

200 14 65 IV  
ACT/SHE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 19. Mai 2014**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Schnyder

A. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführerin



gegen

**IV-Stelle Bern**

Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 7. Januar 2014

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1985 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im September 2009 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Nach Durchführung medizinischer und erwerblicher Erhebungen bejahte die IVB am 26. Januar 2010 den Anspruch auf Eingliederungsberatung (AB 17). Die Versicherte teilte am 1. Februar 2010 mit, es bestehe kein Bedürfnis für eine anderweitige berufliche Eingliederung. Ihr Arbeitspensum sei derzeit bei 75% und sie hoffe auf Heilung und Weiterführung ihres Berufes (AB 19). Mit einem weiteren Schreiben verzichtete sie am 19. März 2010 auf berufliche Massnahmen, da sie weiterhin in ihrem erlernten Beruf arbeiten wolle (AB 22). Gestützt darauf wies die IVB am 31. Mai 2010 das Leistungsbegehren auf berufliche Massnahmen ab (AB 26) und entschied zudem mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 23. September 2010, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (AB 29).

### **B.**

Am 16. September 2013 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf ein Burnout ein weiteres Mal bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 31). Erneut führte die IVB medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Mit Verfügung vom 7. Januar 2014 wies sie, nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 42), das Leistungsbegehren mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens ab (AB 43).

### **C.**

Hiergegen erhob die Versicherte mit undatiertem Schreiben, welches beim angerufenen Gericht am 23. Januar 2014 eintraf, Beschwerde. Sie beantragt die Zusprache beruflicher Massnahmen.

Mit Beschwerdeantwort vom 5. Februar 2014 schliesst 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 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 7. Januar 2014 (AB 43). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Die Beschwerdeführerin erwähnt in ihrer Beschwerde lediglich berufliche Massnahmen. Dennoch wird zu ihren Gunsten angenommen, die umfassende Verfügung vom 7. Januar 2014 (AB 43) sei im Ganzen angefochten worden.

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

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

## **2.**

**2.1** 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 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewälti-

gung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseeleischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354). Aus Gründen der Rechtsgleichheit ist es geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283).

**2.3** 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). Bei diesen Massnahmen handelt es sich um medizinische Massnahmen (Art. 12 ff. IVG), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Art. 14a IVG), Massnahmen beruflicher Art (Art. 15 ff. IVG) sowie Hilfsmittel (Art. 21 ff. IVG).

**2.4** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 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).

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 132 V 93 E. 4 S. 99).

**2.5** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Dies gilt auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten

Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). 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 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; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen 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).

### **3.**

**3.1** Aus den Akten wird ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 16. September 2013 (AB 31) eingetreten ist. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 23. September 2010 (AB 29) resp. der Mitteilung vom 31. Mai 2010 betreffend berufliche Massnahmen (AB 26) und der hier angefochtenen Verfügung vom 7. Januar 2014 (AB 43) eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads eingetreten ist (vgl. E. 2.5 hiervor).

**3.2** Der Verfügung vom 23. September 2010 (AB 29) resp. der Mitteilung vom 31. Mai 2010 (AB 26) lagen im Wesentlichen folgende ärztliche Berichte zu Grunde:

**3.2.1** Im Bericht vom 25. November 2009 (AB 12) diagnostizierte Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, mit Auswir-

kung auf die Arbeitsfähigkeit eine HWS-Distorsion nach Autounfall vom 13. März 2009 mit chronischen Nacken- und Kopfschmerzen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte sie die Diagnosen eines Colon irritabile sowie einer muskulären Dysbalance im Bereich der BWS und LWS (S. 1 Ziff. 1.1). Nach dem Autounfall habe die Beschwerdeführerin unter Schmerzen im Bereich der HWS und interskapulär gelitten. Weiter habe sie über massive Kopfschmerzen und systematischen Schwindel geklagt. Nach der Einleitung von medikamentöser Therapie und Physiotherapie habe sie am 30. März 2009 ihre angestammte Tätigkeit wieder zu 50% aufnehmen können. Zum jetzigen Zeitpunkt klage die Beschwerdeführerin über eine diffuse Müdigkeit, Nackenschmerzen und zum Teil Kopfschmerzen. Objektiv lägen weiterhin Myogelosen im Bereich der cervikalen Muskulatur bei guter HWS-Beweglichkeit vor. Die 50%-ige Arbeitsfähigkeit dauere voraussichtlich bis am 31. Dezember 2009 an (S. 2 Ziff. 1.4 und 1.6).

**3.2.2** Gemäss dem Bericht von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 29. Juni 2010 (AB 27/3) sei nach intensiver Physiotherapie und sehr zögerlicher Besserung der Schmerzen schliesslich am 1. Juni 2010 die volle Arbeitsfähigkeit wieder erreicht worden. Die Ärztin diagnostizierte eine HWS-Distorsion bei Status nach Verkehrsunfall sowie ein chronisches zervikales Schmerzsyndrom und führte aus, der Gesundheitszustand habe sich gebessert. Zwar leide die Beschwerdeführerin bei starken Belastungen immer noch an beträchtlichen Nacken- und Kopfschmerzen, habe aber gute Coping-Strategien entwickelt. Es bestünden weiterhin Myogelosen im Bereich der zervikalen Muskulatur und inkonstant gewisse Bewegungseinschränkungen der HWS, diese seien im Alltag jedoch nicht mehr relevant.

### **3.3**

**3.3.1** Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 7. Januar 2014 (AB 43) liegt insbesondere folgender Bericht zu Grunde:

Dr. med. B. \_\_\_\_\_ diagnostizierte in ihrem Bericht, welcher am 18. Oktober 2013 bei der Beschwerdegegnerin eintraf (AB 40/2 ff.), mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein Erschöpfungssyndrom (ICD-10 F48.0), bestehend seit November 2012, depressive Episoden leichten Grades (ICD-10 F33.0) sowie einen Status nach HWS-Distorsionstrauma im Früh-

jahr 2009 (S. 2 Ziff. 1.1). Im November / Dezember 2012 habe sich die Beschwerdeführerin in immer kürzeren Abständen in der Praxis gemeldet. Zuerst habe sie vor allem über Nausea, Erbrechen und Magenprobleme geklagt. Die früher geklagten Rückenprobleme schienen zu diesem Zeitpunkt besser gewesen zu sein. Mit der Zeit seien Schlafstörungen dazugekommen und die Beschwerdeführerin habe letztlich schon Anfangs November 2012 nicht mehr arbeiten gehen können. Verschiedene Versuche einer medikamentösen Einstellung seien gescheitert. Ein Arbeitsversuch im Mai/Juni 2013 sei fehlgeschlagen. Während des Sommers und den angebrochenen Herbstmonaten 2013 habe die Beschwerdeführerin sich etwas stabilisiert; eine regelmässige Tagesstruktur habe jedoch nicht installiert werden können. Dr. med. B.\_\_\_\_\_ stellte unter anderem den ärztlichen Befund, dass die Beschwerdeführerin zum Teil immer noch etwas subdepressiv wirke. Zurzeit sehe es so aus, dass sie nicht aus eigenen Kräften ihren beruflichen Neuanfang schaffen könne. Es fänden mindestens einmal monatliche Gespräche in ihrer psychosomatisch orientierten Allgemeinpraxis statt. Die Ärztin empfahl eine ambulante psychotherapeutische Begleitung (S. 3 Ziff. 1.4 und 1.5).

**3.3.2** Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin ein Arztzeugnis von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 20. Januar 2014 ein (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 2). Darin führte die Ärztin aus, die Beschwerdeführerin leide aktuell unter einer ausgeprägten Erschöpfungsproblematik im Sinne eines Burn-out-Syndroms. In der Vergangenheit sei es im Anschluss an einen Autounfall mit HWS-Distorsion schon einmal zu einer ähnlichen Episode (Frühjahr/Sommer 2009) gekommen. Die Wiedereingliederung in den Arbeitsplatz gestalte sich nun schwierig, da die Beschwerdeführerin nur halbtags mit einem Pensum von maximal 20-30% wöchentlich belastbar sei und nicht gleich 50% arbeiten können. Zudem sei die Rückkehr an den vorherigen Arbeitsplatz im angestammten Beruf nicht mehr realistisch. Sie brauche eine Umschulung und zuvor eine Berufsabklärung.

**3.3.3** Nach Erlass der Verfügung vom 7. Januar 2014 (AB 43) reichte der zuständige Krankentaggeldversicherer am 24. Januar 2014 (AB 46/1) den undatierten Bericht seines Vertrauensarztes, Dr. med. C.\_\_\_\_\_

(AB 46/2 ff.), ein. Dieser führte aus, eine ungewohnte Belastung in der angestammten Tätigkeit habe die Beschwerdeführerin in einen äussersten Erschöpfungszustand gebracht. Am Ende des Arbeitsauftrags sei sie nur noch zitternd mit Bauchweh, total erschöpft und trotzdem schlaflos gewesen und unfähig, irgendetwas zu unternehmen oder einen Entschluss zu fassen. Dieser Zustand habe sich nach einer monatelangen Erholungsphase sofort wieder eingestellt, als sie erneut an ihrem angestammten Arbeitsplatz eingesetzt worden sei. Am zweiten Tag habe sie nicht mehr weiter arbeiten können (S. 2). Der Arzt führte aus, die Beschwerdeführerin leide an einer sehr ausgeprägten Traumatisierung mit anhaltendem Erschöpfungszustand („Burnout“; andere diagnostische Ausdrücke kämen zusätzlich in Frage). Die Arbeitsunfähigkeit sei absolut gerechtfertigt, d.h. die Beschwerdeführerin sei gegenwärtig bei bestem Willen nicht im Stande, zu mehr als ca. einen Drittel eine Arbeit aufzunehmen. Erschwerend komme hinzu, dass sie ihren angestammten Beruf höchstwahrscheinlich langfristig nicht mehr ausüben könne (S. 3).

**3.4** 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

### **3.5**

**3.5.1** Aus den Akten geht hervor, dass sich aus somatischer Sicht seit der rentenablehnenden Verfügung vom 23. September 2010 (AB 29) resp. der Mitteilung vom 31. Mai 2010 (AB 26) nichts geändert hat. So kann dem Bericht von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom Oktober 2013 (AB 40/2 ff.) entnommen werden, dass kein somatischer Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit besteht (S. 6). Bereits die bildgebenden Abklärungen der HWS (AB 5/13 und 12/9) im Jahr 2009 ergaben einen weitgehend unauffälligen Befund. Gegenteiliges wird denn auch zu Recht nicht geltend gemacht.

**3.5.2** Aus psychischer Sicht führt Dr. med. B. \_\_\_\_\_ im Bericht vom Oktober 2013 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit neu die Diagnosen eines „Erschöpfungssyndroms (ICD-10 F48.0)“ und depressiver Episoden leichten Grades (ICD-10 F33.0) auf (AB 40/2). Im Bericht vom 20. Januar 2014 (act. I 2) spricht sie dagegen von einer ausgeprägten Erschöpfungsproblematik im Sinne eines Burn-out-Syndroms. Auch Dr. med. C. \_\_\_\_\_ geht in seinem undatierten Bericht an den Krankentaggeldversicherer offenbar von der Diagnose eines Burnouts aus (AB 46/3). Das diagnostizierte Burnout kann bei Personen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen in psychosozialen Belastungssituationen auftreten. Es wird zwar unter dem Diagnose-Code ICD-10 Z73.0 aufgeführt, entspricht aber keiner Erkrankung im Sinne der anerkannten internationalen Klassifikationssysteme. Bei den Z-Kodierungen handelt es sich um Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Die Kategorien Z00-Z999 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als „Diagnosen“ oder „Probleme“ angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Burnout als solches fällt somit nicht unter den Begriff der invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung und stellt grundsätzlich keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.1). Gleich verhält es sich bei der leichten Depression, da eine solche allein grundsätzlich nicht geeignet

ist, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen, zumal bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, bei Aufbietung allen guten Willens die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Januar 2010, 9C\_260/2009, E. 2.3). Dass sowohl Burnout als auch leichte Depression keine invalidisierenden Gesundheitsschäden sind, wird im vorliegenden Fall denn auch dadurch bestätigt, dass keine Überweisung an einen Psychiater erfolgt ist und monatlich nur eine Behandlung durchgeführt wird (AB 40/3 Ziff. 1.5), wobei nicht weiter spezifiziert wird, was mit „mindestens“ einmaligem Gespräch gemeint ist. Damit besteht gestützt auf die Krankheitsbilder leichte Depression resp. Burnout – welche im Übrigen hier den gleichen Zustand leicht unterschiedlich bezeichnen – kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

Das von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ weiter diagnostizierte „Erschöpfungssyndrom ICD-10 F48.0“ (AB 40/2) ist – soweit die Symptomatik nicht bereits im Burnout aufgeht – eine andere Umschreibung für die Diagnose Neurasthenie (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8. überarbeitete Aufl., 2011, S. 236). Es handelt sich dabei um ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage, wobei die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze analog anwendbar sind (BGE 139 V 346 E. 2 S. 347). Hier liegen keine Umstände vor, welchen den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess ausnahmsweise unzumutbar machen. Es besteht keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Die leichte Depression gemäss dem Bericht von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ von Oktober 2013 (AB 40/2) genügt in dieser Hinsicht nicht (Entscheid des BGer vom 23. November 2010, 9C\_749/2010, E. 4.3.1, wonach sogar eine mittelgradige depressive Episode kein verselbständigter Gesundheitsschaden ist), was erst recht für das von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ angenommene Burnout (AB 46/3) gilt, da dieses – wie zuvor dargelegt – ohnehin nicht unter den Begriff der invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen fällt. Auch die weiteren von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien (vgl. E. 2.2

hiervor) sind hier offensichtlich nicht erfüllt. Insbesondere nicht die Kriterien des sozialen Rückzugs in allen Belangen des Lebens und des mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufs mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung. Weiter sprechen auch die bereits im Rahmen von leichter Depression und Burnout erwähnten Gründe der Nichtüberweisung an einen Psychiater sowie der lockeren Behandlung gegen eine invalidisierende Wirkung der Neurasthenie.

**3.6** Bei dieser Sach- und Rechtslage besteht im vorliegenden Fall mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens von vorneherein kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Rente und berufliche Massnahmen). Damit liegt im Übrigen auch kein Neuanmeldungsgrund vor. Entgegen der Auffassung in der Beschwerde reicht eine attestierte Arbeitsunfähigkeit für sich allein nicht aus, da nicht jeder Krankheit invalidisierende Wirkung zukommt.

#### **4.**

Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 7. Januar 2014 (AB 43) als rechters. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

#### **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.— bis Fr. 1'000.— festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.—, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.— werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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