

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Juni 2026

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. Februar 2025



Sachverhalt:

A.

Die 1984 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Dezember 2020 unter Hinweis auf eine körperliche Erschöpfung in Verbindung mit andauerndem Durchfall und chronischer Epstein-Barr-Virus-Infektion bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Nach erwerblichen und medizinischen Erhebungen verneinte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mit Verfügung vom 10. Januar 2023 (act. II 91) einen Anspruch auf Leistungen der IV, da ab dem 1. Juli 2022 keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliege, welche einen Leistungsanspruch begründe.

Im September 2023 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine Erschöpfung aufgrund einer Beeinträchtigung des Magen-Darm-Trakts erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 94). Daraufhin führte die IVB medizinische und erwerbliche Abklärungen durch und verneinte mit Mitteilung vom 21. März 2024 (act. II 126) einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Im weiteren Verlauf holte sie ein polydisziplinäres Gutachten der C._____ AG (MEDAS; Gutachten vom 28. Oktober 2024; act. II 167.1), ein. Mit Vorbescheid vom 14. November 2024 (act. II 170) stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels Vorliegens eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte Einwand (act. II 182). Am 18. Februar 2025 verfügte die IVB wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Leistungsbegehren ab (act. II 186).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 20. März 2025 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache von beruflichen Eingliederungsmassnahmen. Eventualiter wurde die Rückweisung der Sa-

che zur Vornahme weiterer Abklärungen mit anschliessender Neubeurteilung des Leistungsanspruchs beantragt.

Mit Beschwerdeantwort vom 9. April 2025 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 18. Februar 2025 (act. II 186). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf IV-Leistungen.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 4, 8C_662/2012 E. 3.1).

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). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 151 V 66 E. 5.4 S. 70, 143 V 418 E. 7.2 S. 429). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und wi-

derspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

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

2.4 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

Anders als im Rentenrecht (Art. 28 Abs. 1 IVG) nennt das Gesetz keinen Mindestgrad der Invalidität, damit Eingliederungsmassnahmen gewährt werden können (BGE 116 V 80 E. 6a S. 81). Eingliederungsmassnahmen unterliegen jedoch den allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen des Art. 8 Abs. 1 IVG. Eine Eingliederungsmassnahme hat somit neben den dort ausdrücklich genannten Erfordernissen der Geeignetheit und Notwendigkeit auch demjenigen der Angemessenheit (Verhältnismässigkeit im engeren Sinne) als drittem Teilgehalt des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes zu genügen. Danach muss sie unter Berücksichtigung der gesamten tatsächli-

chen und rechtlichen Umstände des Einzelfalles in einem angemessenen Verhältnis zum angestrebten Eingliederungsziel stehen. Hinsichtlich der Angemessenheit lassen sich vier Teilaspekte unterscheiden, nämlich die sachliche, die zeitliche, die finanzielle und die persönliche Angemessenheit. Danach muss die Massnahme prognostisch ein bestimmtes Mass an Eingliederungswirksamkeit aufweisen; sodann muss gewährleistet sein, dass der angestrebte Eingliederungserfolg voraussichtlich von einer gewissen Dauer ist; des Weiteren muss der zu erwartende Erfolg in einem vernünftigen Verhältnis zu den Kosten der konkreten Eingliederungsmassnahme stehen; schliesslich muss die Massnahme dem Betroffenen auch zumutbar sein (BGE 142 V 523 E. 2.3 S. 526).

2.5 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Der Bundesrat umschreibt die zur Bemessung des Invaliditätsgrades massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren. 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. 180, 9C_540/2020 E. 2.3).

3.

3.1 Da anlässlich der leistungsabweisenden Verfügung vom 10. Januar 2023 (act. II 91) keine materielle Prüfung mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung stattgefunden hat und im Rahmen der hier angefochtenen Verfügung vom 18. Februar 2025 (act. II 186) erstmals eine materielle Prüfung des Leistungsanspruchs erfolgte, kann hier keine Prüfung vorgenommen werden, ob sich der Sachverhalt seit der Verfügung vom 10. Januar 2023 massgebend verändert hat (vgl. BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 3.2, nicht publ. in: BGE 151 V 66, aber in: SVR 2025 IV Nr. 16 S. 59).

3.2 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin finden sich in den Akten folgende wesentlichen Angaben:

3.2.1 Dr. med. D._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 22. August 2023 (act. II 107 S. 9) eine Erschöpfungsdepression, einen Verdacht auf IBS-D (Reizdarmsyndrom), einen Verdacht auf eine Erkrankung aus dem Formenkreis der Angst- und Panikstörungen, eine Laktoseintoleranz, eine Lumbalgie bei chronischer rezidivierender Morgensteifigkeit und eine chronische rezidivierende Erschöpfung. Seit April 2023 bestehe eine zunehmende Erschöpfung, ausgelöst durch eine schwere Gastroenteritis. Bei vorbestehender Neigung zu Diarrhoe bei Stresssituationen sei es zu einem prolongierten Verlauf mit Diarrhoe, Konzentrations-/Leistungsminderung und im Rahmen dessen zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehreren Wochen gekommen. Unter medikamentöser Therapie sei langsam eine Besserung der psychischen und körperlichen Befindlichkeit eingetreten, so dass die Arbeitsfähigkeit sukzessive habe gesteigert werden können. Eine begleitende psychologische Gesprächstherapie sei wieder aufgenommen worden. Die Beschwerdeführerin sei compliant, schwingungsfähig und habe diverse Ressourcen, welche ihr im Genesungsprozess geholfen und diesen deutlich verkürzt hätten.

3.2.2 Dr. med. E._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im zuhanden der Taggeldversicherung der Beschwerdeführerin erstellten Gutachten vom 21. September 2023 (act. II 111.2) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine somatoforme autonome

Funktionsstörung des unteren Verdauungssystems (ICD-10 F45.32) und ein Chronic-Fatigue-Syndrom (ICD-10 G93.32; S. 17). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne von zwanghaft sowie perfektionistisch akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) auf (S. 18). Im psychopathologischen Befund hätten keine psychopathologischen Auffälligkeiten objektiviert werden können. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und der Bewusstseinshelligkeit gezeigt. Im klinischen Eindruck hätten sich keine Hinweise auf umfassende und ausgeprägte kognitive Störungen ergeben. Es bestünden aber mittelgradige Störungen der Aktivität und Partizipation im Bereich der Durchhaltefähigkeit (S. 19). Die Konsistenzprüfung habe keine Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben. Die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... gegenwärtig in Bezug auf ein Pensum von 70 % zu 40 % arbeitsunfähig. Die mutmassliche Entwicklung der Arbeitsfähigkeit könne gegenwärtig nicht abschliessend beurteilt werden. Empfohlen werde eine weitere Steigerung in 10 % Schritten z.B. ab November 2023 (S. 21). Die Merkmale einer optimal angepassten Tätigkeit umfassten sämtliche Tätigkeiten mit reduziertem Kundenkontakt, der Möglichkeit sich zurückzuziehen und ohne Tätigkeiten, die ein hohes Mass an Daueraufmerksamkeit und Konzentration voraussetzten, sowie Tätigkeiten, die ohne Zeitdruck ausgeführt würden. In einer optimal angepassten Tätigkeit in Bezug auf ein volles Arbeitspensum sei die Beschwerdeführerin zu 70 % arbeitsfähig bei vollem Rendement. Es könne nicht beurteilt werden, ob die Beschwerdeführerin über das attestierte Arbeitspensum hinaus weitere Steigerungen leisten könne. Sie leide an einer chronischen Erkrankung mit einem wiederkehrenden Verlauf (S. 22).

3.2.3 Dr. med. D. _____ führte im Bericht vom 22. September 2023 (act. II 107 S. 1 ff.) aus, die Beschwerdeführerin sei eingeschränkt in der Konzentration. Sie habe zum Teil Stuhldrang mehrmals täglich, daher sei Home-Office nötig (S. 6 Ziff. 3.4). Die Tätigkeit sei bis zu sechs Stunden pro Tag zumutbar. Eine langsame Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei möglich, Pausen und Flexibilität seien wichtig (S. 7 Ziff. 4.1 ff.). Ferner attestier-

te die Hausärztin namentlich eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit seit 21. August 2023 bis auf weiteres (S. 3 Ziff. 1.3).

Im weiteren Verlauf gab Dr. med. D. _____ im Bericht vom 23. Februar 2024 (act. II 121) an, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert habe. Neu bestehe eine Diskushernie L5/S1 rechts mit Neurokompression. Die Beschwerdeführerin leide unter starken Schmerzen trotz ausgebauter Analgesie. Es sei eine Infiltration geplant (S. 2 Ziff. 1 ff.). Die Hausärztin attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %. Die Beschwerdeführerin brauche viele Pausen, sie müsse sich zwischendurch hinlegen können (S. 3 Ziff. 11).

3.2.4 Die Psychotherapeutin lic. phil. F. _____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, diagnostizierte im Bericht vom 27. Februar 2024 (act. II 123 S. 4 f.) eine somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.32) und eine Chronic Fatigue (ICD-10 G93.32). Die Beschwerdeführerin habe nach einer längeren Vorgeschichte einer Magen-Darm-Symptomatik und verschiedenen Abklärungen und Diagnosen mit ausgeprägter Erschöpfung, Müdigkeit, Energielosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Dünnhäutigkeit und Rückfallangst die Therapie aufgenommen. Im Vordergrund der Gespräche stünden der Umgang mit Stress, Schmerz und Anspannung mit eigenen Grenzen und Bedürfnissen, Umgang mit Emotionen und Umgang mit Rückschlägen und Angst. Eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht attestiert worden (S. 4 f.).

3.2.5 Im Bericht des Spitals G. _____ vom 28. Februar 2024 (act. II 128 S. 2 f.) wurde eine subakute Diskushernie L5/S1 mit regredienter S1er Radikulopathie rechts diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin leide seit mehreren Jahren an Rückenbeschwerden. Diese seien mit der subakuten Diskushernie gut erklärt, hier habe sie sehr gut von der epiduralen Infiltration profitiert und bei fehlenden neurologischen Ausfällen habe man zur Fortsetzung der konservativen Behandlung geraten. Eine weitere Verlaufskontrolle sei nur bei Bedarf nötig (S. 2).

3.2.6 Dr. med. D. _____ hielt im Bericht vom 16. April 2024 (act. II 135) an der bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit von 40 % fest. Die Pro-

gnose zur Arbeitsfähigkeit sei vorsichtig optimistisch. Eine langsame Steigerung sei geplant (ca. 10 % pro Monat). Rückfälle seien möglich (S. 1).

3.2.7 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 28. Oktober 2024 (act. II 167.1) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung mit vorwiegend reduzierter Ausdauer bei Fatigue (ICD-10 R53) ohne Nachweis einer Grunderkrankung diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen aufgeführt: Adipositas (ICD-10 E66.00), Verdacht auf Reizdarmsyndrom (ICD-10 K58.8) bzw. somatoform-autonome Funktionsstörung des unteren Verdauungstraktes (ICD-10 F45.32), Zustand nach S1-Radikulopathie bei Diskushernie LWK 5/SWK 1 (ICD-10 M54.17), rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.86), mildes myofaszielles Schmerzsyndrom bei muskulärer Dysbalance des Beckengürtels (ICD-10 M79.05), primäre Dysmenorrhoe (ICD-10 N94.4), kleiner Zervikalpolyp (ICD-10 N84.1; S. 9).

Aus internistischer, neurologischer, rheumatologischer, psychiatrischer und gynäkologischer Sicht wurden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit attestiert (act. II 167.3 S. 14 f. Ziff. 8, 167.4 S. 12 f. Ziff. 8, 167.5 S. 12 f. Ziff. 8, 167.6 S. 14 f. Ziff. 8, 167.8 S. 9 f. Ziff. 8).

Funktionelle Einschränkungen resultierten aus den Ergebnissen der neuropsychologischen Begutachtung mit Nachweis einer Fatigability. Im Alltag könne es sein, dass die Beschwerdeführerin manchmal Informationen ungenügend auffasse und sich später entsprechend nicht erinnere, wenn sie müde sei. Bei intakter Wiedererkennung profitiere sie dagegen von Hinweisreizen und könne ihr verbales Gedächtnis dadurch kompensieren. In Gesprächen zeige sich gar eine überdurchschnittliche Auffassung und langfristige Erinnerung, so dass mnestische Schwierigkeiten primär im Rahmen einer erhöhten Müdigkeit aufträten. Die Beschwerdeführerin werde keine Schwierigkeiten haben, komplexere Aufgaben zu organisieren, sich dabei zu fokussieren und flexibel zwischen zwei Aufgaben zu wechseln. Das strategisch-logische Denken sei erhalten. Dass die Verarbeitungskapazität unter Müdigkeit abnehme, sei dabei plausibel. Dagegen könne es sein, dass die Beschwerdeführerin unter Müdigkeit manchmal etwas langsamer arbeite und öfter Pausen einlegen müsse (S. 9 Ziff. 4.3).

Die Beschwerdeführerin selbst nehme über drei Stunden hinweg in kognitiv anspruchsvoller Testsituation einen starken Anstieg der Ermüdbarkeit wahr. Die qualitative Leistung könne sie dabei halten. Zusammenfassend werde damit eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % für die bisherige Tätigkeit angenommen. Eine optimal angepasste Tätigkeit enthalte Aufgaben ohne allzu hohe Anforderungen an die Ausdauer. Am besten geeignet wären Tätigkeiten mit freier Zeiteinteilung und ohne allzu grossen Zeitdruck bzw. allzu dichte Abgabefristen. In einer solchen Tätigkeit werde von einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % ausgegangen (S. 10 Ziff. 4.3). In einer angepassten Tätigkeit könne eine gewisse Routine in der Tätigkeit oder die Reduktion der Komplexität der Tätigkeit die Präsenzzeit vergrössern. Zu vermeiden seien zudem repetitives Bücken und Aufrichten, repetitives Anheben und Tragen von Lasten über 15 kg, Arbeiten in der chronischen monotonen Vorneigehaltung des Rumpfes, statische Belastungen des Achsenskelettes im Sitzen und Stehen ohne die Möglichkeit zu Wechselpositionen (S. 10 Ziff. 4.4). Eine zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe nicht, weil die Einschränkung durch die Reduktion der Stundenzahl bereits Berücksichtigung gefunden habe (S. 10 Ziff. 4.6).

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

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft ei-

nes 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).

3.4 Vorliegend hat sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht massgebend auf das MEDAS-Gutachten vom 28. Oktober 2024 (act. II 167.1) – samt den diesbezüglichen Teilgutachten (act. II 167.3 - 167.8) – gestützt. Dieses Gutachten erfüllt – soweit die medizinischen Fachgebiete betroffen sind – die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen und überzeugt. Insbesondere basieren die Beurteilungen auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt dem Gutachten insoweit voller Beweiswert zu (vgl. E. 3.3 hiervor). Auf das Gutachten samt Stellungnahme ist somit (grundsätzlich; vgl. zum neuropsychologischen Teil E. 3.4.2 hiernach) abzustellen.

3.4.1 Die MEDAS-Gutachter haben ausführlich begründet, dass aus internistischer, neurologischer, rheumatologischer, psychiatrischer und aus gynäkologischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden kann. Entsprechend attestierten die Gutachter in den genannten Fachgebieten keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (act. II 167.3 S. 13 ff. Ziff. 6.3 und Ziff. 8, 167.4 S. 11 ff. Ziff. 6.3 und Ziff. 8, 167.5 S. 11 ff. Ziff. 6.3 und Ziff. 8, 167.6 S. 12 ff. Ziff. 6.3 und Ziff. 8, 167.8 S. 8 ff. Ziff. 6.3 und Ziff. 8). Dies überzeugt.

3.4.2 Soweit jedoch im besagten Gutachten einzig gestützt auf das neuropsychologische Teilgutachten vom 29. August 2024 (act. II 167.7) aufgrund einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung mit vorwiegend reduzierter Ausdauer bei Fatigue in der angestammten Tätigkeit eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden ist (act. II 167.1 S. 9 ff. Ziff. 4.3, 4.5, 4.6), kann der gutachterlichen Beurteilung aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht gefolgt werden. Nach der Rechtsprechung stellt die neuropsychologische Abklärung lediglich eine Zusatzuntersuchung dar. Es bleibt grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen oder allenfalls des neurologischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts [BGer] 8C_381/2022 vom 27. Dezember 2022 E. 8.2.1, 8C_127/2022 vom 8. Juli 2022 E. 5.3, 8C_526/2021 vom 10. November 2021 E. 4.2.1, 9C_478/2021 vom 11. November 2021 E. 4.2, 8C_11/2021 vom 16. April 2021 E. 4.2). Die Neuropsychologie ist denn auch keine medizinische Disziplin (vgl. Art. 2 des Bundesgesetzes vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe [Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11]). Sie unterstützt (vorab) Fachärzte der Psychiatrie und der Neurologie bei ihrer medizinischen Beurteilung. Jede neuropsychologische Beurteilung bedarf im versicherungsrechtlichen Kontext entsprechend einer übergeordneten psychiatrischen und/oder neurologischen Beurteilung.

Vorliegend können die in der neuropsychologischen Abklärung beschriebenen Einschränkungen, d.h. die beschriebene Fatigability resp. Ermüdbarkeit (act. II 167.7 S. 10 Ziff. 6.1 f.), weder einem psychischen noch einem neurologischen – und damit keinem medizinischen – Gesundheitsschaden zugeordnet werden. So kam der psychiatrische Gutachter unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Testung (vgl. act. II 167.6 S. 10 f.) zum Schluss, dass die von der Beschwerdeführerin beschriebene Fatigue nicht durch psychiatrische Befunde und Diagnosen zu erklären sei (act. II 167.6 S. 12 Ziff. 6.2). Dabei hob er hervor, dass die beschriebenen neuropsychologischen Defizite vor dem Hintergrund des eher blanden psychopathologischen Befundes aus psychiatrischer Sicht nicht erklärt werden können. Entsprechend stellte er aus psychiatrischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 167.6 S. 13 Ziff. 6.3). Auch die

neurologische Gutachterin konnte die angegebenen Beschwerden (Erschöpfung) aus neurologischer Sicht nicht erklären (act. II 167.4 S. 8 Ziff. 6.2) resp. nicht mit einer neurologischen Störung von Krankheitswert begründen (act. II 167.4 S. 11 Ziff. 6.3). Dabei setzte sie sich insbesondere einlässlich mit der von Dr. med. E. _____ im Gutachten vom 21. September 2023 gestellten Diagnose eines Chronic-Fatigue-Syndroms (act. II 111.2 S. 17) – welche im weiteren Verlauf von der behandelnden Psychologin übernommen wurde (act. II 123 S. 4 f.) – auseinander und legte dar, warum diese nicht vorliegt. Dabei wies sie namentlich auf die neurologisch absolut blanden Untersuchungsergebnisse hin (act. II 167.4 S. 10). Somit müssen die in der neuropsychologischen Abklärung beschriebenen Einschränkungen (mit der darauf basierenden gesamtgutachterlich angenommenen Einschränkung) aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 4 f. Ziff. 2a Rz. 7) – unbeachtlich bleiben. Es fehlt an einer medizinischen Grundlage für diese Einschränkung.

Darüber hinaus sind die im neuropsychologischen Teilgutachten geschilderten Beschwerden nur teilweise nachvollziehbar. Diesbezüglich wies der psychiatrische Gutachter zu Recht auf diverse Diskrepanzen hin. So war die Beschwerdeführerin trotz der geschilderten Fatigue in der Lage, während Ferienaufenthalten Auto zu fahren (act. II 167.6 S. 11 Ziff. 6.2). Darüber hinaus hat die Beschwerdeführerin Mitte 2022 – neben ihrer Arbeit als ... – eine vierjährige Ausbildung zur ... begonnen, welche sie unbestrittenermassen nicht abgebrochen hat, sondern vielmehr hofft, sie bald abschliessen zu können (act. II 167.4 S. 3 Ziff. 3.2, 167.6 S. 3). Auch dies spricht gegen die geschilderte ausgeprägte Fatigue, zumal eine berufs begleitende Ausbildung eine hohe Konzentrationsfähigkeit voraussetzt. Schliesslich ist auffällig, dass sich die von der Beschwerdeführerin im Rahmen der neuropsychologischen Testung geschilderte Müdigkeit nicht im Testergebnis widerspiegelte. Vielmehr konnte sie die qualitative Leistung über drei Stunden hinweg halten (act. II 167.7 S. 11 Ziff. 7). Somit scheint sich die Beurteilung im neuropsychologischen Gutachten vom 29. August 2024 massgeblich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zu stützen, was aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht jedoch nicht ausreicht.

3.4.3 Am Beweiswert des MEDAS-Gutachtens ändert weiter nichts, dass Dr. med. E._____ im Gutachten vom 21. September 2023 (act. II 111.2) aufgrund einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des unteren Verdauungssystems und eines Chronic-Fatigue-Syndroms eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % attestiert hat (act. II 111.2 S. 17 und S. 21). Denn das besagte Gutachten enthält keine im MEDAS-Gutachten vom 28. Oktober 2024 (act. II 167.1) nicht gewürdigten Aspekte (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3). Dr. med. E._____ hat in seinem Gutachten denn auch nicht ansatzweise begründet, warum die Beschwerdeführerin zu 40 % arbeitsunfähig sein soll. Vielmehr hielt er fest, dass sich im klinischen Eindruck keine Hinweise auf umfassende und ausgeprägte kognitive Störungen ergeben hätten (act. II 111.2 S. 19). Zudem machte Dr. med. E._____ keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und empfahl eine Steigerung in 10 % Schritten z.B. ab November 2023 (act. II 111.2 S. 21). Darüber hinaus hat die neurologische MEDAS-Gutachterin – wie bereits dargelegt (vgl. E. 3.4.2 hiervor) – einlässlich begründet, weshalb die Diagnose eines Chronic-Fatigue-Syndroms nicht gestellt werden kann. Der psychiatrische MEDAS-Gutachter bestätigte die von Dr. med. E._____ erhobene Diagnose einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des unteren Verdauungssystems, sprach dieser jedoch keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zu (act. II 167.6 S. 12 f. Ziff. 6.2 f.).

Soweit die Hausärztin Dr. med. D._____ in den Berichten vom 22. September 2023 (act. II 107 S. 1 ff.), vom 23. Februar 2024 (act. II 121) und vom 16. April 2024 (act. II 135) – namentlich aufgrund einer bestehenden Erschöpfungsdepression, einem Verdacht auf IBS-D, einem Verdacht auf eine Erkrankung aus dem Formenkreis der Angst- und Panikstörung, einer Lumbalgie und einer chronischen rezidivierenden Erschöpfung (act. II 107 S. 9) – eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % attestiert hat, ändert dies vorliegend ebenfalls nichts. In Bezug auf Atteste von Hausärzten ist vorab der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 78, 8C_616/2014 E. 5.3.3.3). Zudem hat sich der MEDAS-Psychiater mit den erwähnten (psychiatrischen) Diagnosen aus-

einandergesetzt und schlüssig dargelegt, dass die diagnostischen Algorithmen einer Depression nicht hinlänglich erfüllt seien, weshalb keine Depression diagnostiziert werden könne (act. II 167.6 S. 12 Ziff. 6.2). Ferner führte er aus, dass sich keine Hinweise auf eine Panikstörung ergeben hätten (act. II 167.6 S. 9 Ziff. 4.3). Weiter konnten – wie bereits dargelegt – weder die neurologische MEDAS-Gutachterin noch der psychiatrische MEDAS-Gutachter die geltend gemacht Erschöpfung fachmedizinisch erklären.

3.5 Zusammenfassend ist weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen. Da deshalb keine Invalidität im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 hiervor) vorliegt, besteht kein Anspruch auf Leistungen der IV.

Der Sachverhalt ist gestützt auf die vorliegenden Akten hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem (Eventual-)Antrag in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I 3) – keine weiteren Beweiserhebungen notwendig sind.

3.6 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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.

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.

4.2 Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

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

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 9. Juni 2026, IV 200 2025 198

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.