

IV 200 2026 170
SCI/GET/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. Juni 2026

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Isliker, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. Februar 2026



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), zuletzt (bis Juni 2025) als ... bei der C._____ ag erwerbstätig, meldete sich im April 2025 unter Hinweis auf "Unklare Hörminderung mit Tinnitus im rechten Ohr/Chronische Migräne, chronisch-inaktive Hepatitis B, Depressionen" bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 1; 3). Die IVB klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab, zog Berichte behandelnder Ärzte bei und verneinte einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (act. II 22). Im Zuge der anschliessenden Rentenprüfung holte die IVB weitere medizinische Berichte ein und veranlasste nach Vorlage des Dossiers beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 39) bei der D._____ AG (MEDAS) eine bidisziplinäre (rheumatologisch-psychiatrische) Begutachtung (Expertise vom 1. Dezember 2025 [act. II 59.1 ff.]). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 64 ff.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 9. Februar 2026 (act. II 73) bei einem Invaliditätsgrad von 36 % einen Anspruch auf eine Invalidenrente.

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 11. März 2026 Beschwerde. Sie stellte die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung sei aufzuheben und die Sache sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
2. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei eine unbefristete Rente zuzusprechen.
3. Subeventualiter sei die Verfügung aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei eine befristete IV-Rente zuzusprechen.

- Alles unter Kosten- Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 13. April 2026 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Ferner reichte sie eine Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. April 2026 zu den Akten (in den Gerichtsakten).

Mit prozessleitender Verfügung vom 14. April 2026 wurde der Beschwerdeführerin die Möglichkeit zur Replik gewährt. Mit Schreiben vom 1. Mai 2026 verzichtete sie auf die Einreichung einer Replik und verwies auf die Ausführungen in der Beschwerde vom 11. März 2026.

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 9. Februar 2026 (act. II 73). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

In formeller Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin eine Verletzung des rechtlichen Gehörs (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]; Art. 42 ATSG; BGE 132 V 368 E. 5 S. 374, 125 V 188 E. 1c S. 191; SVR 2005 AHV Nr. 9 S. 30, H 53/04 E. 1.3.1), weil es die Beschwerdegegnerin unterlassen habe, die mit der Begutachtung betrauten Sachverständigen mit den im Einwand erhobenen Rügen zu konfrontieren oder eine ergänzende Stellungnahme einzuholen; ferner habe sie in der angefochtenen Verfügung keine hinreichende inhaltliche Würdigung der vorgebrachten Kritik am Gutachten vom 1. Dezember 2025 vorgenommen (Beschwerde S. 3 Rz. 5).

Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 9. Februar 2026 (act. II 73) zu den im Schreiben vom 2. Februar 2026 (act. II 71 S. 1-5) vorgebrachten Einwänden hinreichend Stellung genommen und unter Hinweis auf die Qualitätskontrolle des RAD (vgl. act. II 61 f.) sowie den Beweiswert von Berichten behandelnder Ärzte das Gutachten vom 1. Dezember 2025 als beweiskräftig beurteilt (act. II 73 S. 2). Damit bestand aus Sicht der Beschwerdegegnerin zum vornherein kein Anlass, den Sachverständigen das Einwandschreiben vom 2. Februar 2026 zur Stellungnahme zu unterbreiten, zumal die Beschwerdeführerin keine neuen Arztberichte einreichte. Ob die Einschätzung der Beschwerdegegnerin zutrifft, insbesondere die Abklärungen hinreichend sind, ist nicht eine Frage des rechtlichen Gehörs, sondern im Rahmen der materiellen Würdigung zu beurteilen. Dass

schliesslich zwischen dem Einwand vom 2. Februar 2026 und der Verfügung vom 9. Februar 2026 nur eine Woche verstrich (Beschwerde S. 3 Rz. 5), lässt entgegen der Beschwerdeführerin nicht darauf schliessen, dass deren Vorbringen nicht mit der gebührenden Sorgfalt geprüft wurden. Im Gegenteil ist es nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin dem Gebot des raschen und einfachen Verfahrens folgend einen Fall zügig behandelt. Es liegt somit offensichtlich keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor.

3.

3.1

3.1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.1.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist jedoch 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). Liegt sodann auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 3.6 S. 294 und E. 4.1 S. 296). Dabei ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_48/2024 vom 17. September 2024 E. 5.4.2.1). Dies alles gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

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

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

3.3 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).

4.

4.1 Bis zum Erlass der die zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) angefochtenen Verfügung vom 9. Februar 2026 (act. II 73) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

4.1.1 Dr. med. F._____, Facharzt für Anästhesiologie sowie für Intensivmedizin, Spital G._____, stellte im Bericht vom 2. Mai 2025 (act. II 10 S. 1 f.) die folgenden Diagnosen:

1. Chronische vorwiegend zentral bedingte Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
2. Vd. a. (= Verdacht auf) Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
3. laterale Gesichtsschmerzen rechts, DD (= Differentialdiagnose) vom Kiefergelenk rechts ausgehend (Bruxismus?), DD von aurikulär ausgehend, DD von der Schultergürtelmuskulatur fortgeleitet
4. Nebendiagnosen:
 - St. n. (= Status nach) unklarer Hörminderung und Tinnitus im rechten Ohr
 - Chronische Migräne
 - Chronisch-inaktive Hepatitis B (ED [= Erstdiagnose] 10/2016)

Eine Besserung der Beschwerden sei bisher nicht eingetreten. In der Gesamtschau sei davon auszugehen, dass vorwiegend eine zentralbedingte Schmerzstörung vorliege (vgl. auch Berichte dieses Arztes vom 21. März 2025 [act. II 10 S. 3 f.], 6. März 2025 [act. II 10 S. 5 f.], 25. Februar 2025 [act. II 10 S. 7 f.] und 20. Februar 2025 [act. II 10 S. 9-13]).

4.1.2 Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie, Spital G._____
Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 5. Mai 2025 (act. II 23 S. 2 ff.) unklare rechtsseitige Gesichtsschmerzen sowie chronische Cephalgien seit geraumer Zeit (S. 2). Aus neurologischer Sicht bleibe die Ursache der Symptomatik spekulativ. Für die Diagnose eines sogenannten atypischen Gesichtsschmerzes präsentiere die Beschwerdeführerin ein unpassendes Krankheitsbild. Ob und inwiefern die Verspannung der Nacken- und Schultermuskulatur eine Rolle bei dem Gesamtbild spiele, bleibe dahingestellt (S. 3).

4.1.3 Vom 28. Mai bis 15. Juli 2025 war die Beschwerdeführerin in stationärer psychiatrischer Behandlung im Spital G._____. Im Austrittsbericht vom 20. Juli 2025 (act. II 36 S. 2-5) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 2):

1. Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.2)
2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
3. Somatische Diagnosen:
 - St. nach Hörsturz (ED 15.11.2025)
 - Chronische Migräne
 - Chronisch inaktive Hepatitis B (ED 10/2016)

4.1.4 Im bidisziplinären, auf einer rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung beruhenden Gutachten der MEDAS vom 1. Dezember 2025 (act. II 59.1 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 59.1 S. 8):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Chronische, somatisch nicht abgrenzbare rechtsseitige Cephalgie (ICD-10 G44.8)

In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, und Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, klinisch-rheumatologisch habe grundsätzlich eine gute Kooperation bei Anamnese und Status bestanden. Für die von der Be-

schwerdeführerin beklagten rechtsseitigen Kopfschmerzen bestehe kein adäquat fassbares Korrelat unter Berücksichtigung der gesamten somatischen Aktenlage. Im Rahmen der psychiatrischen Evaluation hätten sich eine gute Konsistenz und Plausibilität in der Untersuchungssituation gezeigt, die im Alltag beklagten Beschwerden hätten nachvollzogen werden können (act. II 59.1 S. 7).

In Bezug auf den Bewegungsapparat könne unter Berücksichtigung der vorliegenden Aktenlage das konstant beklagte rechtsseitige Kopfschmerzsyndrom ätiologisch nicht klassifiziert werden, aus rheumatologischer Sicht ergäben sich daher keine Diagnosen mit Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit. Ferner habe die fachärztlich-psychiatrische Evaluation eine klare Psychopathologie im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung mit aktuell mittelgradiger Episode ergeben. Diese klinisch psychiatrischen Befunde führten dazu, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung keine in der freien Wirtschaft verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorliege aufgrund empfohlener medizinischer Massnahmen innerhalb der nächsten drei bis sechs Monate. Ohne Inanspruchnahme medizinischer Massnahmen bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und 70 % in einer angepassten Tätigkeit mit Prognose einer raschen weiteren Besserung und Steigerung der Arbeitsfähigkeit (act. II 59.1 S. 7).

Für eine optimal angepasste Tätigkeit sollten Lärmbelastung, Termindruck sowie Anforderungen an die soziale Durchsetzungsfähigkeit reduziert sein. Dies sowie die aktuelle Arbeitsfähigkeit gelte ab September 2025 (act. II 59.1 S. 9).

4.1.5 Im mit "Stellungnahme zum IV-Gutachten" betitelten und an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin gerichteten Schreiben vom 2. März 2026 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3) stellte dipl. Arzt K._____, Spital G._____, die folgenden Diagnosen:

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
2. St. n. einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen, gegenwärtig teilremittiert (ICD-10 F32.3)
 - Einfache akustische Halluzinationen
 - am ehesten im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung.

Die Schmerzproblematik stelle eine eigenständige Diagnose dar und verursache den hauptsächlichen Leidensdruck. Die bisher erfolgten somatischen Untersuchungen und Abklärungen von mehreren somatischen Disziplinen hätten kein somatisches Korrelat für diese Schmerzen ergeben. Diese Schmerzen hätten bisher einen chronischen Verlauf gezeigt und nicht auf alle Therapien angesprochen. In der Gesamtschau sei davon auszugehen, dass vorwiegend eine zentralbedingte Schmerzstörung vorliege (S. 2).

4.1.6 In der Stellungnahme vom 9. April 2026 (in den Gerichtsakten) führte der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ aus, auf das MEDAS-Gutachten vom 1. Dezember 2025 könne auch unter Berücksichtigung des Berichts von dipl. Arzt K. _____ vom 2. März 2026 abgestellt werden.

4.2

4.2.1 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).

4.2.2 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).

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).

4.3 Das bidisziplinäre, auf einer rheumatologischen und einer psychiatrischen Untersuchung beruhende MEDAS-Gutachten vom 1. Dezember 2025 (act. II 59.1 ff.) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 4.2.2 vorne). Das Gutachten ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung, welche in weiten Teilen mit jener der Behandler übereinstimmt (vgl. E. 4.1 vorne), nachvollziehbar und überzeugend. Auch hinsichtlich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist grundsätzlich ebenfalls auf das Gutachten abzustellen. Danach liegt nach interdisziplinärer Einschätzung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einzig eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1) vor, welche ohne Inanspruchnahme medizinischer Massnahmen die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (als ...) um 50 % und in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit um 30 % (Arbeitsfähigkeit 70 %) einschränkt (act. II 59.1 S. 7).

4.4 Die beschwerdeweise, ausschliesslich am psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. J. _____ (act. II 59.3) geübte Kritik dringt nicht durch:

4.4.1 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, den Einschätzungen der Behandler sei allein deshalb mehr Beweiswert zuzuerkennen, weil sie die Beschwerdeführerin über einen langen Zeitraum – auch stationär – behandelt hätten, wohingegen sich die Gutachter "nur einen Bruchteil der Zeit mit der Versicherten und ihrem Gesundheitszustand" beschäftigt hätten (Beschwerde S. 4 Rz. 7), kann ihr nicht gefolgt werden. Denn für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens kommt es grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (SVR

2023 IV Nr. 55 S. 191, 8C_130/2023 E. 4.4.4, 2017 IV Nr. 75 S. 230, 9C_44/2017 E. 4.3), was hier zutrifft (vgl. E. 4.3 vorne). Ebenso wenig kann aus der wiederholten Befassung der Behandler mit der Beschwerdeführerin – sei es im ambulanten oder stationären Kontext – automatisch auf ein "hohes Mass an Beweiskraft" (Beschwerde S. 4 Rz. 7) deren Berichte geschlossen werden. Es kommt hinzu, dass vorliegend keiner der Behandler über einen Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt und somit – in Bezug auf das Gutachten – gerade keine "gleichwertigen medizinischen Einschätzungen" (Beschwerde S. 6 Rz. 13) vorliegen. Im Übrigen ist nicht ersichtlich und wird beschwerdeweise nicht präzisiert, inwiefern Dr. med. J._____ innerhalb der rund eineinhalb Stunden dauernden Untersuchung (act. II 59.3 S. 2) ungenügend auf die vorgebrachten Beschwerden eingegangen wäre. Ebenso wenig ist zu beanstanden, dass die Gutachter keine schriftlichen oder mündlichen Auskünfte der Behandler einholten (Beschwerde S. 5 Rz. 8). Denn praxisgemäss ist im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese entscheidend und eine Fremdanamnese sowie Auskünfte der behandelnden Arztpersonen sind eine Frage des medizinischen Ermessens (SVR 2019 IV Nr. 41 S. 132, 9C_292/2018 E. 5.2.2.1). Namentlich kann Anlass für die Einholung solcher Auskünfte nicht schon eine unterschiedliche diagnostische Einschätzung geben, da die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgt und dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (SVR 2023 IV Nr. 55 S. 191, 8C_130/2023 E. 4.5), was hier ebenso zutrifft. Im Übrigen lagen den Gutachtern zahlreiche Berichte von Behandlern vor, welche die gesundheitlichen Beeinträchtigungen detailliert dokumentieren, so dass sich die Gutachter ein zuverlässiges Bild über die im Verlauf geklagten Beschwerden bzw. die durch die Behandler erhobenen Befunde machen konnten.

4.4.2 Entgegen der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 4 Rz. 7 f.) hat sich der psychiatrische Gutachter Dr. med. J._____ sodann mit den im Austrittsbericht des Spitals G._____ vom 20. Juli 2025 (act. II 36 S. 2-5; vgl. auch Kurzaustrittsbericht vom 13. Juni 2025 [act. II 32 S. 2 ff.]) gestell-

ten Diagnosen hinreichend auseinandergesetzt (vgl. act. II 59.3 S. 8 f.): So hielt der Experte überzeugend fest, dass die damalige Einschätzung der Depression als schwergradig mit sogar psychotischen Symptomen hinsichtlich der psychotischen Symptomatik nicht zutrifft, da auch im psychopathologischen Befund eindeutig keine psychotische Symptomatik beschrieben worden sei (act. II 59.3 S. 8). Hinzu kommt, dass im nämlichen Austrittsbericht der "Affekt leicht deprimiert, schwingungsfähig moduliert" und der "Antrieb leicht reduziert" (act. II 36 S. 3) beschrieben wurden, welche Befunde kaum mit der Diagnose einer schweren depressiven Episode (S. 2) in Einklang zu bringen sind. Dessen ungeachtet anerkennt dipl. Arzt K._____, dass sich der Gesundheitszustand von Seiten der depressiven Symptomatik seit dem (vom 28. Mai bis 15. Juli 2025 dauernden) stationären Aufenthalt gebessert hat (act. I 3 S. 3). Was sodann die in den Berichten der Behandler – so auch im Austrittsbericht vom 20. Juli 2025 (act. II 36 S. 2) – aufgelistete Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) anbelangt, so ist zunächst festzuhalten, dass der rheumatologische Gutachter Dr. med. I._____, in Übereinstimmung mit den Behandlern (vgl. act. I 3 S. 2; act. II 4.3 S. 26) kein relevantes organisches Korrelat für die geklagten Kopf- und Nackenschmerzen (vgl. act. II 59.4 S. 2) feststellen konnte (S. 7). Dies gilt auch aus neurologischer Sicht (act. II 23 S. 3). Damit rückt eine mögliche psychische Ursache der geltend gemachten Beschwerden in den Fokus. Während die Behandler – wie gezeigt – die Schmerzproblematik einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zuschrieben (act. II 10 S. 1; 36 S. 2; act. I 3 S. 1), ordnete der psychiatrische Gutachter Dr. med. J._____ die somatisch empfundenen Beschwerden der depressiven Störung zu (act. II 59.3 S. 9). Dies überzeugt, zumal die Behandler die Diagnose einer Schmerzstörung nie nachvollziehbar begründeten bzw. dipl. Arzt K._____ im Bericht vom 2. März 2026 festhielt, für die Diagnose würde sprechen, dass die Beschwerdeführerin in dem Spital G._____ therapiert und parallel schmerzspezifisch psychologisch und psychiatrisch mitbehandelt worden sei (act. I 3 S. 2), was keine anhand der Leitlinien schlüssige Diagnosestellung darstellt. Im Übrigen wies auch dipl. Arzt K._____ auf eine gewisse Wechselwirkung zwischen der depressiven Störung und der Schmerzproblematik hin (act. I 3 S. 3), womit sich seine Einschätzung nicht diametral von jener des Gutachters

unterscheidet (vgl. auch E. 4.4.1 hiavor). Ferner ist daran zu erinnern, dass in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht ohnehin nicht in erster Linie die Diagnose massgebend ist, sondern der Schweregrad der psychischen Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (Urteil des BGer 9C_488/2022 vom 13. März 2023 E. 4.3.2). Insoweit ist entscheidend, dass Dr. med. J._____ die Schmerzproblematik befundmässig erhob (vgl. act. II 59.3 S. 6) und Konsistenz und Plausibilität insgesamt als gegeben erachtete (S. 8), jedoch in der Gesamtbetrachtung mit Blick u.a. auf die Reiseaktivität der Beschwerdeführerin im September 2025 (S. 8), die Ausübung von Jogging und Fitness (S. 4) sowie die Verbesserung der Befundlage (S. 8) nachvollziehbar und überzeugend auf eine zwischenzeitlich erfolgte Besserung des Gesundheitszustandes schloss (S. 7 f.).

4.4.3 Schliesslich ist die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der Expertise entgegen der Beschwerde (S. 4 f. Rz. 8) nicht widersprüchlich: Im interdisziplinären Gutachten hielten die Dres. med. I._____ und J._____ fest, die klinisch psychiatrischen Befunde führten dazu, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung keine in der freien Wirtschaft verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorliege "aufgrund empfohlener medizinischer Massnahmen" innerhalb der nächsten drei bis sechs Monate. "Ohne Inanspruchnahme" medizinischer Massnahmen bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit und eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (act. II 59.1 S. 7). Die gutachterlich formal bescheinigte gänzliche Arbeits- und Leistungsunfähigkeit besteht nach dem klaren und unmissverständlichen Wortlaut im Gutachten somit nur für den Fall, dass medizinische Massnahmen in Anspruch genommen werden. Ist dies nicht der Fall, gilt eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter bzw. eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Dr. med. J._____ wies im psychiatrischen Teilgutachten damit in Übereinstimmung stehend darauf hin, dass es sich – im Falle der Inanspruchnahme von medizinischen Massnahmen – um eine rein formale Arbeitsunfähigkeit handelt (act. II 59.3 S. 8). Eine solche vermöchte für sich allein – und entgegen der Beschwerde (S. 7 Rz. 15) – noch keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen.

4.5 Zusammenfassend bestehen weder gestützt auf den Bericht von dipl. Arzt K. _____ vom 2. März 2026 (act. I 3) noch die übrigen Akten konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der MEDAS-Expertise vom 1. Dezember 2025. Weiterer medizinischer Abklärungen, insbesondere einer weiteren Begutachtung (vgl. Beschwerde S. 7 Rz. 14) bedarf es demnach nicht.

4.6 Gestützt auf das Gutachten vom 1. Dezember 2025 besteht in der angestammten Tätigkeit eine 50%ige und in einer den Leiden angepassten Tätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Dies gilt seit September 2025 und damit für den gesamten rentenrelevanten Beurteilungszeitraum (vgl. E. 5.1 sogleich; act. II 59.1 S. 9). Auf dieser medizinisch-theoretischen Grundlage ist nachfolgend der Rentenanspruch zu prüfen. Nicht geprüft zu werden braucht, ob die von den Gutachtern attestierte Einschränkung bei rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig mittelgradig, bei im privaten Bereich attestierten Ressourcen einer (rechtlichen) Indikatorenprüfung standhalten würde. Jedenfalls könnte mittels einer (rechtlichen) Indikatorenprüfung (vgl. E. 3.1.2 vorne) keine höhere Arbeitsunfähigkeit resultieren als die gutachterlich attestierte (Urteil des BGer 8C_52/2020 vom 22. April 2020 E. 4.2.2). Schliesslich ändert auch nichts, dass die Gutachter medizinische und arbeitsmarktbezogene Massnahmen empfohlen (act. II 59.1 S. 9 i.V.m. act. II 59.3 S. 7), kann der Rentenanspruch dadurch doch nicht beeinflusst werden, weil – wie nachstehend zu zeigen ist (vgl. E. 5 sogleich) – so oder anders kein rentenbegründender Invaliditätsgrad besteht (Urteil des BGer 8C_128/2022 vom 15. Dezember 2022 E. 7.1).

5.

5.1 Mit Blick auf die im April 2025 erfolgte Anmeldung zum Leistungsbezug (act. II 1) und die ab November 2024 bescheinigte gänzliche Arbeitsunfähigkeit (act. II 4.3 S. 24) ist der frühestmögliche Rentenbeginn auf den 1. November 2025 festzulegen (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG und Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG).

5.2

5.2.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Massgabe der Einkommensvergleichsmethode 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

5.2.2 Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens (Art. 26 Abs. 1 Satz 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

5.2.3 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt (Art. 26^{bis} Abs. 2 Satz 1 IVV). Vom statistisch bestimmten Wert nach Art. 26^{bis} Abs. 2 IVV werden 10 % abgezogen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} von 50 % oder weniger tätig sein, so werden 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV).

5.2.4 Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen wer-

den, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte nach Abs. 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV). In der Regel sind die Werte der Tabelle TA1_tirage_skill_Level (Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) massgebend (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

5.3

5.3.1 Die Beschwerdegegnerin legte bei der Berechnung des Valideneinkommens den bei der C._____ ag als ... im Jahr 2025 bei einem 100%-Pensum erzielten bzw. erzielbaren Verdienst von jährlich Fr. 56'550.-- (act. II 12 S. 2, 4) zugrunde (act. II 73 S. 1; vgl. E. 5.2.2 vorne). Es bestehen in den Akten trotz geltend gemachter Mobbingssituation am früheren Arbeitsplatz (act. II 59.3 S. 3) keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass sich die Beschwerdeführerin im hypothetischen Gesundheitsfall überwiegend wahrscheinlich (Urteil des BGer 8C_575/2025 vom 2. Juni 2025 E. 3.2) beruflich anderweitig orientiert oder den Arbeitgeber gewechselt hätte (vgl. E. 5.2.2 vorne). In der Folge ist das Valideneinkommen auf Fr. 56'550.-- festzulegen, was denn auch beschwerdeweise nicht bestritten wird.

5.3.2 Bezüglich des Invalideneinkommens steht fest, dass die Beschwerdeführerin aktuell keine Erwerbstätigkeit (zu einem ihr zumutbaren Pensum) ausübt (act. II 59.3 S. 4), indes eine den Leiden angepasste Tätigkeit im Umfang von (mindestens) 70 % zumutbar wäre (vgl. E. 4.3 und E. 4.6 vorne). Die Beschwerdegegnerin hat somit dem Invalideneinkommen im Lichte der von der Beschwerdeführerin bisher ausgeübten Tätigkeiten (act. II 15 S. 2), der fehlenden beruflichen Ausbildung (act. II 1 S. 7) sowie des wenig restriktiv formulierten Zumutbarkeitsprofils für eine den Leiden angepasste Tätigkeit (act. II 59.1 S. 9) zu Recht den Totalwert der Tabelle TA1_tirage_skill_Level, Kompetenzniveau 1, Frauen, der LSE 2022 zugrunde gelegt (act. II 73 S. 1), da die LSE 2024 gerade noch nicht publiziert war (vgl. BGE 150 V 67 E. 4.2 S. 70). Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen (41.6 Stunden

[Wert "TOTAL"]], der Nominallohnentwicklung (BFS, Nominallohnindex, Frauen 2021-2025, Wert "TOTAL; vgl. E. 5.2.4 vorne) sowie einer 70%igen Arbeitsfähigkeit und eines daraus sich ergebenden pauschalen Abzugs von 10 % (vgl. E. 5.2.3 vorne) beziffert sich das Invalideneinkommen per November 2025 auf Fr. 36'637.70 (Fr. 4'367.-- x 12 / 40 x 41.6 / 101.4 x 108.2 x 0.7 x 0.9).

5.4 Damit beträgt der Invaliditätsgrad per November 2025 gerundet (zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) 35 % ([Fr. 56'550.-- - Fr. 36'637.70] / Fr. 56'550.-- x 100). Folglich besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 3.2 vorne).

6.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese sind dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe zu entnehmen.

6.2 Nach Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. dazu auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

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):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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