

# **BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2025 686 vom 1. Mai 2026**

BE Verwaltungsgericht, 2026-05-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be\\_verwaltungsgericht\\_200\\_2025\\_686](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2025_686)

FR: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2025 686 du 1 mai 2026

IT: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2025 686 del 1 maggio 2026

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom

### **E. 1.2**

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 17. September 2025 (act. II 155). Gemäss dieser Verfügung besteht kein Anspruch auf Leistungen der IV. Die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin beantragt einzig die Zusprache einer Rente (Beschwerde S. 2 Ziff. 1). Streitig und zu prüfen ist demnach einzig der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der IV.

### **E. 1.3**

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

### **E. 1.4**

Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG). 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 5 - zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 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). 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). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). 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). 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).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 6 - 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 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). 2.5 2.5.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 184). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlaufenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112; Urteil des Bundesgerichts [BGer])

8C\_661/2022 vom 26. Juni 2023 E. 3.6.2, nicht publ. in: BGE 149 V 177, aber in: SVR 2023 IV Nr. 52 S. 177).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 7 - 2.5.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsge- such ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewis- sern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; Urteil des 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).

2.5.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, son- dern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 147 V 167 E. 4.1 S. 169, 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2025 IV Nr. 34 S. 129, 8C\_235/2024 E. 4, 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C\_280/2020 E. 3.1).

2.5.4 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invali- ditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuan- meldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten mate- riellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 8 - 2.5.5 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Ren- tenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlag- gebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invali- ditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C\_280/2020 E. 3.1).

3. 3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung vom Januar 2024 (act. II 78) eingetreten. Sie hat den Leistungsanspruch materiell geprüft und darüber mit der angefochtenen Verfügung vom 17. September 2025 (act. II 155) entschieden, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 17. Sep- tember 2018 (act. II 73) und derjenigen vom 17. September 2025 (act. II 155; vgl. E. 2.5.4 hiervor) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen.

3.2 In medizinischer Hinsicht basierte die Verfügung vom 17. Septem- ber 2018 (act. II 73) auf dem

polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 20. Januar 2017 (act. II 39.1), umfassend die Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie, Gastroenterologie, Infektiologie und Endokrinologie. Darin stellten die Gutachter folgende (Haupt-)Diagnosen (act. II 39.1 S. 28 f.): Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Untergewicht, BMI 16 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 R63.4) 2. Hypermobilität (ICD-10 M35.7) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes (ICD-10 F54.31) 2. Magenentleerungsstörung (ICD-10 K 31.9) 3. Nahrungsmittelintoleranzen (ICD-10 K 90.4) 4. Leichte Gastritis (ICD-10 K 29.5) 5. Migräne (ICD-10 G43) 6. Spannungstyp-Kopfweg (ICD-10 G44.2)

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 9 - 7. Chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) 8. St. n. offener anterolateraler Bandstabilisierung mit anatomischer Raffung des Ligamentum fibulotalare anterius und fibulocalcaneare rechts am 18. Juni 2014 9. Hyperprolaktinämie 10. St. n. EBV-Infektion (ICD-10 B27.0)

#### **E. 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

#### **E. 11**

St. n. Neutropenie (0.03 G/L) nach Novalgin® (Metamizol; ICD-10 D70.19) Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der gutachterlichen Beurteilung und der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, welche sich für gar nicht mehr arbeitsfähig halte. Ursächlich für diese Diskrepanz sei wahrscheinlich in erster Linie die psychiatrische Diagnose einer somatoformen autonomen Funktionsstörung. Andere Ursachen für die Selbstlimitierung könnten nicht eruiert werden (act. II 39.1 S. 30 Ziff. 6.4). Aus somatischer Sicht seien der Beschwerdeführerin aufgrund des Untergewichts und der allgemeinen Hypermobilität körperlich belastende Tätigkeiten nicht zumutbar. In körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten bestehe hingegen aus somatischer Sicht aufgrund der objektivierbaren Befunde keine Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit. Bei fehlender Objektivierbarkeit einer Ursache der geklagten Bauchschmerzen könne weder aus gastroenterologischer, infektiologischer, neurologischer, endokrinologischer noch aus allgemeininternistischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Aus psychiatrischer Sicht könne ausser der somatoformen autonomen Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes keine weitere Diagnose gestellt werden. Die genannte Diagnose begründe aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit für sämtliche körperlich mittelschwer oder schwer belastenden Tätigkeiten festgestellt werden. In körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. II 39 S. 30 Ziff. 6.2). In der RAD-Stellungnahme vom 24. März 2017 legte Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, dar, aus der durchgeführten polydisziplinären Abklärung (Januar 2017) sei ersichtlich, dass in körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe, womit der Beschwerdeführerin die bisherige Ausbildung zur Fachfrau ... mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) weiterhin zumutbar sei. Es beständen ein Untergewicht mit BMI 16kg/m<sup>2</sup> (Januar 2017) und eine Hypermobilität des Bewegungsapparates,

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 10 - womit körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten nicht zugemutet werden könnten. In körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die bisherige Ausbildung entspreche dem definierten angepassten Zumutbarkeitsprofil (act. II 41 S. 4). 3.3 Bei Erlass der Verfügung vom 17. September 2025 (act. II 155) prä-sentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt: 3.3.1 Im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2022 wurden als Diagnosen ein hochgradiger Verdacht auf ein CFS DD Fibromyalgie DD Overlap Syndrom, einen Status nach EBV-Infekt mit Status febrilis und ent-zündlicher Multisystem-Erkrankung (ED September 2014) und eine latente Hyperthyreose (ED 2019) erwähnt (act. II 94 S. 18). Die Arbeitsfähigkeit sei aus schlafmedizinischer Sicht eingeschränkt (act. II 94 S. 19). 3.3.2 Im Bericht vom 26. April 2023 diagnostizierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, eine ME / ein CFS Fibromyalgie DD Overlap Syndrom (EM 2014), relevante Allergien gegen Amoxicillin, Metronidazol, Ciprofloxacin, Metoclopramid (Primperan), Novalgin, Clarithromycin, Kon-trastmittel, Resolor, Relaxane, Morphin, eine Laktose- und Fruktoseintole-ranz, unklare Unterbauchschmerzen, einen Status nach entzündlicher Mul-tisystem-Erkrankung, eine Urtikaria, einen leichten Vitamin D-Mangel, ei-nen Holter vom 16. Dezember 2021 (keine Rhythmusstörungen), zweite COVID-19 Impfung am 12. Januar 2022, eine latente Hyperthyreose ED ca. 2019 und einen Räusperzwang sowie ein häufiges Globusgefühl inkl. Aetio-logie (act. II 82 S. 18 f.). Für eine ME / ein CFS seien die kanadischen Konsenskriterien erfüllt. Dabei handle es sich um eine schwere Fatigue mit physischer, kognitiver und emotionaler Belastungsintoleranz und post- exertional Malaise. Hinzu kämen generalisierte Schmerzen, Schlafstörun-gen und verschiedene andere Symptome. In der klinischen Untersuchung lasse sich ein schweres orthostatisches posturales Tachykardiesyndrom feststellen, welches sicher zur Symptomatik wesentlich beitrage (act. II 82 S. 20). 3.3.3 Im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 3. Mai 2023 (act. II 82 S. 15 ff.) wurden als Diagnosen ein hochgradiger Verdacht auf ein

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 11 - CFS / eine ME (EM 2014), ein Status nach EBV-Infekt mit Status febrilis und entzündlicher Multisystem-Erkrankung (ED September 2014) sowie eine latente Hyperthyreose (ED 2019) genannt (act. II 82 S. 15). Die Sym-ptomatik erfülle die klinischen Kriterien für ein CFS / eine ME. Passend seien auch der EBV-Infekt als Auslöser der Symptomatik und Hinweise auf eine action prone Persönlichkeit als Risikofaktor für die Entwicklung einer Sensibilisierung des zentralen und peripheren Nervensystems, dessen Dysregulation und Reizamplifikation die vielfältige, die verschiedenen zen-tral gesteuerten Organsysteme betreffende Symptomatik erkläre. Als chro-nische Stressoren und damit krankheitserhaltend wirkten auch die Bemühungen der Beschwerdeführerin und der (Trainings-)Therapien um die Wiedererlangung der ursprünglichen Leistungsfähigkeit. Zentrales Ele-ment der Behandlung sei das sog. Pacing, die Anpassung der körperlichen, mentalen und sozialen Aktivitäten an die effektiven Möglichkeiten, deren Grenzen durch die Beschwerden gesetzt würden. Dabei sollten die Gren-zen nicht nur respektiert, sondern unterschritten werden (act. II 82 S. 16). 3.3.4 Im Bericht vom 24. Juli 2023 (act. II 82 S. 12 ff.) erwähnte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in Bestätigung der von ihr am 26. April 2023 (act. II 82 S. 18 ff.) gestellten Diagnosen, aktuell sei die Beschwerdeführerin nach der ...lehrgang-Prüfung sehr erschöpft, erfreulicherweise habe sie jedoch den Lehrgang erfolgreich abgeschlossen (act. II 82 S. 13 f.). 3.3.5 Im Bericht der F. \_\_\_\_\_ vom 22.

August 2023 (act. II 82 S. 22 ff.) über die neuropsychologische Abklärung vom 11. Juli 2023 diagnostizierte M. Sc. J. \_\_\_\_\_, Neuropsychologin (anerkannt 14. Oktober 2025), eine leichte kognitive Störung (Aufmerksamkeit, verbales Gedächtnis und Exekutivfunktionen) mit/bei kognitiver Fatigue (subjektiv schwere kognitive Fatigue) und ME/CFS (DD Fibromyalgie, DD Overlap Syndrom mit EM 2014) mit post-exertional Malaise (act. II 82 S. 31). Die Beschwerdeführerin sei weniger belastbar, ermüde geistig wesentlich rascher und brauche daher mehr und frühzeitig Pausen. Dabei nehme sie die Ermüdung stärker wahr, als sie tatsächlich vorhanden sei. Ihre Aufmerksamkeit nehme im Verlauf ab, sie werde subjektiv müder und wirke auch müder. Wenn sie sich gleichzeitig auf mehrere Reize konzentrieren solle, verpasse sie im Verlauf immer mehr der relevanten Reize ("Multitasking"). Sie habe etwas mehr

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 12 - Mühe als Gleichaltrige, sich kurzfristig eine altersentsprechende Menge an verbalen Informationen zu merken. Zudem falle es ihr schwer sich an bereits gelernte Inhalte zu erinnern, wenn sie bereits zuvor Ähnliches gelernt habe. Es falle ihr schwer im Voraus zu planen, rasch zwischen zwei ihr bekannten Aufgaben zu wechseln und sie sei störanfällig (act. II 82 S. 30). Aufgrund der objektivierten Defizite komme es zu Leistungseinschränkungen, die gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Vereinigung für Neuropsychologie (SVNP) generell mit 10 bis 30 % beziffert würden (je nach Anforderung der jeweiligen Tätigkeiten). Im Fall der Beschwerdeführerin deutlich relevanter sei allerdings die kognitive Ermüdbarkeit/verminderte Belastbarkeit (zeige sich klinisch wie auch testpsychologisch), was sich negativ auf die möglichen Präsenzzeiten auswirke. Rein aufgrund ihres dennoch guten kognitiven Niveaus sollte insgesamt eine EFZ Ausbildung im Rahmen des Möglichen liegen (ohne Beachtung der Belastbarkeit). Wichtig sei aber auch ein wohlwollendes, unterstützendes und förderndes Umfeld. Aufgrund der aktuellen Situation sollte es der Beschwerdeführerin möglich sein, bei Bedarf Pausen zu machen. Generell sollte sie Aufgaben nicht unter Zeitdruck erledigen müssen, oder dann im Anschluss an eine Pause machen können. Doch auch bei idealen Anpassungen werde die Fatigue bestehen bleiben. Die zeitliche Belastbarkeit könne daher nur minimal gesteigert werden, ein Abfall der Leistung (Abnahme des Tempos, Zunahme von Fehlern) im Verlauf des Tages sei wahrscheinlich. Zudem könne sie sich weniger gut konzentrieren, habe Schwierigkeiten sich relevante (bspw. kundenbezogene) Informationen zu merken, was dazu führen könne, dass sie wichtige Inhalte verpasse oder nachfragen müsse. Zudem sollte sie Aufgaben seriell, sprich eine nach der nächsten bearbeiten können und nicht parallel. Während dem Bearbeiten eines Auftrages sollte sie nicht unterbrochen und beim Planen und Organisieren unterstützt werden (act. II 82 S. 31). 3.3.6 Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 25. Oktober 2023 (act. II 82 S. 6 ff.) in Bestätigung der von ihr bereits gestellten Diagnosen fest, es zeige sich eine schwere ME / ein schweres CFS, die/das in letzter Zeit eine Verschlechterung erfahren habe. Verschiedene medikamentöse Therapien seien nicht vertragen worden. Limitierend sei die post-exertional Malaise. Nach Überanstrengung (nicht nur körperlich, sondern auch geistig

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 13 - oder unter Umständen emotional) komme es mit 24 - 48stündiger Verzögerung zu einer ausgeprägten Zustandsverschlechterung, welche Tage, Wochen oder Monate anhalten könne und im schlimmsten Fall irreversibel sei. Essenziell sei deswegen das Pacing (act. II 82 S. 7). Die Beschwerdeführerin sei auf absehbare Zeit 100 % arbeitsunfähig (act. II 82

S. 8). Am 8. Februar 2024 führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, sie könne die Diagnose einer ME / eines CFS nur bestätigen. Die Beschwerdeführerin erfülle die Diagnosekriterien mit einer invalidisierenden Fatigue seit mehr als sechs Monaten, (mit) einer körperlichen, geistigen und emotionalen Belastungsintoleranz und bei Überschreiten der Belastungstoleranz mit Verzögerung einer post-exertional Malaise sowie ausserdem neurokognitiven Störungen und Schlafstörungen. Daneben leide sie auch an gastrointestinalen Beschwerden, Herzklopfen, Muskelschmerzen, Sehstörungen, kognitiven Einschränkungen, Schwindel, Kopfschmerzen und Schlafstörungen (act. II 95 S. 5). Die mit Verzögerung auftretende post-exertional Malaise sei das die Beschwerdeführerin am stärksten limitierende Symptom. Aufgrund des vielfältigen Bildes und der während der Begutachtung meist nicht ersichtlichen post-exertional Malaise entstehe eine vermeintliche Diskrepanz zwischen dem Eindruck während der Begutachtung und den Aussagen der Beschwerdeführerin, so dass oft an eine psychosomatische Erkrankung gedacht werde. Aktuell bestehe keine verwertbare Arbeitsfähigkeit. Ein beruflicher Einstieg sei weder möglich noch zumutbar, da dies zu einer erneuten post-exertional Malaise führen würde, welche im schlimmsten Fall irreversibel sein könne (act. II 95 S. 6). Am 15. Februar 2024 berichtete Dr. med. E. \_\_\_\_\_ von einem weiterhin sehr schwierigen Verlauf, es zeige sich bisher kein Ansprechen auf die Therapien (act. II 94 S. 4). In einem weiteren Bericht desselben Tages (zuhanden der IV) attestierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 1. Oktober 2023 bis 30. September 2024 (act. II 96 S. 3). Einer Eingliederung ständen eine schwere körperliche, geistige und emotionale Belastungsintoleranz mit post-exertional Malaise nach Überschreitung der Belastungstoleranz entgegen (act. II 96 S. 7). 3.3.7 Im Bericht der Psychotherapie G. \_\_\_\_\_ vom 26. Februar 2024 nannte M. Sc. H. \_\_\_\_\_, Psychotherapeutin, als Diagnosen und Pro-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 14 - bleme eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23) mit/bei CFS/ME DD Fibromyalgie DD Overlap Syndrom, Status nach EBV-Infekt, latenter Hypertyreose, Reizdarm, viszeraler Hyperalgesie und Gastroparese (ED 2016; act. II 97 S. 2). Bereits in der Einstiegsphase der Therapie habe sich die starke Erschöpfung durch die Gespräche und den Weg gezeigt, sodass die Therapiesitzungen zur Entlastung bald ausschliesslich telefonisch geführt worden seien. In der Prüfungsphase (des ...lehrgangs) habe die Beschwerdeführerin ihre Energie voll für die Prüfungen eingesetzt, weshalb die Sitzungen weniger engmaschig hätten stattfinden können. Nach den Prüfungen habe sich im Sinne einer post-exertional Malaise eine noch tiefergehende Erschöpfung abgezeichnet, sodass die telefonischen Sitzungen auf 45 min. hätten begrenzt werden müssen. Diese habe sich im Verlauf aggraviert, sodass die Beschwerdeführerin nur noch mit sehr leiser Stimme gesprochen habe (act. II 97 S. 3). 3.3.8 Im MEDAS Gutachten vom 19. Oktober 2024 (act. II 127.1) – umfassend die Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin (act. II 127.3), Psychiatrie (act. II 127.4), Rheumatologie (act. II 127.5), Neurologie (act. II 127.6) und Gastroenterologie (act. II 127.7) – stellten die Gutachter folgende Diagnosen (act. II 127.1 S. 9 f. Ziff. 4.3 lit. b und c): Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit • Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - subjektive Müdigkeit und Erschöpfung (ICD-10 R53) - chronische Abdominalbeschwerden unklarer Ätiologie (ICD-10 R10.4) - Magenentleerungsstörung mittelschweren Ausmasses, ED 2016 (ICD-10 K31.9) - Laktose- und Fruktoseintoleranz, ED 2015 (ICD-10 K90.4) - Untergewicht mit BMI von 17 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 R63) - Colon irritabile vom Diarrhoe-Typ (ICD-10 K57.1) - chronisches multilokuläres fibromyalgiformes Schmerzsyndrom (ICD-10

R52.9, M79.0) - diverse Medikamentenunverträglichkeiten (ICD-10 G88.7) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Status nach Typ C-Gastritis (ED Gastroskopie 2014/2015; ICD-10 K29.5) 2. Orthostatische Intoleranz (ICD-10 I95.1) Es bestehe eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden, für welche die psychiatrischerseits gestellte Diagnose einer Somatisierungsstörung sich verantwortlich zeichne. Es beständen keine Hinweise für eine

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 15 - bewusste Symptomverdeutlichung oder gar Aggravation (act. II 127.1 S. 8 Ziff. 4.2).

Anlässlich der Exploration beklage die Beschwerdeführerin vor allem eine ausgeprägte Erschöpfung mit schnellem Erreichen einer Belastungsgrenze nach 30-minütiger leichter konzentrativer Tätigkeit und Verstärkung einer Vielzahl von Symptomen nach bereits leichter körperlicher Belastung. Im Vordergrund der Beschwerden beständen neben der Erschöpfung ein allgemeines Krankheitsgefühl, Glieder- und Muskelschmerzen, Schwindel, Herzrasen bereits bei leichter Belastung, Magen-Darm-Beschwerden, eine Geräusch-, Licht- und Geruchsempfindlichkeit, eine Traurigkeit und Niedergeschlagenheit sowie weitere Beschwerden. Bezüglich Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit klar im Vordergrund stehe die psychiatrischerseits gestellte Diagnose einer Somatisierungsstörung. Aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin könne eine gewisse affektive Symptomlast angenommen werden, auch wenn die Beschwerdeführerin sich anlässlich der Untersuchung euthym präsentiert habe. Die Schwingungsfähigkeit sei leicht eingeschränkt gewesen, affektiv sei sie eher wenig spürbar gewesen. Bei beklagten Konzentrationsstörungen (im Zusammenhang mit Erschöpfung) hätten sich anlässlich der Untersuchung leichte Störungen, die mit den Ergebnissen in der neuropsychologischen Untersuchung übereinstimmten, gezeigt. Es hätten sich weder formalgedankliche noch inhaltliche Auffälligkeiten gezeigt. Die affektive Beschwerdelast erfülle nicht die Kriterien einer eigenständigen affektiven Störung gemäss ICD-10 (act. II 127.1 S. 8). Aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes, welches offenbar somatisch nicht ausreichend nachvollzogen werden könne, sei zu diskutieren, ob allenfalls dem Geschehen eine psychische Ursache zu Grunde liege. Nachdem keinerlei Anzeichen aus dem schizophrenen Formenkreis inklusive wahnhaftige Störung vorlägen, könne dieses Krankheitsbild ausgeschlossen werden. Ebenfalls liege keine relevante affektive Symptomatik vor, ebenfalls keine suchtmmedizinische Diagnose. Bezüglich einer Persönlichkeitsstörung sei anzumerken, dass weder anlässlich der zwei Begutachtungen noch anlässlich der offenbar doch mittlerweile ein- einhalbjährigen ambulanten psychologischen Behandlung je Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gefunden worden seien, sodass diese auszuschliessen sei. Bezüglich einer somatoformen Störung sei festzustellen, dass zum Zeitpunkt des Beschwerdebegins resp. davor psychosoziale Belastungen (Mobbing in der Schule) bestanden hätten. Ent-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 16 - sprechend der Beschreibung in der ICD-10 widersetze sich die Beschwerdeführerin der Möglichkeit, dass eine psychische Ursache zu Grunde liegen könnte. Darin werde sie jedoch auch von ihren somatischen Behandlern bestärkt, die klar von einer neurologischen Diagnose ausgingen. Passend erscheine ebenfalls das extensive Suchen nach einer Behandlung und der Einsatz verschiedenster Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel sowie das Nachgehen verschiedenster, auch nicht medizinischer, Therapien, diese unter anderem nach selbständig getätigter Information im Internet und nicht ärztlich empfohlen.

Diagnostisch sei am ehesten an eine Somatisierungsstörung zu denken, wobei, wie aufgeführt, festzuhalten sei, dass die Beschwerdeführerin in der Annahme, unter einer neurologischen Erkrankung zu leiden, durch ihr Ärzteteam bestärkt werde. Differentialdiagnostisch sei noch eine neurotische Störung zu diskutieren, insbesondere eine Neurasthenie. Die Diagnoseleitlinien der ICD-10 hierfür würden erfüllt. Anlässlich der Angaben zur Anamnese und Krankheitsentwicklung erscheine das Vorliegen einer Neurasthenie jedoch eher unwahrscheinlich. Am ehesten sei davon auszugehen, dass sich im Zusammenhang mit einem ungelösten innerseelischen Konflikt nach schwerer somatischer Erkrankung eine somatoforme Störung ausgebildet habe. Die Abdominalsymptomatik sei auch im Rahmen der Somatisierungsstörung anzusiedeln. Weder aus allgemeininternistischer, rheumatologischer noch neurologischer Sicht könnten weitere Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (act. II 127.1 S. 9). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei hauptsächlich psychiatrisch bedingt. Ungünstig sei die Überhöhung der subjektiven Beschwerden, mit denen sich die Beschwerdeführerin unablässig befasse (act. II 127.1 S. 10 Ziff. 4.5). Beim Vorliegen einer Somatisierungsstörung sei grundsätzlich vom Erhalt einer Arbeitsfähigkeit oder Teilarbeitsfähigkeit auszugehen. Dafür spreche in diesem Fall die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin eine Ausbildung absolvieren können, dagegen sprächen die Angaben zum Tagesablauf und zu den Aktivitäten (act. II 127.1 S. 10 Ziff. 4.6.1). Eine körperlich und psychisch wenig anspruchsvolle Tätigkeit im Bereich Büro sei zumutbar mit einer Präsenz von vier bis fünf Stunden pro Tag. Es bestehe eine erheblich reduzierte Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement, hauptsächlich durch die Stundenreduktion abgebildet. Insgesamt betrage die Arbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt 50 %

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 17 - bezogen auf ein 100 %-Pensum. Nach vorangehend nicht dokumentierter dauerhaft höhergradig eingeschränkter Arbeitsfähigkeit könne die aktuelle Arbeitsfähigkeit spätestens seit dem Zeitpunkt der Wiederanmeldung vom Januar 2024 angenommen werden (act. II 127.1 S. 11 Ziff. 4.7). Der Gesundheitszustand habe sich aus psychiatrischer Sicht verändert, in dem sich eine Somatisierungsstörung ausgebildet habe, die sich relevant auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Aus somatischer Sicht sei es nicht zu einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands gekommen (act. II 127.1 S. 11 Ziff. 4.9). 3.3.9 In der Stellungnahme des RAD vom 15. September 2025 erwähnte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, den vom Rechtsbeistand der Beschwerdeführerin angeführten erhöhten Puls, wiederholtes Herzrasen und den Schwindel habe die Beschwerdeführerin auch im Gutachten angegeben. Im internistischen Gutachten sei ein Puls von 120/min. und ein Blutdruck von 95/80 mmHg festgestellt worden. Die Beschwerdeführerin sei mit einem BMI von 17 kg/m<sup>2</sup> weiterhin untergewichtig. Deshalb sei die Arbeitsfähigkeit bei einem angepassten Arbeitsplatz weiterhin infolge der orthostatischen Dysregulation nur in einer körperlich leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit gesehen worden. Der hohe Ruhepuls existiere seit vielen Jahren. Das Untergewicht, ebenso wie eine Dekonditionierung und ein niedriger Blutdruck seien bereits im Gutachten vom 20. Januar 2017 festgestellt worden. Deshalb seien bereits damals nur körperlich leichte Tätigkeiten als möglich erachtet worden. Belastungstests zum Nachweis einer Kreislaufregulationsstörung seien nicht nötig, wenn dies nicht in Abrede gestellt werde. Der Zusammenhang eines hohen Ruhepulses und eines niedrigen Blutdrucks mit Untergewicht seit über zehn Jahren und bei

Bewegungsmangel und Dekonditionierung sei naheliegend. Ein niedriger Blutdruck sei keine Erkrankung. Der Puls sei Ausdruck des Herzschlags und abhängig vom körperlichen und psychischen Zustand eines Menschen. Die orthostatische Dysregulation sei ein Symptom, einhergehend auch mit Untergewicht und Dekonditionierung. Eine Erkrankung der inneren Organe oder eine Nervenerkrankung als Ursache der Kreislaufstörung liege nicht vor. Zweifel an den Ausführungen im Gutachten seien nicht begründet (act. II 154 S. 2).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 18 - 3.4 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 151 V 244 E. 3.5 S. 248, 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C\_260/2020 E. 2.2). 3.5 Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 19. Oktober 2024 (act. II 127.1; inkl. Teilgutachten; act. II 127.3-7) erfüllt die von der höchstgerichtlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor). 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 wurden 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. act. II 127.1). Das Gutachten überzeugt vorab in seiner diagnostischen Herleitung, wonach bei der Beschwerdeführerin eine Somatisierungsstörung (ICD-10

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 19 - F45.0) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt. Dabei handelt es sich entgegen der Darstellung in der angefochtenen Verfügung vom 17. September 2025 (S. 1) und der Beschwerdeantwort (S. 3 Ziff. 5) nicht um eine Verdachtsdiagnose. Die psychiatrische Gutachterin begründet die Diagnose der Somatisierungsstörung schlüssig. Sie orientierte sich an den massgebenden diagnostischen Kriterien (vgl.

DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 225 f.), setzte sich mit der divergierenden diagnostischen Einschätzung der behandelnden Psychologin auseinander und zeigte im Rahmen ihrer differentialdiagnostischen

Überlegungen nachvollziehbar auf, dass insbesondere weder eine Anpassungsstörung, eine eigenständige affektive Störung, eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (inkl. wahnhafte Störung), eine Suchterkrankung, noch eine Persönlichkeitsstörung vorliegen und auch nicht von einer Neurasthenie auszugehen ist (act. II 127.4 S. 6 f. Ziff. 6.2.3 und 6.3 lit. a). Daran ändert die gutachterliche Formulierung "am ehesten" mit Blick auf die höchstrichterliche Rechtsprechung nichts; so bestätigte das Bundesgericht mit Urteil 8C\_578/2023 vom 6. Mai 2024 die Diagnose einer Somatisierungsstörung, wobei der dortige psychiatrische Gutachter hierfür nach Prüfung verschiedener Diagnosen "am meisten Hinweise" konstatiert hatte (8C\_578/2023 E. 5.2.1). Sodann führte die psychiatrische Gutachterin nach einer fundierten differenzialdiagnostischen Abwägung in der abschliessenden Auflistung der Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Somatisierungsstörung ohne jegliche Relativierung auf (kein Zusatz "Verdacht auf" ["V.a."]) und nicht anders wurde die Diagnose in der interdisziplinären Konsensbeurteilung aufgeführt (act. II 127.1 S. 9 Ziff. 4.3 lit. b). Die diagnostizierte Somatisierungsstörung ist damit erstellt (BGE 151 V 244 E. 3.4 S. 248, 280 E. 3.3.1 S. 282, 144 V 427 E. 3.2 S. 429; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 161, 8C\_457/2021 E. 3.3). Ebenso überzeugt das Gutachten, soweit interdisziplinär gestützt auf die psychiatrische Beurteilung und ohne zusätzliche somatisch bedingte Einschränkung eine medizinisch-theoretische 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit festgesetzt wird (act. II 127.1 S. 11 Ziff. 4.7). In diesem Zusammenhang ist rechtsprechungsgemäss dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 20 - hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt. Die psychiatrische Exploration eröffnet dem begutachtenden Psychiater bzw. der begutachtenden Psychiaterin daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und rechtlich zu respektieren sind, sofern der Experte, wie vorliegend der Fall, lege artis vorgegangen ist (BGE 145 V 361 E. 4.1.2 S. 365; SVR 2023 IV Nr. 55 S. 191, 8C\_130/2023 E. 4.5; vgl. E. 3.5.4 hiernach). Die Gutachter der MEDAS bejahen sodann explizit eine massgebliche Veränderung des Sachverhalts im relevanten Zeitraum (vgl. E. 2.5.4 und 3.1 hiervor) aus psychiatrischer Sicht (act. II 127.1 S. 11 Ziff. 4.9). Die psychiatrische Gutachterin legte nachvollziehbar und schlüssig dar, dass anlässlich der Vorbegutachtung bei der MEDAS im Jahr 2016 (Explorationsjahr; act. II 39.1 S. 2), welche die medizinische Grundlage der Verfügung vom 17. September 2018 (act. II 73) bildete, das damalige Beschwerdebild massgeblich von den Magen-Darm-Beschwerden (vgl. etwa act. II 39.1 S. 23 f. Ziff. 4.4, S. 30 Ziff. 6.2) geprägt war (act. II 127.4 Ziff. 6.2.3). Sie äusserte(n) sich damit unmissverständlich zum vorliegend relevanten Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts. Die nunmehr gutachterlich diagnostizierte psychische Beeinträchtigung stand zur damaligen Zeit nicht (im selben Ausmass) im Vordergrund. Im Rahmen der früheren psychiatrischen Begutachtung wurden keine psychischen Belastungen gefunden bzw. keine psychopathologischen Befunde erhoben (act. II 39.1 S. 12 f. Ziff. 4.1.3 und 4.1.10). Es wurde denn auch eine andere Diagnose gestellt (somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes [ICD-10 F54.31]), welcher keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde. Dementsprechend lag in angepassten leichten Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit vor, während aktuell aufgrund der sich im Verlauf ausgebildeten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) eine medizinisch-theoretische hälftige Arbeitsunfähigkeit besteht (act. II 127.1 S. 11 Ziff. 4.9,

127.4 S. 9 Ziff. 9). Die seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist damit genügend untermauert, wird doch gutachterlich aufgezeigt, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zur neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 21 - geführt haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 39, 9C\_244/2017 E. 4.2.2). Zudem ist aufgrund der Identität der Abklärungsstelle (zum Vorgutachten) grundsätzlich von einer erhöhten Aussagekraft bezüglich der gesundheitlichen Entwicklung auszugehen, da hierdurch die Vergleichbarkeit der Befunde im zeitlichen Längsschnitt meist besser gewährleistet ist (vgl. BGE 147 V 79 E. 7.4.4 S. 84). Schliesslich erachtete auch der RAD das Gutachten der MEDAS vom 19. Oktober 2024 (act. II 127.1; inkl. Teilgutachten) als beweiskräftig (act. II 130 S. 2, 154 S. 2 f.). Es ist deshalb darauf abzustellen. Daran vermögen die Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. 3.5.1 Soweit die Beschwerdeführerin ihre Einschränkungen betont (Beschwerde S. 7, 18, 22), konnten diese von den Gutachtern objektiv nicht in diesem Ausmass bestätigt werden. Vielmehr wiesen sie auf eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden hin, für welche die diagnostizierte Somatisierungsstörung verantwortlich sei (127.1 S. 8 Ziff. 4.2). In deren Rahmen sei auch die Abdominalsymptomatik der Beschwerdeführerin anzusiedeln (act. II 127.1 S. 9 Ziff. 4.3 lit. a in fine). Dass Diskrepanzen zwischen subjektiv beklagten Beschwerden und objektivierbaren Befunden für eine Somatisierungsstörung typisch sind (vgl. DILLING ET AL., a.a.O. S. 225), erwähnt im Übrigen auch die Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 9 Rz. 20). Ebenso ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung subjektive Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar und die Schmerzangaben zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfung zugänglich sein müssen (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität vermögen die subjektiven Angaben der versicherten Person eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht ohne Weiteres rechtsgenügend nachzuweisen, sondern es hat stets eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296). Eine solche ist hier im Rahmen der MEDAS-Begutachtung erfolgt, wobei der Umstand, dass die Gutachter dabei zu

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 22 - einer von der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin abweichenden Beurteilung gelangten, keine Zweifel am Gutachten weckt. 3.5.2 Wenn der begutachtenden Stelle unter Hinweis auf medizinische Literatur eine Voreingenommenheit betreffend ME/CFS vorgehalten wird (Beschwerde S. 10 ff. Ziff. 24-31 und 54 f.), kann dies mit Blick auf das Ergebnis, wonach ein invalidisierender Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu bejahen ist (vgl. E. 4.4 hiernach), offen bleiben, zumal es für die Belange der IV nicht auf die Diagnose ankommt, sondern einzig darauf, welche funktionellen Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 151 V 66 E. 5.9 S. 75), worauf im Übrigen auch die Beschwerdeführerin selber hinweist (Beschwerde S. 8 Ziff. 17). Wenn gutachterlich schlüssig und nachvollziehbar eine Somatisierungsstörung diagnostiziert (act. II 127.1 S. 9 Ziff. 4.3, 127.4 S. 7 Ziff. 6.3; vgl. E. 3.5 hiervor)

und in Kenntnis der Berichte der behandelnden Ärztin deren Diagnose einer ME / eines CFS verworfen wird (vgl. act. II 127.6 S. 4 Ziff. 6.2.3), ist dies auch unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Praxis zulässig (BGer 8C\_578/2023 E. 5.2.2). Den Berichten der behandelnden Neurologin (vgl. etwa act. II 82 S. 6 ff., S. 12 ff., S. 18 ff., 95 S. 2 ff., 96 S. 3 ff.) sind keine wesentlichen Aspekte zu entnehmen, welche im Rahmen der Begutachtung durch die MEDAS unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C\_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C\_835/2018 E. 3). In der abweichenden Diagnosestellung anderer Ärzte liegt auch kein Umstand begründet, der zwingend zu weiteren Abklärungen führen müsste (Urteil des BGer 8C\_149/2025 vom 26. März 2026 E. 6.1.2). Weiterungen zu den (laien-)medizinischen Ausführungen in der Beschwerde erübrigen sich (vgl. dazu Urteile des BGer 8C\_233/2024 vom 6. November 2024 E. 5.3 und 8C\_584/2023 vom 6. Mai 2024 E. 5.6). 3.5.3 Ob die im Gutachten der MEDAS bejahte Verschlechterung des Gesundheitszustands im Januar 2024 (act. II 127.1 S. 11 Ziff. 4.7.5 und 4.9) oder zu einem früheren Zeitpunkt eintrat oder nicht (Beschwerde S. 15 Rz. 37 f.), kann ebenfalls offen bleiben. Angesichts der im Januar 2024 erfolgten Neuanmeldung (act. II 78) sowie in Anwendung der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG fällt der frühestmögliche Rentenbe-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 23 - ginn auf den 1. Juli 2024. Zu diesem Zeitpunkt war das erforderliche Wartearbeitjahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG unter Berücksichtigung der durch die behandelnde Neurologin, Dr. med. E. \_\_\_\_\_, bescheinigten vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit (act. II 82 S. 5) – auch wenn diese zu relativieren ist (vgl. E. 3.5.4 hiernach) – erfüllt. Einer abschliessenden Klärung eines allfällig früheren Eintritts der gesundheitlichen Verschlechterung bedarf es daher nicht. Die Festsetzung des Zeitpunkts der Verschlechterung reduziert jedenfalls den Beweiswert des Gutachtens nicht. 3.5.4 Was die kritisierte gutachterliche Bemessung der Arbeitsunfähigkeit betrifft (Beschwerde S. 15 ff. Rz. 39 ff.), ist festzuhalten, dass, wie zuvor ausgeführt (vgl. E. 3.5 hiervor), die psychiatrische Exploration mit einem fachlichen Beurteilungsspielraum verbunden ist, mithin die ärztliche Arbeitsunfähigkeitsschätzung nicht zuletzt auch vom Ermessen der medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt und diese dann vom Rechtsanwender im Rahmen einer umfassenden Betrachtung zu prüfen ist (BGE 143 V 418 E. 6 S. 427; 141 V 281 E. 5.2.1 S. 306; vgl. E. 4 hiernach). Vorliegend hat die psychiatrische Gutachterin ihr Ermessen in vom Gericht nicht zu beanstandender Weise ausgeübt und begründet. So anerkennt sie eine erhebliche gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, sieht gleichzeitig aber unter Berücksichtigung der vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen Verwertungspotential (lediglich) im Rahmen einer körperlich und psychisch wenig anspruchsvollen Tätigkeit (act. II 127.1 S. 11 Ziff. 4.7, 127.4 S. 9 Ziff. 8.1 f.). Im Übrigen wurde in der vor der Begutachtung durch die MEDAS erfolgten neuropsychologischen Abklärung bei diagnostizierter leichter kognitiver Störung aufgrund der objektivierten Defizite auch einzig eine Einschränkung zwischen 10 und 30 % veranschlagt sowie unter ausdrücklichem Einbezug der relevanteren kognitiven Ermüdbarkeit – bei dennoch gutem kognitivem Niveau – eine Ausbildung auf EFZ-Niveau für möglich erachtet (act. II 82 S. 31). Die neuropsychologische Abklärung lässt damit keine über die gutachterlich-psychiatrische Einschätzung hinausgehende relevante Defizite erkennen (vgl. hierzu auch E. 3.5.6 hiernach). Dass die behandelnde Neurologin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Jahren attestiert (act. II 82 S. 5), vermag die gutachterliche Bemessung nicht in Frage zu stellen. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ argumentiert teilweise

juristisch bzw. advokatorisch anmutend (act. II 114 S. 1) und

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 24 - damit ausserhalb ihrer ärztlichen Tätigkeit, weshalb ihren Ausführungen von vornherein allein begrenzter Beweiswert zukommt (vgl. Urteil des BGer 8C\_532/2024 vom 26. Juni 2024 E. 4.2 mit Hinweis). Ausserdem ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte, sondern auch für spezialärztlich tätige Medizinalpersonen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 78, 8C\_616/2014 E. 5.3.3.3; Urteil des BGer 8C\_164/2021 vom 3. Mai 2021 E. 3.2.1). Dies zeigt sich hier bezeichnenderweise darin, dass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin weniger zutraut als diese sich selber. So hatte die neurologische Behandlerin mit Schreiben vom 29. Mai 2024 die Beschwerdegegnerin inständig darum gebeten, auf die interdisziplinäre Begutachtung bei der MEDAS zu verzichten, womit die Beschwerdeführerin mit E-Mail tags darauf sich ausdrücklich nicht einverstanden erklärte und einzig um eine Staffelung der Begutachtung ersuchte (act. II 113-115). 3.5.5 Zum geltend gemachten Herzrasen, dem erhöhten Puls, dem Schwindel etc. (Beschwerde S. 18 Rz. 47 ff.) ist festzuhalten, dass anlässlich der gutachterlich-internistischen Untersuchung unauffällige Befunde erhoben wurden (act. II 127.3 S. 5 Ziff. 4.3) und sich dementsprechend keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ergab (act. II 127.3 S. 5 f. Ziff. 6.3 lit. b). Diese Einschätzung wurde auch vom RAD nicht beanstandet. Überzeugend wies die RAD-Internistin darauf hin, dass im internistischen Teilgutachten ein Puls von 120/min. und ein Blutdruck von 95/80 mmHG (im Sitzen; act. II 127.3 S. 5 Ziff. 4.3) festgestellt worden seien und die Beschwerdeführerin mit einem BMI von 17 kg/m<sup>2</sup> weiterhin untergewichtig sei, weshalb die Arbeitsfähigkeit bei einem angepassten Arbeitsplatz weiterhin infolge der orthostatischen Dysregulation nur in einer körperlich leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit gesehen worden sei (act. II 127.3 S. 7 Ziff. 8.1, 154 S. 2). Dies erweist sich auch als kongruent zum im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung formulierten Zumutbarkeitsprofil, welches von einer körperlich und psychisch wenig anspruchsvollen Tätigkeit im Bereich Büro ausgeht (act. II 127.1 S. 11 Ziff. 4.7.1). Die geltend gemachten kreislaufspezifischen Einschränkungen finden damit hinreichend Berücksichtigung. Im Übrigen wies die die RAD-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 25 - Internistin abschliessend auch zutreffend darauf hin, dass keine Erkrankung der inneren Organe oder eine Nervenerkrankung als Ursache der Kreislaufstörung vorliege (act. II 154 S. 2), was sich aus den gutachterlichen Untersuchungen ergibt. 3.5.6 Auch soweit die Beschwerdeführerin eine fehlende neuropsychologische Abklärung geltend macht (Beschwerde S. 22 Rz. 59), kann ihr nicht gefolgt werden, wurde doch die neuropsychologische Abklärung von M. Sc. J. \_\_\_\_\_ vom 22. August 2023 (act. II 82 S. 22 ff.) im Gutachten aufgeführt (act. II 127.2 S. 9) und im Rahmen der Konsensbeurteilung berücksichtigt bzw. gewürdigt. So führten die MEDAS-Gutachter aus, dass bei beklagten Konzentrationsstörungen (im Zusammenhang mit Erschöpfung) anlässlich der Untersuchung sich leichte Störungen zeigten, die mit den Ergebnissen in der neuropsychologischen Untersuchung übereinstimmten (act. II 127.1 S. 8 Ziff. 4.3 lit. a). Des Weiteren ist auch zu beachten, dass eine neuropsychologische Abklärung lediglich eine Zusatzuntersuchung darstellt, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist.

Es bleibt Aufgabe des psychiatrischen oder allenfalls des neurologischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuro- psychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. Urteil des BGer 8C\_28/2025 vom 7. Juli 2025 E. 7.3). Inwiefern hier eine Indikation zu einer weiteren Untersuchung gegeben gewesen wäre, legt die Beschwerdeführerin nicht dar und ist auch nicht ersichtlich. Zum Zeitpunkt der polydisziplinären Be- gutachtung durch die MEDAS bildete die bereits vorliegende neuropsycho- logischen Abklärung eine hinreichend aktuelle Einschätzung. Ausserdem wurde darin die Validität der beklagten Beschwerden als herabgesetzt be- urteilt. So erwähnte M. Sc. J. \_\_\_\_\_ u.a., dass in einem Fragebogen zu typischen kognitiven, psychischen und somatischen Beschwerden sich eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit einer bedeutsamen Beschwerdeübe- rerhöhung und -ausweitung gezeigt habe. Die Anzahl der Pseudobeschwerden habe über dem Grenzwert gelegen wie auch das Verhältnis zwischen Pseudo- und echten Beschwerden. Die Beschwerdeführerin habe auch eine erhöhte Menge an genuinen Beschwerden (kognitive, depressive, ängstliche, un- spezifische somatische sowie Schmerzbeschwerden) angegeben. Weiter habe sie starke Schmerzen angegeben, welche sich klinisch jedoch nicht

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 26 - hätten beobachten lassen. Ferner hielt M. Sc. J. \_\_\_\_\_ fest, dass sich Hinweise für eine Antwortverzerrung der Beschwerden zeigten, weshalb Zweifel an der Glaubwürdigkeit der geschilderten Beschwerden beständen. Die subjektiven Angaben dürften nicht unkritisch übernommen werden und sie blieben im dargestellten Ausmass unglaubwürdig (act. II 82 S. 29). Vor diesem Hintergrund war eine erneute neuropsychologische Abklärung nicht indiziert. 3.6 Der medizinische Sachverhalt ist nach dem oben Erwähnten rechtsgenügend abgeklärt, weshalb sich in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; in BGE 151 III 28 nicht publizierte E. 5.2 des Urteil des BGer 9C\_298/2024 vom 14. August 2024; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C\_296/2018 E. 4) weitere Abklärungen, namentlich die beantragte Einho- lung eines Gerichtsgutachtens (Beschwerde S. 2 Ziff. 2), erübrigen. Zu- sammenfassend ist damit erstellt, dass ein Gesundheitsschaden mit Aus- wirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt und es gilt das gutachterlich for- mulierte Zumutbarkeitsprofil, wonach in einer angepassten, körperlich we- nig anspruchsvollen Tätigkeit (im Bürobereich) eine Arbeits(un)fähigkeit von 50 % seit zumindest Januar 2024 vorliegt. Rechtlich handelt es sich dabei nicht um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts: Während die vormalige (andere) Diagnose keine Einbusse des Leistungsvermögens (in einer angepassten Tätigkeit) zur Folge hatte, begründet die nunmehr im Vordergrund stehende gesundheitliche Problematik eine hälftige medizi- nisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, womit ein Revisionsgrund gegeben ist (vgl. E. 3.5 in fine). 4. Zu prüfen ist damit die Frage der Massgeblichkeit der gutachterlich- psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer angepassten

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 27 - Tätigkeit (vgl. E. 3.6 hiervor), mithin ob dieser auch aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann (vgl. E. 2.2 hiervor). 4.1 Die MEDAS-Gutachter zeigten keine Diskrepanzen im Sinne eines Ausschlussgrundes auf. Insbesondere stellten sie keine Hinweise für eine bewusste Symptomverdeutlichung oder gar Aggravation fest (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51; act. II 127.1 S. 8 Ziff. 4.2). Die ausgeprägten Diskrepan- zen zwischen den subjektiv geklagten Beschwerden und den objektiven Befunden werteten sie plausibel als Ausdruck der

diagnostizierten Somatisierungsstörung (act. II 127.1 S. 8 Ziff. 4.2). Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus, womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens vorzunehmen ist. 4.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie funktioneller Schweregrad (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.). 4.2.1 Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes: 4.2.1.1 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Die Gutachter erwähnten, dass neben der ausgeprägten Erschöpfung mit nach kurzer Zeit erreichter Belastungsgrenze u.a. ein allgemeines Krankheitsgefühl, Glieder- und Muskelschmerzen, Schwindel, Herzrasen bei leichter Belastung, Magen-Darm-Beschwerden, eine Geräusch-, Licht- und Geruchsempfindlichkeit, eine Traurigkeit und Niedergeschlagenheit im Vordergrund ständen. Sie konstatierten eine gewisse affektive Symptomlast, eine leicht eingeschränkte Schwingungsfähigkeit sowie leichte Konzentrationsstörungen, die mit den Ergebnissen der vorgutachterlichen neuropsychologischen Untersuchung (vgl. act. II 82 S. 22 ff.) übereinstimmten (act. II 127.1 S. 8 Ziff. 4.3 lit. a) und werteten die der Somatisierungsstörung immanente Überhöhung der subjektiven Beschwerden, mit denen sich die Beschwerdeführerin unablässig befasste, als ungünstig

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 28 - (act. II 127.1 S. 10 Ziff. 4.5). Demgegenüber stellten sie keine formalgedanklichen und inhaltlichen Auffälligkeiten fest (act. II 127.1 S. 8 Ziff. 4.3 lit. a). Es ergeben sich damit keine Anhaltspunkte, die eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde nahelegten, als der gestellten Diagnose bereits inhärent ist. 4.2.1.2 Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenzen als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Es ist aktenkundig belegt, dass die Behandlung schwerpunktmässig auf somatischer Ebene erfolgt. Die psychiatrische Gutachterin weist darauf hin, dass lediglich eine niederfrequente psychologische Behandlung stattfindet. Zum Erreichen relevanter Fortschritte erachtet sie eine Intensivierung der Behandlung mit mindestens wöchentlichen bis zweiwöchentlichen Terminen sowie eine begleitende antidepressive Behandlung mit einem aktivierenden Antidepressivum (auch bei fehlender relevanter affektiver Symptomlast, aufgrund des hohen Leidensdrucks und der offenbar beschränkten medikamentösen Möglichkeiten) als indiziert (act. II 127.4 S. 8 Ziff. 7.1). In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wird die Intensivierung der psychotherapeutischen Behandlung auch empfohlen (act. II 127.1 S. 11 Ziff. 4.8). Insoweit wird Behandlungspotenzial bescheinigt. Hinsichtlich beruflicher Eingliederungsbemühungen ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin von September 2021 bis August 2023 einen ...lehrgang (sechs Stunden Kurs an einem Tag, alle zwei Wochen) erfolgreich absolvieren konnte (act. II 127.1 S. 10 Ziff. 4.4). Mithin kann unter diesen Umständen nicht von einer Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten bzw. einer ausgewiesenen Behandlungs- oder Eingliederungsresistenz die Rede sein. 4.2.1.3 Was den Indikator Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) anbelangt, liegen neben der Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) mit subjektiver Müdigkeit und Erschöpfung, chronischen Abdominalbeschwerden unklarer Ätiologie, Untergewicht, einem Colon irritabile vom Diarrhoe-Typ, einem chronischen multilokulären fibromyalgiformen

Schmerzsyndrom und diversen Medikamentenunverträglichkeiten ein Status nach Typ C-Gastritis (ICD-10 K29.5) und eine orthostatische Intoleranz (ICD-10 K29.5) vor (act. II 127.1 S. 9 f. Ziff. 4.3 lit. b und c). Die Gutachter

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 1. Mai 2026, IV 200 2025 686 - 29 - der MEDAS führen die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit primär auf die psychische Symptomatik zurück, wobei die Symptomüberhöhung sowie das krankheitsunterstützende Umfeld (Familie, Internetinformation, Behandler) ungünstig wirkten. Somatische Diagnosen mit quantitativer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie keine; die Gastritis (Status nach) und die orthostatische Intoleranz entfalten keine leistungserheblichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (act. II 127.1 S. 10). Damit liegt insgesamt ein vielschichtiges Beschwerdebild vor. 4.2.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) liegt keine Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung vor, die eine Ressourcenaktivierung in Richtung einer beruflichen Tätigkeit erschweren würde. Überzeugend führt die psychiatrische Gutachterin aus, dass weder anlässlich der zwei Begutachtungen noch anlässlich der zwischenzeitlich aufgenommenen ambulanten psychologischen Behandlung je Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gefunden worden seien (act. II 127.4 S. 7 Ziff. 6.3 lit. a). 4.2.3 Der Komplex sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt ein im Wesentlichen auf die Familie beschränktes Umfeld. Die Beschwerdeführerin wohnt zusammen mit ihren Eltern in einer Vier-Zimmer-Wohnung. Sie wird sowohl in den persönlichen als auch in den finanziellen Belangen massgeblich von ihnen getragen. Regelmässige ausserhäusliche soziale Aktivitäten bestehen keinerlei (act. II 127.1 S. 10 Ziff. 4.4, 127.3 S. 4 Ziff. 3.2.4, 127.4 S. 4 Ziff. 3.2 und S. 6 Ziff. 6.1, 127.5 S. 2 f. Ziff. 3.2.1).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.