

200 22 322 IV
LOU/IMD/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. Dezember 2022

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. April 2022



Sachverhalt:

A.

Die 1977 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Januar 2020 unter Hinweis auf einen Erschöpfungszustand bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 4). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen und liess die Versicherte durch die MEDAS polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 29. April 2021 [AB 72.1-72.8]). Mit Vorbescheid vom 11. Mai 2021 (AB 73) stellte sie die Verneinung eines Leistungsanspruchs mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Nach dagegen erhobenen Einwänden (AB 82, 85) holte die IVB eine Stellungnahme der MEDAS ein (AB 89.1-89.5) und verfügte am 11. April 2022 (AB 90) wie angekündigt.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 20. Mai 2022 Beschwerde mit den folgenden Rechtsbegehren:

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. April 2022 sei aufzuheben und es seien der Beschwerdeführerin die ihr zustehenden gesetzlichen Versicherungsleistungen nach IVG, namentlich eine ganze Rente zuzusprechen.

Eventualiter: Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. April 2022 sei aufzuheben und die Akten seien zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 20. Juni 2022 die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 4. Juli 2022 nahm die Beschwerdeführerin Stellung zur Beschwerdeantwort.

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 11. April 2022 (AB 90). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, 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). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 11. April 2022 (AB 90), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung eines Rentenanspruchs mit Blick auf die im Januar 2020 erfolgte Anmeldung (AB 4) vor dem 1. Januar 2022 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG), weshalb die diesbezüglichen Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (Rz. 9101 des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 144 V 195 E. 4.2 S. 198).

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). 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).

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1

IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

2.4 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.

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

2.6 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. 181 E. 2.3).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht ist den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, diagnostizierte im Bericht vom 7. Oktober 2019 (AB 15 S. 14 f.) intermittierend subfebrile Temperaturen, Schlafstörungen und Leistungsverminderung bei Verdacht auf Chronic Fatigue Syndrom/Myalgische Enzephalitis (CFS/ME). Mit ihrer Symptomatik erfülle die Patientin mehrere wesentliche Kriterien für die Diagnose eines Chronic Fatigue Syndroms. Zur Diagnosestellung fehle jedoch das Symptom der chronischen Schmerzen (fibromyalgieforme Schmerzen, belastungsabhängige Muskelschmerzen) und die Dauer der Symptomatik betrage weniger als sechs Monate.

3.1.2 Im Bericht vom 4. Dezember 2019 (AB 15 S. 10 ff.) diagnostizierte Dr. med. D._____, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, u.a. eine chronische Insomnie mit nur fraktionierten vier bis fünf Stunden Schlaf pro Nacht mit Beginn nach einer Fehlgeburt und Curettage, derzeitiger guter Remission unter Trimipramin und konsekutiven psychosomatischen Beschwerden sowie eine leicht degenerative Halswirbelsäule. Der Arzt führte aus, klinisch und anamnestisch bestünden multilokuläre sensible Störungen und vor allem eine erhebliche Leistungsverminderung, was sich unter der Schlafkorrektur mit Trimipramin undzeitigem Nachtschlaf mit sieben bis acht Stunden sehr gut korrigieren liesse. Ein CFS könne er nicht erkennen.

3.1.3 Dr. med. C._____ diagnostizierte im Bericht vom 4. März 2020 (AB 25) ein Chronic Fatigue Syndrom/Myalgische Enzephalitis (ICD-10 G93.3). Erfahrungsgemäss handle es sich bei diesem Beschwerdebild um einen chronischen Zustand mit langer Erholungszeit. Es sei nicht sicher, ob die ursprüngliche Leistungs- und Belastungsfähigkeit wieder erreicht werden könne. Es bestehe eine rasche Erschöpfung bei täglichen Arbeiten im Haushalt und bei der Kinderbetreuung. Die Patientin müsse die Arbeitsintensität und -dauer den momentanen körperlichen Möglichkeiten anpassen und brauche immer wieder Erholungspausen. Auch geistige Anstrengungen führten rasch zur Erschöpfung und könnten nur im beschränkten Mass und mit Erholungspausen ausgeübt werden.

3.1.4 Dem Bericht von Dr. med. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 4. Mai 2020 (AB 27 S. 3 ff.) sind die Diagnosen generelle Angststörung (ICD-10 F41.1), DD undifferenzierte Somatisie-

rungsstörung (ICD-10 F45.1), und Verdacht auf Chronic Fatigue Syndrom (ICD-10 G93.3) zu entnehmen. Es bestünden lang andauernde Angstzustände, Konzentrationsminderung, chronische Müdigkeit, Rückenschmerzen, eine eingeschränkte Belastbarkeit, welche zu einer verminderten Anpassungsfähigkeit, Durchhaltevermögen, verminderter Daueraufmerksamkeit und eingeschränkter Flexibilität führten.

Am 19. August 2020 (AB 32) berichtete Dr. med. E. _____ über einen stationären Gesundheitszustand. Seit Mitte Juni 2020 sei die Frequenz der delegierten ambulanten Psychotherapie auf wöchentlich erhöht worden. Leider habe durch die bisherigen Behandlungsbemühungen noch keine wesentliche Besserung erzielt werden können. Es sei somit nicht absehbar, wann die Patientin wieder erwerbstätig sein könne.

3.1.5 Im MEDAS-Gutachten vom 29. April 2021 (AB 72.1-72.8) führten die Gutachter aus, zum gegenwärtigen Zeitpunkt liessen sich mit der verfügbaren Aktenlage und den zur Verfügung stehenden Untersuchungsmöglichkeiten keine belastbaren Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (AB 72.1 S. 8 Ziff. 4.2).

Dr. med. F. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt im allgemein-internistischen Teilgutachten fest, aus fachspezifischer Sicht bestünden bei der Versicherten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 72.3 S. 8).

Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im psychiatrischen Teilgutachten aus, die Explorandin erachte sich als körperlich krank, wobei sie die Krankheit nicht klar benennen könne (AB 72.4 S. 7). Es bestünden keine Hinweise für ein aktuelles Depressionsgeschehen oder ein erhöhtes Depressionsrisiko. Auch eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) sei nicht zu diagnostizieren; es lägen keine chronischen oder Jahre dauernden depressiven Verstimmungszustände vor (AB 72.4 S. 15). In den Akten werde mehrfach der Verdacht auf ein CFS erwähnt, so auch durch die behandelnde Psychiaterin, wobei diese diagnostische Einordnung von ihr nicht begründet werde und letztlich aus anderen Berichten übernommen worden sei. Die Diagnose werde in den Akten kontrovers diskutiert. Zu diskutieren sei ein ähnliches Störungsbild in der Psychiatrie, nämlich das der

Neurasthenie (ICD-10 F48.0). In der ICD-10 würden diesbezüglich zwei Hauptformen beschrieben. Bei der einen Form sei Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit werde typischerweise als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Erinnerungen beschrieben, als Konzentrationsschwäche und allgemein ineffektives Denken. Die Explorandin habe sich in dieser Definition und Beschreibung nicht wiederfinden können. Dasselbe gelte für die andere Form der Neurasthenie. Bei dieser liege das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Bei beiden Formen fänden sich eine ganze Reihe von anderen unangenehmen körperlichen Empfindungen wie Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz und allgemeine Unsicherheit. Genannt würden auch Sorgen über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depression und Angst. Beschrieben werde auch, dass der Schlaf in der ersten und mittleren Phase gestört sei, es aber auch Hypersomnie geben könne. Gesamthaft sei für die Probandin eher ein Krankheitsgefühl im Vordergrund als Müdigkeit. Die Diagnose einer Neurasthenie werde dementsprechend nicht gestellt (AB 72.4 S. 15 f.). Von der behandelnden Psychiaterin werde eine generelle Angststörung diagnostiziert, welches Bild die Probandin für sich als nicht zutreffend sehe und nicht stimmig sei mit ihren Beschwerden. Die Diagnose einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) möge initial, unmittelbar nach der Curettage, zugefallen haben. Dies erkläre den vorliegenden Gesamtverlauf jedoch nicht. Gegen eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), welche nur als Differentialdiagnose genannt werde, spreche einiges (AB 72.4 S. 16). Eine dysfunktionale Störungsverarbeitung (ICD-10 F54) einer somatischen Erkrankung könne nicht ausgeschlossen werden, andererseits ergebe sich das Problem, dass auch eine somatische Erkrankung nicht klar benannt sei (AB 72.4 S. 17). Auf psychiatrischem Gebiet lasse sich keine belastbare Diagnose stellen. Art, Dosis und Intensität der Pharmakotherapie sprächen für eine symptomatische Behandlung einer Insomnie, deren Genese nicht sicher einer psychiatrischen Krankheit zugeordnet werden könne (AB 72.4 S. 18). Die Befunde auf psychiatrischem Gebiet seien zusammenfassend ge-

genwärtig nicht als bleibend bzw. längere Zeit andauernd erwerbsrelevant (AB 72.4 S. 19). Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der bisherigen Tätigkeit (AB 72.4 S. 28 Ziff. 8.1.4)

Im rheumatologischen Teilgutachten hielt Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, fest, aus fachspezifischer Sicht ergäben sich keine Hinweise auf eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Es bestehe ein CFS ohne Hinweise auf eine begleitende, rheumatologisch-nosologisch klar zuteilbare Grunderkrankung. Insbesondere ergebe die klinische Untersuchung keine Hinweise auf ein Fibromyalgiesyndrom, welches häufig mit einem CFS in Korrelation gebracht werde. Hinweise auf eine andere inflammatorische Grunderkrankung des Bewegungsapparates bestünden nicht. Aus der rheumatologischen Beurteilung resultiere keine Arbeitsunfähigkeit (AB 72.5 S. 9 Ziff. 6.1).

In neurologischer Hinsicht führte Dr. med. I._____, Facharzt für Neurologie, aus, weder bildmorphologisch noch klinisch-neurologisch hätten Befunde erhoben werden können, die auf eine neurologische Erkrankung hinwiesen. Insbesondere seien keine Zeichen einer neuroimmunologischen Störung nachgewiesen. Die ergänzend durchgeführten Neurografien seien in allen Aspekten normal ausgefallen und hätten keinen Hinweis auf eine neuromuskuläre Übertragungsstörung oder auf eine Radikulopathie gegeben. Das CFS sei bei fehlenden Hinweisen auf eine neurologische Erkrankung ätiologisch unklar. Der Terminus "myalgische Enzephalomyelitis" sei im vorliegenden Fall als kritisch zu betrachten bzw. sollte keine Verwendung finden. Psychologische Einflussfaktoren schienen eine wesentliche Rolle bei den geltend gemachten Beschwerden zu spielen. Aus rein neurologischer Sicht bestehe kein organisches Korrelat. Die Versicherte beschreibe, dass sie schnell kognitiv und körperlich erschöpft werde und sich schwer konzentrieren könne. Eine Erschöpfung habe sich während der gesamten Exploration und während der 90-minütigen neurologischen Untersuchung nicht erkennen lassen (AB 72.6 S. 8 Ziff. 7.2 f.).

Dem von lic. phil. J._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, erstellten neuropsychologischen Teilgutachten ist zu entnehmen, dass testdiagnostisch kognitive Minderleistungen im Bereich der Aufmerksamkeit –

geteilte Aufmerksamkeit, physische Alertness, Benennungsgeschwindigkeit – objektiviert worden seien. Klinisch würden sich bis auf eine eher wenig ausgeprägte Gestik keine Auffälligkeiten zeigen (AB 72.7 S. 7). Die objektivierten Defizite, zusammen mit den klinischen Auffälligkeiten, entsprächen einer minimalen neuropsychologischen Störung. Minimale Einschränkungen seien unspezifisch und ohne Krankheitswert. Sie könnten im Rahmen von Medikamentennebenwirkungen entstehen oder auch Testartefakte darstellen. Die Versicherte habe eine zunehmende Erschöpfung, Müdigkeit und Schmerzen angegeben, ein Leistungsabfall sei jedoch weder beobachtbar noch objektivierbar gewesen. Es sei keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen (AB 72.7 S. 8).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, es lägen erhebliche subjektive Beeinträchtigungen vor. Es sei alles "heruntergefahren". Die Explorandin würde gerne wieder mehr am Leben teilnehmen. Sie könne nicht mehr richtig teilhaben an der Arbeit, am sozialen Leben, an den Kontakten. Auch fühle sie sich immer weniger ernst genommen, da möglicherweise die Beschwerden für die Anderen nicht nachvollziehbar seien. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass sich keine Beeinträchtigungen und keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit objektivieren liessen (AB 72.1 S. 8 f. Ziff. 4.3, 4.7).

3.1.6 Dr. med. C. _____ hielt im Bericht vom 14. Juli 2021 (AB 82 S. 4 f.) fest, er habe die Patientin erstmals am 1. Oktober 2019 in seiner Sprechstunde gesehen. Seither habe sich die Symptomatik kaum verändert. Diese könne jedoch von der Patientin unter sorgfältiger Dosierung der körperlichen und mentalen Aktivitäten recht gut kompensiert werden. Zu starke Belastungen oder ein Missachten der Belastungsgrenzen führten jedoch zu einer starken Exazerbation der Beschwerden mit langer, oft Tage dauernder Erholungszeit, wie das für ein CFS charakteristisch sei. Beim CFS handle es sich um ein durchaus organisches Geschehen auf der Ebene der immunologischen, neurologischen und humoralen Körperregulation; die damit verbundenen physiologischen Veränderungen seien mittlerweile gut bekannt, würden im klinischen Alltag jedoch nicht erfasst, weshalb ihnen kein "somatisches Korrelat" zugeschrieben werde. Dies ändere jedoch nichts an der Tatsache, dass die Erkrankung zu Invalidisierung führen kön-

ne, wobei die daraus entstehenden Konsequenzen im Sinne eines zusätzlichen Stressfaktors krankheitserhaltend und verstärkend wirkten.

3.1.7 Dem Bericht von Prof. Dr. med. K. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Allergologie und klinische Immunologie, vom 22. Juli 2021 (AB 82 S. 6 ff.) ist u.a. die Diagnose intermittierend subfebrile Temperaturen mit/bei unklarer Genese, Verdacht auf myalgische Enzephalomyelitis (Chronic Fatigue Syndrom) und leichter IgG3-Subklassen-Verminderung und leicht vermindertem Komplement C3 zu entnehmen. Klinisch handle es sich um ein chronisches Erschöpfungssyndrom, dessen Ursache aufgrund der bis dato durchgeführten Untersuchung nicht einer Organ-pathologischen oder auch einer umschriebenen psychischen Störung habe zugeordnet werden können. Es bestehe der Verdacht auf eine CFS/ME-Erkrankung, wobei die Diagnose nach Ausschluss anderer Krankheiten zu stellen sei. Heilung oder eine zielführende Behandlung seien nicht bekannt.

3.1.8 Im Austrittsbericht des Spitals L. _____ vom 10. November 2021 (AB 85 S. 2 ff.) betreffend stationärer Abklärung und Behandlung (29. September bis 20. Oktober 2021) wurde u.a. eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen bzw. eine somatische Belastungsstörung bei chronischem Erschöpfungssyndrom diagnostiziert. Die Patientin sei nach insgesamt erfreulichem Verlauf und stets motivierter Beteiligung an den Therapien nach Hause entlassen worden. Die Schmerzintensität sei im Vergleich zum Eintritt weitgehend unverändert geblieben. Fortschritte hätten insbesondere im Bereich der Funktionalität sowie der affektiven Konnotation der Schmerzproblematik erzielt werden können.

3.1.9 In der Stellungnahme vom 5. Januar 2022 (AB 89.1) zum Einwand des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom 29. Juli bzw. 26. November 2021 (AB 82, 85) und den damit eingereichten ärztlichen Berichten hielten die Gutachter fest, nach Sichtung der neuen Unterlagen sei nochmals eine Konsensbeurteilung durchgeführt worden. Aus internistischer und neuropsychologischer Sicht ergebe sich durch die neuen Berichte keine geänderte Beurteilung des Gesundheitszustandes. Aus neurologischer Sicht hätten keine Befunde erhoben werden können, die die Beschwerdesymptomatik erklären könnten. Von psychiatrischer Seite her sei festzuhal-

ten, dass trotz der juristischen Einwände, der Formulierungen in entsprechenden Berichten und der beigelegten medizinischen Dokumentation keine ausreichenden Anhaltspunkte bestünden, um an der eigenen Beurteilung etwas zu ändern. Der rheumatologische Gutachter habe betont, dass das Chronic Fatigue Syndrom im Grunde keiner spezifischen Fachrichtung zugeordnet werden könne. Die Symptomatologie sei aber sehr ähnlich einer Fibromyalgie. Der Leidensdruck sei von der Versicherten für alle Gutachter nachvollziehbar geschildert und durch die neuen Arztberichte bestätigt worden. Deshalb werde die nun vorgeschlagene rheumatologische Beurteilung auch von den anderen Gutachtern übernommen. Bei einem Arbeitspensum von 8 Stunden pro Tag bestehe vor allem bei erhöhtem Pausenbedarf eine Leistungseinschränkung von 25 %. Somit betrage die Gesamtarbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit 75 %.

3.2

3.2.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 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).

3.3 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 29. April 2021 (AB 72.1-72.8) – basierend auf einer allgemein-internistischen, psychiatrischen, rheumatologischen, neurologischen und neuropsychologischen Untersuchung (inkl. neuropsychologischer Testung) – erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2.2 f. hiavor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (vgl. AB 72.1). Dem Gutachten (inkl. Teilgutachten) kommt somit voller Beweiswert zu, woran die Einwände der Beschwerdeführerin nichts zu ändern vermögen.

3.3.1 Die Beschwerdeführerin macht insbesondere geltend, die Gutachter würden nicht über das notwendige Fachwissen verfügen bzw. die notwendigen Fähigkeiten besitzen, um die Krankheit CFS/ME zu erfassen (Beschwerde S. 8 ff.).

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 Bundesgerichts [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 – dessen Erstattung unter der Strafandrohung von Art. 307 i.V.m. Art. 309 lit. a des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB; SR 311.0) steht – 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 72.1 S. 2) und erfüllen damit die massgebenden fachlichen Anforderungen; weitergehende (private) Aus- und Weiterbildungen, insbesondere mit spezifischem Bezug auf CFS/ME – worüber die behandelnden Ärzte der Beschwerdeführerin gemäss den Akten selber ebenfalls nicht verfügen – sind nach dem Gesagten nicht erforderlich. Die Beschwerdeführerin wurde polydisziplinär umfassend begutachtet (dazu AB 72.1-72.7), es wurden zusätzliche apparative sowie laborchemische Abklärungen getätigt (AB 72.8) und die Gutachter setzten sich sowohl mit den subjektiven Angaben als auch den medizinischen Akten auseinander (vgl. dazu vorne E. 3.4), wobei nicht ansatzweise erkennbar ist, dass die Begutachtung fachlich ungenügend erfolgt wäre oder das Gutachten inhaltlich lückenhaft wäre. 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 weiter Ermessensspielraum zusteht (SVR 2021 UV Nr. 19 S. 96 E. 6.4; Entscheid des BGer vom 30. Januar 2015,

8C_277/2014, E. 5.2). Wenn sie vor dem Hintergrund der dargestellten Erhebungen und Befunde auf weitergehende Abklärungen verzichteten, 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.

3.3.2 Das CFS (ICD-10 G93.3) gehört zu den Krankheitsbildern, die dadurch gekennzeichnet sind, dass ihre funktionellen Auswirkungen qualitativ und quantitativ ungewiss sind, weshalb es einer besonderen Prüfung bedarf, ob die Einschränkung in der Leistungsfähigkeit in dem von Gesetzes wegen (Art. 6 ff. ATSG, Art. 4 Abs. 1 IVG) erforderlichen kausalen Zusammenhang mit den in Frage stehenden Gesundheitsschäden steht. Dabei geht es zunächst um die (auf medizinischem Fundament beruhenden) Tatfragen, ob ein solcher Gesundheitsschaden hinreichend erstellt ist und wie weit ein solcher für die funktionellen Ausfälle verantwortlich ist, sowie anschliessend um die Rechtsfrage, ob die Folgen des festgestellten Leidens eine invalidisierende Wirkung haben (Entscheidung des BGer vom 25. September 2013, 9C_302/2013, E. 4.1; vgl. zur Notwendigkeit eines strukturierten Beweisverfahrens auch SVR 2018 IV Nr. 31 und Entscheidung des BGer vom 6. August 2019, 9C_106/2019, E. 2.3.3 mit Hinweisen).

Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin haben sich die Gutachter mit der Diagnose CFS/ME im Gutachten kritisch auseinandergesetzt (Beschwerde S. 9 unten) und deren Vorliegen mit schlüssiger Begründung verneint. Der psychiatrische Gutachter wies dabei auch korrekterweise darauf hin, dass die Diagnose in der Aktenlage kontrovers diskutiert wird (AB 72.4 S. 15). Dabei fällt insbesondere auf, dass – anders als die Beschwerdeführerin vorbringt (Beschwerde S. 9 unten) – Prof. Dr. med. K. _____ im Bericht vom 22. Juli 2021 (AB 82 S. 6 ff.) das CFS lediglich als Verdachtsdiagnose nennt. Zwar diagnostiziert Dr. med. C. _____ im Bericht vom 14. Juli 2021 (AB 82 S. 4) ein CFS (ICD-10 G93.3), dieser verfügt jedoch wie auch Prof. Dr. med. K. _____ nicht über einen Facharzt-titel in Neurologie, in welchem Fachgebiet die Diagnose kodiert ist. Demgegenüber hält der Neurologe Dr. med. D. _____ im Bericht vom 4. De-

zember 2019 (AB 15 S. 10 ff.) fest, er könne ein CFS nicht erkennen. Die Argumentation der Beschwerdeführerin erweist sich damit als widersprüchlich, wenn sie dem neurologischen Gutachter das Fachwissen unter Hinweis auf die Einschätzung zweier Ärzte ohne entsprechenden Facharztstitel abspricht, jedoch unerwähnt lässt, dass die gutachterliche Beurteilung derjenigen des behandelnden Facharztes entspricht.

3.3.3 Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, die Gutachter hätten an mehreren Stellen festgehalten, eine abnehmende Konzentration bzw. Müdigkeit habe während sämtlichen Begutachtungen nicht festgestellt werden können. Damit würden die Gutachter das Leitsymptom der CFS/ME, die Post-exertional Neuroimmune Exhaustion (PENE), verkennen. Die PENE sei eine neuroimmunologische Reaktion, welche bereits auf geringe physische, kognitive, orthostatische oder sensorische Belastung folge und eine starke und lang anhaltende Verschlechterung der Symptomatik mit sich bringen könne. Diese trete nicht unmittelbar während oder kurz nach der Belastung (der Begutachtung), sondern häufig verzögert auf. Eine entsprechende Abklärung sollte bevorzugt im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einer geeigneten Fachklinik vorgenommen werden (Beschwerde S. 9). Hierzu ist darauf hinzuweisen, dass sich die Beschwerdeführerin vom 29. September bis zum 20. Oktober 2021 in einer stationären Abklärung und Behandlung im Spital L._____ befunden hat. Dem diesbezüglichen Bericht vom 10. November 2021 (AB 85 S. 2 ff.) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in das multimodale Therapieprogramm integriert und von physio-, ergo- und psychotherapeutischer sowie pflegerischer und ärztlicher Seite betreut und behandelt worden sei. Sie habe sich an den Therapien stets motiviert beteiligt, der Verlauf sei erfreulich gewesen (S. 3). Trotz der im Vergleich zur Begutachtung intensiveren Belastung durch die diversen Therapien stellten die behandelnden Ärzte keine starke und lang anhaltende Verschlechterung im Beobachtungszeitraum von immerhin drei Wochen fest. Dem Einwand der Beschwerdeführerin ist damit nicht zu folgen.

3.3.4 Da der psychiatrische Gutachter das Vorliegen einer psychischen Störung in überzeugender Weise ausgeschlossen hat, bedarf es entgegen der Beschwerde (S. 10) keiner Durchführung eines strukturierten Beweis-

verfahrens anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren, wie es nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung für sämtliche psychischen Störungen – soweit sie lege artis diagnostiziert sind – vorgesehen ist (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296, 143 V 418 E. 7.2 S. 429). Diesbezüglich ist immerhin festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter sein Teilgutachten unter Beachtung der Standardindikatoren erstellt hat (AB 72.4 S. 1 Ziff. 1) und diese denn auch unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde und Symptome diskutiert hat (AB 72.4 S. 26 f.).

3.4 Nicht zu folgen ist den Gutachtern, soweit sie in der Stellungnahme vom 5. Januar 2022 (AB 89.1) trotz weiterhin fehlender Diagnosestellung unter Hinweis auf den "nachvollziehbaren Leidensdruck" der Beschwerdeführerin eine Leistungseinschränkung von 25 % attestierten. Diese Einschätzung fusst auf der Stellungnahme des Rheumatologen Dr. med. H. _____ vom 22. Dezember 2021 (AB 89.3), wonach die Hauptproblematik sei, dass das CFS wahrscheinlich als Syndrom keiner spezifischen Fachrichtung zugeordnet werden könne, weswegen die Begutachtung gegenüber der Versicherten im negativen Sinne ausfalle. Sämtliche an der Begutachtung teilnehmenden Ärzte hätten eine normale Arbeitsfähigkeit definiert, weil das CFS nicht zu ihrem jeweiligen Fachgebiet gehört habe. Damit verkennt der Gutachter zunächst, dass das CFS grundsätzlich als neurologische Krankheit kodiert ist (ICD-10 G93.3) und der neurologische Gutachter das Vorliegen eines solchen überzeugend und in Übereinstimmung mit dem behandelnden Neurologen verneint hat (vgl. AB 72.6 S. 8 Ziff. 7.2 f., 15 S. 13). Des Weiteren lässt der Gutachter damit ausser Acht, dass die Konsensbeurteilung aller involvierten Gutachter gerade dazu dient, einen möglicherweise vorhandenen Gesundheitsschaden interdisziplinär zu diskutieren und die einzelnen fachärztlichen Beurteilungen zu einer gesamtheitlichen Beurteilung zusammenzuführen. In diesem Rahmen sind die Gutachter denn auch zum überzeugenden Schluss gelangt, dass kein CFS/ME zu diagnostizieren ist (AB 72.1 S. 7). Soweit der Gutachter Dr. med. H. _____ die Leistungseinschränkung von 25 % mit Verweis auf die Ähnlichkeit hinsichtlich der Symptomatologie zwischen CFS und Fibromyalgie begründet, stellt dies einen Widerspruch zu seinem rheumatologischen Teilgutachten dar. Darin führte er aus, die klinische Untersu-

chung habe keine Hinweise auf ein Fibromyalgiesyndrom ergeben (AB 72.5 S. 9). Weshalb bei unveränderter Sachlage nunmehr eine Leistungseinschränkung bestehen sollte, ist nicht nachvollziehbar. Die übrigen am Gutachten beteiligten Fachärzte haben in ihren jeweiligen Stellungnahmen denn auch ausnahmslos an ihrer früheren Beurteilung festgehalten bzw. diese bekräftigt (vgl. AB 89.2, 89.4-89.5).

3.5 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt rechtsgenüglich abgeklärt. Gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 29. April 2021 (AB 72.1-72.8) ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht erstellt. Die Beschwerdegegnerin hat dementsprechend einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint. Die gegen die Verfügung vom 11. April 2022 (AB 90) erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 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.

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

4.2 Es 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):
 - 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.