

IV 200 2025 504
KNB/FRJ/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 22. Juni 2026

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Frésard

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. Juni 2025



Sachverhalt:

A.

Die 1964 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), zuletzt als Mitarbeiterin in einer ... tätig, meldete sich im August 2022 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). In der Folge tätigte die IVB medizinische und erwerbliche Abklärungen und unterbreitete das Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 21). Mit Verfügung vom 14. Februar 2023 (act. II 24) wies die IVB den Anspruch auf berufliche Massnahmen ab. Nachdem die Versicherte eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend gemacht und ein neues Gesuch um Eingliederungsmassnahmen gestellt hatte (act. II 27, 38 S. 2), holte die IVB eine weitere Beurteilung des RAD ein (act. II 31) und gewährte der Versicherten mit Mitteilungen vom 19. Mai resp. 24. Juli 2023 ein Aufbautraining (act. II 41, 53). Da die Versicherte ihr Pensum im Rahmen des Aufbautrainings nicht (wie vereinbart) steigerte resp. ihrer Schademinderungspflicht nicht nachkam (vgl. act. II 76), holte die IVB eine weitere Beurteilung des RAD ein (act. II 79) und schloss die berufliche Eingliederung mit Mitteilung vom 28. November 2023 ab (act. II 82). In der Folge liess sie die Versicherte bidisziplinär untersuchen (psychiatrisch-internistisches Gutachten vom 25. Juni 2024 [act. II 103.1-103.8]) und stellte mit Vorbescheid vom 15. Juli 2024 (act. II 106) die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 111) holte die IVB eine weitere Beurteilung des RAD (act. II 114) sowie eine Stellungnahme der Gutachter (act. II 120) ein und hielt mit neuem Vorbescheid vom 5. Februar 2025 (act. II 121) unverändert an ihrer Einschätzung fest. Nach erneut erhobenem Einwand (act. II 125) und dem Einholen einer Beurteilung durch den RAD (act. II 132) verfügte sie am 26. Juni 2025 wie vorbescheidweise angekündigt (act. II 133).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, wie bereits im Vorbescheidverfahren vertreten durch Fürsprecher B._____, mit Eingabe vom 20. August 2025 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer Invalidenrente, eventualiter die Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Neubeurteilung.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 22. September 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 26. Juni 2025 (act. II 133). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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).

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 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.

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). Der Rentenanspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Art. 29 Abs. 2 IVG).

2.4 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Der Bundesrat umschreibt die zur Bemessung des Invaliditätsgrades massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.5 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).

2.6 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 280 E. 3.3.1 S. 282, 151 V 244 E. 3.4 S. 248, 144 V 427 E. 3.2 S. 429; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 161, 8C_457/2021 E. 3.3).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im Bericht des C._____ vom 6. Februar 2021 (act. II 14 S. 42) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin leide seit circa drei Tagen an unklaren Abdominalschmerzen. Es bestünden keine Anhaltspunkte für eine Peritonitis. Ein CT sei für die folgende Woche geplant (S. 42).

3.1.2 Im Bericht der Spital D._____ AG (fortan D._____ AG) vom 15. März 2021 (act. II 14 S. 18 ff.) wurde nach durchgeführter Gastro- und Koloskopie vom 11. März 2021 (act. II 14 S. 20, 22 ff.) im Wesentlichen

eine Gastritis mit Bulbitis duodeni unklarer Ätiologie, eine grosse kugelige Raumforderung 45 cm ab ano unklarer Dignität, der Verdacht auf eine medikamentös-toxische Hepatopathie sowie eine mässiggradige Sigmadivertikulose diagnostiziert (S. 18). Bei weiterhin unklarem Befund im Colon descendens werde die Beschwerdeführerin in die chirurgische Sprechstunde zur Besprechung einer Colonsegmentresektion aufgeboten (S. 20). Am 9. April 2021 erfolgte dann eine laparoskopische Resektion der linken Flexur, Minilaparotomie supraumbilikal, Transversodescendostomie (act. II 14 S. 13).

3.1.3 Im Konsiliarbericht der D._____ AG über das Konsilium vom 6. Mai 2021 (act. II 14 S. 10 ff.) wurde der Verdacht auf eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) gestellt. Die Beschwerdeführerin, die seit Februar 2021 regelmässig (gegenwärtig wegen unklaren abdominalen Schmerzen) hospitalisiert sei, befinde sich in einer belastenden psychosozialen Situation. Sie äussere eine grosse Besorgnis davor, allein zu sein und äussere konstante Symptome von Druck auf der Brust, Durchschlafstörungen und Herzrasen, sobald sie sich in der konfliktbehafteten Umgebung (Wohnung mit dem Ehemann) befinde. Es erfolge eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Anbindung im Hause und eine medikamentöse Behandlung (S. 12).

3.1.4 Dr. med. E._____, Fachärztin für Chirurgie, stellte im Bericht vom 6. Juli 2021 (act. II 15.2 S. 4) die Diagnose St. n. laparoskopischer Resektion der linken Flexur mit Transversodescendostomie bei submukosalem Lipom der linken Colonflexur am 9. April 2021 mit postoperativem Wundinfekt und Wundheilung per secundam supraumbilikal. Der postoperative Verlauf sei vor allem durch psychische Probleme und einem Wundinfekt supraumbilikal geprägt gewesen. Nun habe sich die Beschwerdeführerin bestens von der Operation erholt. Die supraumbilikale Wunde und auch die übrigen Trokarinzisionen seien abgeheilt. Die Behandlung aus chirurgischer Sicht werde nun abgeschlossen.

3.1.5 Dr. med. F._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, stellte im Bericht vom 2. September 2022 (act. II 15.2 S. 2 f.) im Wesentlichen die Diagnose myofaszielles Schmerzsyndrom zervikal links (S. 3 Ziff. 13). Die Beschwerdeführerin berichte von wechselnden Bauch-

schmerzen, rezidivierenden Durchfallepisoden bis zu zehn Mal täglich, initialer Übelkeit und einmaligem Erbrechen (S. 2 Ziff. 2). Zuletzt sei für den 4. Juli 2022 (vormittags) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Seither seien durch ihn keine weiteren Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit erfolgt (S. 2 Ziff. 6). Aktuell fänden problemorientierte Konsultationen in ihrer Praxis sowie (gemäss Informationsstand) eine weiterführende ambulante Psychotherapie im Spital D. _____ statt (S. 3 Ziff. 9).

3.1.6 Im Bericht der D. _____ AG vom 30. September 2022 (act. II 94.4 S. 14 ff.) wurden die Diagnosen Anpassungsstörungen mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22), DD mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) und Verdacht auf abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.7) gestellt (S. 15). Die Beschwerdeführerin habe sich am 9. März 2022 nach einem häuslichen Streit mit ihrem Ehemann auf dem Notfall vorgestellt. Sie habe berichtet, dass sie sich nach zwölf Ehejahren von ihrem Ehemann getrennt habe, dass sie nicht mehr schlafen könne, oft weine, die Freude an allem verloren habe und sich wertlos fühle. Die Beschwerdeführerin sei zu ihrer Entlastung vom 4. bis zum 21. März 2022 krankgeschrieben worden. Am 4. Juli 2022 habe sie dann erneut den Notfalldienst aufgesucht und angegeben, den Zustand nicht länger aushalten zu können. Die Beschwerdeführerin sei erneut krankgeschrieben und es sei eine medikamentöse Behandlung veranlasst worden (S. 14). Die Beschwerdeführerin sei gegenwärtig noch zu 50 % arbeitsunfähig. Angesichts des Verlaufs sei von einer positiven Prognose auszugehen, es liege jedoch eine grundlegende Problematik im Sinne einer vermuteten Persönlichkeitsstörung und möglicherweise einer Somatisierungsstörung vor, die bei entsprechender Belastung zu erneuter Dekompensation und Depression führen könne (S. 15).

3.1.7 Der RAD-Arzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 5. Januar 2023 (act. II 21) fest, in Bezug auf die angestammte Tätigkeit könne zunächst auf die fachärztlich ausgestellten Arbeitsunfähigkeiten abgestellt werden, welche im Rahmen der chirurgischen Komplikationen und der begleitenden psychiatrischen Morbidität zunächst nachvollziehbar seien. Ob es sich psychiatrisch wirklich um eine Angststörung handle, sei nach Rücksprache mit dem RAD-Psychiater nicht

gesichert, da die Beschwerden immer nur in der Konfliktsituation mit dem Ehemann aufgetreten seien. Im letzten fachspezifischen chirurgischen Befundbericht von Juli 2021 werde von einem zufriedenstellenden Zustand berichtet. Bis anhin lägen keine aktuellen, weiteren aussagekräftigen Befundberichte vor, welche eine relevante Einschränkung bedingen würden. Somit könne die letzte Tätigkeit nach Abheilung des abdominellen Wundinfekts zumindest schrittweise und im Verlauf bis zum vollen Pensum als zumutbar betrachtet werden. Nach Kündigung der Arbeitsstelle sei eine angepasste körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ganztags ohne Leistungseinschränkung zumutbar; diese Einschränkung gelte nur bis zur kompletten Abheilung und Konsolidierung der Bauchwandnarbe (S. 8).

3.1.8 Im zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstellten psychiatrischen Bericht vom 2. März 2023 (act. II 94.3) diagnostizierte Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.01; S. 4). Als Befund vermerkte er u.a. eine leicht depressiv verminderte Stimmung, eine noch leicht herabgesetzte affektive Modulationsfähigkeit, die eher nur zum negativen Pol hin auslenkbar gewesen sei, einen etwas verminderten Antrieb und eine psychomotorische Unruhe. Die Beschwerdeführerin habe u.a. einen leichten Verlust an Freude und Interesse beklagt und zeige einen leichten sozialen Rückzug (S. 3). Die Hamilton-Skala und die Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale hätten das Vorhandensein einer leichten depressiven Symptomatik resp. eine leichtgradige Depression gezeigt (S. 3 f.). Der Beschwerdeführerin sei bis zum Gutachtenszeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden. Aufgrund der nur noch leichtgradigen depressiven Symptomatik sei die Beschwerdeführerin ab dem 1. März 2023 als zu 50 % arbeitsfähig zu beurteilen. Per 1. Mai 2023 sollte sich mit begleitender psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung sowie unter Beibehaltung der Pharmakotherapie eine volle Arbeitsfähigkeit ergeben (S. 5).

3.1.9 Im Bericht der D._____, AG vom 27. März 2023 (act. II 27 S. 1 f.) wurden die Diagnosen mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), hochgradiger Verdacht auf eine ADHS (ICD-10: F90.0) und Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen Anteilen (ICD-10: Z73) gestellt.

Während den Sitzungen habe die Beschwerdeführerin mehrere Traumata geschildert. Eine vertiefte Exploration sei aufgrund der ADHS-Symptomatik noch nicht möglich gewesen. Aktuell sei eine ADHS-Abklärung am Laufen (S. 1).

3.1.10 Gemäss Bericht der D._____ AG vom 22. September 2023 (act. II 65 S. 14 ff.) seien die Diagnosekriterien einer ADHS erfüllt. Es bestünden bereits seit dem Kindesalter Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Emotions- und Impulskontrolle sowie eine Hyperaktivität. Trotz der fehlenden Fremdanamnese hinsichtlich des Kindes- und Jugendalters würden die anamnetischen Angaben aus der Kindheit und der Jugend konsistent erscheinen und eine ausreichende diagnostische Sicherheit bieten. Die im Laufe der Biografie erlernten Kompensationsstrategien würden zu wiederholten Erschöpfungsphasen, aversiven Gefühlen gegenüber herausfordernden Tätigkeiten, impulsiven Entscheidungen und zu einer gesteigerten Grundanpassung führen. Es werde eine medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung empfohlen (S. 16).

3.1.11 Im Bericht der behandelnden Ärzte der D._____ AG vom 26. September 2023 (act. II 65 S. 2 ff.) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), St. n. schwerer Episode im März 2022, einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0) sowie posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), DD akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional-instabilen und histrionischen Anteilen (ICD-10: Z73), DD komplex traumatisierte Persönlichkeit gestellt (S. 7 Ziff. 2.5). Es liege eine grundlegende Problematik im Sinne einer Traumafolgestörung und einer ADHS im Erwachsenenalter vor. Zusätzlich im Sinne einer sich gegenseitig verstärkenden "Gemengelage" mit persönlichkeitsimmanenten Faktoren sei die Beschwerdeführerin seit mindestens März 2022 durchgehend depressiv dekompenziert mit deutlichen funktionellen Einschränkungen (S. 8 Ziff. 2.7). Sie sei derzeit für den gesamten ersten Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig (S. 10 Ziff. 4.1).

3.1.12 Im von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen bidisziplinären psychiatrisch-internistischen Gutachten vom 25. Juni 2024 (act. II

103.1-103.8) stellten die Sachverständigen in ihrer Konsensbeurteilung folgende Diagnosen (act. II 103.1 S. 20 Ziff. 4.3):

1. Dysthymie (ICD-10: F34.1)
2. Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional-instabilen und histrionischen Zügen (ICD-10: Z73.1)
3. Status nach Gastritis und Duodenalulcera im Jahr 2021
4. Status nach Resektion der linken Colon-Flexur am 09.04.2021
5. Präadipositas

Im psychiatrischen Teilgutachten (act. II 103.3) führte Dr. med. I. _____, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, aus, es hätten sich keine Befunde erheben lassen, die eine überdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würden. Allenfalls liege eine leichte affektive Störung in Form einer Dysthymie vor (S. 63). Die Arbeitsfähigkeit betrage 100 % (S. 64 f. Ziff. 8). Zum Erhalt der Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit sei eine ambulante psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung mit Compliancekontrollen und Spezifizierung der Therapieziele zu empfehlen (S. 66 Ziff. 8.3). Eine ADHS und eine PTBS fänden sich nicht bzw. seien nicht plausibel (S. 62 f.).

Im internistischen Teilgutachten (act. II 103.4) hielt Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Praktischer Arzt, fest, es hätten sich keine Hinweise auf Erkrankungen ergeben, die zu einer dauerhaften Einschränkung führen würden. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100 % (S. 26 f. Ziff. 8).

Im Bericht über die im Rahmen der Begutachtung erfolgte neuropsychologische Zusatzuntersuchung (act. II 103.5) legte M.Sc. K. _____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, dar, die testpsychologische Erhebung habe formal unterdurchschnittliche Leistungen im Bereich der tonischen sowie phasischen Alertness, der selektiven Aufmerksamkeit, der Verarbeitungsgeschwindigkeit, der intellektuellen Flexibilität, der fluiden Intelligenz und des visuellen Kurzzeitgedächtnisses gezeigt. Die Performanzvalidierung habe jedoch überwiegend wahrscheinlich einen deutlichen Hinweis auf ein nicht-authentisches Antwortverhalten gezeigt (S. 8) Aufgrund dessen müsse von ADHS-spezifischen Testverfahren abgesehen werden. Aufgrund der erheblich auffälligen Performanzvalidierung seien die

formal auffälligen Leistungen in den übrigen testpsychologischen Untersuchungen nicht im Sinne einer kognitiven Störung interpretierbar (S. 10).

In ihrer Konsensbeurteilung (act. II 103.1) hielten die Sachverständigen fest, die Beschwerdeführerin sei vollständig und ohne Leistungseinschränkung arbeitsfähig. Aktenkundig sei seit 2022 vorrangig aus psychiatrischen Gründen eine weitgehende Arbeitsunfähigkeit genannt worden, was sich anhand der jetzigen Befunde nicht mehr fortschreiben lasse. Die aktuelle Bewertung solle also mit der jetzigen Begutachtung gelten (S. 21 f.).

3.1.13 Im Bericht der D. _____ AG vom 11. September 2024 (act. II 111 S. 12 ff.) wurde festgehalten, im Rahmen der Begutachtung sei keine aktualisierte Einschätzung der laufenden Behandlung eingeholt worden. Bei aktenkundig vorangegangener depressiver Episode sei die diagnostische Einordnung der affektiven Auffälligkeiten im Rahmen einer Dysthymie zudem fachlich nicht korrekt, da zumindest eine vorbestehende depressive Episode mit aktuell remittierter Symptomatik festgehalten werden müsse, womit nach Leitlinie insgesamt von einer Double Depression auszugehen wäre. Dies sei insofern relevant, als eine Double Depression mit einer schlechteren Prognose resp. einem höheren Risiko für neue depressive Episoden mit stärkeren funktionellen Beeinträchtigungen verbunden sei (S. 12). Seit September 2023 hätten sich die interaktionellen Auffälligkeiten der Beschwerdeführerin zudem noch weiter verdeutlicht; die abgebrochene Belastbarkeitserprobung sei in deutlichem Ausmass durch starke zwischenmenschliche Verhaltensauffälligkeiten bedingt, welche persönlichkeitsimmanent zu verorten seien. Aufgrund des Schweregrades der Einschränkung durch die erwähnten Verhaltensauffälligkeiten werde unterdessen von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und histrionischen Zügen (ICD-10: F60.9) ausgegangen, wobei die vorherig gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ebenfalls darunter subsumiert werde. Entgegen der Auffassung der Gutachter werde das Kriterium "Brüche in der Biografie" im ICD-10 nicht als Diagnosekriterium für eine Persönlichkeitsstörung gefordert. Ferner werde an den Ergebnissen der ADHS-Abklärung von September 2023 festgehalten (S. 13). Die ausgeprägte Beschwerdedarstellung werde sodann als bewusstseinsfern resp. im Rahmen der psychiatrischen Grunddiagnosen beurteilt. Die im

Gutachten erwähnte Malcompliance werde entsprechend als störungsimmanente Problematik und nicht als Ausdruck einer fehlenden psychischen Belastung gewertet. Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine komplexe psychische Problematik auf dem Boden einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit histrionen und emotional instabilen Anteilen (ICD-10: F60.9), einer chronifizierten depressiven Störung (ICD-10: F33.1) sowie einer ADHS (ICD-10: F90.0), welche zu deutlichen funktionellen Beeinträchtigungen führten (S. 14).

3.1.14 Die Dres. med. I. _____ und J. _____ hielten in ihrer Stellungnahme vom 3. Februar 2025 (act. II 120) fest, es habe keine depressive Episode erhoben werden können. Eine aktenkundig zuvor postulierte depressive Episode, für deren Fortbestehen kein ausreichender Befundanhalt bestehe, konstituiere keinen hinreichenden Grund für die Attestierung einer Double Depression. So oder anders könne dahingestellt bleiben, ob "nur" eine Dysthymie oder eine Double Depression vorliege, da in beiden Fällen nur eine leichte affektive Störung erhoben werden konnte, was für die Bewertung der Arbeitsfähigkeit entscheidend sei (S. 1 f.). Die Begutachtung habe zudem deutliche Hinweise auf Inkonsistenzen gezeigt. Eine entsprechende Plausibilitätsprüfung lasse sich seitens der Behandler jedoch nicht erkennen, was eine versicherungsmedizinisch nicht ausreichend erscheinende Bewertung nahelege. Auch eine Persönlichkeitsstörung habe nicht bestätigt werden können. Für die Diagnose müsse der Effekt seit der Kindheit oder Jugend gegeben sein und die biografische Entwicklung prägen, was vorliegend nicht erfüllt sei (S. 2 f.). Auch eine ADHS und eine PTBS hätten nicht bestätigt werden können (S. 5). Soweit geltend gemacht werde, dass die Ergebnisse der Symptomvalidierungstests krankheitsimmanent seien, könne dies nicht bestätigt werden, da solche Tests grundsätzlich robust gegen un- und vorbewusste Störfaktoren seien und auch Betroffene mit Persönlichkeitsstörungen unauffällige Symptomvalidierungen aufwiesen (S. 5 f.).

3.1.15 In ihrem Bericht vom 25. Februar 2025 (act. II 125 S. 15) hielten die behandelnden Ärzte der D. _____ AG an den Ausführungen in ihrer Stellungnahme vom 11. September 2024 fest. Es fände weiterhin eine psychiatrische multimodale Behandlung mit zwei Terminen pro Monat statt.

Somatisch sei ausserdem eine Verschlechterung mit einem hochgradigen Verdacht auf eine Sigmadivertikulitis eingetreten.

3.1.16 Im Verlaufsbericht der D. _____ AG vom 25. Februar 2025 (act. II 128) wurde der Verdacht auf eine Sigmadivertikulitis sowie eine Narbenverhärtung bei St. n. subkutanem Wundinfekt der Laparotomienarbe gestellt (S. 1). Anfang Februar 2025 habe die Beschwerdeführerin über linksseitige Unterbauchschmerzen berichtet. Klinisch werde am ehesten eine unkomplizierte Sigmadivertikulitis in Betracht gezogen, welche medikamentös therapiert werde. Am 11. Februar 2025 sei die Beschwerdeführerin schmerzfrei gewesen (S. 3). Am 25. Februar 2025 habe sich die Beschwerdeführerin erneut wegen linksseitigen Unterbauchbeschwerden vorgestellt. Es sei eine Bildgebung mittels CT erfolgt. Am 27. Februar und am 4. März 2025 hätten keine Beschwerden mehr bestanden (S. 2). Im Rahmen der am 21. März 2025 durchgeführten Verlaufskontrolle wurden noch wenige Schmerzen und ein klinisch und laborchemisch nicht zufriedenstellender Verlauf vermerkt. Die medikamentöse Therapie sei erhöht worden; allenfalls sei eine erneute chirurgische Beurteilung nötig (S. 1 f.)

3.1.17 Der RAD-Arzt Dr. med. G. _____ hielt im Bericht vom 24. Juni 2025 (act. II 132) unter Verweis auf die Aktennotiz des RAD-Arztes Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Juni 2025 (act. II 131), fest, die Ausführungen der Gutachter in der Stellungnahme vom 3. Februar 2025 seien überzeugend. Dies insbesondere, da die Sachverständigen darauf hinwiesen, dass sich bei der Untersuchung deutliche Hinweise auf Inkonsistenzen ergeben hätten und sich auch in der neuropsychologischen Untersuchung ein nicht-authentisches Antwortverhalten mit Auffälligkeiten in drei Symptomvalidierungstests sowie Anhaltspunkte für ein verfälschtes Antwortverhalten gezeigt hätten, womit aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht auf die Symptomschilderungen der Beschwerdeführerin abgestellt werden könne. Es könne weiterhin auf das psychiatrische Gutachten abgestellt werden (S. 132 S. 7 f.).

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).

3.2.2 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).

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 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung (act. II 133) auf das bidisziplinäre Gutachten vom 25. Juni 2024 (act. II 103.1-103.8) inkl. ergänzende Stellungnahme vom 3. Februar 2025 (act. II 120). Dieses ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf

einlässlichen klinischen Explorationen und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Es überzeugt inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte zudem unter Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich einer Konsensbeurteilung der Gutachter. Zudem nahmen die Sachverständigen schlüssig und nachvollziehbar zu den Fragen der Beschwerdegegnerin Stellung und legten dar, dass und weshalb an der gutachterlichen Einschätzung festgehalten werden könne. Damit erfüllt die Expertise die voranstehend genannten Anforderungen an den Beweiswert einer versicherungsexternen medizinischen Expertise (vgl. E. 3.2.3 hiervor) und erbringt vollen Beweis.

3.3.1 In somatischer Hinsicht ist ein Status nach Gastritis und Duodenalulcera (2021) sowie nach Resektion der linken Colon Flexur (9. April 2021) und eine Präadipositas erstellt (act. II 103.1 S. 20 Ziff. 4.3). Der internistische Sachverständige legte im Einklang mit der Aktenlage dar, dass die Beschwerdeführerin über gelegentliche abdominelle Schmerzen bei bekannter Sigmadivertikulose mit aktuell unauffälliger Defäkation berichte, wobei die Behandlung betreffend Abdomen abgeschlossen sei und derzeit nur noch problemorientierte Konsultationen ohne weitere Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit stattfänden (act. II 103.4 S. 22 Ziff. 6.1). Zusätzlich berichte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen über thorakalen Druck und über Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich, in der Lendenwirbelsäule und in den Händen (act. II 103.4 S. 16, S. 22 Ziff. 6.1). Das vom Gutachter durchgeführte EKG habe einen Normalbefund gezeigt (act. II 103.4 S. 21 Ziff. 4.3.2) und die Beschwerdeführerin schildere eine aktive Freizeitgestaltung; so sei sie u.a. in der Lage, Grosseinkäufe zu erledigen, bis zu zweimal täglich ein Fitnesstraining zu absolvieren und zu reisen (act. II 103.4 S. 23). In der Folge kam der Sachverständige zum überzeugenden Schluss, dass keine ausreichenden Anhaltspunkte für eine einschränkende internistische Diagnose vorliegen (act. II 103.4 S. 24), was von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten wird (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. III. 1.). Anzuführen ist, dass im Nachgang an die Begutachtung im Be-

richt vom 25. Februar 2025 der D. _____ AG (act. II 128) der Verdacht auf eine Sigmadivertikulitis gestellt wurde, allerdings ohne dass eine Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestiert worden wäre, womit dieser Bericht keine Zweifel an der Aktualität der gutachterlichen Einschätzung zu erwecken vermag.

3.3.2 Psychiatrischerseits ist gestützt auf die gutachterliche Einschätzung eine Dysthymie und eine Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen und histrionischen Zügen erstellt (act. II 103.1 S. 20 Ziff. 4.3). Die psychiatrische Sachverständige setzte sich im Rahmen der diagnostischen Herleitung einlässlich mit der Aktenlage, den Befunden der gutachterlichen Exploration sowie den durchgeführten Zusatzuntersuchungen (einschliesslich der neuropsychologischen Zusatzuntersuchung) auseinander und zeigte nachvollziehbar und schlüssig auf, dass sich beim gutachterlich erhobenen Befund (unauffällige Konzentration und Aufmerksamkeit, formales Denken auf Defizite fokussiert, angegebene Grübelneigung, dysthyme, gereizte und vorwurfsvolle Stimmung, zum negativen Pol hin eingeeengte Schwingungsfähigkeit, ohne Hinweise auf Schuldgefühle oder Insuffizienzerleben, unauffälliger Antrieb, ohne sicheren Anhalt für Suizidgedanken) einzig eine leichte affektive Störung in Form einer Dysthymie ableiten lasse, welche den Schweregrad einer leichtgradigen depressiven Episode nicht erfülle (act. II 103.3 S. 22 ff. Ziff. 4.3.1, act. II 103.3 S. 26; vgl. hierzu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 183, 169 f.). Weiter legte sie schlüssig dar, dass im Rahmen der Begutachtung der Eindruck einer nicht plausiblen Beschwerdepräsentation entstanden sei, da im Rahmen der testpsychologischen Untersuchung (Rey Test) deutliche Auffälligkeiten in den Performancevalidierungsverfahren festgestellt wurden (act. II 103.3 S. 24 Ziff. 4.3.2, S. 26 f., S. 44 Ziff. 6.2), wobei sie vermerkte, dass solche Tests grundsätzlich robust gegen (un)bewusste Störfaktoren seien und die Ergebnisse daher nicht als krankheitsimmanent zu interpretieren seien (act. II 120 S. 6 f.). Darüber hinaus seien während der Begutachtung weitere Inkonsistenzen aufgefallen, die auf ein verfälschendes Antwortverhalten hindeuteten: Die Beschwerdeführerin sei wiederholt Fragen ausgewichen, ihre Angaben seien vage geblieben und eine eigentliche Therapie habe sich nicht erfra-

gen lassen (act. II 103.3 S. 27). Zudem sei hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin als regelmässig eingenommen angegebenen Antidepressiva Duloxetine und Mirtazapin sowie für das Methylphenidat labortechnisch kein wirksamer Spiegel nachgewiesen worden (act. II 103.3 S. 44 Ziff. 6.2). Diese Einschätzung korreliert denn auch mit der Einschätzung des M.Sc. K._____, der im Rahmen der Performancevalidierung einen "deutlichen Hinweis" auf ein nicht-authentisches Antwortverhalten festgestellt hatte (act. II 103.5 S. 8), sowie mit derjenigen des internistischen Sachverständigen, der festhielt, dass die anamnetischen Angaben zur Schmerzintensität nicht mit dem klinischen Eindruck in der spontanen Mobilität und der übrigen spontanen Präsentation übereinstimmten (act. II 103.4 S. 24 Ziff. 6.2). Unter Berücksichtigung der geringen Ausprägung der erhobenen Befunde, der erwähnten Inkonsistenzen sowie dem geschilderten Freizeitverhalten kam die psychiatrische Sachverständige zum überzeugenden Schluss, dass sich keine Befunde erheben liessen, die eine überdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würden (act. II 103.3 S. 64 f. Ziff. 7.2, Ziff. 8). Diese gutachterlichen Ausführungen sind überzeugend und schlüssig.

Daran vermögen auch die abweichenden Berichte des Dr. med. H._____ sowie diejenigen der behandelnden Ärzte der D._____ AG nichts zu ändern, enthalten diese doch keine neuen Aspekte, insbesondere hinsichtlich der Befundlage, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3). Soweit die Behandler der Psychiatrie der D._____ AG die diagnostische Einordnung der affektiven Auffälligkeiten im Rahmen einer Dysthymie anstelle einer depressiven Episode mit aktuell remittierter Symptomatik bemängeln (act. II 111 S. 12), ist diese diagnostische Kontroverse nicht entscheidungswesentlich, kommt es doch invalidenversicherungsrechtlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig auf die funktionellen Auswirkungen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung an (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_287/2022 vom 17. August 2022 E. 5.1.2 mit Hinweisen). Keine Zweifel an den gutachterlichen Feststellungen zu erwecken vermag ebenso der Umstand, dass im Rahmen der Begutachtung keine aktualisierte Einschätzung der D._____ AG eingeholt wurde (act. II 111 S. 12; zum Akten-

auszug im Gutachten vgl. act. II 103.3 S. 3 Ziff. 2, act. II 103.2 [letzter ausführlicher Bericht der Psychiatrie der D._____ AG datiert vom 26. September 2023]), legten die Sachverständigen in ihrer Stellungnahme vom 3. Februar 2025 (act. II 120) doch ausführlich und überzeugend dar, weshalb auch unter Berücksichtigung des Berichts der D._____ AG vom 11. September 2024 (act. II 111 S. 12 ff.) an der gutachterlichen Einschätzung festgehalten werden könne. Hinsichtlich der von den Behandlern gestellten kombinierten Persönlichkeitsstörung (act. II 111 S. 13) führte die psychiatrische Sachverständige sodann einleuchtend aus, dass die Beschwerdeführerin zwar über Schwierigkeiten in der Kindheit und Jugend (früher Tod von Vater und Bruder, strenge Erziehung durch die Mutter, Abwesenheit der Mutter) berichtet habe, jedoch nicht über interaktionelle Schwierigkeiten zu ihren Lehrern und Mitschülern. Die berufliche Entwicklung der Beschwerdeführerin sei zudem unauffällig verlaufen; abgesehen von zwei problematischen Ehen habe es auch keine gravierenden Bruchstellen in ihrer Biografie gegeben, weshalb lediglich von einer *Persönlichkeitsakzentuierung* auszugehen sei (act. II 103.3 S. 27, vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O, S. 274 f.). Was schliesslich die von den Behandlern diagnostizierte ADHS betrifft, legte die Sachverständige schlüssig dar, dass die Beschwerdeführerin in der Untersuchung mit Ausnahme eines untergeordneten Rapportes und einem hohen Redebedarf keine Hinweise auf eine ADHS (übersteigter Bewegungsdrang, erheblich gestörte Konzentrationsfähigkeit, unüberlegtes Handeln) gezeigt habe (act. II 103.3 S. 46). Hinsichtlich der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin angegeben habe, von Methylphenidat (einem Wirkstoff zur Behandlung von ADHS [vgl. <www.flexikon.doccheck.com>]) zu profitieren, vermerkte die Sachverständige, dass labortechnisch kein wirksamer Spiegel nachgewiesen werden konnte und anderweitige Compliancekontrollen nicht aktenkundig seien (act. II 103.3 S. 62), womit auch der Ausschluss dieser Diagnose ohne Weiteres überzeugt.

Ferner vermag auch der Bericht des M._____ vom 26. Februar 2024 betreffend das durchgeführte Aufbautraining (act. II 97 S. 2 ff.) die gutachterliche Einschätzung nicht in Zweifel zu ziehen. Abgesehen davon, dass im Rahmen solcher beruflicher Evaluationsmassnahmen vornehmlich auf die von der betroffenen Person demonstrierte Arbeitsleistung abgestellt

wird und die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen jedoch nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch Ärzte zu beantworten ist (Urteil des BGer 8C_53/2023 vom 31. August 2023 E. 4.2.3.2 mit Hinweisen), wurden in diesem Bericht mehrfach motivationale Faktoren hervorgehoben (vgl. act. II 97 S. 3 Ziff. 2.1, S. 7, S. 8 Ziff. 4.1), womit nicht von einem "einwandfreien Arbeitsverhalten" auszugehen ist und auch dieser Bericht keine ernsthaften Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen vermag (BGE 151 V 306 E. 4.4 S. 310).

3.3.3 Zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit vermerkten die Gutachter, dass seit 2022 vorrangig aus psychiatrischen Gründen eine weitgehende Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war, was sich anhand der jetzigen Befunde nicht mehr fortschreiben lasse, womit die gutachterliche Einschätzung mit der jetzigen Begutachtung gelten müsse (act. II 103.1 S. 22). Dafür, dass die wesentliche Verbesserung, sollte denn überhaupt je eine massgebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen bestanden haben, erst zwischen dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im November 2023 (vgl. E. 2.3 hiavor; zu den attestierten Arbeitsunfähigkeiten vgl. act. II 27; zum Aufschub des Rentenbeginns aufgrund beruflicher Eingliederungsmassnahmen vgl. BGE 148 V 397 E. 6.2.4 S. 405 f. sowie act. II 21, 24, 82) und dem Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung im März 2024 (act. II 103.3 S. 2) eingetreten wäre, bestehen keine Anzeichen und es ist für diesen Zeitraum nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. E. 2.6 hiavor) eine massgebliche Einschränkung erstellt (vgl. hierzu insbesondere act. II 65 S. 8 Ziff. 2.7).

Damit ist im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns gestützt auf das beweiskräftige bidisziplinäre Gutachten vom 25. Juni 2024 (act. II 103.1-103.8) keine (rentenbegründende) Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit erstellt, womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. Auf weitere Beweismassnahmen kann mit Blick auf die bereits getroffenen Beweiserhebungen samt voll beweiskräftiger bidisziplinärer Begutachtung in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (vgl. BGE 151 III 28 nicht publ. E. 5.2 des Urteils des BGer 9C_298/2024 vom

14. August 2024; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; nicht publ. E. 5.2; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

4.

Zusammenfassend ist die angefochtenen Verfügung 26. Juni 2025 (act. II 133) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 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 sind dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens 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 zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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