

IV 200 2025 335
FRC/GET/SSM

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. September 2026

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. April 2025



Sachverhalt:

A.

A.a.

Die ... geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), ... und bis September 2016 als ... und ... bei einem ... angestellt, meldete sich im Juli 2016 unter Hinweis auf nicht näher bezeichnete "Psychische Probleme" bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 3; 6 S. 2; 18 S. 1; 19.1). Die IVB gewährte "eine wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz WISA" samt Coaching (act. II 52; 54; 65; 75), einen Arbeitsversuch (act. II 78) sowie – nach einem stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik C._____ (C._____; act. II 104) – eine Grundabklärung bei der Abklärungsstelle D._____ (act. II 112). Mit Mitteilung vom 20. Mai 2019 (act. II 120) schloss die IVB die beruflichen Massnahmen mit der Feststellung ab, die Versicherte werde von der Abklärungsstelle D._____ bei der Suche nach einem geschützten Arbeitsplatz unterstützt. Im Rahmen der anschliessenden Rentenprüfung liess die IVB die Versicherte durch Dr. med. E._____, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 3. Dezember 2019 [act. II 141 S. 2 ff.]). Nach Einholung einer Stellungnahme (act. II 151 S. 2 ff.) verneinte die IVB mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 3. März 2020 (act. II 152) einen Anspruch auf Leistungen der IV. In der Begründung hielt sie fest, es liege keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor.

A.b.

Im April 2022 meldete sich die seit November 2018 mittels Sozialhilfe unterstützte Versicherte unter Hinweis auf eine (nicht näher bezeichnete) psychische Beeinträchtigung erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 155; 161). Die IVB holte medizinische Berichte ein und liess die Versicherte, welche zwischenzeitlich mehrzeitige multiple kortikale und subkor-

tikale Ischämien und Mikroblutungen in mehreren Stromgebieten bihemisphärisch erlitten hatte (vgl. act. II 228 S. 2), die psychiatrischen Dienste F._____ (nachfolgend F._____) polydisziplinär begutachten (Expertise vom 24. April 2023 [act. II 236.1 ff.]). In der Folge erachtete der RAD das Gutachten sowohl aus neurologischer und neuropsychologischer als auch namentlich aus psychiatrischer Sicht als nicht schlüssig (act. II 240 S. 7), woraufhin die IVB bei Dr. med. G._____, Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, und Prof. Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie, eine bidisziplinäre Begutachtung einschliesslich einer testpsychologischen Zusatzuntersuchung veranlasste (Expertise vom 3. Mai 2024 [act. II 286.1 ff.]). Nachdem die IVB Rückfragen betreffend Verlauf der Arbeitsfähigkeit (act. II 290 f.) gestellt hatte (Stellungnahme vom 5. September 2024 [act. II 293]), stellte sie mit Vorbescheid vom 1. November 2024 (act. II 294) der Versicherten die Ausrichtung einer vom 1. Oktober 2022 bis 31. August 2024 befristeten ganzen Invalidenrente bei einem nach der gemischten Methode (Erwerb 90 %/Haushalt 10%) ermittelten Invaliditätsgrad von 90 % in Aussicht. Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben (act. II 298) und mehrere Berichte von Behandlern einreichen (act. II 301; 308), woraufhin die IVB beim RAD Stellungnahmen einholte (act. II 304-306; 311 f.). Mit Verfügung vom 17. April 2025 (act. II 314 S. 2 ff.) entschied sie wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, mit Eingabe vom 26. Mai 2025 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. April 2025 sei insoweit aufzuheben, als dass der Beschwerdeführerin auch ab dem 1. September 2024 eine ganze IV-Rente zu zuzusprechen sei.
2. Eventualiter: Es sei zur weiteren Abklärung des Sachverhalts ein Gerichtsgutachten gemäss Art. 44 ATSG anzuordnen.
3. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren, unter Beiordnung der Unterzeichnenden als amtliche Anwältin.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 24. Juni 2025 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 1. Juni 2026 wies die Instruktionsrichterin die Beschwerdeführerin auf die Möglichkeit einer Schlechterstellung hin und gab ihr Gelegenheit, sich innert Frist dazu zu äussern bzw. die Beschwerde zurückzuziehen.

Mit Eingabe vom 31. Juli 2026 hielt die Beschwerdeführerin an der Beschwerde vom 26. Mai 2025 fest.

Mit Schreiben vom 12. August 2026 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme.

Erwägungen:

1.

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

i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 17. April 2025 (act. II 314 S. 2 ff.). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis 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). Entsprechend fällt eine Prüfung der tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse allein für die Zeit ab Oktober 2024 (Beschwerde S. 5 f.) ausser Betracht.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem

nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 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). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1^{bis} und 1^{ter} nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1^{bis} IVG).

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

2.3

2.3.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 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).

Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invali-

ditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 3.2, nicht publ. in: BGE 151 V 66, aber in: SVR 2025 IV Nr. 16 S. 59).

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

2.3.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neu anmeldungsverfahren – 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).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu

beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 180, 9C_540/2020 E. 2.3).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom April 2022 (act. II 155) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichszeitpunkte für die Prüfung, ob ein Revisionsgrund vorliegt, bilden die Verfügung vom 3. März 2020 (act. II 152) – mit welcher ein Anspruch auf Leistungen der IV mangels Vorliegens eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneint wurde – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 17. April 2025 (act. II 314 S. 2 ff.; vgl. E. 2.3.3 vorne).

3.2 Bei Erlass der Verfügung vom 3. März 2020 (act. II 152) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 3. Dezember 2019 (act. II 141 S. 2 ff.) samt Stellungnahme vom 27. Februar 2020 (act. II 151 S. 2 ff.). Dieser hielt im Gutachten vom 3. Dezember 2019 (act. II 141 S. 2 ff.) unter Diagnosen Folgendes fest (S. 30):

Zu plausibilisierende versicherungsmedizinische-psychiatrische Diagnose nach ICD-10 zum Zeitpunkt der Begutachtung

- Keine

Zu plausibilisierende versicherungsmedizinische-psychiatrische Diagnose nach ICD-10 bis 12/2016

- atypische Bulimia nervosa (ICD-10 F50.3) seit 21. Dezember 2016 remittiert

In der Beurteilung hielt Dr. med. E. _____ fest, weder die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung noch jene für eine bipolare affektive Störung seien erfüllt (S. 31 f.). Ferner hätten die von der Beschwerdeführerin erzeugten Widersprüche und ein nicht immer gegebener logischer Zusam-

menhang ihrer Angaben (u.a. Äussern von einschränkenden psychopathologischen Symptomen bei weitgehendem unauffälligem sozialen Funktionsniveau, in den Verhaltensbeobachtungen während der beruflichen Abklärungen keine relevanten Verhaltensstörungen) in Verbindung mit dem Ergebnis in der Beschwerdevalidierung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegen die Authentizität der geltend gemachten psychischen Beschwerden gesprochen. In einer Gesamtschau korrelierten die subjektiv geäusserten Beschwerden der Beschwerdeführerin mit deren Verhalten nicht durchgängig. Aus diesen Gründen sei es im Hinblick auf die geltend gemachten Einschränkungen der funktionellen Leistungsfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht gänzlich auszuschliessen, dass hier eine Aggravation vorliege. Eine davon abzugrenzende lediglich reine Verdeutlichungstendenz sei dementgegen nicht überwiegend wahrscheinlich (S. 33 f.).

Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könne zum Zeitpunkt der Begutachtung keine IV-relevante psychiatrische Gesundheitsstörung mehr plausibilisiert bzw. festgestellt werden, welche die berufliche Leistungsfähigkeit höhergradig einschränke. Bis zum Dezember 2016 sei eine passager auftretende atypische Bulimie (ICD-10 F50.3) nicht gänzlich auszuschliessen, die von depressiven psychischen Mitreaktionen flankiert worden sei, ohne die Diagnosekriterien einer depressiven Episode (Kapitel F3 der ICD-10) zu erreichen. Seit Dezember 2016 sei von einer Remission der atypischen Bulimie auszugehen, so dass eine deutliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands ausgewiesen sei. Aus rein versicherungsmedizinischer-psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin daher seit dem 21. Dezember 2016 wieder als vollschichtig arbeitsfähig in den bisherigen Tätigkeitsprofilen (... ..) als auch in jedweder bildungsangepassten Verrichtungsleistung zu beurteilen. Bis zum 20. Dezember 2016 sei von einer medizinisch-theoretischen Einschränkung von 20 % auszugehen (S. 34).

In der Stellungnahme vom 27. Februar 2020 (act. II 151 S. 2 ff.) hielt Dr. med. E. _____ an seinen im Gutachten getroffenen Einschätzungen und Beurteilungen fest (S. 7).

3.3 Bis zum Erlass der die zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) angefochtenen Verfügung vom

17. April 2025 (act. II 314 S. 2 ff.) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Im Bericht vom 27. April 2022 (act. II 162 S. 1-4) hielt Dr. med. I._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, unter "Neue Diagnose seit Mai 2021" eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderlinetypus (ICD-10 F60.31) mit/bei rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), atypischer Bulimia Nervosa (ICD-10 F50.3) und Adipositas Grad I (ICD-10 E66.00), somatoformer autonomer Funktionsstörung (ICD-10 F45.32), sozialer Phobie (ICD-10 F40.1) sowie komplexer posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) fest (S. 1).

Die bereits von Dr. med. E._____ "angefochtene Diagnose" der bipolaren Störung habe sich auf der Basis aktueller Untersuchungen nicht erhärten lassen. Die Schwankung der Stimmung sei mit der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung adäquater beschrieben. Bei nichtsuizidalen Selbstverletzungen wie sie die Beschwerdeführerin praktiziere, sei es besonders schwierig, die Borderline-Persönlichkeitsstörung dahinter zu erkennen und Betroffene würden darum oft erst spät diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin habe zudem eine Tendenz, ihre Unzulänglichkeiten zu verheimlichen, sodass nur die nächsten Angehörigen gewusst hätten, wie es tatsächlich um sie gestanden habe (S. 1). Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin durch das Ausleben der Essstörung zusammen mit einer hohen persönlichen Disziplin habe verhindern können, dass das Ausmass der Persönlichkeitsstörung auf dem Arbeitsplatz schon früher bemerkt worden sei. Sie habe die Instabilität durch essen/nicht essen kompensieren können. Als dies durch den Klinikaufenthalt geändert worden sei, sei die Instabilität wirksam geworden und seither sei das Essverhalten zwar weniger schädlich, aber die Beschwerdeführerin habe ihr Funktionsniveau auch nie mehr erreichen können (S. 3). Seit 2021 sei sie krankgeschrieben und nur in einem "geschützten Setting arbeitsfähig" (S. 4).

3.3.2 Dr. med. J._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Handchirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 14. Juni 2022 (act. II 173 S. 2) einen Status nach KT-Release links sowie fünf Jahre nach KT-Release rechts (KT = Karpal-

tunnel). Zwischenzeitlich sei ein MRI des linken Handgelenkes durchgeführt worden, welches eine massive Tenosynovitis der Flexorensehnen im Bereich des Karpalkanals zeige. Der Nervus medianus sehe jedoch unauffällig aus. Es habe auch entzündliche Veränderungen im Bereich der Handgelenksexpressoren.

3.3.3 Am 29. August 2022 erfolgte im Spital K._____, bei diagnostizierter mehrzeitiger multipler kortikaler und subkortikaler Ischämien und Mikroblutungen in mehreren Stromgebieten bihemisphärisch (Erstdiagnose 24. August 2022) eine rechts frontale Kraniotomie und Entnahme einer zerebralen und duralen Biopsie zur mikrobiologischen und histopathologischen Diagnostik (act. II 192 S. 1). Der intra- und der postoperative Verlauf waren problemlos (S. 3).

3.3.4 Vom 24. August bis 9. September 2022 war die Beschwerdeführerin im Spital K._____, hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 22. September 2022 (act. II 207 S. 2-14) wurden im Wesentlichen die folgenden Diagnosen gestellt:

1. Hochgradiger V.a. (= Verdacht auf) primäres Antiphospholipidsyndrom (triple positiv)
2. Mehrzeitige multiple kortikale und subkortikale Ischämien und Mikroblutungen in mehreren Stromgebieten bihemisphärisch
3. V.a. nicht-bakterielle thrombotische Vegetationen (NBT)
4. Akute Niereninsuffizienz (AKIN I) bei akuter Tubulusnekrose
5. Hochtitrige Anti-Histon-Ak (= Anti-Histon-Antikörper) ANA 1:160
6. Borderline-Persönlichkeitsstörung
7. V.a. Papillenschwellung bds. (= beidseits)

Als Ursache der Beschwerden hätten sich MR-diagnostisch multiple mehrzeitige kortikale und subkortikale Ischämien in praktisch allen Stromgebieten finden lassen, zudem zahlreiche kortikale Suszeptibilitätsartefakte, am ehesten Mikroblutungen entsprechend. Ätiologisch seien nach ausführlichen Abklärungen die Infarkte differentialdiagnostisch auf kardiogene Emboli aus einer NBT auf der Mitralklappe zurückzuführen. Die NBT sei wahrscheinlich durch eine erhöhte Gerinnungsneigung bedingt, bei hochgradigem Verdacht auf primäres Antiphospholipidsyndrom (S. 3). Der weitere Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Die Beschwerdeführerin habe von einer interdisziplinären Akuttherapie mittels Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie profitiert. Die kognitive Störung habe sich ebenfalls

verbessert. Bei Austritt hätten eine leichte Feinmotorikstörung sowie ein rechtsbetonter Haltetremor persistiert (S. 5).

3.3.5 Vom 13. September bis 6. Oktober 2022 befand sich die Beschwerdeführerin im Spital K._____ in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 4. Oktober 2022 (act. II 203 S. 3-5) wurde unter "Status bei Austritt" festgehalten, die Beschwerdeführerin sei bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens aus motorischer Sicht selbständig. Gehen im Haus und draussen seien sicher möglich. Die Verkehrssicherheit sei gegeben. Die Beschwerdeführerin zeige leichte Einschränkungen des Gleichgewichts auf hohem Niveau sowie eine verbleibende Dekonditionierung im Kraft- und Ausdauerbereich, welche während des Reha-Aufenthaltes habe verbessert werden können (S. 3). Hilfsmittel seien keine abgegeben worden (S. 4).

Im Austrittsbericht des Spitals K._____ vom 7. Oktober 2022 (act. II 210 S. 2 ff.) hielten die Behandler fest, bei Eintritt am 13. September 2022 hätten sich klinisch-neurologisch mnestiche, visuo-konstruktive und attentionale Defizite gezeigt, sowie eine leichte Feinmotorikstörung, ein rechtsbetonter feinschlägiger Haltetremor und eine leichte Gangunsicherheit. Unter der intensiven interdisziplinären Neurorehabilitation mit Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Neuropsychologie hätten erfreuliche Fortschritte erzielt werden können. Bei Austritt seien noch alltagsrelevante Defizite im Sinne von milden attentionalen, mnestiche und visuokonstruktiven Defiziten objektivierbar gewesen. Der Tremor sowie die Feinmotorikstörung der Hände seien zum Austrittszeitpunkt nahezu vollständig regredient gewesen (S. 3).

3.3.6 Im Bericht des Spitals K._____, vom 5. Dezember 2022 (act. II 229 S. 11-21) führten die Behandler aus, aktuell berichte die Beschwerdeführerin über einen deutlich gebesserten Allgemeinzustand. In der vorgängig erfolgten zerebralen Bildgebung habe sich eine extraaxiale Kollektion parieto-okzipital rechts gezeigt, am ehesten einem subduralen Hämatom entsprechend, ohne Hinweis auf zwischenzeitlich neu aufgetretene Ischämien (S. 21).

3.3.7 Dr. med. I._____ hielt im Bericht vom 12. Dezember 2022 (act. II 217 S. 2-6) fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe

sich verschlechtert. Es werde empfohlen, auf ein zusätzliches medizinisches Gutachten zu verzichten, da "die Evidenz der Notwendigkeit einer vollen IV-Rente ausreichend vorhanden" und der Stress einer Untersuchung durch unbekannte Personen aus medizinischer Sicht bedenklich seien. Durch die Tendenz der Beschwerdeführerin, in wahrgenommenen Leistungssituationen insbesondere mit fremden Personen zu dissoziieren, sei sie zusätzlich gefährdet und die Aussagekraft einer solchen Untersuchung fraglich (S. 2).

3.3.8 Im Bericht des Spitals K._____, vom 27. Dezember 2022 (act. II 229 S. 7-10) wurde festgehalten, in der Gesamtschau bestehe eine erfreuliche Regredienz der klinischen Befunde (S. 10).

3.3.9 Im polydisziplinären, auf einer internistischen, orthopädischen, neurologischen, psychiatrischen sowie neuropsychologischen Untersuchung beruhenden Gutachten der psychiatrischen Dienste F._____ vom 24. April 2023 (act. II 236.1 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (act. II 236.1 S. 20 f.):

- Chronische Tenosynovitis der Flexorensehne am linken Handgelenk bei St. n. Karpaltunnelrelease und Synovialektomie 12/2021
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetypus, ICD-10 F60.31
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, ICD-10 F33.0
- Soziale Phobie, ICD-10 F40.01
- Mittelschwere neuropsychologische Störung mit insbesondere (räumlich-)attentionalen, exekutiven, verbal-mnestischen kalkulatorischen Defiziten, multifaktorieller Ätiologie:
 - sehr wahrscheinlich hauptsächlich im Rahmen der hirnnorganischen Befunde (v. a. multiple kortikale und subkortikale Ischämien und Mikroblutungen in mehreren Stromgebieten bihemisphärisch, subkortikale Marklagerläsionen Fazekas Grad 2, ED [= Erstdiagnose] August 2022, ICD-10 F07.8)
 - akzentuiert durch die psychiatrischerseits diagnostizierten, vorbestehenden psychischen Erkrankungen (emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetypus, ICD-10 F60.31,

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, ICD-10 F33.0, soziale Phobie, ICD-10 F40.01)

- bezüglich der Defizite der Zahlenverarbeitung im Sinne einer entwicklungsbedingt vorbestehenden Rechenstörung ("Dyskalkulie", ICD-10 F81.2)
- Mehrzeitige multiple kortikale und subkortikale cerebrale Ischämien und Mikroblutungen in mehreren Stromgebieten beidhemisphärisch, Erstmanifestation ca. Mai 2022, Erstdiagnose 24. August 2022 aufgrund eines Antiphospholipidsyndroms

In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, repetitive Bewegungen des linken Handgelenks und Kraftanwendung desselben seien [gemeint wohl: nicht] mehr vollumfänglich zumutbar. Ferner seien aufgrund der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetypus, der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, und der sozialen Phobie die emotionale Belastbarkeit, die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit, der Antrieb, die Interessen, die Motivation sowie die Dauerbelastbarkeit beeinträchtigt. Die mittelschwere neuropsychologische Störung sei multifaktorieller Ätiologie. Eine zentrale Bedeutung komme den hirnorganischen Befunden zu. Die mehrere kognitive Domänen betreffenden Ausfälle passten zur lokalisatorisch diffusen Schädigung, und deckten sich mehrheitlich sehr gut mit den berichteten kognitiven Beschwerden. Sodann fungierten die psychischen Erkrankungen im Hinblick auf die neuropsychologische Störung eher als akzentuierende, Kompensationsmöglichkeiten schmälernde Faktoren (S. 19). Auf neurologischem Fachgebiet bestehe eine funktionelle Beeinträchtigung durch die Schwäche und Ungeschicklichkeit der rechten Hand, Sehstörungen, Sprachstörungen, Antriebsstörung und vermehrte Müdigkeit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20). Eine abklingende, aber noch vorhandene Belastung stelle die neurologische Erkrankung seit Frühling/Sommer 2022 dar, insbesondere auch auf dem Boden vorbestehender, erheblicher psychischer Erkrankungen (S. 23).

Aufgrund der psychiatrischen Diagnosen betrage die Arbeitsfähigkeit als ... seit April 2020 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 0 % (Arbeitsunfähigkeit 100 %). Auch für adaptierte Tätigkeiten habe ab April 2020 gesamthaft

bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (Arbeitsunfähigkeit 100 %) bestanden. Ab März 2021 könnten den Leiden adaptierte Arbeiten in geschütztem Rahmen bei voller Stundenpräsenz zu 50 % (Arbeitsunfähigkeit 50 %) zugemutet werden (S. 23).

3.3.10 In der RAD-ärztlichen Stellungnahme vom 4. September 2023 (act. II 240) hielt Dr. med. L._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nach interner Zuweisung an die RAD-Ärztin Dr. med. M._____, Fachärztin für Neurologie (vgl. act. II 241), fest, das F._____-Gutachten vom 24. April 2023 sei weder in neurologischer noch in psychiatrischer Hinsicht schlüssig (act. II 240 S. 7).

3.3.11 Im Bericht des Spitals K._____, vom 10. Januar 2024 (act. II 263 S. 2 ff.) hielten die Behandler nach geplanter Verlaufskontrolle bei primärem Antiphospholipidsyndrom unter Therapie fest, die Beschwerdeführerin berichte über einen stabilen Krankheitsverlauf seit der letzten Konsultation ohne Hinweise auf neue zentralnervöse Ereignisse. Die ambulante neurologische Rehabilitation sei abgeschlossen, eine Wiederaufnahme der ambulanten psychiatrischen Begleitung geplant. Kopfschmerzen beständen aktuell etwa einmal im Monat und seien mit Bedarfsanalgesie kontrolliert. Eine ophthalmologische Verlaufskontrolle der Papillenschwellung zeige eine weitere Regredienz. Klinisch-neurologisch zeige sich ein unveränderter Status mit bekannten Einschränkungen des Gesichtsfeldes im unteren rechten und oberen linken Quadranten sowie einer Hypästhesie krural rechts. Bei fehlenden klinischen Hinweisen auf neue neurologische Defizite sei die neue pontine Diffusionsrestriktion am ehesten als Artefakt zu werten (S. 4).

3.3.12 Im bidisziplinären, neurologisch-psychiatrischen sowie eine neuropsychologische Zusatzuntersuchung beinhaltenden Gutachten von Dr. med. G._____ und Prof. Dr. med. H._____ vom 3. Mai 2024 (act. II 286.1 ff.) wurden interdisziplinär folgende "Relevante Diagnosen" gestellt (act. II 286.1 S. 67 f.):

- Rezidivierend depressive Störung, aktuell remittiert, ICD-10 F33.4
- Atypische Bulimie, remittiert, ICD-10 F50.3
- Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen Anteilen, ICD-10 Z73
- Multiple kortikale Hirninfarkte in mehreren vaskulären Stromgebieten, Erstdiagnose August 2022

- Wahrscheinliche Migräne mit Aura

In der Beurteilung hielten die Gutachter interdisziplinär fest, die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage 100 %. Aus Sicht der Behandler und des polydisziplinären Gutachtens sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, allenfalls sei nach ca. einem Jahr eine Teilarbeitsfähigkeit denkbar. Diese Bewertungen liessen sich nicht mehr fortschreiben, da die objektiven klinischen Befunde keine erhebliche Limitation mehr auswiesen. Die Notwendigkeit einer angepassten Tätigkeit bestehe somit aus gesamtgutachterlicher Sicht auch nicht. Die getroffene Einschätzung sollte spätestens ex nunc gelten. Ferner ziehe die erhebliche auffällige Symptomvalidierung die gesamte Beschwerdeschilderung in Zweifel. Auch aus diesem Grund lasse sich keine Minderung der Arbeitsfähigkeit mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit begründen (S. 69).

3.3.13 Im Bericht des Spitals K._____, vom 25. Juli 2024 (act. II 301 S. 2-6) wurde festgehalten, klinisch-neurologisch habe sich ein unveränderter Status mit (im Vergleich zur Voruntersuchung) regredientem Gesichtsfelddefekt sowie einer vorbekannten Hypästhesie krural rechts gezeigt. Hinweise für eine Gangunsicherheit hätten sich nicht ergeben. Die bildgebende Verlaufsuntersuchung am 25. Juli 2024 habe einen stabilen Befund ohne neue Ischämien oder Hinweise auf eine Vaskulitis erbracht (S. 4).

3.3.14 In der Stellungnahme vom 5. September 2024 (act. II 293) hielten Dr. med. G._____ und Prof. Dr. med. H._____ fest, die Arbeitsfähigkeit betrage von März 2020 bis "zur jetzigen Begutachtung" 0 % bzw. "ab jetziger Begutachtung" 100 % (act. II 293 S. 42).

3.3.15 Vom 25. Januar bis 3. März 2025 war die Beschwerdeführerin aufgrund "Obere GI Blutung [= gastrointestinale Blutung] bei Frischblut ab ano bei St. n. Magen-Bypass am 20.01.2025 i. R. Dx 2" hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 3. März 2025 (act. II 316 S. 49-53) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei am 3. März 2025 in ordentlichem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (S. 52).

3.3.16 Die RAD-Ärztin Dr. med. L._____ hielt im Bericht vom 19. März 2025 (act. II 311) fest, es sei überwiegend wahrscheinlich zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes im somati-

schen Fachgebiet gekommen, dies medizinisch-theoretisch vom 25. Januar bis 7. April 2025. Das gutachterlich genannte Zumutbarkeitsprofil habe überwiegend wahrscheinlich ab 8. April 2025 wieder seine Gültigkeit (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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 151 V 244 E. 3.5 S. 248, 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C_260/2020 E. 2.2).

3.5 Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 17. April 2025 (act. II 314 S. 2 ff.) in medizinischer Hinsicht auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. G._____ und Prof. Dr. med. H._____ vom 3. Mai 2024 (act. II 286.1 ff.) samt Stellungnahme vom 5. September 2024 (act. II 293) ab. Die Beschwerdeführerin macht im Wesentlichen geltend, bei diesem Gutachten handle es sich um eine unzulässige second opinion (Beschwerde S. 4 Art. 3) und die Expertise sei aus dem Recht zu weisen (Beschwerde S. 9 Art. 4). Es sei auf das schlüssige F._____-Gutachten vom 24. April 2023 (act. II 236.1 ff.) abzustellen (Stellungnahme vom 31. Juli 2026 S. 4).

3.6

3.6.1 Der Versicherungsträger prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Er bestimmt die Art und den Umfang der notwendigen Abklärungen (Art. 43 Abs. 1^{bis} ATSG).

Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hiezu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283; Urteil des BGer 8C_515/2024 vom 23. Mai 2025 E. 4.4, zur Publikation vorgesehen). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indes nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 146 V 240 E. 8.3.2 S. 250, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158).

3.6.2 Der Untersuchungsgrundsatz beinhaltet nicht das Recht des Versicherungsträgers, eine "second opinion" zum bereits in einem Gutachten

festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn ihm dieser nicht passt bzw. nicht seinen Vorstellungen entspricht. Es geht nicht darum, die Tunlichkeit einer medizinischen Beurteilung mittels Einholung einer Zweitmeinung zu hinterfragen, sondern darum, in welchem Umfang und in welcher Tiefe Abklärungen vorzunehmen sind, damit der rechtserhebliche Sachverhalt als mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt werden kann. Die Notwendigkeit der Anordnung eines weiteren Gutachtens ergibt sich aus der Beantwortung der Frage, ob bereits bei den Akten liegende Gutachten die inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen an eine zu erstattende ärztliche Expertise erfüllen (Urteil des BGer 9C_208/2025 vom 2. Juni 2026 E. 3.1).

3.7 Zu prüfen ist demnach, ob das F._____ -Gutachten vom 24. April 2023 (act. II 236.1 ff.) den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines Gutachtens (vgl. E. 3.4.2 vorne) genügt. Bejahendenfalls handelt es sich beim zweiten Gutachten um eine unzulässige second opinion.

3.7.1 Die Experten der psychiatrischen Dienste F._____ bescheinigten interdisziplinär sowohl hinsichtlich der angestammten Tätigkeit als ... als auch in einer den Leiden angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt bzw. eine allein 50%ige Arbeitsfähigkeit "in geschütztem Rahmen" (act. II 236.1 S. 23). Dies wurde insbesondere mit psychischen, aber auch neurologischen und neuropsychologischen Einschränkungen begründet. Weil Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG die medizinische Befundlage bildet (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221), müsste eine in Bezug auf den ersten Arbeitsmarkt dergestalt gänzlich aufgehobene funktionelle Leistungsfähigkeit indes durch entsprechende ausgeprägte Befunde nachvollziehbar untermauert sein. Dies trifft hier nicht zu: So präsentierte sich der psychopathologische Status sowohl anlässlich der psychiatrischen (act. II 236.5 S. 26) als auch der neuropsychologischen Untersuchung (act. II 236.2 S. 16) wenig ausgeprägt, was denn auch der psychiatrische Gutachter einräumte, indem er auf ein im Untersuchungszeitpunkt "relativ unauffälliges Zustandsbild" hinwies (act. II 236.5 S. 34). Daran ändert nichts, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung

chologischen Untersuchung schilderte, "ihr Innenleben habituell nicht nach aussen zu tragen und sich ihre eigentlichen Gefühle nicht ansehen zu lassen" (act. II 236.2 S. 16), zumal die von Dr. med. I. _____ behauptete Tendenz der Beschwerdeführerin, in Leistungssituationen zu dissoziieren, weshalb die Aussagekraft von medizinischen Gutachten fraglich sei (act. II 217 S. 2), befundmässig gerade nicht festgestellt werden konnte (act. II 236.5 S. 26) bzw. ausdrücklich ausgeschlossen wurde (act. II 236.2 S. 16). Weiter ergab eine Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit gemäss Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP) bei nur zwei Dimensionen eine mittel bis schwere, bei acht eine mittelschwere und bei zwei eine mittel bis leichte Beeinträchtigung, während bei der Mobilität keine Quantifizierung anhand der ordinalen Skalierung erfolgte (act. II 236.5 S. 27 f.). Auch diese Einschätzung erlaubt keinen nachvollziehbaren Rückschluss auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten, müsste doch diesfalls bei einer (deutlichen) Mehrheit der Dimensionen eine schwere Beeinträchtigung vorhanden sein. Der Vollständigkeit halber bleibt indes anzufügen, dass eine allein gestützt auf die Mini-ICF-APP und ohne Berücksichtigung der – hier dem Gesagten zufolge wenig ausgeprägten psychischen – Befunde erfolgte Quantifizierung der Arbeitsunfähigkeit ohnehin nicht genügt. Demnach ist die aus psychiatrischer Sicht postulierte gänzliche Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten nicht nachvollziehbar begründet und damit beweismässig nicht verwertbar.

Auch der neurologische Gutachter bescheinigte in der bisherigen Tätigkeit eine 100%ige und in einer den Leiden angepassten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 236.4 S. 12). Das zum psychiatrischen Teilgutachten Gesagte gilt auch für die neurologische Beurteilung: So war die Befundlage gemäss dem entsprechenden Teilgutachten bis auf einen links unsicheren Einbeinstand bland (act. II 236.4 S. 8 f.). Dieser vermag entgegen der Beschwerde (S. 7) offensichtlich keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Ferner wurde zwar das Elektroenzephalogramm (EEG) als pathologisch eingestuft (act. II 236.4 S. 10). Indes wurde dieser Befund vom Gutachter nicht weiter diskutiert und namentlich auch nicht zur Begründung für die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden und Einschränkungen (act. II 236. 4 S. 11 f.) herangezogen.

gen, so dass diesen Befunden bei der Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens keine Bedeutung zukommt. Dasselbe gilt für das in der Beschwerde genannte "Babinskizeichen" (S. 7; act. II 236.4 S. 9), wobei sich auch aus den derzeit vorliegenden Akten der Behandler insoweit keine Anhaltspunkte für eine allfällige Relevanz bezüglich Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergeben. Ferner sind die im neurologischen Teilgutachten festgestellten Sprachstörungen (act. II 236.4 S. 12) nicht nachvollziehbar, nachdem der Gutachter eine unkomplizierte Verständigung festgestellt hatte (S. 8; ferner act. II 236.2 S. 15; 236.5 S. 25) und auch die Behandler keine Auffälligkeiten im Bereich Kommunikation, Sprache oder Sprechen vermerkten (act. II 203 S. 6). Insgesamt ist somit auch die im neurologischen Teilgutachten bescheinigte nahezu gänzliche Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten nicht schlüssig dargelegt, zumal auch der Gutachter eine Besserung der neurologischen Ausfälle bescheinigte (act. II 236.4 S. 11), was mit den im Längsschnitt dokumentierten Feststellungen der Behandler übereinstimmt (act. II 301 S. 4; 263 S. 4; 229 S. 10; 229 S. 21).

3.7.2 Sodann erweisen sich die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung mit Blick auf die aus nicht nachvollziehbaren Gründen im Verlauf diametral unterschiedlich ausgefallenen Beschwerdevalidierungstests (BVTs; vgl. act. II 141 S. 29 f.; 236.2 S. 22; 286.3 S. 35 f.) von fraglicher Aussagekraft (vgl. auch act. II 306). Insbesondere aber stellt die neuropsychologische Abklärung gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung lediglich eine Zusatzuntersuchung dar und es bleibt grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen oder allenfalls des neurologischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (Urteil des BGer 8C_688/2025 vom 16. April 2026 E. 4.3.2). Die untersuchende Neuropsychologin mass den "hirnorganischen Befunden" eine zentrale Bedeutung zu (act. II 236.2 S. 22), was jedoch im neurologischen Teilgutachten weder diskutiert, geschweige denn bestätigt oder als Begründung für die Arbeitsunfähigkeit herangezogen wurde (act. II 236.4 S. 10-12). Auch der psychiatrische Gutachter nahm keine (hinreichende) Diskussion der im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung erfolgten Einschätzungen vor. Namentlich ist etwa seine Feststellung, wonach mit Blick auf die durchgemachten Ischämien und die im Untersuchungszeitpunkt festgestellten zumindest leichten kogni-

tiven Störungen eine neuropsychologische Abklärung zu erfolgen habe (act. II 236.5 S. 38), nicht nachvollziehbar und bekräftigt den Eindruck, dass die Ergebnisse der neuropsychologischen Zusatzuntersuchung nicht (hinreichend) berücksichtigt wurden. Demnach kann auf die aus neuropsychologischer Sicht für eine angepasste Tätigkeit bescheinigte 25%ige Arbeitsfähigkeit (act. II 236.2 S. 26) nicht abgestellt werden, weil es sich bei der Gutachterin nicht um eine Fachärztin handelt (S. 28) bzw. deren Einschätzungen nicht (hinreichend) fachärztlich eingeordnet und gewürdigt wurden.

3.7.3 Zusammenfassend genügt das F._____ -Gutachten vom 24. April 2023 (act. II 236.1 ff.) – der Einschätzung des RAD folgend (act. II 240 f.) – den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines Gutachtens (vgl. E. 3.4.2 vorne) nicht und die Beschwerdegegnerin war befugt bzw. mit Blick auf eine hinreichende Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. E. 3.6.1 vorne) verpflichtet, eine weitere Begutachtung zu veranlassen. Diese stellt demnach keine unzulässige second opinion dar.

3.7.4 Sämtliche Einwände in der Beschwerde – soweit nicht bereits entkräftet (vgl. E. 3.7.1 f. vorne) – ändern daran nichts:

So ist nicht relevant, dass die Beschwerdeführerin in einem betreuten Wohnheim lebt (Beschwerde S. 5 Art. 4). Abgesehen davon, dass dies nur Folge des von der Beschwerdeführerin gezeigten Verhaltens ist, ist allein massgebend, ob eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit mittels lege artis erhobener Befunde begründbar ist. Schliesslich ist ebenso wenig allein entscheidend, ob das F._____ -Gutachten vom 24. April 2023 (act. II 236.1 ff.) die formalen Kriterien an ein Gutachten erfüllt (Beschwerde S. 6). Massgebend für den Beweiswert eines Gutachtens sind die in E. 3.4.2 dargelegten höchstrichterlichen Kriterien. Das F._____ -Gutachten überzeugt namentlich in Bezug auf die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und insbesondere die Plausibilisierung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen mit gänzlicher Arbeitsunfähigkeit nicht.

3.8 Indessen bildet entgegen der Beschwerdegegnerin auch das bi-disziplinäre, neurologisch-psychiatrische, unter Berücksichtigung einer neu-

ropsychologischen Zusatzuntersuchung erstellte Gutachten von Dr. med. G._____ und Prof. Dr. med. H._____ vom 3. Mai 2024 (act. II 286.1 ff.) keine beweismässig hinreichende Basis für die Beurteilung der streitigen Fragen:

3.8.1 Nach Eingang des bidisziplinären Gutachtens von Dr. med. G._____ und Prof. Dr. med. H._____ stellte die Beschwerdegegnerin zu Recht Rückfragen in Bezug auf den Verlauf der Arbeitsfähigkeit (act. II 290 f.). In ihrer Stellungnahme vom 5. September 2024 (act. II 293) bescheinigten die Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 0 % "bis zur jetzigen Begutachtung" und von 100 % "ab jetziger Begutachtung" (S. 42). Dieser abrupte Wechsel von einer 0%igen zu einer 100%igen Arbeitsfähigkeit wurde indes weder nachvollziehbar begründet noch ist er aufgrund des Gutachtens, der Stellungnahme oder der anderweitigen Akten plausibel. Was die für die Zeit vor der Begutachtung bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit anbelangt, so entspricht diese unbegründete Einschätzung letztlich jener im F._____ -Gutachten vom 24. April 2023 (act. II 236.1 ff.), auf welche dem Dargelegten zufolge jedoch nicht abgestellt werden kann (vgl. E. 3.7.3 vorne). Eine seit März 2020 durchgehend gänzlich fehlende Arbeitsfähigkeit ist denn auch aufgrund der derzeit vorliegenden Berichte der Behandler bzw. der darin dokumentierten Befunde (vgl. E. 3.3 vorne) nicht nachvollziehbar begründbar. Denn in neurologischer Hinsicht konnte in Bezug auf die stattgehabten Ischämien spätestens seit Dezember 2022 eine "erfreuliche Regredienz der klinischen Befunde" festgestellt werden (act. II 229 S. 10). In psychiatrischer Hinsicht wurde die gänzliche Arbeitsunfähigkeit im Längsschnitt im Wesentlichen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetypus begründet (act. II 162 S. 1, 4; 236.5 S. 35 f.), welche Diagnose Dr. med. G._____ indes verwarf (act. II 286.3 S. 38). Trifft ihre Einschätzung zu, wäre auch eine psychisch bedingte durchgehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit nach derzeitiger Aktenlage nicht ohne weiteres begründbar.

3.8.2 Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin bei Status nach Magenbypass am 20. Januar 2025 vom 25. Januar bis 3. März 2025 und damit vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. April 2025 (act. II 314 S. 2 ff.) aufgrund einer gastrointestinalen Blutung

hospitalisiert war (act. II 316 S. 49-53). Die RAD-Ärztin Dr. med. L._____ hielt nach interner Zuweisung an Dr. med. N._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin (act. II 312), in der Stellungnahme vom 19. März 2025 (act. II 311) fest, insgesamt liege ausschliesslich ein Pflegebericht vor. Eine fachärztliche Dokumentation fehle. Es könne davon ausgegangen werden, dass eine "100%ige AUF" (gemeint wohl: AF [= Arbeitsfähigkeit]) für sämtliche Arbeiten vom 20. Januar bis zum 7. April 2025 nicht bestanden habe, da in diesem Zeitraum ein instabiler Gesundheitszustand vorgelegen habe. Das gutachterlich genannte Zumutbarkeitsprofil habe überwiegend wahrscheinlich ab dem 8. April 2025 wieder seine Gültigkeit (S. 5). Wie die RAD-Ärztinnen selber einräumen, beruhen ihre – zurückhaltend erfolgten ("Es kann davon ausgegangen werden") – Einschätzungen einzig auf einem Pflegebericht (act. II 308 S. 2-4), wobei auch aus dem Austrittsbericht vom 3. März 2025 (act. II 316 S. 49-53) im Rahmen der Beweiswürdigung keine zusätzlichen Erkenntnisse gewonnen werden können. Die im RAD-Bericht basierend auf dieser Aktenlage erfolgten Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit sind somit mangels schlüssiger medizinischer Entscheidungsgrundlagen nicht überzeugend, weshalb darauf derzeit nicht abgestellt werden kann und auch insoweit weitere Abklärungen angezeigt sind.

3.9 Demnach bestehen insbesondere hinsichtlich der Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit konkrete Zweifel hinsichtlich der Zuverlässigkeit des bidisziplinären Gutachtens von Dr. med. G._____ und Prof. Dr. med. H._____ vom 3. Mai 2024 (act. II 286.1 ff.) einschliesslich der Stellungnahme vom 5. September 2024 (act. II 293), womit darauf nicht abgestellt werden kann (vgl. E. 3.4.2 vorne). Ferner wurde die gastrointestinale Problematik nicht rechtsgenüglich abgeklärt (vgl. E. 3.6.1 vorne). Entsprechend basiert die angefochtene Verfügung vom 17. April 2025 (act. II 314 S. 2 ff.) auf keinem rechtsgenügenden Entscheidfundament. Bei derzeitiger Aktenlage lässt sich insbesondere auch nicht schlüssig beurteilen, ob sich der Sachverhalt seit Erlass der Verfügung vom 3. März 2020 (act. II 152) anspruchsbegründend verändert hat, mithin ein Revisionsgrund gegeben ist (vgl. E. 2.3.2 vorne). Der Sachverhalt bedarf somit in neurologischer, psychiatrischer sowie mit Blick auf die noch vor Erlass der Verfügung vom 17. April 2025 neu aufgetretene

gastrointestinale Problematik auch in dieser Hinsicht weiterer Abklärung – unter Einschluss eines Beschwerdevalidierungsverfahrens (vgl. E. 3.6.1 vorne). Ein Gerichtsgutachten (Rechtsbegehren Ziff. 2 der Beschwerde) fällt ausser Betracht, nachdem in gastrointestinaler Hinsicht bisher keine Administrativbegutachtung erfolgte. Die Beschwerdegegnerin hat demnach nach der Aktualisierung des medizinischen Dossiers mittels Beizug von Berichten behandelnder Ärzte eine neurologische, psychiatrische und internistische Begutachtung bei bislang nicht mit der Sache befassten Experten zu veranlassen, wobei es ihr anheimgestellt ist, je nach inzwischen eingetretener medizinischer Sachlage weitere Fachdisziplinen zu berücksichtigen.

3.10 Zusammenfassend ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 17. April 2025 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge. Auf eine allfällige Schlechterstellung ist die Beschwerdeführerin hingewiesen worden.

4.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Ver-

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

Mit Kostennote vom 30. Juli 2026 hat Rechtsanwältin B._____ ein Honorar von Fr. 5'937.50 (23.75 Stunden à Fr. 250.--), Auslagen von Fr. 75.20 und die Mehrwertsteuer (MWST) von Fr. 487.05 (8.1 % auf Fr. 6'012.70), ausmachend einen Aufwand von gesamthaft Fr. 6'499.75, geltend gemacht. Dieser Aufwand erscheint in Anbetracht der Komplexität des Falles als gerade noch gerechtfertigt. Der gesamte Parteikostenersatz ist somit auf Fr. 6'499.75 (inkl. Auslagen und MWST) festzusetzen. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

4.3 Bei diesem Ausgang ist das Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung des in diesem Verfahren gestellten Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege dahingefallen. Entsprechend ist das Verfahren um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben (MICHEL DAUM, in: HERZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum bernischen VRPG, 2. Auflage 2020, Art. 39 N. 1).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 17. April 2025 aufgehoben und die Sache an die Verwaltung zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge.

2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird abgeschrieben.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
4. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 6'499.75 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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