

IV 200 2026 158
KOJ/SVE/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. Juli 2026

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 5. Februar 2026



Sachverhalt:

A.

Die 1973 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Juni 2024 unter Hinweis auf psychische und somatische Beeinträchtigungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Gestützt auf eine Beurteilung von dipl. Arzt C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 16. Oktober 2025 (act. II 45 S. 5 f.) stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 28. Oktober 2025 (act. II 46) in Aussicht, mangels relevanter gesundheitlicher Einschränkungen einen Anspruch auf IV-Leistungen zu verneinen. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 51) holte sie erneut eine Beurteilung bei dipl. Arzt C._____ ein (Beurteilung vom 4. Februar 2026 [act. II 55 S. 2]). Am 5. Februar 2026 verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend die Abweisung des Leistungsbegehrens (act. II 56).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch den B._____, Rechtsanwältin D._____, am 6. März 2026 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die Verfügung vom 05.02.2026 insofern aufzuheben, als der Beschwerdeführerin vom 01.12.2024 eine Invalidenrente zuzusprechen ist.
2. Eventualiter: Es sei das Verfahren an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin angemessen abklärt.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.
4. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren.

Am 11. März 2026 ging das Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren vor dem Verwaltungsge-

richt des Kantons Bern" samt Belegen ein (vgl. prozessleitende Verfügung vom 9. März 2026).

Die Beschwerdegegnerin wurde mit prozessleitender Verfügung vom 11. März 2026 aufgefordert, bei ihrer Rechtsschutzversicherung eine Kostengutsprache für das vorliegende Beschwerdeverfahren einzuholen.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. März 2026 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 24. März 2026 teilte die Beschwerdeführerin die Kostendeckung durch ihre Rechtsschutzversicherung mit und zog das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück, was mit prozessleitender Verfügung vom 25. März 2026 festgestellt wurde.

Die Parteien hielten mit Replik vom 28. April 2026 und Duplik vom 12. Mai 2026 an ihren Rechtsbegehren fest.

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 5. Februar 2026 (act. II 56). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf IV-Leistungen.

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 so-

wie 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). 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 Um den Leistungsanspruch beurteilen 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 Zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

3.1.1 Dr. med. E._____, Fachärztin für Angiologie, diagnostizierte im Bericht über die Untersuchung vom 21. Februar 2024 (act. II 20 S. 9 f.) eine chronisch-venöse Insuffizienz, CEAP-Stadium 3 beidseits (Insuffizienz der V. saphena magna Hach I links sowie inkomplette Insuffizienz der distalen V. saphena magna rechts via Boyd-Perforante; S. 9). Diese Insuffizienzen hätten sicherlich einen Einfluss auf die Schwellneigung, jedoch sei davon

auszugehen, dass die Ödeme eher multifaktoriell bedingt seien (noch unklare Gonarthropathie, Knick-Senkfüsse beidseits). Es werde eine orthopädische Abklärung der beidseitigen Knieprobleme sowie bei Verdacht auf einen Knick-Senkfuss empfohlen. Sicherlich wäre eine Behandlung der Varikosis im Verlauf sinnvoll. Eine endovenöse thermische Ablation (ETA) sei beidseits sehr gut machbar. Nach der orthopädischen Abklärung werde sich die Beschwerdeführerin melden, damit Termine für die Intervention vereinbart werden könnten (S. 10).

3.1.2 Dipl. Psychologe F.____ und lic. phil. G.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, diagnostizierten im Aufnahmebericht der Psychiatrischen Dienste des Spitals H.____ vom 25. März 2024 (act. II 20 S. 6 f) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; S. 7). Die Zuweisung sei aufgrund des Verdachts auf eine Anpassungsstörung bei psychosozialer Belastung erfolgt. Die Beschwerdeführerin sei durch viele psychosoziale Belastungsfaktoren gestresst. Dazu gehörten die beiden Töchter, die Schwiegermutter, der Ehemann sowie die aktuelle finanzielle Lage. Sie sei mit den Nerven am Ende und könne nicht mehr Ein- und Durchschlafen. Auch die tägliche Nahrungsaufnahme funktioniere nur auf externen Druck. Einige psychosomatische Symptome (gastrointestinal, Schmerzsymptomatik) seien ebenfalls vorhanden. Der tägliche Antrieb komme primär aus einer Angst vor dem eigenen Versagen. Die Beschwerdeführerin sei zudem von einem starken Insuffizienzgefühl begleitet (S. 6).

3.1.3 Im Bericht der Klinik I.____ des Spitals H.____ über die Sprechstunde vom 3. Juni 2024 (act. II 15) wurden eine chronische mediale Meniskushinterhornläsion beidseits (links nach Trauma von 2021, rechts ohne Trauma von 2023), eine Verkürzung der ischiocruralen Muskulatur sowie eine chronisch venöse Insuffizienz diagnostiziert (S. 1). An therapeutischen Massnahmen bei schon länger bestehender Symptomatik bestehe die Möglichkeit zur Fortsetzung der konservativen Therapie gegebenenfalls mit Unterstützung einer intraartikulären Infiltration beidseits. Dies wolle die Beschwerdeführerin aktuell nicht. Auch auf Physiotherapie zur Dehnung der verkürzten ischiocruralen Muskulatur wolle sie aktuell verzichten, da sie medizinisch relativ gut ausgelastet sei für sich selbst und auch in der Familie. Bei ausbleibender Besserung unter konservativer Therapie und je nach

Leidensdruck wäre eine arthroskopische Teilmeniskektomie beidseits zu diskutieren (S. 2).

3.1.4 Dipl. Psychologe F._____ und lic. phil. G._____ diagnostizierten im Verlaufsbericht der Psychiatrischen Dienste des Spitals H._____ vom 2. August 2024 (act. II 21) eine depressive Episode, mittelgradig (ICD-10 F32.1; Erstdiagnose 25. März 2024), differenzialdiagnostisch eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS; ICD-11 6B41) sowie eine Bindungsproblematik (S. 3 Ziff. 2.5). Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 2. Mai 2024 bis zum 15. September 2023 (recte wohl: 15. September 2024) attestiert (S. 2 Ziff. 1.3; vgl. hierzu auch Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch die Psychiatrischen Dienste des Spitals H._____ [act. II 26 S. 2, 27, 31]). Die Prognose sei tendenziell eher ungünstig. Bereits in der Vorgeschichte zeigten sich diverse Faktoren, welche die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussten. Dazu gehörten die ungünstig verlaufende Kindheit mit vermuteter Entwicklung einer ausgeprägten Bindungsstörung (DD: kPTBS) sowie die Tatsache, nie beruflich in der Schweiz integriert worden zu sein. Akut komme erschwerend eine psychische Erkrankung der jüngeren Tochter hinzu. Das Gesamtbild lasse eine kPTBS im Sinne des ICD-11 vermuten, welche die letzten Jahrzehnte unentdeckt geblieben sei und somit deren Symptomatik in einem Teufelskreis weiter verstärkt werden konnte (S. 3 Ziff. 2.7).

3.1.5 Im Bericht der Klinik I._____ des Spitals H._____ vom 2. November 2024 (act. II 30 S. 2) wurden die bereits gestellten Diagnosen (vgl. E. 3.1.3 hiervor) bestätigt. Weiter wurde ausgeführt, dass der Befund seit der letzten Konsultation weitestgehend unverändert sei. Bei der aktuell kompensierten Beschwerdeführerin sei im Moment keine weitere Therapie notwendig.

3.1.6 Dipl. Psychologe F._____ und lic. phil. G._____ hielten im Verlaufsbericht der Psychiatrischen Dienste des Spitals H._____ vom 5. März 2024 (act. II 35) in Bestätigung der bisher gestellten Diagnosen fest, der Gesundheitszustand habe sich nicht verändert (S. 1 Ziff. 1, 2). Es bestünden weiterhin stark ausgeprägte Versagensängste mit starkem subjektivem Stressempfinden. Zudem zeigten sich verschiedene psychosomatische Beschwerden, insbesondere im gastrointestinalen Bereich sowie in

Form von Schmerzen. Die Beschwerdeführerin zeige hypervigilantes Verhalten und neige zur Vermeidung. Zusätzlich bestünden Ein- und Durchschlafstörungen und starkes Grübeln. Der aktuelle Zustand bleibe unverändert oder zeige sogar eine leicht negative Tendenz (S. 2 Ziff. 4). Es fänden im Abstand von drei bis vier Wochen regelmässig Gespräche statt. Es falle der Beschwerdeführerin schwer, die Termine regelmässig wahrzunehmen, da sie familiär sehr stark ausgelastet sei (S. 2 Ziff. 7). Aktuell könne keine zuverlässige Prognose gestellt werden. In der Tendenz könne der Verlauf als stagniert betrachtet werden, was eine eher verhaltene Prognose vermuten lasse (Ziff. 9).

3.1.7 Im Verlaufsbericht der Psychiatrischen Dienste des Spitals H._____ vom 30. Juli 2025 (act. II 43) diagnostizierten dipl. Psychologe F._____ und lic. phil. G._____ nunmehr eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1) mit/bei schwerer Bindungsproblematik sowie einen Verdacht auf eine kPTBS (S. 1 Ziff. 3) bei unverändertem Gesundheitszustand (Ziff. 1).

3.1.8 In der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 16. Oktober 2025 (act. II 45 S. 5 f.) diagnostizierte dipl. Arzt C._____ eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) sowie Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung: Rollenkonflikt, Mangel an Entspannung/Freizeit, Stress (ICD-10 Z73), eine chronische mediale Meniskushinterhornläsion beidseits, eine substituierte Hypothyreose sowie eine chronisch-venöse Insuffizienz. Bei der Beschwerdeführerin bestehe seit über einem Jahr ein psychiatrischer Behandlungsverlauf mit weitgehend unverändert ausgewiesenem psychopathologischem Befund. Dieser beinhalte Symptome einer leichten depressiven Symptomatik nebst störungsunspezifischen Auffälligkeiten wie Nervosität, psychomotorische Unruhe, wechselndes Antriebsverhalten. Zielgerichtete medikamentöse Behandlungsversuche unter der Prämisse der durch die Behandler bezeichneten mittelgradigen depressiven Episode seien dem Dossier nicht zu entnehmen. Es sei über den gesamten Behandlungsverlauf eine unveränderte Medikation mit Mirtazapin 7.5 mg abendlich erfolgt. Wiederholt werde durch die Behandler ein Verdacht auf eine Bindungsstörung und/oder eine kPTBS aufgeführt. Das Vollbild einer Persönlichkeitsstörung und/oder jenes einer Posttraumatischen Belas-

tungsstörung (PTBS) nach ICD-10 Kriterien seien nicht erfüllt. In die weitere Betrachtung sei miteinzubeziehen, dass von Beginn an massive psychosoziale Belastungsfaktoren als Auslöser der Problematik beschrieben würden, welche auch im Verlauf der Behandlung als aufrechterhaltende Faktoren zu werten und wiederholt ausgewiesen seien. In der Gesamtbetrachtung der genannten Faktoren und vorliegender psychopathologischer (Verlaufs-) Befunde sei nach ICD-10 Kriterien die Diagnose einer Dysthymie (ICD-10 F34.1) mit Beeinflussung durch erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren (ICD-10 Z73) zu stellen. Insgesamt betrachtet sei bei einer Einbeziehung der sog. Standardindikatoren aus versicherungsmedizinischer Sicht nur eine schwere psychische Störung als Grundlage für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden anzunehmen. Eine Dysthymie ohne nennenswerte Interferenzen durch zusätzliche psychiatrische oder somatische Komorbiditäten, die hier beide nicht vorlägen, lasse sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Zudem überwiegen die ressourcenbegründenden Indikatoren gegenüber den leistungsmindernden Faktoren (z.B. die Haushaltsführung mit Kindererziehung). Ferner bestünden mehrere ausgeprägte psychosoziale Belastungsumstände als IV-fremde Faktoren. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine chronische mediale Meniskushinterhornläsion beidseits, welche der bisherigen konservativen Behandlung gut zugänglich (sei) und ohne versicherungsmedizinische Relevanz bleibe. Dieser Sachverhalt sei zusammen mit dem orthopädischen RAD-Kollegen Dr. med. J._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, besprochen worden. Zusammenfassend liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor.

3.1.9 Im Schlussbericht der Psychiatrischen Dienste des Spitals H._____ vom 22. Dezember 2025 über die Behandlung vom 2. Mai 2024 bis zum 22. Dezember 2025 (act. II 53 S. 2 f.) führten dipl. Psychologe F._____ und lic. phil. K._____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, weiterhin die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1), sowie einen Verdacht auf eine kPTBS nach ICD-11 auf (S. 2). Es wurde unter anderem ausgeführt, dass insgesamt sechzehn Einzelsitzungen stattgefunden hätten und sich die Symptomatik am ehesten im Rahmen einer kPTBS einordnen

lasse. Empfohlen werde eine weiterführende traumaspezifische Therapie, idealerweise unter Einbezug des gesamten Familiensystems, um die langjährigen Muster von Überverantwortung, Angst und Kontrollbedürfnis gezielt aufzuarbeiten (S. 2). Eine Nachbetreuung werde durch die Psychiatrischen Dienste des Spitals H._____ nicht sichergestellt (S. 3).

3.1.10 Dipl. Arzt C._____ hielt in der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 4. Februar 2026 (act. II 55 S. 2) an den bereits durch ihn gestellten Diagnosen fest (vgl. E. 3.1.8 hiervor). Der neuerlich vorgelegte Behandlungsbericht vom 22. Dezember 2025 (act. II 53 S. 2 f.; vgl. E. 3.1.9 hiervor) führe unverändert zu den vorangehenden Berichten die kPTBS als explizite Verdachtsdiagnose auf. Dem Bericht sei weder eine psychopathologische Befundung noch eine dezidierte Diagnosediskussion entnehmbar, wodurch sich die aufgeführte Verdachtsdiagnose anhand der ICD-10 Kriterien bestätigen lassen könne. Kritisch zu berücksichtigen in der Aufführung der Verdachtsdiagnosen sei ferner der lange Behandlungszeitraum von Mai 2024 bis Dezember 2025 mit sechzehn Behandlungssitzungen, wonach eine fundierte abschliessende diagnostische Einschätzung zu erwarten wäre. Insbesondere die notwendigen Kernsymptome einer kPTBS mit Auftreten von Intrusionen und Flashbacks seien weder in neuerlich vorgelegtem Bericht noch in den vorangehenden Behandlungsberichten ausgewiesen. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht könne die Diagnose einer kPTBS nicht nachvollzogen werden. An der vorangehenden RAD-Beurteilung vom 16. Oktober 2025 sei festzuhalten.

3.1.11 In der "Stellungnahme zur Diagnose" der Psychiatrischen Dienste des Spitals H._____ vom 31. März 2026 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3) führten dipl. Psychologin L._____ und lic. phil. G._____ aus, im Verlaufsbericht vom 2. August 2024 (act. II 21) sei bereits anamnestisch festgehalten worden, dass die Beschwerdeführerin von einer Depression nach der ersten Schwangerschaft berichtet habe. Zum Zeitpunkt des Berichts sei noch nicht klar gewesen, ob die Kriterien für eine depressive Episode zu diesem Zeitpunkt erfüllt gewesen seien. Im Verlauf der Therapie habe sich in der weiteren ausführlichen Anamneseerhebung gezeigt, dass die Kriterien für eine depressive Episode nach der ersten Schwangerschaft erfüllt gewesen seien. Aus diesem Grund sei im Ver-

laufsbericht vom 5. März 2025 (act. II 35) die Diagnose "rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig" angepasst worden. Leider sei es untergangen, die Anpassung im Bericht zu erläutern.

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). 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 mitzuberoücksichtigen. 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 Bundesgerichts [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).

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).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 5. Februar 2026 (act. II 56) auf die versicherungsmedizinischen Beurteilungen von dipl. Arzt C._____ vom 16. Oktober 2025 (act. II 45 S. 5 f.) sowie vom 4. Februar 2026 (act. II 55 S. 2). Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert solcher Aktenberichte gestellten Anforderungen. Die darin enthaltenen Feststellungen und Ausführungen sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf hat der RAD-Arzt die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und dessen Verlauf nachvollziehbar begründet dargestellt. Folglich kommt diesen Beurteilungen voller Beweiswert zu, so dass darauf abzustellen ist. Dass dipl. Arzt C._____ keine klinische Exploration durchgeführt hat, ist nicht zu beanstanden, konnte er sich auf-

grund der vorhandenen umfassenden Unterlagen doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. E. 3.2.2 hiervor) und wären aus einer persönlichen Untersuchung keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten gewesen.

3.3.1 In psychiatrischer Hinsicht überzeugt mit Blick auf den durch die Behandler erhobenen psychopathologischen – durchgehend weitgehend unveränderten, nicht schwer ausgeprägten – Befund (diverse Ängste; affektive Grundstimmung von einer inneren Unruhe geprägt, nervös, ängstlich, dysphorisch sowie von einem Insuffizienzgefühl begleitet; Schwingungsfähigkeit eingeschränkt; Antrieb eigenanamnestisch vermindert; Ein- und Durchschlafstörungen; act. II 20 S. 7, 21 S. 3 Ziff. 2.4, 43 S. 2 Ziff. 6) die Einschätzung von dipl. Arzt C._____, wonach bei der Beschwerdeführerin lediglich Symptome einer leichten depressiven Symptomatik nebst störungsunspezifischen Auffälligkeiten wie Nervosität, psychomotorischer Unruhe sowie wechselndem Antriebsverhalten vorlagen. Weiter hielt der RAD-Arzt unter Berücksichtigung der Behandlungsunterlagen plausibel fest, dass durch die Psychiatrischen Dienste des Spitals H._____ keine zielgerichtete medikamentöse Behandlung hinsichtlich einer durch diese diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode erfolgte. Vielmehr erfolgte während der ganzen Behandlung einzig eine Medikation mit Mirtazapin 7.5 mg. Gegen das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Symptomatik spricht weiter auch die Intensität der Behandlung, fanden doch im Behandlungszeitraum von Mai 2024 bis Dezember 2025 lediglich sechzehn Sitzungen und damit nicht einmal monatliche Behandlungen statt. Seit Abschluss der Therapie durch die Psychiatrischen Dienste des Spitals H._____ im Dezember 2025 sind schliesslich keine therapeutischen Massnahmen mehr aktenkundig. Folglich überzeugt, dass dipl. Arzt C._____ – entgegen den Behandlern (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. II Rz. 15) – nicht vom Bestehen einer mittelgradigen depressiven Symptomatik ausgeht, sondern lediglich das Vorliegen einer Dysthymie (ICD-10 F34.1) bejaht. Deren wesentliches Kennzeichen ist die langdauernde, depressive Verstimmung, die niemals oder nur sehr selten ausgeprägt genug ist, um die Kriterien für eine rezidivierende leichte oder mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F33.0, F33.1) zu erfüllen (vgl. hierzu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer

Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 183). Schliesslich wies der RAD-Arzt auch überzeugend auf die immer wieder erwähnten, als für das depressive Geschehen durch die Psychiatrischen Dienste des Spitals H._____ ursächlich erachteten starken psychosozialen und damit invaliditätsfremden Belastungsfaktoren hin. Damit überzeugt die Diagnose einer Dysthymie (ICD-10 F34.1) mit Beeinflussung durch erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren (ICD-10 Z73).

Was die Diagnose eines Verdachts auf eine kPTBS (ICD-11 6B41) angeht, erscheint nachvollziehbar, dass dipl. Arzt C._____ mit Blick auf den langen Behandlungszeitraum das Fehlen einer fundierten abschliessenden Diagnosestellung durch die Behandler bemängelt. Mit einer blossen Verdachtsdiagnose gilt ein gesundheitliches Leiden denn auch nicht als mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (Urteil des BGer 8C_539/2020 vom 3. November 2020 E. 6.2.1). Eine PTBS ist sodann nur zu diagnostizieren, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 208). Der RAD-Arzt legte nachvollziehbar dar, dass die notwendigen Kernsymptome mit Auftreten von Intrusionen und Flashbacks in den Behandlungsunterlagen nicht ausgewiesen sind. Weiter lassen sich den medizinischen Unterlagen keine Hinweise entnehmen, welches belastende Ereignis oder welche Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmasses, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 207), der Störung zugrunde liegen soll. Mit Blick darauf, dass bei Nichterfüllen der PTBS-Kriterien erst recht keine kPTBS gegeben sein kann (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_296/2022 vom 24. Oktober 2022 E. 5.2.2), überzeugt, dass dipl. Arzt C._____ das Vorliegen einer solchen verneinte. Mithin ist auch in dieser Hinsicht ein psychischer Gesundheitsschaden nicht ausgewiesen.

Selbst wenn die von den Behandlern gestellten Diagnosen vorliegend als erstellt zu gelten hätten, hat das Bundesgericht in BGE 148 V 49 E. 6.2.2 S. 55 festgehalten, dass grundsätzlich nur schwere psychische Störungen

invalidisierend im Rechtssinne sein können. Die von den Behandlern aufgeführten Befunde sind jedoch – wie bereits dargelegt – nicht schwer ausgeprägt. Weiter lässt sich gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Die Beschwerdeführerin nahm im gesamten Behandlungszeitraum von Mai 2024 bis Dezember 2025 lediglich sechzehn Sitzungen in Anspruch. Die therapeutischen Möglichkeiten sind damit bei Weitem nicht ausgeschöpft. Vielmehr besteht ein bedeutendes therapeutisches Potential, wodurch auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens der Beschwerdeführerin in Frage gestellt wird. Gewichtige Gründe, welche dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung schliessen lassen, sind vorliegend nicht ersichtlich.

3.3.2 In somatischer Hinsicht hielt dipl. Arzt C._____ nach Rücksprache mit dem RAD-Orthopäden Dr. med. J._____ überzeugend fest, dass zwar beidseits eine chronische mediale Meniskushinterhornläsion vorliege, diese aber konservativ gut behandelbar seien und damit keine versicherungsmedizinische Relevanz aufwiesen. Dies stimmt mit der orthopädischen Aktenlage überein (vgl. act. II 15, 30 S. 2) und wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten. Ebenso ist auch die chronisch-venöse Insuffizienz versicherungsmedizinisch nicht von Bedeutung, ist doch gemäss der behandelnden Ärztin Dr. med. E._____ eine Behandlung der Varikosis mittels endovenöser thermischer Ablation gut machbar (act. II 20 S. 9 f.).

3.3.3 Nach dem Dargelegten vermögen die Berichte der behandelnden Ärzte und Psychologen keine auch nur geringen Zweifel an der Einschätzung von dipl. Arzt C._____ zu wecken. Vielmehr ist der medizinische Sachverhalt rechtsgenüglich abgeklärt, weshalb auf die eventualiter beantragten weiteren Abklärungen (Beschwerde S. 1 Rechtsbegehren 2 und S. 5 Ziff. II Rz. 22) in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann

(vgl. hierzu BGE 151 V 258 E. 4.4 S. 261, 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).

Gestützt auf die versicherungsmedizinischen Beurteilungen von dipl. Arzt C._____ vom 16. Oktober 2025 (act. II 45 S. 5 f.) sowie vom 4. Februar 2026 (act. II 55 S. 2) ist das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu verneinen. Damit besteht auch kein Anspruch auf Leistungen der IV.

4.

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 5. Februar 2026 (act. II 56) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist 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 und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

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

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):
 - 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.