomie bei Adipositas; - Hypothyreose bei Hashimoto Thyreoiditis (erneut Schilddrüsenprobleme?); - Obstruktives Schlafapnoesyndrom; - Psychische Grundbelastung, unter Therapie; Die Beschwerdeführerin leide unter einer weiterhin starken zervikalen Beschwerdesymptomatik, welche nun mittels einer SPECT-Untersuchung deutlich eingegrenzt werden können. Es handle sich hierbei um eine schwerste Osteochondrose mit Hyperperfusion in der SPECT-HWS-Untersuchung auf Höhe HWK 5/6 und 6/7. Diese Veränderungen könnten die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden mit Chronifizierungstendenz gut erklären. Auch bestehe eine

gewisse C6-Reizsymptomatik, welche durch die neuroforaminale Stenose HWK 5/6 bilateral erklärt werden könne. Formal sei eine operative Fusion der HWK 5/6 und 6/7 indiziert, wobei auch nach einer operativen Intervention weiterhin Restbeschwerden aufgrund der Chronifizierung vorhanden sein könnten. Auch lägen anderweitige Körperschmerzen mit teils Anreicherungen in der Szintigrafie vor (act. I 10 S. 1). Diesbezüglich empfahl Dr. med. L. _____ eine erneute rheumatologische Untersuchung (act. I 10 S. 2). 3.3.14 Am 16. September 2024 nahm der RAD-Arzt Dr. med. M. _____ zu den im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichten (vgl. E. 3.3.8, 3.3.10 - 3.3.13 hiervor) Stellung (act. II 254). Im Bericht des Dipl. Arzt H. _____ vom 28. März 2024 (act. I 3) seien erneut das Vorliegen

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 19 - einer chronischen Schmerzerkrankung, einer rezidivierend depressiven Störung mittleren Grades und nun zusätzlich einer sozialen Phobie angegeben worden. In der aktuellen Situationsbeschreibung werde die Beschwerdeführerin als in ausgeprägter Weise hilflos beurteilt. Im Rahmen der vorliegenden Schmerzen bedürfe sie bei der Körperpflege sowie bei den Aktivitäten des täglichen Lebens Unterstützung. Die Prognose sei ungünstig. Ein psychopathologischer Befund im engeren Sinne werde nicht erhoben. Insbesondere werde die Diagnose einer sozialen Phobie nicht weiter begründet. Allerdings sei darauf hinzuweisen, dass aus dem im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS von 2023 beschriebenen Tagesablauf (S. 19) ebenfalls bereits eine ausgeprägte Unterstützung im Alltag ersichtlich werde. Die berichteten ausgeprägten Schmerzen seien schon im Rahmen der Befunde auf S. 21 des psychiatrischen Teilgutachtens hinreichend gewürdigt worden. Insofern stellten sich in der Gesamtbetrachtung keine neuen Anknüpfungstatsachen aus dem vorgelegten psychiatrischen Befundbericht dar (act. II 254 S. 3). Weiter werde im eingereichten pneumologischen Befundbericht von Dr. med. G. _____ vom 12. Juli 2023 (act. I 4) ein sehr leichtes persistierendes obstruktives Schlafapnoesyndrom trotz eindrücklicher Gewichtsreduktion festgehalten. Eine CPAP-Behandlung sei wenig erfolgversprechend. Es sei eine ORL-Abklärung empfohlen worden, um möglicherweise die Nasenatmung etwas zu verbessern; dadurch könnte die Rhinopathie etwas zurückgedrängt werden. Auch aus dieser Unterlage ergebe sich keine relevante Änderung im Vergleich zur internistischen Untersuchung von März 2023 (act. II 254 S. 3). Betreffend die chronische Schmerzsymptomatik werde im Bericht des Spitals F. _____ vom 21. April 2023 (act. I 5) nochmals das Vorliegen eines Chronic Widespread Pain Syndroms beurteilt. In der schmerzpsychologischen Beurteilung werde letztlich eine reaktive Schmerzzunahme beschrieben, so dass die bereits im psychiatrischen Gutachten beachtete chronische Schmerzstörung nach Kapitel F der ICD-10 Klassifikation die hier gemachten Ausführungen entsprechend berücksichtigt habe (act. II 254 S. 3). Die im Rahmen des Berichtes von Dr. med. J. _____ vom 8. Februar 2024 (act. I 7) vorgelegten Diagnosen zervikogener funktionell

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 20 - überlagerter Kopfschmerzen und Schwindel seien ebenfalls im Rahmen der chronischen Schmerzstörung entsprechend berücksichtigt worden. Gleiches gelte für die Diagnose von chronischen HWS-Beschwerden mit deutlicher Progredienz Richtung zervikal, brachial und bilateral wie sie im Bericht von Dr. med. L. _____ unter anderem geäußert worden seien. Es sei explizit hinsichtlich der chronischen Schmerzsymptomatik ausführlich auf die Krankheitsgeschichte auf den S. 22 bis 25 des psychiatrischen Teilgut-

achtens der MEDAS von 2023 eingegangen worden. In diesem seien auch die chronischen Schmerzen, welche ubiquitär auftreten würden, nachvollziehbar im Rahmen einer chronischen Schmerzerkrankung nach Kapitel F der ICD-10 Klassifikation gewürdigt worden. Auch diesbezüglich fänden sich keine neuen substanziellen Anknüpfungstatsachen. Eine Verschlechterung der genannten chronischen Schmerzen habe nicht objektiviert werden können (act. II 254 S. 3). Zusammenfassend ergäben sich aufgrund der neu vorgelegten Befundberichte keine hinreichenden medizinischen Anknüpfungstatsachen, welche die im bidisziplinären Gutachten der MEDAS nachvollziehbar beurteilte Arbeitsfähigkeit entkräften könnten (act. II 254 S. 4).

3.4 3.4.1 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).

3.4.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Aus-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 21 - schlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.3 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 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). Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 39, 9C_244/2017 E. 4.2 und 4.2.1).

3.5 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des aktuellen medizinischen Sachverhalts und bei ihrer Entscheidung über die Frage, ob seit der leistungsabweisenden Verfügung vom 30. März 2021 (act. II 146) eine anspruchsrelevante Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingetreten ist, massgeblich auf das bidisziplinäre (allgemeininternistisch-psychiatrische) Gutachten der MEDAS vom 15. Mai 2023 (act. II 222.1 - 222.8). Sie ging demzufolge davon aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin mit der seit dem

Referenzzeitpunkt bzw. im Juni 2021 aufgetretenen Diagnose eines Schlafapnoesyndroms zunächst verschlechtert, in der Folge durch die Ver-ringerung der Apnoen ab dem 4. April 2023 jedoch wieder verbessert habe

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 22 - und aus interdisziplinärer Sicht in einer angepassten Tätigkeit ab Oktober 2017 eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 % (Leistungseinschrän- kung von 50 % bei einem vollen Pensum) und ab dem 4. April 2023 eine solche von 80 % (Leistungseinschränkung von 20 % bei einem vollen Pen- sum) bestehe (act. II 222.1 S. 5 f. Ziff. 4.6 f. und 4.9). 3.5.1 Wie bereits in E. 3.4.3 hiavor ausgeführt, gelten bei der Erhebung und Würdigung des medizinischen Sachverhalts in Revisions- bzw. Neu- anmeldungsfällen besondere Anforderungen an die Beweistauglichkeit. Beweisthema dieser Gutachten ist nicht bloss die Feststellung des aktuel- len Gesundheitszustands und seiner funktionellen Auswirkungen, sondern insbesondere auch der Vergleich dieses Befunds mit den ursprünglichen Beschwerden. Spricht sich ein solches Gutachten nicht hinreichend darü- ber aus, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands im entscheidrelevanten Referenzzeitraum stattgefunden hat, mangelt es ihm in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_93/2025 vom 29. August 2025 E. 4.2.1). 3.5.2 Zunächst fällt auf, dass vorliegend ein Wechsel des Gutachtentyps – von poly- (allgemeininternistisch, psychiatrisch, rheumatologisch und neurologisch) zu bidisziplinär (allgemeininternistisch und psychiatrisch) – stattgefunden hat (vgl. act. II 135.1 - 135.6, 222.1 - 222.8). Der RAD-Arzt Dr. med. M._____ hielt diesbezüglich im Bericht vom 25. November 2022 (act. II 203) fest, dass im Vorgutachten der MEDAS vom 17. August 2020 (act. II 135.1 - 135.6) die aufgeführten rheumatologischen Beschwer- den einschliesslich des Vorliegens eines Fibromyalgiesyndroms hinrei- chend gewürdigt worden seien. Folglich sei nur zu prüfen, ob es aufgrund der neu aufgetretenen internistischen Zustandsverschlechterungen (des schweren obstruktiven Schlafapnoesyndroms und der Hypothyreose) auch zu einer anhaltenden affektiven Beeinträchtigung seit der Begutachtung im Jahr 2020 gekommen sei. Dies erfordere eine Begutachtung auf psychiatri- schem und internistischem Fachgebiet; einer erneuten rheumatologischen Begutachtung bedürfe es indes aufgrund des dargestellten Verlaufes nicht (act. II 203 S. 3). Diese Ausführungen wurden in Ziff. 3 "Grund und Um- stände des Gutachtens" der Konsensbeurteilung des bidisziplinären Gut- achtens vom 15. Mai 2023 (act. II 222.1 S. 3) übernommen, die Gutachter

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 23 - äusserten sich in der Folge nicht weiter dazu, inwieweit dieser RAD- Einschätzung zuzustimmen sei, namentlich mit Blick auf die rheumatologi- schen und neurologischen Vorgutachten (act. II 135.4 f.). In somatischer Hinsicht geht aus dem Bericht des Spitals F._____ vom 21. April 2023 (act. I 5 S. 2) hervor, dass im Bereich der HWS zwar eine Osteochondrose und Hinweise auf eine aktivierte Facettengelenksarthrose bestünden, der Spurling-Test jedoch negativ ausgefallen sei; es lägen kei- ne klinischen Zeichen für eine Wurzelkompression oder eine Spinalkanals- tenose vor. Gleichwohl wurde hervorgehoben, dass die vielfältigen Proble- me im Rahmen einer erneuten stationären Rehabilitation ganzheitlich an- gegangen werden müssten. Demgegenüber kam der Neurologe Dr. med. J._____ bereits in seinem Bericht vom 8. Februar 2024 (act. I 7 S. 2) – d.h. vor Verfügungserlass – zum Schluss, dass die im MRI der HWS dar- gestellte Befundkonstellation die Beschwerdesymptomatik der Beschwer- deführerin sehr gut

erklären könne. Damit übereinstimmend ist dem Bericht des Neurochirurgen Dr. med. L. _____ vom 13. August 2024 (act. I 10 S. 1) zu entnehmen, dass die anhaltende starke zervikale Beschwerde- symptomatik der Beschwerdeführerin nun mittels SPECT-Untersuchung der HWS deutlich eingegrenzt werden können. Die SPECT-Untersuchung habe eine schwerste Osteochondrose mit Hyperperfusion auf Höhe HWK 5/6 und 6/7 gezeigt. Diese Veränderungen könnten die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden mit Chronifizierungstendenz gut erklären. Weiter wurde im genannten Bericht von Dr. med. L. _____ eine durch die neuroforaminale Stenose HWK 5/6 bilateral verursachte C6-Reizsymptomatik festgehalten, womit auf eine klar neurologische Komponente der Beschwerdesymptomatik hingewiesen wird. Zusätzlich zeigten sich weitere Körperschmerzen mit Anreicherungen in der Szintigrafie (act. I 10 S. 1), weshalb Dr. med. L. _____ eine erneute rheumatologische Untersuchung empfahl (act. I 10 S. 2). Auch wenn der Bericht vom 13. August 2024 nach Erlass der angefochtenen Verfügungen datiert, ist er vorliegend zu berücksichtigen, zumal er ein vorbestehendes Beschwerdebild bestätigt (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 23, I 649/06 E. 3.4 und auch Urteil des BGer 8C_295/2021 vom 9. August 2021 E. 3.4).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 24 - Entgegen der Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. M. _____ vom

E. 16

September 2024 (act. II 254 S. 3 f.) konnte anhand der SPECT-Untersuchung eine objektive Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse in neurologischer Hinsicht seit der neurologischen Begutachtung durch die MEDAS im Jahr 2020 nachgewiesen werden, in deren Rahmen Zerviko-Brachialgien, vorwiegend rechts, sowie eine mögliche HWS-Distorsion nach einem Unfall im April 2018 festgestellt wurden, jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. act. II 135.4 S. 4 f. Ziff. 6 und 8). Es bestehen somit Anhaltspunkte, dass sich dadurch die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in dieser Hinsicht seit dem Referenzzeitpunkt vom 30. März 2021 (act. II 146) massgeblich verändert hat. Auch in Bezug auf die mittels Szintigrafie und klinisch-neurologisch objektivierten Befunde ist unklar, ob sich eine relevante Veränderung der Arbeitsfähigkeit ergeben hat. Mithin ist eine Abklärung in den Fachdisziplinen Neurologie und Rheumatologie unerlässlich, um eine umfassende interdisziplinäre Beurteilung der Auswirkungen sämtlicher vorliegender – einschliesslich der allgemeinen internistischen und pneumologischen – Befunde auf die Arbeitsfähigkeit vornehmen zu können. Die bisher im somatischen Bereich lediglich allgemeininternistisch erfolgte versicherungsexterne Begutachtung vermittelt demgegenüber ein unvollständiges Bild. 3.5.3 Der psychiatrische Teilgutachter attestierte im Gutachten der MEDAS vom 15. Mai 2023 eine seit Oktober 2017 bestehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % (entsprechend einem Pensum von 100 % und einem Rendement von 50 %) sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (act. II 222.3 S. 10 Ziff. 8). In der interdisziplinären Beurteilung gingen die Gutachter von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer adaptierten Tätigkeit ab Oktober 2017 und von einer solchen von 20 % ab dem 4. April 2023 aus; die Reduktion von 50 % auf 20 % begründeten sie mit der am 4. April 2023 mittels der respiratorischen Polygrafie festgestellten Verringerung der Schlafapnoen (act. II 222.1 S. 6 Ziff. 4.9). Wie in der Beschwerde (S. 5 Art. 3) zu Recht beanstandet wird, fehlt bisher eine nachvollziehbare medizinische Erklärung, weshalb sich die psychisch bedingten funktionellen Einschränkungen (vgl. act. II 222.3 S. 10 f. Ziff. 8) seit dem im

psychiatrischen Teilgutachten festgelegten Zeitpunkt derart verbessert haben sollen, dass aus interdisziplinärer Sicht eine

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 25 - Herabsetzung der Arbeitsunfähigkeit von 50 % auf 20 % ab dem 4. April 2023 gerechtfertigt erschiene. Die blosser Bezugnahme auf die Verringerung der Schlafapnoen ersetzt keine umfassende und schlüssige medizinische Begründung, weshalb und in welchem Umfang der allgemeininternistische bzw. pneumologische Faktor eine nur noch 20 %ige Einschränkung auch aus psychiatrischer Sicht erklären sollte. Es fehlt auch eine medizinische Auseinandersetzung, ob und gegebenenfalls inwieweit die somatischen mit den psychischen Einschränkungen in Wechselwirkung stehen und gemeinsam die reduzierte Arbeitsfähigkeit begründen. Damit ist die bidisziplinär festgelegte Gesamtarbeitsfähigkeit und deren Verlauf – unbeschrieben der fehlenden Abklärungen in den Fachdisziplinen Neurologie und Rheumatologie (vgl. E. 3.5.2 hiervor) – bereits ungenügend begründet. Diese Unvollständigkeit wird auch durch die eingeholte Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. M. _____ vom 16. September 2024 (act. II 254) nicht beseitigt, beschränkten sich dessen Ausführungen doch im Wesentlichen darauf, dass aus den neu vorgelegten Befundberichten in der Gesamtbetrachtung keine neuen Anknüpfungstatsachen hervorgehen würden, welche die im bidisziplinären Gutachten der MEDAS beurteilte Arbeitsfähigkeit entkräften könnten (act. II 254 S. 3 f.), was – wie soeben dargelegt – unzutreffend ist. Damit bestehen erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit des bidisziplinären Gutachtens der MEDAS vom 15. Mai 2023 (act. II 222.1 - 222.8), weshalb gestützt darauf eine abschliessende Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit und des Verlaufs derselben nicht möglich ist. 3.5.4 Des Weiteren bilden auch die Berichte der behandelnden Ärzte und Fachpersonen keine genügende Basis für eine Beurteilung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin, zumal sie allesamt nicht in Kenntnis der gesamten Vorakten erfolgt sind und sich folglich auch nicht mit diesen auseinandergesetzt haben, abgesehen davon, dass sie sich teilweise gar nicht zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit äussern. Zudem ist rechtsprechungsgemäss bei unklaren Verhältnissen – wie dies hier der Fall ist – bzw. sich widersprechenden ärztlichen Berichten grundsätzlich nicht allein gestützt auf die Berichte der behan-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 26 - delnden Ärzte zu entscheiden, sondern als objektive Beurteilungsgrundlage in der Regel ein (erneutes) medizinisches Gutachten einzuholen (Urteil des BGER 9C_577/2020 vom 9. Dezember 2020 E. 3.3.1). 3.6 Zusammenfassend erweist sich der medizinische Sachverhalt im Lichte des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 ATSG) als unzureichend abgeklärt. Die Sache ist daher antragsgemäss (vgl. Beschwerde, S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 2; vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f.) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Veranlassung einer verwaltungsexternen polydisziplinären Begutachtung, vorab mit denselben Fachdisziplinen wie in der Vorbegutachtung im Jahr 2020 (vgl. act. II 135.1 S. 1 Ziff. 2), nämlich Psychiatrie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie und Rheumatologie, sowie gegebenenfalls weiteren Fachdisziplinen, sofern die Gutachter dies für erforderlich erachten. Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu zu verfügen haben. 4. Nach dem Dargelegten sind die angefochtenen zwei Verfügungen vom

Juli 2024 (act. II 245) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 5. 5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis 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

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Februar 2026, IV 200 2024 547 - 27 - (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten. 5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit Sache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Mit Kostennote vom 30. Dezember 2024 macht Rechtsanwalt B. _____ einen Aufwand von 26 Stunden 45 Minuten bzw. ein Honorar von Fr. 7'222.50, zuzüglich Auslagen von Fr. 181.10 und Mehrwertsteuer (MWST; 8.1 % von Fr. 7'403.60) im Betrag von Fr. 599.70, total Fr. 8'003.30, geltend, was sich mit Blick auf die Rechtsschriften von Seiten der Beschwerdeführerin und im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen als zu hoch erweist. Aufgrund der Bedeutung und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist vorliegend die Entschädigung ermessenweise auf pauschal Fr. 4'000.-- (inklusive Auslagen und MWST) festzusetzen. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen. Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.