

IV 200 2025 480
FRC/FRJ/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. März 2026

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Frésard

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____

Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. Juni 2025



Sachverhalt:

A.

Die 1962 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), zuletzt als ... bei C. _____ GmbH tätig, meldete sich im März 2023 unter Hinweis auf Brustkrebs bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1, 13 S. 3 ff., 20 S. 2). Nach Abklärungen medizinischer und erwerblicher Art sprach die IVB der Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Coachings zum Arbeitsplatzert halt (act. II 27) sowie von Aquafit-Kursen (act. II 33) zu. Am 17. Oktober 2023 schloss die IVB die berufliche Eingliederung ab, nachdem das Coaching abgeschlossen war und sich die Versicherte auf Stellensuche befand (act. II 41). Anschliessend nahm die IVB weitere Abklärungen vor, namentlich holte sie Beurteilungen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (act. II 49, 58, 59, 60, 63), und stellte mit Vorbescheid vom 12. Juli 2024 (act. II 64) die Abweisung des Rentenbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Nach Einwand der Versicherten (act. II 69) holte die IVB eine weitere Beurteilung des RAD ein (act. II 74) und liess die Versicherte psychiatrisch begutachten (psychiatrisches Gutachten von Dr. med. D. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Mai 2025 [act. II 94 S. 2 ff.]). Dieses Gutachten unterzog sie anschliessend einer Qualitätskontrolle durch den RAD (act. II 96). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 97, 100) verfügte sie schliesslich am 24. Juni 2025 die Abweisung des Rentenbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens (act. II 102).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, wie bereits im Vorbescheidverfahren vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 7. August 2025 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Ausrichtung einer Invalidenrente, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 21. August 2025 auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 24. Juni 2025 (act. II 102). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch; soweit in der Verfügung weitere Ansprüche verneint worden sind, ist sie mangels Anfechtung (Beschwerde S. 2 Ziff. I 2) in Rechtskraft erwachsen.

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

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

2.

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

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1

S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 151 V 66 E. 5.4 S. 70, 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3 S. 298) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

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

gliederung 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.

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

2.4 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).

2.5 Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 151 V 244 E. 3.4 S. 248, 144 V 427 E. 3.2 S. 429; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_583/2024 vom 26. Mai

2025 E. 3.3.1, zur Publikation vorgesehen; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 161, 8C_457/2021 E. 3.3).

3.

3.1 In medizinischer Sicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Dr. med. E._____, Fachärztin für Radio-Onkologie/Strahlentherapie, stellte im Bericht vom 30. Januar 2023 (act. II 43 S. 11 f.) die Diagnose Mammakarzinom rechts kranialateral (malignitätssuspekter Herdbefund am 8. September 2022). Die Radiotherapie sei am 25. Januar 2023 abgeschlossen worden und sie habe die Beschwerdeführerin am 27. Januar 2023 zur Nachkontrolle gesehen (S. 11). Unter der Radiotherapie sei eine akute Strahlenreaktion Grad II aufgetreten. Zudem habe die Beschwerdeführerin während der Radiotherapie unter etwas vermehrter Müdigkeit gelitten. Die Beschwerdeführerin sei zu lokal pflegenden und kühlenden Massnahmen instruiert worden (S. 12).

Im Bericht vom 24. Februar 2023 (act. II 43 S. 9 f.) führte Dr. med. E._____ aus, die Beschwerdeführerin sei schon während der Radiotherapie sehr beunruhigt über die Hautreaktionen gewesen und habe eine engmaschige Nachkontrolle gewünscht (S. 9). Bis zum 17. Februar 2023 sei die Haut vollständig reepithelialisiert gewesen. Sie habe ihr die Excipial Lipolotion für die nächsten paar Wochen empfohlen. Es sei kein weiterer gesonderter Kontrolltermin vorgesehen (S. 10).

3.1.2 Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte im Bericht vom 28. September 2023 (act. II 37) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen Angsterkrankung, Anpassungsstörung, Panikattacken und Mammakarzinom rechts kranialateral (S. 3 Ziff. 2.5). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine leichtgradige Osteopenie und einen rezidivierenden Herpes lokal anal (S. 3 Ziff. 2.6). Im Vordergrund der Symptomatik stünden aktuell Ängste, intermittierende Panikattacken, Unsicherheiten und Zweifel (S. 3 Ziff. 2.2). Vom 1. Februar bis zum 31. August 2023 sei die Beschwerdeführerin zu 100 % und vom

1. September bis zum 31. Oktober 2023 zu 50 % arbeitsunfähig erklärt worden (S. 2 Ziff. 1.3). Aktuell sei eine Tätigkeit während zwei Tagen pro Woche zumutbar (S. 6 Ziff. 4.1 f.). Die Prognose zur Eingliederung sei gut (S. 6 Ziff. 4.3)

3.1.3 In einem weiteren Bericht vom 23. Oktober 2023 (act. II 43 S. 3 ff.) hielt Dr. med. E. _____ fest, die Beschwerdeführerin sei während der Radiotherapie zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Im weiteren Verlauf sei die Unterzeichnende nicht mehr involviert gewesen (S. 3 Ziff. 1.3).

3.1.4 Die behandelnde Psychologin lic. phil. G. _____, eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin FSP, stellte in ihrem Bericht vom 7. November 2023 (act. II 47) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose generalisierte Angststörung bei Therapiebeginn im Jahr 2018 (DSM-5: ICD-10: F41.1 [S. 5 Ziff. 2.5]). Die Beschwerdeführerin befinde sich seit September 2018 bei ihr in Behandlung. Gegenwärtig erfolge die Behandlung circa alle fünf Wochen (S. 3 Ziff. 1.1 und 1.2). Bei Therapiebeginn 2018 habe eine vorbestehende Angststörung bestanden. Die Angstsymptomatik habe mit dem ab 2018 erlittenen beruflichen Stress, den Auswirkungen der Pandemie (Infektionsängste) ab 2020 und der im Jahr 2022 diagnostizierten Krebserkrankung zugenommen (S. 4 Ziff. 2.1). Aktuell bestehe eine fortbestehende generalisierte Angststörung mit einem stabilisierten Zustand unter der Psychotherapie (S. 4 Ziff. 2.2). Eine Arbeitsunfähigkeit sei durch die Referentin nicht attestiert worden (S. 3 Ziff. 1.3). Aus rein psychotherapeutischer Sicht bestehe eine deutlich reduzierte Arbeitsfähigkeit aufgrund der mangelnden Stressresistenz und der mangelnden Belastbarkeit sowie der erhöhten Ermüdbarkeit durch die Angststörung (S. 5 Ziff. 2.7). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (S. 7 Ziff. 4.1). Die Restarbeitsfähigkeit bei angepasster Tätigkeit betrage 40 bis 50 % (S. 5 Ziff. 2.7) Die Beschwerdeführerin könne drei bis vier Stunden am Tag in einer angepassten Tätigkeit unterrichten (S. 7 Ziff. 4.2).

3.1.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____, Fachärztin für Innere Medizin, stellte im Bericht vom 12. Januar 2024 (act. II 49) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen generalisierte Angststörung und Mammakarzinom rechts (S. 4). Im Vordergrund der Arbeitsunfähigkeit und diese initial begründend stand die Diagnose eines Mammakarzinoms. Die

Primärtherapie sei nun abgeschlossen und von körperlicher Seite her bestünden keine Einschränkungen mehr. Die weitere Arbeitsunfähigkeit sei durch eine vorbekannte Angsterkrankung begründet, welche medizinisch nachvollziehbar einerseits durch die Krebserkrankung, andererseits durch die Beendigung der jahrelang ausgeübten Tätigkeit als ... eine Verschlechterung erfuhr (S. 3). Seit der Diagnosestellung des Mammakarzinoms im September 2022 bestehe eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % und mehr. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit habe sich mit der abgeschlossenen Primärtherapie verringert. Die Prognose des Mammakarzinoms sei insgesamt günstig, eine andauernde Minderbelastbarkeit werde jedoch sowohl für die angestammte als auch für eine angepasste Tätigkeit im Hinblick auf die genannte psychiatrische Erkrankung verbleiben. Eine angepasste Tätigkeit sei in einem zeitlichen Umfang von 50 % mit einem Beschäftigungsgrad von 80 % in einem wenig stressbelasteten Umfeld möglich (S. 4).

3.1.6 Gemäss Bericht des RAD-Arztes Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. Mai 2024 (act. II 59) könne nach Aktenlage keine psychiatrische Störung mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit objektiviert werden. Weder eine kriteriengeleitete Diagnosestellung noch eine leitlinien- und störungskonforme fachärztliche Behandlung seien ersichtlich. Seitens der behandelnden Psychotherapeutin werde eine generalisierte Angststörung nach DSM-5 benannt und nach ICD-10 in Form einer F41.1 kodiert; die Diagnose sei jedoch weder kriteriengeleitet erhoben, noch könne diese anhand der klinischen und/oder anamnetischen Angaben objektiviert werden. Zudem weise der Bericht keinen Befund nach AMDP oder störungsspezifische Therapie-massnahmen (Psychopharmaka, Phytotherapeutika, etc.) aus (S. 2).

3.1.7 Gemäss Bericht der RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ vom 4. Juli 2024 (act. II 63) würden sich aus somatischer Sicht nach abgeschlossener Primärtherapie und nach erfolgreicher Abheilung der Hautläsionen, mithin nach dem 17. Februar 2023, keine Leistungseinschränkungen mehr ergeben. In der differenzierten aktuellen Beurteilung auf psychiatrischem Fachgebiet habe sich eine leistungsmindernde psychiatrische Störung

sodann nicht bestätigt. Damit bestünden nach dem 17. Februar 2023 keine Leistungseinschränkungen für die angestammte Tätigkeit mehr (S. 4).

3.1.8 Lic. phil. G. _____ hielt in ihrem zuhanden der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin erstellten Bericht vom 28. August 2024 (act. II 69 S. 8 ff.) fest, ihre Diagnose sei, anders als vom RAD-Arzt vorgebracht, kriteriengeleitet gestellt worden. Die Beschwerdeführerin erfülle resp. habe sämtliche Kriterien einer generalisierten Angststörung nach ICD-10: F41.0 erfüllt (S. 8 f.). Im Fragenkatalog habe sich keine Frage auf einen AMDP-Befund bzw. einen allgemeinen (nicht auf die berufliche Funktionsfähigkeit beschränkten) psychopathologischen Befund bezogen. Ein AMDP-Befund sei im ambulanten Kontext zur Diagnosestellung bei einer allseits orientierten Patientin mit einer Angststörung auch nicht notwendig, da er keinen zusätzlichen Informationsgewinn liefere. Die Referentin führe eine kognitive Verhaltenstherapie durch. Diese sei gemäss geltenden S3-Leitlinien für die Behandlung einer generalisierten Angststörung die erste Methode der Wahl, allenfalls kombiniert mit Psychopharmaka, wobei die Präferenz des Patienten berücksichtigt werden solle. Eine ergänzende psychopharmakologische Behandlung sei mit der Beschwerdeführerin wiederholt diskutiert worden. Im Rahmen der vorliegenden Angststörung, welche auch Ängste vor negativen Medikamentenwirkungen einschliesse, sowie einer vorbestehenden negativen Erfahrung mit SSRI habe sich die Beschwerdeführerin bisher nicht zu einem Medikationsversuch entschliessen lassen. Die Behandlung erfolge somit leitlinienkonform (S. 9). Die im Bericht festgehaltene Resterwerbsfähigkeit in einer angepasster Tätigkeit im Umfang von 40 bis 50 % entspreche ihrer heutigen Einschätzung als behandelnde Psychotherapeutin (S. 10).

3.1.9 Die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ hielt in ihrem Bericht vom 17. Oktober 2024 (act. II 74) fest, es könne aus somatischer Sicht weiterhin auf das Zumutbarkeitsprofil gemäss RAD-Stellungnahme vom 4. Juli 2024 abgestellt werden. Auf psychiatrischem Fachgebiet sei eine Begutachtung erforderlich (S. 3).

3.1.10 Dr. med. D. _____ stellte in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 5. Mai 2025 (act. II 94 S. 2 ff.) folgende Diagnosen (S. 24 f. Ziff. 6.1 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10: F33.0)
2. Generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.0)
3. Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlichen zwanghaften Anteilen (ICD-10: Z73.1)
4. Transgenerationäre Traumafolgestörung (ICD-10: F43.8)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Keine

In ihrer angestammten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin seit der Beendigung ihrer Tätigkeit bei der C._____ GmbH im Oktober 2022 vollständig arbeitsunfähig (S. 36 f. Ziff. 8.1). In einer angepassten Tätigkeit (mit stressminimiertem Arbeitsumfeld, einer wohlwollenden Atmosphäre, flacher hierarchischer Struktur, klar strukturierten, repetitiven Arbeitsvorgängen, ohne enge zeitliche Taktung, unter Berücksichtigung des individuellen Kompetenzniveaus, ohne Multitasking und ohne Arbeiten in einem Grossraumbüro) sei die Beschwerdeführerin acht Stunden (in Präsenz) und fünf Stunden (Vorbereitungszeit) pro Woche ohne Leistungseinschränkung arbeitsfähig. Die Arbeitsfähigkeit betrage 30 %. Diese Arbeits(un)fähigkeit bestehe seit dem Beginn der Tätigkeit an der C._____ GmbH (S. 37 f. Ziff. 8.2). Die Arbeitsfähigkeit könne nicht durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden. Die Weiterführung der kognitiven Verhaltenstherapie sei unbefristet erforderlich, um noch schwerere psychische Dekompensationen zu vermeiden (S. 38 Ziff. 8.3).

3.1.11 Gemäss Bericht des RAD-Arztes Dr. med. J._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 22. Mai 2025 (act. II 96) erfülle das Gutachten von Dr. med. D._____ die Qualitätsanforderungen gemäss Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI). Die Prüfung sei auf der Basis des reinen Gutachtentextes erfolgt (S. 2).

3.2

3.2.1 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).

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).

3.2.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C_651/2019 E. 4.3).

3.2.3 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 151 V 244

E. 3.5 S. 248, 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C_260/2020 E. 2.2).

3.3

3.3.1 In somatischer Hinsicht ist gestützt auf die RAD-ärztlichen Beurteilungen von Dr. med. H. _____ vom 4. Juli (act. II 63) und 17. Oktober 2024 (act. II 74) kein Gesundheitsschaden nach dem 17. Februar 2023 (d.h. bereits vor der Anmeldung zum Leistungsbezug im März 2023 [act. II 1]) resp. nach dem Ende der Strahlentherapie und der erfolgten Abheilung der damit einhergegangenen Hautläsionen erstellt. Diese Einschätzung ist unbestritten (vgl. Beschwerde S. 2 ff. Ziff. III) und gibt zu keinerlei Zweifel Anlass (vgl. act. II 37 S. 3 Ziff. 2.5 f., act. II 43 S. 3 Ziff. 1.3, S. 9 f.); darauf ist abzustellen (vgl. E. 3.2.2 hiavor).

3.3.2 Psychiatrischerseits erfüllt das psychiatrische Gutachten vom 5. Mai 2025 (act. II 94 S. 2 ff.) – soweit die Befunderhebung und die darauf basierende diagnostische Einschätzung betreffend – die höchstrichterlichen Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. E. 3.2.3 hiavor), weshalb insoweit darauf abzustellen ist. Die Feststellungen der Gutachterin beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und einer persönlichen Untersuchung (act. II 94 S. 11 ff. Ziff. 3 und 4) und sind in Kenntnis der Vorakten (act. II 94 S. 6 ff. Ziff. 2) und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden (act. II 94 S. 11 ff. Ziff. 3) getroffen worden. Die Sachverständige setzte sich im Rahmen der diagnostischen Herleitung mit dem bisherigen Behandlungsverlauf (act. II 94 S. 21) sowie den erhobenen Befunden (act. II 94 S. 22 ff. Ziff. 4.3) auseinander und zeigte schlüssig und überzeugend auf, dass die Beschwerdeführerin an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10: F33.0), einer generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.0), an akzentuierten Persönlichkeitszügen mit ängstlichen zwanghaften Anteilen (ICD-10: Z73.1) und an einer transgenerationären Traumafolgestörung (ICD-10: F43.8) leidet (act. II 94 S. 24 f. Ziff. 6.1 f.). Dabei orientierte sie sich an den klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 und zeigte einlässlich auf, dass und welche Diagnosekriterien erfüllt sind (act. II 94 S. 25 ff. Ziff. 6.4). Dies steht ohne Weiteres im Einklang mit der Aktenlage (act. II 37 S. 3 Ziff. 2.2 und

2.5, act. II 47 S. 4 Ziff. 2.2, S. 5 Ziff. 2.5, act. II 69 S. 8 f., act. II 74 S. 3) und überzeugt.

Gestützt hierauf leitete die Sachverständige eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit der Kündigung der Arbeitsstelle bei der C._____ GmbH im Oktober 2022 und eine 30%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (resp. eine achtstündige Präsenzzeit und eine fünfstündige Vorbereitungszeit pro Woche) in einer angepassten Tätigkeit ab (act. II 94 S. 36 f. Ziff. 8.1 und Ziff. 8.2). Hinsichtlich dieser Folgeabschätzung ist zu berücksichtigen, dass es nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht genügt, dass die medizinisch-psychiatrische Fachperson allein aus der diagnostizierten Erkrankung direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit – gleich welchen Grades – schliesst. Vielmehr muss sie darlegen, in welchem Umfang und auf welche Weise die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit aufgrund der erhobenen Befunde tatsächlich eingeschränkt ist. Dabei ist zur Vergleichs-, Plausibilitäts- und Kontrollüberprüfung auch die Berücksichtigung der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der versicherten Person erforderlich. Werden diese Anforderungen unter Berücksichtigung der in BGE 141 V 281 festgelegten Beweisgrundsätze nicht überzeugend erfüllt, besteht ein triftiger Grund, von der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung abzuweichen (vgl. zum Ganzen: BGE 148 V 49 E. 6.2.1 S. 53 f.).

Vorliegend erfolgte die gutachterliche Einschätzung betreffend Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Wesentlichen gestützt auf die eigenanamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin (vgl. act. II 94 S. 25 ff. Ziff. 6.4; act. II 94 S. 12 Ziff. 3.2: "Im Herbst 2022 habe sie allerdings eine sehr schwierige, schlimme Zeit gehabt, sie sei in derselben Woche, als sie die Karzinomdiagnose erhalten habe, [...] gekündigt worden. Das habe viele Ängste bei ihr ausgelöst.") ohne echtzeitliche Angaben der Behandler (vgl. act. II 94 S. 6 Ziff. 2) und entgegen den tatsächlichen Verhältnissen, arbeitet die Beschwerdeführerin doch seit August 2024 im Umfang von 30 % (inkl. Vorbereitungszeit) als ... für Kinder in einer ... und gibt sie an, sie könne sich dort ein Pensum von 40 % bis maximal 50 % vorstellen (act. II 94 S. 18 f., 21). In Bezug auf den bisherigen Behandlungsverlauf hielt die Gutachterin zudem fest, dass die aktuelle Behandlung lege artis erfolge, keine weiteren

Behandlungsoptionen bestünden und die Arbeitsfähigkeit nicht durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden könne (act. II 94 S. 30 f. Ziff. 7.2, S. 38 Ziff. 8.3). Dies, obwohl die behandelnde Psychotherapeutin im November 2023 bestätigte, dass die Therapiesitzungen lediglich alle fünf Wochen erfolgen (act. II 47 S. 3 Ziff. 1.2) und keine entsprechenden Psychopharmaka eingesetzt wurden resp. werden (act. II 47 S. 4 Ziff. 2.3, act. II 69 S. 9, act. II 94 S. 21), obschon ein Einsatz von Medikamenten wiederholt durch die Psychotherapeutin diskutiert wurde (act. II 69 S. 9). Weshalb die Sachverständige unter diesen Umständen von einem ausgeschöpften Therapiepotenzial ausgeht, ist weder schlüssig begründet noch ansatzweise nachvollziehbar. Zwar leidet die Beschwerdeführerin nach Angaben ihrer behandelnden Psychotherapeutin an einer Angst vor negativen Medikamentenwirkungen (act. II 69 S. 9). Aufgrund des Umstandes, dass die Therapiesitzungen lediglich sporadisch erfolgen und offenbar auch nie eine fachärztlich-psychiatrische Behandlung erfolgte (vgl. act. II 94 S. 15), vermag die geltend gemachte Ausschöpfung des Therapiepotenzials indes nicht zu überzeugen.

Nach dem Dargelegten bestehen hinreichende Gründe im Sinne der Rechtsprechung, die ein Abweichen von der medizinisch-psychiatrischen Folgeabschätzung rechtfertigen (vgl. Ausführungen hiavor). Dass der RAD die Qualitätsanforderungen gemäss KSVI als erfüllt erachtete (act. II 96 S. 2), ändert nichts (vgl. diesbezüglich Beschwerde S. 4 ff. Ziff. 5 ff.), handelt es sich bei diesen Kriterien um formelle Kriterien, so etwa, ob die Leitlinien zur Begutachtung eingehalten, ob die medizinischen Ausführungen ausreichend sind, ob das Gutachten nachvollziehbar ist und ob keine relevanten Verstösse gegen das Neutralitätsgebot vorliegen (vgl. Ziff. 3134 KSVI). Entsprechend erfolgte die Qualitätskontrolle vorliegend auch durch einen RAD-Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (act. II 96 S. 2) und nicht durch einen Facharzt für Psychiatrie. Dass der gutachterlichen Einschätzung betreffend Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht gefolgt werden kann, zeigt überdies das nachfolgende strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.2 hiavor). Dieses ist rechtlicher Natur und obliegt entsprechend (als frei zu überprüfende Rechtsfrage) dem Rechtsanwender (BGE 145 V 361

E. 3.2.2 S. 364, 141 V 281 E. 7 S. 308 f.; Urteil des BGer 8C_516/2024 vom 25. Februar 2025 E. 2.3).

4.

4.1 Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10: F33.0), eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.0), akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlichen zwanghaften Anteilen (ICD-10: Z73.1) sowie eine transgenerationäre Traumafolgestörung (ICD-10: F43.8) diagnostiziert (act. II 94 S. 24 f. Ziff. 6.1 f.) Diesbezüglich sind auf der ersten Ebene (vgl. E. 2.2 hiavor) die klassifikatorischen Vorgaben erfüllt und die Diagnosen wurden im Gutachten hinreichend begründet (vgl. E. 3.3.2 hiavor). Im Weiteren stellte die Sachverständige keine Hinweise auf aggravierende oder simulierende Darstellungstendenzen fest. Die beklagten Beschwerden würden der Befunderhebung im Rahmen der Expertise entsprechen und die Darstellung der Symptomatik sei kohärent, plausibel und konsistent (act. II 94 S. 31 Ziff. 7.3). Die Prüfung der ersten Ebene schliesst einen invalidisierenden Gesundheitsschaden somit nicht aus (vgl. E. 2.2 hiavor).

4.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie funktioneller Schweregrad (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

4.2.1 Mit Bezug auf den Komplex "Gesundheitsschädigung" (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich das Folgende: Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 299). Die psychiatrische Sachverständige stellte im Rahmen der Untersuchung fest, die Beschwerdeführerin zeige leichte Konzentrationsschwierigkeiten und ihre Stimmung sei ängstlich, angespannt und besorgt. Es bestehe jedoch kein Gefühl der Hoffnungs- oder der Gefühlslosigkeit. Darüber hinaus bestünden situationsbedingte Insuffizienzgefühle resp. ein situationsbedingtes vermindertes Selbstwertgefühl sowie Schuldgefühle. Zudem zeige sich eine Tendenz zu Zwangs-

gedanken mit Gedankenkreisen und -schleifen, zu Perfektionismus mit der Tendenz zum zwanghaften Vermeiden aller Eventualitäten sowie eine zwanghafte Detailliertheit in bestimmten Handlungen sowie seltene Panikattacken. Der Antrieb sei wegen schneller Erschöpfbarkeit und Ermüdung reduziert (act. II 94 S. 23). Im Weiteren bestünden aggressive Zustände mit einer Tendenz zu einer erhöhten Anspannung. Freude und Interesse seien hingegen weiterhin vorhanden und ausgeglichen. Die durchgeführte Zusatzuntersuchung der Hamilton Depressionsskala (HAMD) habe 10 Punkte ergeben, was den klinischen Eindruck der Sachverständigen einer leichten depressiven Episode bestätigte (act. II 94 S. 24), wobei diese Punktzahl im unteren Bereich dessen liegt, der für eine leichte depressive Episode charakteristisch ist (vgl. act. II 94 S. 24). Unter diesen Umständen – auch unter Berücksichtigung der in Bezug auf das Mini-ICF-APP festgestellten Einschränkungen (act. II 94 S. 32 ff.) – sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, die eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde nahelegen, als der gestellten Diagnose bereits inhärent ist (vgl. Urteil des BGer 9C_755/2018 vom 9. Mai 2019 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

In Bezug auf den Indikator "Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz" (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299) ist festzuhalten, dass sich die Beschwerdeführerin seit 2018 in psychotherapeutischer Behandlung befindet. Die Sitzungen erfolgten circa alle vier (act. II 94 S. 21) resp. alle fünf (act. II 47 S. 3 Ziff. 1.2) Wochen. Psychopharmakologisch wurde die Beschwerdeführerin nie behandelt (act. II 47 S. 4 Ziff. 2.3, act. II 69 S. 9, act. II 94 S. 21). Eine fachärztlich-psychiatrische Behandlung fand ebenfalls nie statt (vgl. act. II 94 S. 21). Hinsichtlich beruflicher Eingliederungsbemühungen ist zudem erstellt, dass die Beschwerdeführerin ein Coaching durchlief, wobei die individuelle Zielerreichung als erreicht angesehen wurde (act. II 27, 31, 41). Entsprechend ist vorliegend keine Behandlungs- oder Eingliederungsresistenz trotz optimaler Anstrengungen mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. E. 2.6 hiervor) erstellt (vgl. auch Ausführungen in E. 3.3.2 hiervor).

Hinweise auf eine relevante Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300) bestehen nicht. Gemäss den von Dr. med. D. _____ im Gutachten referierten Diagnoserichtlinien besteht eine hohe Überschneidung zwi-

schen der diagnostizierten depressiven Störung und der diagnostizierten Angststörung (act. II 94 S. 25 ff. Ziff. 6.4), womit auch die diagnostisch unterschiedliche Einschätzung desselben Beschwerdebildes im Raum steht, was die Annahme einer Komorbidität ausschliesse (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301). Eine diesbezügliche relevante, ressourcenhemmende Wirkung ist damit zu verneinen. Sodann fallen die als Z-Diagnosen klassifizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge mit ängstlichen zwanghaften Anteilen sowie die transgenerationäre Traumafolgestörung nicht unter den Begriff der invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen und stellen damit keine Komorbiditäten dar; diese sind indes allenfalls im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik zu würdigen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301 sowie Urteil des BGer 8C_592/2018 vom 2. April 2019 E. 4.3). Schliesslich bestehen in somatischer Hinsicht seit Februar 2023 (und mithin vor der Anmeldung zum Leistungsbezug) keine (relevanten) Einschränkungen mehr (vgl. E. 3.3.1 hier vor), womit auch insoweit die Annahme einer Komorbidität ausser Betracht fällt.

4.2.2 In Bezug auf den Komplex "Persönlichkeit" (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) gab die psychiatrische Sachverständige an, die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin sei durch akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich zwanghaften Anteilen und einem Vorhandensein eines chronischen Verlaufs einer generalisierten Angststörung geprägt (act. II 94 S. 29 f. Ziff. 7.1). Eine Persönlichkeitsstörung wurde hingegen ausdrücklich verneint (act. II 94 S. 28). Die Beschwerdeführerin zeige u.a. ängstliche Anteile mit einem andauernden und umfassenden Gefühl von Anpassung und Besorgtheit, einer ausgeprägten Sorge in sozialen Situationen und einer Überempfindlichkeit gegenüber Ablehnung und Kritik. Darüber hinaus zeige sie als Reaktionsbildung der ängstlichen Anteile zwanghafte Symptome sowie einen Perfektionismus (act. II 94 S. 28). Diese Züge wurden mithin in erster Linie als Teil der Angstsymptomatik festgestellt. Zudem gab die Beschwerdeführerin an, dass sie diese Gefühle ihr gesamtes Leben lang begleitet hätten (act. II 94 S. 28). Diese haben sie jedoch nicht daran gehindert resp. hindern sie auch aktuell nicht daran, ein strukturiertes, aktives und soziales Leben zu führen (vgl. E. 4.2.3 und 4.3.1 hiernach). Damit sind

keine wesentlichen, ausgeprägten ressourcenhemmenden Eigenheiten der Persönlichkeit auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit erstellt.

4.2.3 In Bezug auf den Komplex "Sozialer Kontext" (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) folgt aus dem Gutachten, dass die Beschwerdeführerin zusammen mit ihrem Ehemann in einer Eigentumswohnung wohnt. Diese Ehe sei stabil, die beiden hätten gemeinsame Interessen und der Ehemann sei sehr unterstützend (act. II 94 S. 15, 20). Sie habe zudem eine gute Beziehung zu ihrem Sohn, den sie am Wochenende sehe, und der jedoch bald nach ... ziehen werde (act. II 94 S. 20 f.). Darüber hinaus habe die Beschwerdeführerin gute soziale Kontakte und einen guten, stabilen, grossen Freundeskreis, der sich sogar noch erweitere, sowohl in der Schweiz als auch im Ausland. Mit ihren Freundinnen gehe sie regelmässig in die Stadt zum Kaffeetrinken, ins Aquafit, ins Pilates oder telefoniere sie (act. II 94 S. 20). Sie ziehe sich sozial nicht zurück, sondern der Kontakt zu ihren Freundinnen sei ihr, im Gegenteil, sehr wichtig (act. II 94 S. 14). Ihr Umfeld sei sehr verständnisvoll und unterstützte und begleite sie (act. II 94 S. 15). Damit steht fest, dass die Beschwerdeführerin über grosse soziale Ressourcen verfügt.

4.3 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie Konsistenz. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.).

4.3.1 Bezüglich des Indikators der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist festzuhalten, dass die gutachterlich attestierte 30%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht mit dem von der Beschwerdeführerin geschilderten, sehr aktiven Lebensstil und den beschriebenen Freizeitaktivitäten korrespondiert: Die Beschwerdeführerin schilderte, dass sie jeweils um 7.00 Uhr aufstehe, frühstücke und anschliessend für etwa 20 Minuten auf den Hometrainer trainiere, gefolgt von Physiotherapie-Übungen. Anschliessend gehe sie jeweils in die Stadt und treffe jemanden zum Kaffeetrinken. Nachmittags habe sie häufig Physio- oder Psychotherapiestunden oder gehe in die Stadt spazieren. Abends telefoniere sie mit Freundinnen, koche oder sehe sie Netflix. Gelegentlich würde sie auch mit Freundinnen oder ihrem Ehemann ins Kino oder ins Theater gehen. Einmal pro Woche nehme sie an Aquafit- und Pilateskursen teil (act. II 94 S. 20 f.).

Zuletzt sei sie mit ihrem Ehemann über Weihnachten zum Wellness nach ... gereist; zuvor hätten sie im Oktober eine Woche in ... verbracht. Insgesamt seien sie regelmässig ein wenig unterwegs. Trotz ihrer Flugangst gehe sie einmal jährlich (mit dem Flugzeug) nach ..., um ihre Familie zu besuchen (act. II 94 S. 21). Daraus folgt, dass die Beschwerdeführerin ein äusserst aktives Leben mit vielen Freizeitaktivitäten pflegt und durchaus in der Lage ist, Ängste – wie beispielsweise ihre Flugangst – zu überwinden.

4.3.2 Schliesslich bestehen auch Zweifel am behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Wie bereits erwähnt, hat die Beschwerdeführerin weder medikamentöse Behandlung noch fachärztlich-psychiatrische Behandlung in die Wege geleitet. Auch die psychotherapeutischen Sitzungen finden lediglich sporadisch statt (vgl. E. 4.2.1 hiavor). Damit ist kein ausgeprägter Leidensdruck erstellt.

4.4 Nach dem Dargelegten sind die aufgrund der beschriebenen psychischen Beeinträchtigungen geltend gemachten funktionellen Auswirkungen in Anbetracht der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Folglich ist ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter psychischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht hinreichend plausibilisiert und eine dahingehende Einschränkung nicht ausgewiesen. Aus rechtlicher Optik kann damit nicht auf die psychiatrisch attestierte Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden (vgl. E. 2.2 hiavor). Der medizinische Sachverhalt ist umfassend abgeklärt, womit es keiner weiteren Beweisvorkehrungen bedarf (BGE 151 V 258 E. 4.4 S. 261 f., 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

5.

Zusammenfassend ist kein invalidisierender Gesundheitsschaden erstellt, weshalb die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat. Die angefochtene Verfügung vom 24. Juni 2025 (act. II 102) ist damit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG) und werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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