

IV 200 2025 701
FRC/SVE/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. August 2026

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. September 2025



Sachverhalt:

A.

Die 1974 geborene, zuletzt als ... tätig gewesene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), ... Staatsangehörige, meldete sich erstmals im August 2020 unter Hinweis auf seit Februar 2020 bestehende Bauchschmerzen bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 2). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Mit Verfügung vom 2. Dezember 2020 (act. II 26) verneinte die IVB einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, da die Versicherte ihre angestammte Tätigkeit ab dem 16. Oktober 2020 wieder aufnehmen können, weshalb keine Massnahmen angezeigt seien.

Im Juni 2022 ersuchte die Versicherte unter Hinweis auf seit einigen Jahren bestehende Schmerzen erneut um IV-Leistungen (act. II 27). Die IVB führte wiederum erwerbliche und medizinische Erhebungen durch und gewährte Frühinterventions- (in Form eines Schwimmbonnements [act. II 46] sowie eines Deutschkurses [act. II 59]) sowie Integrationsmassnahmen (in Form eines Aufbautrainings [act. II 62, 73, 84]). Am 9. Januar 2024 teilte die IVB der Versicherten den Abschluss der beruflichen Massnahmen mit (act. II 117). Im Rahmen der medizinischen Abklärungen holte die IVB diverse Stellungnahmen beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) ein und liess die Versicherte durch diesen untersuchen (act. II 66, 106, 136, 138, 146, 155). Gestützt darauf stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 5. Mai 2025 (act. II 149) in Aussicht, ihr befristet ab 1. Dezember 2023 bei einem Invaliditätsgrad von 55 %, 55 % einer ganzen Rente sowie ab 1. Januar 2024 bei einem Invaliditätsgrad von 60 %, 60 % einer ganzen Rente zuzusprechen und die Rente per 31. Oktober 2024 aufzuheben, da der Invaliditätsgrad ab 1. November 2024 weniger als 40 % betrage. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 152) verfügte sie am 22. September 2025 dem Vorbescheid entsprechend (act. II 160).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 22. Oktober 2025 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 22. September 2025 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, der Beschwerdeführerin ab dem 1. Dezember 2023 eine ganze Rente auszurichten.
Eventualiter:
Die Akten seien zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Der Beschwerdeführerin sei für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 24. November 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 22. September 2025 (act. II 160). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

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 Be-

fundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

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.

2.4 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine

abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 150 V 67 E. 4.3.2 S. 70, 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2020 IV Nr. 70 S. 243, 8C_132/2020 E. 4.2.2).

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).

3.

3.1 Nachdem die Beschwerdeführerin sich im August 2020 erstmals angemeldet hatte (act. II 2), verneinte die IVB mit Verfügung vom 2. Dezember 2020 (act. II 26) einen Anspruch auf weitere Eingliederungsmassnahmen, da die erstere ihre angestammte Tätigkeit wieder aufgenommen hatte. Im Rahmen dieses Verfahrens erfolgte jedoch keine Prüfung des Rentenanspruchs, weshalb dieser vorliegend erstmalig und allseitig zu prüfen ist.

3.2 Den medizinischen Akten lässt sich das Folgende entnehmen:

3.2.1 Im Austrittsbericht des Spitals C._____ über die Hospitalisation vom 4. bis zum 6. Februar 2020 (act. II 14.3 S. 19 ff.) werden folgende Hauptdiagnosen aufgeführt: Symptomatische Cholezystolithiasis; Chronisches Schmerzsyndrom multifaktorieller Genese (Fibromyalgie); Interstitielle Pneumopathie a.e. RB-ILD (ED in Italien); Chronische Thrombozytose

und Lymphozytose unklarer Aetiologie; Status nach Autoimmunthyreoiditis, DD IgG4-assoziiert, ED ca. 1998 (S. 19). Bei eindeutigen Murphy-Zeichen und passender Klinik sowie sonographisch dokumentierter Cholezystolithiasis sei am 5. Februar 2020 eine laparoskopische Cholezystektomie durchgeführt worden. Der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet (S. 20).

3.2.2 Im Bericht des Spitals C._____, vom 18. August 2020 (act. II 20 S. 12 ff.) wurde als weitere Diagnose ein dyseptisches bzw. meteoristisches Syndrom multifaktorieller Genese (EM 2019) gestellt (S. 12). Die durchgeführten Untersuchungen seien allesamt negativ ausgefallen und eine probatorische Behandlung habe keine Symptombesserung gebracht. Unter symptomatischer Therapie sei es zu einer deutlichen Symptombesserung gekommen. Insgesamt werde von einem dyszeptischen Syndrom mit meteoristischen Komponenten ausgegangen. Die seit längerer Zeit bestehenden "Erschöpfungsbeschwerden" könnten durch die bekannte Fibromyalgie gut erklärt werden, jedoch sollte eine Abklärung bezüglich obstruktivem Schlafapnoesyndrom (i.R. eines vermutlich bestehenden metabolischen Syndroms) dringend stattfinden. Aktuell könne von gastroenterologischen Verlaufskontrollen abgesehen werden (S. 13 f.).

3.2.3 Im Bericht des Spitals D._____, über die ambulante Konsultation vom 26. August 2020 (act. II 20 S. 5 ff.) wurde unter anderem eine seropositive, erosive rheumatoide Arthritis diagnostiziert (S. 5). In den durchgeführten MRI-Untersuchungen hätten sich entzündliche Veränderungen mit einzelnen Erosionen im Bereich der distalen Metacarpale beidseits und des Carpus beidseits gezeigt. Ebenfalls habe sich eine Synovialitis im DRUG, radiokarpal und im CMC1 mit auch diskreter Tenosynovitis einzelner Strecksehnen gezeigt. Die Beschwerden, die humorale Entzündungsaktivität vor Beginn von Methotrexat sowie der aktuelle MRI-Befund passen zur Diagnose einer rheumatoiden Arthritis, welche ungenügend kontrolliert sei (S. 7). Es werde ein Therapiebeginn mit TNF-alpha-Hemmer geplant. Eine entsprechende Kostengutsprache werde gestellt. Aufgrund einer zunehmenden Visusverschlechterung sei eine ophthalmologische Kontrolle indiziert (S. 8).

3.2.4 Im Austrittsbericht des Spitals D._____, über die Hospitalisation vom 21. bis zum 24. September 2020 (act. II 24 S. 18 ff.) wurden als Hauptproblem unter anderem rechtsseitige Schulterschmerzen (ES 19. September 2020; Röntgen Schulter rechts 22. September 2020: Keine Fraktur. Leichtgradige AC-Gelenksarthrose [vgl. hierzu auch act. II 20 S. 1]. Keine höhergradigen degenerativen Veränderungen glenohumeral. Arthrosonographie Schulter rechts 22. September 2020: Keine floride Arthritis in Schulter- und Handgelenken beidseits. Geringe Tenosynovitis der rechten langen Bizepssehne; S. 18) aufgeführt. Bildmorphologisch hätten keine Hinweise auf eine Fraktur detektiert werden können. Hinweise auf eine floride Arthritis in Schulter- und Handgelenken hätten sonographisch nicht nachgewiesen werden können. Es seien eine antiinflammatorische Therapie und physiotherapeutische Massnahmen begonnen worden (S. 20).

3.2.5 Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht über die Sprechstunde vom 6. Mai 2021 (act. II 38 S. 41 ff.) ein chronisches Impingement Schulter beidseits (rechtsdominant; S. 41). Da aktuell eine diskrete Symptomatik bestehe, sei keine Operation indiziert. Es werde die probatorische beidseitige subakromiale Infiltration empfohlen. Mittelfristig könne eine arthroskopische Dekompression helfen. Der Grundmorbus und die chronische Schulterproblematik würden sich langfristig ungünstig auf die berufliche Situation auswirken. Eine frühzeitige Umschulung solle ins Auge gefasst werden. Es bestehe aktuelle eine 75%ige Arbeitsfähigkeit. Eine Wiederaufnahme der Arbeit solle versuchsweise zu 100 % ab 17. Mai 2021 erfolgen (S. 42).

3.2.6 Im Bericht des Spitals D._____, über die Sprechstunde vom 1. März 2022 (act. II 38 S. 12 f.) wurde eine Bicepstendinopathie links mit Pulleyläsion beidseits, Bursitis subacromialis links>rechts und symptomatische Scapuladyskinesie nach Kibler Typ II links (...) diagnostiziert (S. 12).

Am 19. März wurde bei der Beschwerdeführerin eine Infiltration glenohumeral Schulter beidseits durchgeführt (act. II 38 S. 10 f.).

Die Beschwerdeführerin war vom 30. Juni bis zum 4. Juli 2022 im Spital D._____, hospitalisiert (vgl. Austrittsbericht vom 5. Juli 2022 [act. II 42.3

S. 55 f.]). Am 30. Juni 2022 erfolgte eine Schulterarthroskopie, ein Débridement intraartikulär, eine Bicepstenotomie, und eine subacromiale Dekompression und AC-Resektion Schulter links (S. 56).

Im Verlaufsbericht vom 15. August 2022 (act. II 42.3 S. 45 f.) wurde ein regelrechter postoperativer Verlauf mit noch persistierender Reizsymptomatik der Schulter festgehalten. Es werde das Weiterführen der ambulanten Physiotherapie mit Durchführung antiphlogistischer Massnahmen und Aufdehnung verkürzter Anteile empfohlen (S. 45).

3.2.7 Im Bericht des Spitals D._____, über die ambulante Konsultation vom 13. September 2022 (act. II 42.3 S. 27 ff.) wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin über eine "Verbesserung ihrer Schmerzen" nach der Schulteroperation und seit dem sie arbeitsunfähig sei, berichtet habe, was für belastungsabhängige Schmerzen spreche (S. 29).

3.2.8 Am 26. Oktober bzw. 2. November 2022 wurde im F._____, durch Prof. Dr. med. G._____, Facharzt für Ophthalmologie, eine Femto-Phakoemulsifikation und Implantation einer Hinterkammerlinse durchgeführt (act. II 102 S. 2 f.).

3.2.9 In der Aktenbeurteilung vom 10. November 2022 (act. II 42.3 S. 15 f.) führte Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, beratende Ärztin der Krankentaggeldversicherung der Beschwerdeführerin, aus, die Arbeitsunfähigkeit sei medizinisch ausgewiesen. Diese (wohl: die angestammte) Tätigkeit sei medizinisch nicht mehr geeignet. Sie solle eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit Gewichtslimiten zwei x zwei Kilogramm (vier Kilogramm) aufnehmen. Diese Tätigkeit sei in gleichmässig temperierten Innenräumen, d.h. unter Schutz vor Kälte, Nässe, Zugluft und starken Temperaturschwankungen auszuüben. Zu vermeiden seien Überkopfarbeiten und repetitive ausgreifende Armbewegungen mit oder ohne Belastung. In einer angepassten Tätigkeit könne ab 1. Dezember 2022 eine volle Arbeitsfähigkeit erwartet werden. Bleibe die Beschwerdeführerin in der ... tätig, sei auch in Zukunft mit häufigen Schmerzexazerbationen und wiederholter längerer Arbeitsunfähigkeit zu rechnen (S. 15).

3.2.10 In der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 24. März 2023 (act. II 66 S. 20 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt: seropositive erosive rheumatoide Arthritis, Schulterbeschwerden links sowie eine Autoimmunthyreoiditis. In der bisherigen Tätigkeit (in der ...) bestünden belastungsabhängige Schulter- und Fingerbeschwerden. Diese Tätigkeit könne wieder ausgeübt werden, sofern das folgende Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt werde: Körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten in wechselbelastender Position mit einer Gewichtsbelastung von maximal fünf bis zehn Kilogramm ganztags über achteinhalb Stunden ohne weitere Leistungsminderung. Zu vermeiden seien repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, armbelastende Tätigkeiten mit Arbeiten über Bauchhöhe, Überkopfarbeiten sowie monoton repetitive Belastungen für die Arme. Arbeiten, bei denen Stoss- und Stauchungsbelastungen für Handgelenk und Hand aufträten, seien ebenfalls nicht zumutbar, gleiches gelte für Tätigkeiten mit Vibrationsbelastungen für die Handgelenke durch das Bedienen von Maschinen (S. 21).

3.2.11 Im Bericht des Spitals D._____, über die Sprechstunde vom 18. April 2023 (act. II 100 S. 4 f.) wurde ausgeführt, es sei im Rahmen der Gesamtsituation von einer aggravierten, verlängerten Schmerzepisode nach Status nach Bicepstenotomie im Rahmen der muskulären Retraktion auszugehen, was durch weiterführende lokale konservative Massnahmen therapiert werden könne. Diesbezüglich würden lokale antiphlogistische Massnahmen durch Physiotherapie empfohlen. Vorerst könnten keine anderen Optionen angeboten werden (S. 4).

3.2.12 Im Abschlussbericht über das J._____ des Spitals D._____, vom 17. Mai 2023 (act. II 93 S. 4 ff.) wurde unter anderem festgehalten, dass die Beschwerdeführerin von Februar bis Mai 2023 am J._____ teilgenommen habe. Im physiotherapeutischen Abschluss-Assessment habe eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit objektiviert werden können. Die Fortsetzung der ambulanten Physiotherapie sowie der erlernten Heimübungen und Strategien seien für einen langfristigen Effekt entscheidend. Bei bekannter respiratorischer Bronchiolitis mit interstitieller Pneumopathie und zuletzt progredienter Belastungsdyspnoe seien konsilia-

risch die Kolleginnen der Pneumologie hinzugezogen worden. In der Funktionsdiagnostik habe im Vergleich zur letzten Konsultation vor zwei Jahren ein leichter Rückgang der dynamischen Lungenvolumina objektiviert werden können, bei persistierendem Nikotinkonsum sei der Rauchstopp als erste und wichtigste Massnahme thematisiert worden. Die Beschwerdeführerin zeige sich diesbezüglich motiviert und stimme einer zusätzlichen Betreuung durch die Rauchstopp-Beratung des Spitals D. _____ zu (S. 8).

3.2.13 Im Bericht des Spitals D. _____, über die Sprechstunde Kniechirurgie vom 31. Oktober 2023 (act. II 100 S. 2 f.) wurden Knieschmerzen rechts bei seropositiver erosiver rheumatoider Arthritis diagnostiziert. Die Beschwerden würden im Sinne des Gelenksergusses respektive der konsekutiven Baker-Zyste bei rheumatoider Arthritis bewertet. Eine Kniegelenksinfiltration sei indiziert (S. 3).

3.2.14 Der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ führte in der Stellungnahme vom 1. Dezember 2023 über die persönliche Untersuchung vom 28. November 2023 (act. II 106 S. 3 f.; vgl. auch Untersuchungsbericht vom 5. Januar 2024 über die persönliche Untersuchung vom 28. November 2023 [act. II 116]) aus, es sei eine deutliche Diskrepanz zwischen den beklagten Schmerzen und den vollständig fehlenden morphologischen Veränderungen der Finger- und Zehengelenke aufgefallen. Diese seien frei beweglich, nicht geschwollen und nicht druckdolent. Die Schulterbeweglichkeit und Kraft beider Schultergelenke seien erhalten und nicht eingeschränkt. Die Behandlung der Schulterbeschwerden habe abgeschlossen werden können, eine weitere Behandlung sei nicht vorgesehen. Die von der Beschwerdeführerin beklagten Funktionseinschränkungen liessen sich nur teilweise objektiv nachvollziehen. So seien sämtliche Fingergelenke frei beweglich, wiesen keine Schwellungen und keine Deformationen auf. Bezüglich der Schultergelenke sei es zu einer Stabilisierung gekommen, hier sei keine Behandlung erforderlich. Die noch vorhandene Funktionseinschränkung werde im Zumutbarkeitsprofil ausreichend berücksichtigt. Die Polyarthrititis könne trotz adäquater Behandlung bisher nicht ausreichend stabilisiert werden. Bei fehlenden artikulären Destruktionen sei die Prognose aber trotzdem mittel- bis langfristig eher günstig. Zumutbar seien körperlich leichte Tätigkeiten in wechselbelastender Position mit einer Gewichts-

belastung von maximal zwei bis drei Kilogramm halbtags über viereinviertel Stunden ohne weitere Leistungsminderung (Arbeitsfähigkeit bzw. -unfähigkeit 50 %). Zu vermeiden seien repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, armbelastende Tätigkeiten mit Arbeiten über Bauchhöhe, Überkopfarbeiten sowie monoton repetitive Belastungen für die Arme. Arbeiten, bei denen Stoss- und Stauchungsbelastungen für Handgelenk und Hand aufträten, seien ebenfalls nicht mehr zumutbar, gleiches gelte für Tätigkeiten mit Vibrationsbelastungen für die Handgelenke durch das Bedienen von Maschinen. Das Zumutbarkeitsprofil müsse strikt eingehalten werden (S. 3). Eine Reevaluation des Gesundheitszustandes solle in einem Jahr erfolgen. Vorgängig seien neue Berichte (Rheumatologie) anzufordern (S. 4).

3.2.15 Im Bericht des Spitals D._____, über die ambulante Konsultation vom 26. Januar 2024 (act. II 123 S. 4 ff.) wurde ausgeführt, in der sonographischen Standortbestimmung zur Befundobjektivierung hätten sich Arthritis-typische Veränderungen mit einer Synovitis ohne Hyperämie an PIP 2 links und einer Tenosynovitis an Dig. 2 rechts gezeigt. Das OSG links zeige einen Erguss und Osteophytenbildung am Os tibiale und dem Talus mit Impingement. Die MTP 1-3 links und MTP 1-4 rechts hätten mit Erguss und Synovialhyperplasie ohne Hyperämie dargestellt werden können, die Achillessehne links mit minimaler, insertionsnaher Verkalkung. Insgesamt sei von einer unter der derzeitigen Therapie nur unzureichenden Krankheitskontrolle auszugehen. Aus diesem Grund sei eine Umstellung der Therapie geplant und ein Gesuch um Kostengutsprache gestellt worden. Drei Monate nach Beginn der neuen Therapie mit Tocilizumab erfolge eine Verlaufskontrolle (S. 7).

3.2.16 Der RAD-Arzt Dr. med. I._____ hielt in der Stellungnahme vom 10. Dezember 2024 (act. II 146) über die Untersuchung vom 28. Mai 2024 (vgl. Untersuchungsbericht vom 28. Mai 2024 [act. II 136]) fest, die persönliche Untersuchung durch den RAD habe keine auffälligen Befunde ergeben, die Beweglichkeit der LWS sei nicht wesentlich eingeschränkt gewesen, die Beweglichkeit der Finger- und der Schultergelenke sei frei gewesen, die Kniegelenke unauffällig. Es sei eine deutliche Diskrepanz zwischen den beklagten Schmerzen und den vollständig fehlenden morpholo-

gischen Veränderungen der Fingergelenke aufgefallen. Anlässlich der letzten rheumatologischen Verlaufskontrolle (23. Juli 2024) sei ein stabiler Zustand beschrieben worden. Die Laboruntersuchungen seien unauffällig gewesen. Gemäss dem Schlussbericht des Aufbautrainings sei das Arbeitspensum ganztags auf sechs Stunden gesteigert worden. Schmerzen seien aufgetreten, sobald eine Kraftanwendung oder repetitive Bewegungen erforderlich worden seien. Retrospektiv müsse eingewendet werden, dass bei diesen Tätigkeiten das Zumutbarkeitsprofil nicht befolgt worden sei. In der Zwischenzeit hätten die Knieschmerzen stabilisiert werden können. Auch die Aktivität der Polyarthritits habe unter der aktuellen Therapie stabilisiert werden können. Insgesamt habe sich der Gesundheitszustand nicht nur stabilisiert, sondern sogar verbessert. Zumutbar seien körperlich leichte Tätigkeiten in wechselbelastender Position mit einer Gewichtsbelastung von maximal zwei bis drei Kilogramm ganztags über achteinhalb Stunden mit einer Leistungsminderung von 30 % für vermehrten Pausenbedarf und verlangsamtes Arbeitstempo. Zu vermeiden seien repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, armbelastende Tätigkeiten mit Arbeiten über Bauchhöhe, Überkopfarbeiten sowie monoton repetitive Belastungen für die Arme. Arbeiten, bei denen Stoss- und Stauchungsbelastungen für Handgelenk und Hand aufträten, seien ebenfalls nicht mehr zumutbar. Gleiches gelte für Tätigkeiten mit Vibrationsbelastungen für die Handgelenke durch das Bedienen von Maschinen (S. 3).

3.2.17 Im Bericht des Spitals D._____ über die Sprechstunde vom 15. Juli 2025 (act. II 159 S. 2 ff.) wurden chronische sekundäre muskuloskelettale Schmerzen sowie eine seropositive chronische Polyarthritits (ICD-10 M05.99; chronisch) diagnostiziert. Es wurde ausgeführt in der Gesamtbetrachtung sei von sekundären muskuloskelettalen chronischen Schmerzen im Rahmen einer rheumatoiden Polyarthritits, aber wahrscheinlich auch mit einer zentralen Sensibilisierung bei ausgeprägten psychosozialen Belastungsfaktoren, auszugehen. Problematisch werde auch die nun beinahe seit einem Jahr fehlende physiotherapeutische Begleitung gesehen, die unbedingt wieder aufgenommen werden solle. Es werde inzwischen davon ausgegangen, dass eine stationäre multimodale Schmerztherapie dringlich indiziert sei, um eine Verbesserung der Situation zu erreichen (S. 4).

3.2.18 Im Bericht des Spitals D. _____ über die Sprechstunde Kniechirurgie, vom 15. Juli 2025 (act. II 156) wurde neu eine Varusgonarthrose Kellgren Lawrence 1 links diagnostiziert (S. 1). Das MRI zeige eine beginnende mediale, anteromediale Gonarthrose mit Knorpelverdünnung. Die Situation gestalte sich schwierig, da klinisch sehr starke Beschwerden nicht mit dem radiologischen Befund korrespondierten. Eine operative Behandlung werde derzeit nicht empfohlen. Es werde zur Fortführung der konservativen Therapie mit Physiotherapie und Gelenksinfiltrationen geraten (S. 2).

3.2.19 Der RAD-Arzt Dr. med. K. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in der Stellungnahme vom 21. Juli 2025 (act. II 155) fest, die Beurteilung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin in der Stellungnahme vom 10. Dezember 2024 habe, einschliesslich des formulierten Zumutbarkeitsprofils, aus versicherungsmedizinischer Sicht des RAD nach wie vor Bestand.

3.2.20 Die Beschwerdeführerin war vom 5. bis zum 26. September 2025 im Spital D. _____, hospitalisiert (vgl. Kurzaustrittsbericht vom 25. September 2025 [Akten der Beschwerdeführerin {act. I} 2]).

Im Bericht des Spitals D. _____ über die Sprechstunde vom 17. Oktober 2025 (act. I 3) wurden folgende Hauptdiagnosen gestellt: Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom beidseits, Sulcus-ulnaris-Syndrom links, Meralgia parasthetica rechts (ED Juni 2023), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, seropositive chronische Polyarthrit (ED 2020; S. 22 f.). Es wurde ausgeführt, dass die Sensibilitätsstörung am rechten Oberschenkel in einer typischen Lokalisation weiterhin durch eine Reizung des Nervus cutaneus femoris lateralis im Bereich des Leistenbandes, also als Meralgia parästhetica zu erklären sei, wobei es sich um eine harmlose Erkrankung handle. Ein Risikofaktor für das Auftreten dieser Kompressionsneuropathie sei das Übergewicht, dessen Behandlung im Rahmen des Gesamtkonzepts der Psychosomatik allenfalls auch Platz gegeben werden könnte. Hinsichtlich der übrigen Sensibilitätsstörungen sei ein Zusammenhang mit der chronischen Schmerzstörung/Fibromyalgie wahrscheinlich. Diese seien für strukturelle Nervenläsionen letztlich nicht typische Befunde.

Da die Symptome an den oberen Extremitäten, welche als verändert gegenüber vor einigen Jahren angegeben würden, jedoch auch auf ein Karpaltunnelsyndrom hinweisen könnten, werde eine erneute neurographische Untersuchung für sinnvoll erachtet. Neben dieser könne mittels Hautbiopsie auch nach einer Small-Fiber-Neuropathie gesucht werden, welche im Kontext einer rheumatologischen Erkrankung eine (wenn auch angesichts der erhobenen klinischen Befunde ohne Thermhypästhesie oder fassbare autonome Störung) nicht sehr wahrscheinliche Differenzialdiagnose der chronischen Schmerzstörung darstelle.

3.3

3.3.1 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).

3.3.2 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).

Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; Urteil des BGer 8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3, nicht publ. in: BGE 150 V 188, aber in: SVR 2024 UV Nr. 27 S. 107).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte (Art. 49 Abs. 2 IVV) den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (BGE 135 V 354 E. 3.3.2 S. 257; SVR 2018 IV Nr. 4 S. 11, 8C_839/2016 E. 3.2).

3.4

3.4.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 22. September 2025 (act. II 160) auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. I. _____ vom 10. Dezember 2024 (act. II 146),

welche durch den RAD-Arzt Dr. med. K. _____ mit Stellungnahme vom 21. Juli 2025 (act. II 155) bestätigt wurde. Danach seien der Beschwerdeführerin körperlich leichte Tätigkeiten in wechselbelastender Position mit einer Gewichtsbelastung von maximal zwei bis drei Kilogramm ganztags über achteinhalb Stunden mit einer Leistungsminderung von 30 % für vermehrten Pausenbedarf und verlangsamtem Arbeitstempo zumutbar, wobei repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, armbelastende Tätigkeiten mit Arbeiten über Bauchhöhe, Überkopfarbeiten sowie monoton repetitive Belastungen für die Arme zu vermeiden seien. Arbeiten, bei denen Stoss- und Stauchungsbelastungen für Handgelenk aufträten, sowie Tätigkeiten mit Vibrationsbelastungen für die Handgelenke durch das Bedienen von Maschinen seien nicht mehr zumutbar (act. II 146 S. 3). Demgegenüber bringt die Beschwerdeführerin vor, die Beurteilung des RAD erfülle die Voraussetzungen an den Beweiswert medizinischer Unterlagen (vgl. E. 3.3.2 hiavor) nicht (Beschwerde S. 5 ff. Ziff. III Art. 2).

3.4.2 In der Stellungnahme vom 10. Dezember 2024 (act. II 146) stützt sich Dr. med. I. _____ auf die persönliche Untersuchung vom 28. Mai 2024. Der vom gleichen Tag datierende Untersuchungsbericht (act. II 136) fällt indes – wie bereits auch der Untersuchungsbericht vom 5. Januar 2024 über die persönliche Untersuchung vom 28. November 2023 (act. II 116) – äusserst knapp aus, wie auch die Stellungnahme vom 10. Dezember 2024 (act. II 146) selbst. Dr. med. I. _____ attestierte im Gegensatz zu seiner Stellungnahme vom 1. Dezember 2013 (act. II 106 S. 3 f.), in welcher er in einer angepassten Tätigkeit bei gleichem Zumutbarkeitsprofil eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestierte, nunmehr lediglich eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Den verbesserten Gesundheitszustand begründete er insbesondere gestützt auf den Schlussbericht des Aufbautrainings in der L. _____ vom 11. Dezember 2023 (act. II 108) und nicht gestützt auf die medizinische Befundlage. Im Widerspruch zu den behandelnden Ärzten, welche im Januar 2024 eine unzureichende Krankheitskontrolle der rheumatoiden Arthritis festhielten (act. II 123 S. 7), führte Dr. med. I. _____ aus, die Aktivität der Polyarthrits hätte unter der aktuellen Therapie stabilisiert werden können. Dr. med. I. _____ setzt sich auch – wie die Beschwerdeführerin zutreffend vorbringt (Beschwerde S. 6 Ziff. III Art. 2 Rz. 3) – nicht differenziert mit den medizinischen Akten auseinander. Auch wenn

Dr. med. I. _____ übereinstimmend mit den behandelnden Ärzten davon ausging, dass die beklagten Schmerzen in deutlicher Diskrepanz zu den objektiven Befunden stünden, ist die Beschwerdegegnerin gehalten, ihrer Untersuchungspflicht nachzukommen (zum Untersuchungsgrundsatz vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429, 138 V 218 E. 6 S. 222; SVR 2025 UV Nr. 30 S. 107, 8C_437/2024 E. 6.1). Schliesslich ist nicht nachvollziehbar, dass der RAD-Arzt Dr. med. K. _____ die Einschätzung von Dr. med. I. _____ vom 10. Dezember 2024 (act. II 146) am 21. Juli 2025 (act. II 155 S. 2) bestätigte und festhielt, dass seit dieser Beurteilung keine neuen medizinischen Berichte eingegangen seien, was klar aktenwidrig ist. Es bestehen damit zumindest geringe Zweifel an den Stellungnahmen des RAD, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann (vgl. E. 3.3 hiavor). Soweit die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort ausführt, aufgrund des Karpaltunnelsyndroms sollten sich sodann keine Einschränkungen mit längerandauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ergeben (Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 7), stellt dies (bisher) eine blosser Vermutung dar.

3.4.3 Nach dem Dargelegten erweist sich der medizinische Sachverhalt als nicht rechtsgenüglich abgeklärt. Somit kann derzeit keine abschliessende Beurteilung der medizinischen Situation bzw. deren Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorgenommen werden. Die Sache ist daher zur Einholung aktueller Berichte der behandelnden Ärzte und anschliessender polydisziplinärer Begutachtung – beinhaltend gemäss aktuellem Aktenstand vorab die Disziplinen Orthopädie und/oder Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie – an die Vorinstanz zurückzuweisen. Gegebenenfalls hätten die Gutachter weitere medizinische Disziplinen in die Abklärungen miteinzubeziehen, sollten sie dies für notwendig erachten (vgl. Art. 44 Abs. 5 ATSG).

4.

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 22. September 2025 (act. II 160) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornah-

me der umfassenden medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.

Da die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin selbst eventualiter eine Rückweisung beantragt (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I Rechtsbegehren 2), kann auf die Androhung einer reformatio in peius (BGE 137 V 314) verzichtet werden.

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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt B. _____ vom 10. Dezember 2025 ist die Parteientschädigung auf Fr. 2'169.55 festzusetzen (Aufwand von 8 h à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 7.-- sowie Mehrwertsteuer von Fr. 162.55 [8.1 % von Fr. 2'007.--]). Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

5.3 Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt ist bei diesem Verfahrensausgang als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 22. September 2025 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'169.55 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. 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.