

200 21 471 IV
WIS/ISD/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. August 2022

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Isliker

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. Mai 2021



Sachverhalt:

A.

Die 1962 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte diplomierte ... und zuletzt als solche in einem 80 %-Pensum tätig, meldete sich im Dezember 2017 unter Hinweis auf einen protrahierten Verlauf bei rezidivierenden oralen Infekten und einen Verdacht auf Perikarditis bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB klärte die berufliche und erwerbliche Situation der Versicherten ab und holte namentlich ein vom 9. Juli 2020 datierendes polydisziplinäres Gutachten ein (AB 81.1-81.7). Gestützt darauf, nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 88 f., 91 f.) und diesbezüglicher Stellungnahme der Gutachter (AB 99) sowie erneuter Gewährung des rechtlichen Gehörs (AB 100, 103) verneinte die IVB mit Verfügung vom 26. Mai 2021 (AB 104) einen Anspruch auf IV-Leistungen mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 24. Juni 2021 Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 26.5.2021 sei aufzuheben.
2. Es sei auf die Abklärungen und Stellungnahmen der Ärztinnen Frau Prof. Dr. med. B._____ und Frau Dr. med. C._____ abzustellen (vgl. Beweismittel 4-6 und 9) und mir eine ganze Invalidenrente zu gewähren.
3. Sollte dem Antrag 2 nicht entsprochen werden, seien weitere medizinische Abklärungen anzuordnen von SpezialistInnen, die sich mit der Thematik Myalgische Enzephalomyelitis/Chronic-Fatigue-Syndrom (ME/CFS) auskennen und alsdann sei der Rentenanspruch neu zu beurteilen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 25. August 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 26. Mai 2021 (AB 104). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV, insbesondere eine Rente, und in diesem Zusammenhang das Bestehen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens im Rechtssinne.

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.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

2.2 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).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

3.

3.1

3.1.1 Die Beschwerdegegnerin veranlasste zur Klärung des medizinischen Sachverhaltes eine versicherungsexterne polydisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin durch die D._____ (nachfolgend: Medas; AB 81.2 [Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung], AB 81.1 und 81.3-81.7). Darin stellten die Dres. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, F._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Hypokaliämie, Hyponatriämie und GPT Erhöhung unklarer Genese gemäss Labor. Funktionelle Auswirkungen der Befunde bzw. Diagnosen verneinten die Gutachter (AB 81.2/10 Ziff. 4.2 f.).

In der integrativen medizinischen Beurteilung hielten die Gutachter fest, konkrete aus der berichteten autoimmun-vermittelten ("Konnektivitis") oder einer psychiatrischen Folge- oder eigenständigen weiteren psychiatrischen Erkrankung ableitbare Behinderungen würden in der Darstellung des medizinischen Sachverhalts nicht genannt. Die Beschwerdeführerin habe in der Begutachtung vorrangig erhebliche vegetative Beschwerden vorgetragen. Die hiesigen klinischen Befunde hätten keine schlüssige somatische oder psychiatrische Auffälligkeit und kein schlüssiges Korrelat der subjektiven Beschwerden gezeigt. Die Indikatorenprüfung habe keine sozialen oder familiären Belastungsfaktoren mit funktioneller Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergeben und anhand der Anamnese sowie der hiesigen Befunde

ergäben sich keine ausreichenden Anhaltspunkte für eine namhafte Einschränkung der Selbstständigkeit, der Selbstversorgungsfähigkeit und der sozialen Aktivität, was die Annahme einer Arbeitsfähigkeit stütze (AB 81.2/4).

Hinsichtlich der diagnostischen Beurteilungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte hielten die Gutachter zusammenfassend fest, die aktenkundig erwogene Diagnose einer chronischen Müdigkeit, einer immunologischen Störung und assoziierter weiterer Beschwerden nach einem Infekt und korrelierende objektive klinische Störungsbefunde seien nicht belegt worden. Ein chronisches Müdigkeitssyndrom verbleibe also im Subjektiven, die hiesigen Befunde stützten zudem die Annahme einer erheblichen Störung von Vigilanz und weiteren somatischen oder psychischen Funktionen nicht. Insoweit versicherungsmedizinisch nicht die Diagnose per se, sondern deren Behinderungsrelevanz entscheidend sei, könnten die aktenkundigen Diagnosen auch dahinstehen, da sich ein erhebliches objektives Störungskorrelat weder anhand der gutachterlichen Befunde noch der Akten Daten ausreichend erkennen lasse.

Für eine Minderung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen respektive einer angepassten Tätigkeit ergebe sich aus gutachterlicher Sicht kein ausreichender Anhalt. Dies gelte auch rückwirkend, da eine dauerhafte/invalidisierende Gesundheitsstörung auch aktenkundig nicht objektiviert und hinreichend belegt worden sei (AB 81.2/11 Ziff. 4.7 f.).

3.1.2 In der Stellungnahme vom 2. Oktober 2020 (AB 91/9-12) hielt Prof. Dr. med. B. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, zum Medas-Gutachten fest, es seien zwar zusätzliche Untersuchungen (Spirometrie, MRI Schädel) durchgeführt worden, aber es sei keine gutachterliche Beurteilung der nun definitiven Diagnose erfolgt. Möglicherweise sei dies darauf zurückzuführen, dass die Diagnose einer myalgischen Enzephalomyelitis/eines Chronic-Fatigue-Syndroms (nachfolgend: ME/CFS) erst definitiv gestellt werden könne, wenn andere somatische Ursachen hätten ausgeschlossen werden können. Da bei der Beschwerdeführerin aufgrund der IgG4 Subklasse-Erhöhung eine IgG4-assoziierte Erkrankung im Raum gestanden habe, sei 2019 eine weitreichende Diagnostik/Abklärungen erfolgt, die den Gutachtern vorgelegen habe. Die Diagnose einer ME/CFS

und ihre Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei durch keinen Gutachter erwähnt/diskutiert worden und die Fachexpertise um dies zu beurteilen sei offensichtlich nicht vorhanden gewesen (AB 91/9).

Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Prof. Dr. med. B._____ eine ME/CFS, bei welcher alle aktuell gebräuchlichen diagnostischen Kriterien (CDC Kriterien, IOM diagnostische Kriterien [2015], Kanadische Kriterien [modifiziert 2003], Primer Kriterien [2014], Internationale Konsensus Kriterien für ME [2011]) erfüllt seien. Der Grad der Behinderung nach David Bell Skala habe am 29. September 2020 30 Punkte betragen (0-100 Punkte, 100 Punkte entsprächen einem normalen Aktivitätsniveau ohne Beeinträchtigung). Eine andere Grunderkrankung, welche die Beschwerden erklären würde, sei ausgeschlossen worden (AB 91/9 f.).

Insgesamt bestehe bei der Beschwerdeführerin seit Juli 2017 eine ME/CFS mit chronisch progredientem Verlauf. Die entsprechenden internationalen diagnostischen Kriterien seien erfüllt und die Beeinträchtigung im Alltag sei schwer. Die Gutachter seien gar nicht darauf eingegangen und die Fachexpertise habe offensichtlich nicht vorgelegen. Das Medas-Gutachten könne daher nicht zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verwendet werden. Die typische Klinik der postexertionalen Erschöpfung sei im Gutachten überhaupt nicht berücksichtigt worden, erkläre aber bestens, warum während der Begutachtung wenig pathologische Befunde hätten erhoben werden können (AB 91/11).

3.1.3 In der Stellungnahme vom 9. Oktober 2020 (AB 91/13-15) zum Medas-Gutachten hielt Dr. med. C._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, im Wesentlichen fest, sie stimme der Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachters zu, dass bei der Beschwerdeführerin keine psychiatrische bzw. psychische Störung im engeren Sinne vorliege. Während der Hospitalisierung der Beschwerdeführerin in der Klinik H._____ zwischen dem 20. Juli und dem 27. September 2018 (vgl. dazu AB 44) habe eine Anpassungsstörung (ICD-10 F42.23) bestanden. Ihres Erachtens leide die Beschwerdeführerin an einer ME/CFS. Diese Erkrankung bzw. dieses Syndrom sei von den Gutachtern weder aus internistischer noch aus rheumatologischer oder psychiatrischer Sicht berücksichtigt worden. Damit hätten alle Gutachter im Rahmen ihrer Disziplin die Proble-

matik und Symptomatik der Beschwerdeführerin an sich nicht adäquat gewürdigt. Zugegebenermassen sei diese Störung in der wissenschaftlichen Literatur noch nicht abschliessend klassifiziert und beurteilt. Dass sie aber vorliege und bei den betroffenen Menschen ein grosses Leiden verursache, sei deutlich beobachtbar. Es sei typisch, dass diese Personen für kurze Zeit völlig normal funktionierten und keine offensichtlichen Beschwerden aufwiesen, aber vor allem die "postexertional malaise", das heisse die Ermüdung mit Begleiterscheinungen nach Anstrengung, zu einer massiven Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit führe. Die Experten zum Thema ME/CFS gehörten nicht zu einer eigentlichen Fachdisziplin, sondern es seien einige Spezialisten, die sich in dieser Thematik auskennen würden. Ein solcher Spezialist sei bei der Beurteilung der Beschwerdeführerin nicht beigezogen worden. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin könne nur unter Berücksichtigung der Problematik und Diagnose einer ME/CFS vollumfänglich beurteilt werden. Aufgrund der schweren ME/CFS bestehe aktuell keine Arbeitsfähigkeit, ausser einer sehr geringen von maximal 20 % und zwar am besten in einer Tätigkeit, bei der die Beschwerdeführerin ihre Leistungseinsätze flexibel und selbst planen sowie durchführen könne, um ihrer Erschöpfbarkeit Rechnung zu tragen.

3.1.4 In der ergänzenden Stellungnahme vom 23. Februar 2021 (AB 99) hielten die Medas-Gutachter fest, Prof. Dr. med. B. _____ beschreibe zur von ihr vertretenen Diagnose ME/CFS in der Stellungnahme vom 2. Oktober 2020 (vgl. dazu AB 91/9-12) weder einen Befund noch nehme sie zur Arbeitsfähigkeit Stellung. Die Einschätzung lasse sich insoweit nicht teilen. Diagnosen konstituierten gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung für sich alleine keine Invalidität, sondern es seien behinderungsrelevante klinische Befunde mit plausiblen Auswirkungen in relevanten Lebensbereichen gefordert. Weil Prof. Dr. med. B. _____ keinen eigenen Befund vorlege, könne aus ihrem Schreiben auch keine Bewertung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Offenkundig sei das Medas-Gutachten nicht vollständig zur Kenntnis genommen worden, denn die Diagnose ME/CFS sei darin ausführlich berücksichtigt und abwägend diskutiert worden (AB 99/2 ff. mit Zitat aus der diagnostischen Würdigung des Medas-Gutachtens [AB 81.2/4-10]).

Auch das Schreiben von Dr. med. C. _____ vom 9. Oktober 2020 (vgl. dazu AB 91/13-15) weise diese Mängel auf. Die Einlassungen hinsichtlich einer vermeintlich nur im Anschluss an Anstrengungen beobachtbaren Störung sei zudem nicht plausibel, da die Beschwerdeführerin an einem der Begutachtungstage mehrstündig und in Sukzession zweier Fachgebiete untersucht worden sei, wobei sich jedoch eben keine Erschöpfung gezeigt habe. Soweit Arbeitsunfähigkeitsatteste von Prof. Dr. med. B. _____ (vgl. dazu AB 64/3-5) vorgelegt würden, seien diese nicht anhand objektiver Befunde begründet. Die Einlassungen der Beschwerdeführerin hinsichtlich vermeintlich anderer anamnestischer Darstellungen im Rahmen der Begutachtung führten aus gutachterlicher Sicht nicht zu einer Änderung der Bewertung, da auf die objektiven Befunde abzustellen sei. Sofern die Beschwerdegegnerin dennoch den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und den versicherungsmedizinisch nicht ausreichend anhand objektiver Befunde belegten Einschätzungen der Behandlerinnen folgen möchte, wäre im nächsten Schritt eine stationäre Verhaltensbeobachtung erforderlich, um die behauptete Erschöpfung anhand klinischer Beobachtungen zu objektivieren (AB 99/7 f.).

3.1.5 Mit Schreiben vom 10. März 2021 (AB 103/8 f.) führte Prof. Dr. med. B. _____ zur ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 23. Februar 2021 (AB 99) aus, bei der Beschwerdeführerin sei die Diagnose ME/CFS nach aktuellem Stand sowie nach ausführlichem Ausschluss anderer Ursachen gestellt worden. Die Diagnose ME/CFS sei eine Ausschlussdiagnose und das Medas-Gutachten sei vor Abschluss der Abklärungen erfolgt. Diese Abklärungen seien notwendig gewesen, da eine IgG4-assoziierte Erkrankung im Raum gestanden habe, die letztlich habe ausgeschlossen werden müssen. In den internistischen und rheumatologischen Teilgutachten seien die Diagnose der ME/CFS und ihre Implikationen auf die Arbeitsfähigkeit und das Rehabilitationspotential nicht diskutiert worden. Zwar verwendeten die Gutachter den Begriff chronic fatigue, gingen jedoch nicht weiter auf die Präsentation/Typologie ein. Die Typologie sei jedoch zentral, da es bei einer ME/CFS zu einer expliziten Verschlechterung der Beschwerde nach bzw. im Anschluss an Aktivitäten/Belastungen (postexertional malaise) komme. Wichtig sei auch, dass die Leistungseinschränkung eindrücklich im Rahmen der Arbeitsversuche dokumentiert

worden sei. Dabei habe sich gezeigt, dass es trotz minimalster Belastungen zu einer progredienten Verschlechterung gekommen sei. Deshalb sei der Arbeitsversuch zuerst unter- und dann abgebrochen worden. Die Ergebnisse des Arbeitsversuchs seien nicht in das Gutachten eingeflossen. Ebenso seien die Einschränkungen auch während der zehnwöchigen stationären Rehabilitation dokumentiert worden. Letztlich sei es Sache der Gutachter, entsprechende Abklärungen wie etwa eine stationäre Begutachtung mit EFL zu veranlassen, wenn Zweifel an den Aussagen bestünden. Solange keine wesentliche Besserung erreicht werden könne, sei die Beschwerdeführerin weiterhin in der angestammten Tätigkeit zu 100 % und in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsunfähig.

3.1.6 In der Stellungnahme vom 27. April 2021 (AB 103/3-7) hielt Dr. med. C. _____ zur ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 23. Februar 2021 (AB 99) im Wesentlichen fest, es sei erstaunlich, dass den subjektiven Symptombeschreibungen der Beschwerdeführerin keine Relevanz beigemessen werde. Es müsste insbesondere dem psychiatrischen Gutachter bewusst sein, dass gerade in der Psychiatrie die ganze Nomenklatur des ICD-10 auf einem phänomenologischen Ansatz beruhe, das heisse die Symptomatik als zentraler ausschlaggebender Faktor für eine Diagnosestellung im Vordergrund stehe, da vielen psychiatrischen Diagnosen klare messtechnische Befunde fehlten. Weiter sei im Gutachten inkorrekt behauptet worden, dass die Beschwerdeführerin während der Untersuchungsepisoden keine Erschöpfungszeichen gezeigt habe und die von der Beschwerdeführerin geschilderte Erschöpfung nicht beachtet worden sei. Wie in der vorangegangenen Stellungnahme dargelegt, bestehe aufgrund der ME/CFS keine nachhaltige Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der stationären Behandlung zwischen dem 20. Juli und dem 27. September 2018 hätten sich viele Hinweise für eine Erschöpfbarkeit und reduzierte Belastbarkeit beobachten lassen. Die Beschwerdeführerin habe verschiedene therapeutische Angebote nicht wahrnehmen können und sei nach den ihr möglichen Therapien, den Mahlzeiten und den Konsultationen jeweils so erschöpft gewesen, dass sie sich (für längere Zeit) habe hinlegen müssen. Sie sei zudem ausgesprochen reizsensibel auf Lärm, Gerüche und die Ansammlung von Menschen, was ihren Zustand verschlechtere. Aus diesem Grund lebe sie aktuell sehr zurückgezogen, schaffe im Allge-

meinen gerade ihren Haushalt und sich selbst zu versorgen, gehe selten ausser Haus und vermeide soziale Kontakte. Dies, weil die Reize für die Beschwerdeführerin nicht tolerierbar seien und sie darauf mit verstärkter Erschöpfung, verstärkter Symptomatik und wandernden Schmerzen, wie sie für ME/CFS typisch seien, reagiere. Aus diesem Grund sei auch ein stationärer Aufenthalt zur Beobachtung nicht zielführend, da ein solcher ja schon stattgefunden habe und die beschriebenen Befunde tatsächlich hätten beobachtet werden können. Die Beschwerdeführerin leide nach allen zur Verfügung stehenden Kriterien an einer ME/CFS (ICD-10 G93.3).

3.2 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 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 E. 2.2).

Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben

Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3).

3.3

3.3.1 Das Medas-Gutachten vom 3. Juli 2020 (AB 81.2) einschliesslich der fachspezifischen Teilgutachten (AB 81.3-81.5) und die ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 23. Februar 2021 (AB 99) erfüllen die vorerwähnten Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiskräftige versicherungsexterne medizinische Expertise (vgl. E. 3.2 hiavor) und erbringen den vollen Beweis. Die gutachterlichen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf umfassenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten sowie der von der Beschwerdeführerin geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf sowie die durchgeführte Zusatzdiagnostik (vgl. dazu AB 81.2/2 Ziff. 2, 81.5/24-32, 81.7) legten die Gutachter die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet dar. Sodann fanden die Ergebnisse der einzelnen fachärztlichen Untersuchungen Eingang in die umfassende interdisziplinäre Konsensbeurteilung. Das Gutachten ist im Übrigen in sich widerspruchsfrei, schlüssig und überzeugend. Dabei konnte weder im Medas-Gutachten noch den jeweiligen Teilgutachten anhand der klinischen Befunde eine schlüssige somatische Erkrankung als Erklärung für die von der Beschwerdeführerin beklagten vegetativen Beschwerden festgestellt werden (vgl. AB 81.2/4).

3.3.2 Der psychiatrische Gutachter verneinte gestützt auf eine eingehende persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin (AB 81.5/11 ff.) und in Auseinandersetzung mit den einschlägigen Vorakten (vgl. AB 81.5/4 ff.) sowie unter Miteinbezug der zusätzlich durchgeführten neuropsychologischen Abklärung (AB 81.5/24 ff.; zur Bedeutung von neuropsychologischen Abklärungen bei der ärztlichen Beurteilung des Gesundheitszustandes vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 10. November 2021,

8C_526/2021, E. 4.2.1 mit Hinweisen) das Vorliegen eines psychischen Gesundheitsschadens mit Auswirkung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit (vgl. AB 81.5/34). Er attestierte in der Folge aus rein psychiatrischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. AB 81.5/36 f. Ziff. 8.1 f.). Diese Beurteilung überzeugt sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der medizinisch-theoretischen Folgenabschätzung und steht überdies in Einklang mit der Einschätzung von Dr. med. C._____, wonach keine psychiatrische bzw. psychische Störung im engeren Sinne vorliege (AB 91/13).

3.3.3 Die übrigen medizinischen Akten und insbesondere die verschiedenen Berichte und Stellungnahmen der behandelnden Ärztinnen Prof. Dr. med. B._____ und Dr. med. C._____ – welche den Gutachtern vorlagen (vgl. AB 81.1, 99, 103/3 ff.) sind nicht geeignet, konkrete Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit des Medas-Gutachtens zu wecken. Entgegen der Rüge der Beschwerdeführerin haben sich die Gutachter mit den abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und dabei insbesondere mit der von ihnen gestellte Diagnose ME/CFS (vgl. etwa AB 91/9 ff.) einlässlich und überzeugend begründet auseinandergesetzt (vgl. AB 81.2/3 ff., vgl. auch AB 81.3/26 ff., 81.4/32 ff., 81.5/33 ff.). Dabei zeigten die Gutachter auf, dass anhand der erhobenen klinischen Befunde keine schlüssige somatische oder psychiatrische Grundlage bzw. kein fachärztlich nachweisbares Korrelat für die subjektiv geklagten Beschwerden gefunden werden konnte (vgl. AB 81.2/9 f.) und die von den behandelnden Ärztinnen gestellten Diagnosen ME/CFS, immunologische Störung und assoziierte Beschwerden nach einem Infekt nicht ausgewiesen sind (AB 99/7). In diesem Zusammenhang ist denn auch in Erinnerung zu rufen, dass es invalidenversicherungsrechtlich ohnehin regelmässig nicht auf die (genaue) Diagnose ankommt, sondern darauf, welche Auswirkungen eine Beschwerdesymptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hat (statt vieler: Entscheid des BGer vom 28. Mai 2019, 9C_867/2018, E. 5.2.1). Hierzu nahmen die Gutachter denn auch Stellung und legten dar, dass ungeachtet der aktenkundigen Diagnostik sich weder aus den erhobenen klinischen Befunden noch aufgrund der medizinischen Akten ein erhebliches objektives Störungskorrelat erkennen liess (AB 81.2/9 ff.), mithin kein hinreichend objektivierbarer, krankheitswertiger Gesundheitsschaden mit

nachvollziehbarer Auswirkung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit erstellt ist.

Daran vermögen die Ausführungen der behandelnden Ärztinnen nichts zu ändern, da diesen keine relevanten Befunde entnommen werden können, aufgrund derer sich eine vom Gutachten abweichende Beurteilung aufdrängen würde (vgl. vorne E. 3.2). Dies gilt für die im Nachgang zum Medas-Gutachten verfassten Stellungnahmen von Prof. Dr. med. B. _____ vom 2. Oktober 2020 (AB 91/9 ff.) bzw. vom 10. März 2021 (AB 103/8 ff.) und von Dr. med. C. _____ vom 9. Oktober 2020 (AB 91/13 ff.) bzw. vom 27. April 2021 (AB 103/3 ff.), welche im Wesentlichen auf die subjektiven Schmerzangaben abstellen, ohne jedoch diese in irgendeiner Form nachvollziehbar zu plausibilisieren (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296). Dies genügt für die Annahme einer (anspruchsrelevanten) Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht, da die subjektiven (Schmerz-)Angaben – worauf die Gutachter zutreffend hinwiesen (vgl. AB 99/7 f.) – einer zuverlässigen medizinischen Feststellung und Überprüfung zugänglich sein müssen (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Dies war vorliegend nicht gegeben. Ebenso bieten die Ergebnisse eines betriebsinternen Arbeitsversuchs im Frühjahr 2018 (vgl. dazu AB 21/2 f.; Protokoll S. 2 f.) keine hinreichende Validierung einer krankheitsbedingt eingeschränkten medizinisch-theoretisch zumutbaren Tätigkeit und Arbeitsleistung, da letztere in erster Linie durch Ärzte nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung zu beurteilen sind und nicht durch Eingliederungsfachleute oder ein betriebsinternes Case Management gestützt auf die von ihnen erhobene subjektive Arbeitsleistung (vgl. Entscheid des BGer vom 8. Juli 2022, 8C_174/2022, E. 4.3). Dementsprechend und da im Nachgang zum Medas-Gutachten vom 3. Juli 2020 (AB 81.1) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 26. Mai 2021 (AB 104) eine Veränderung respektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit weder ersichtlich ist, noch von der Beschwerdeführerin geltend gemacht wird, bestehen – anders als in der Beschwerde mit Bezug auf die Diagnostik vertreten (Beschwerde S. 3; vgl. dazu auch vorne E. 3.3.2 in fine) – keine Hinweise, die gegen die fortwährende Aktualität und Gültigkeit des Gutachtens sprechen würden.

3.3.4 Die Beschwerdeführerin beanstandet weiter beschwerdeweise (vgl. auch die Stellungnahmen im Vorbescheidverfahren: AB 91/1-4, 103/1 f.), dass die Gutachter nicht über die nötige fachliche Kompetenz für die Beurteilung einer ME/CFS verfügen würden (Beschwerde S. 2 f.).

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung wird für den Nachweis der fachlichen Qualifikation des (vorgesehenen) Gutachters einzig ein Facharztstitel in der entsprechenden medizinischen Disziplin verlangt (BGE 137 V 210 E. 3.3.2 S. 245). Die anerkannten Titel sind in dem vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) geführten Medizinalberuferegister (Art. 51 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe [MedBG; SR 811.11]) einsehbar. Weitergehende fachliche Anforderungen bestehen demgegenüber nicht (ERIK FURRER, Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung, SZS 2019 S. 6). Insbesondere wurde bis zum 31. Dezember 2021 (vgl. zur massgebenden Rechtslage vorne E. 2.1) eine spezifische versicherungsmedizinische Weiterbildung nicht vorausgesetzt (Entscheid des BGer vom 19. Mai 2020, 8C_767/2019, E. 3.3.3; seit dem 1. Januar 2022 gelten die fachlichen Anforderungen gemäss Art. 7m der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11], vgl. dazu auch die Übergangsbestimmung zur Änderung vom 3. November 2021 [AS 2021 706]). Diese für ein Gerichtsgutachten massgeblichen Anforderungen gelten ebenso für ein Administrativgutachten.

Die Medas-Gutachter verfügen gemäss Medizinalberuferegister (einsehbar unter <https://www.medregom.admin.ch/>) in den von ihnen begutachteten Fachdisziplinen über den jeweils einschlägigen Facharztstitel (vgl. auch AB 81.2/12) und erfüllen damit die massgebenden fachlichen Anforderungen; weitergehende (private) Aus- und Weiterbildungen, insbesondere mit spezifischem Bezug auf ME/CFS – worüber die behandelnden Ärztinnen der Beschwerdeführerin gemäss den Akten selber ebenfalls nicht verfügen – sind nach dem Gesagten nicht erforderlich. Die Beschwerdeführerin wurde polydisziplinär umfassend begutachtet (dazu AB 81.3-81.5), es wurden zusätzliche apparative sowie laborchemische Abklärungen getätigt (AB 81.7) und die Gutachter setzten sich sowohl mit den subjektiven Anga-

ben als auch den medizinischen Akten auseinander (vgl. dazu vorne E. 3.3.1), wobei nicht ansatzweise erkennbar ist, dass die Begutachtung fachlich ungenügend, inhaltlich unvollständig oder gar selektiv (vgl. Beschwerde S. 3 f.) erfolgt wäre. Die Gutachter verneinten das Vorliegen der Diagnose ME/CFS mangels ausreichender Hinweise auf eine organassoziierte IgG4-Erkrankung (vgl. AB 81.2/9 f.) und konnten in sämtlichen untersuchten Fachdisziplinen keine anspruchrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit feststellen (vgl. AB 81.3/31 f., 81.4/33 ff., 81.5/33 ff.). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass den Gutachtern im Rahmen der Abklärungen hinsichtlich des Umfangs der Abklärungen sowohl betreffend die Wahl der Untersuchungsmethoden als auch den (allfälligen) Beizug weiterer Experten ein grosser Ermessensspielraum zusteht (Entscheid des BGer vom 7. September 2018, 9C_216/2018, E. 3.5 mit Hinweisen), da es grundsätzlich Sache der Gutachter ist, zu entscheiden, ob und welche Abklärungen und Untersuchungen für eine umfassende Expertise notwendig sind (Entscheid des BGer vom 24. November 2020, 9C_593/2020, E. 4.1.1). Wenn sie vor dem Hintergrund der dargestellten Erhebungen und Befunde auf weitergehende Abklärungen verzichteten (vgl. AB 99/7 f.), lag dies in ihrem pflichtgemässen Ermessen und ist nicht zu beanstanden. Insgesamt ergeben sich damit weder in fachlicher noch in inhaltlicher Hinsicht Anhaltspunkte, die gegen die von den Gutachtern zu verantwortende fachliche Güte und die Vollständigkeit der medizinischen Entscheidungsgrundlage (BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 352 f.) sprechen würden.

3.4 Dem Voranstehenden zufolge bilden das Medas-Gutachten vom 3. Juli 2020 (AB 81.2) und die ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 23. Februar 2021 (AB 99) eine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung des anspruchrelevanten medizinischen Sachverhaltes. Dieser ist somit hinreichend abgeklärt, weshalb auf weitere Beweisvorkehrungen, insbesondere die beantragten medizinischen Abklärungen (vgl. Beschwerde S. 1 Anträge Ziff. 3), verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

4.

Gestützt auf das beweiskräftige Medas-Gutachten vom 3. Juli 2020 (AB 81.2) bestand zumindest seit der im Dezember 2017 erfolgten Anmeldung zum Leistungsbezug (AB 1) sowie bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 26. Mai 2021 (AB 104), mit Ausnahme der stationären Behandlung zwischen dem 20. Juli und dem 27. September 2018 (AB 44/3 Ziff. 1.1), zu keinem Zeitpunkt ein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Mangels eines erstellten psychischen Gesundheitsschadens mit Krankheitswert bedarf es keines strukturierten Beweisverfahrens (vgl. BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296; Entscheid des BGer vom 12. Dezember 2019, 8C_597/2019, E. 7.2.3 mit Hinweisen). Damit liegt keine Invalidität im Rechtssinne (vgl. vorne E. 2.1) vor, weshalb die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf (Renten-)Leistungen der IV hat. Die 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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Ausgangsgemäss besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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 Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherung

Die Kammerpräsidentin:

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.