

200 15 1080 IV
MAW/SAW/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. Juni 2016

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Winiger

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. November 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1961 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 19. Mai 2014 unter Hinweis auf Epilepsie und eine Depression bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, act. II] 1). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische sowie erwerbliche Erhebungen durch und liess die Versicherte insbesondere bei den Dres. med. C._____, Facharzt für Neurologie FMH, und D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, interdisziplinär (neurologisch und psychiatrisch) begutachten (vgl. Gutachten vom 19. Januar 2015, act. II 27.1). Zudem veranlasste sie eine Haushaltsabklärung (vgl. Abklärungsbericht Haushalt vom 29. Mai 2015, act. II 30).

Mit Vorbescheid vom 4. Juni 2015 (act. II 31) stellte die IVB der Versicherten unter Berücksichtigung der gemischten Invaliditätsbemessungsmethode (Erwerb: 80%, Haushalt 20%; vgl. E. 2.3 hiernach) und bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 22% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden und erhob am 14. Juli 2015 Einwand (act. II 34). Dabei machte sie gestützt auf eine Stellungnahme des behandelnden Neurologen, Dr. med. E._____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 30. Juni 2015 (act. II 34 S. 3) u.a. geltend, auf das interdisziplinäre Gutachten sei nicht abzustellen. In der Folge holte die IVB auf Veranlassung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (act. II 36) bei Dr. med. C._____ eine ergänzende Stellungnahme (act. II 40) zu Fragen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ein und verfügte nach Rücksprache sowohl mit dem RAD (act. II 42) als auch mit dem Abklärungsdienst (act. II 47) am 4. November 2015 (act. II 48) wie im Vorbescheid angekündigt.

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 7. Dezember 2015 Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben.
2. Das Verfahren sei an die Beschwerdegegnerin zur Neuberechnung des Invaliditätsgrades zurückzuweisen.
3. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin mindestens eine Viertelsrente auszurichten.

Subeventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin spätestens ab dem 1. August 2015 mindestens eine Viertelsrente auszurichten.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 14. Januar 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

In der Replik vom 17. Februar 2016 resp. in der Duplik vom 21. März 2016 hielten die Parteien je an ihren Rechtsbegehren fest.

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 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 4. November 2015 (act. II 48). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

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 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.

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; BGE 141 V 15 E. 3.2 S. 20, 125 V 146 E. 2a S. 149).

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 141 V 15 E. 3.2 S. 20, 125 V 146 E. 2a S. 150).

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).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Vom 8. bis zum 24. April 2013 wurde die Beschwerdeführerin in der Klinik F._____, stationär behandelt. Dem Austrittsbericht vom 20. Juli 2013 (act. II 15) sind hauptsächlich folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 2):

- Wahrscheinlich symptomatische mesiale Temporallappenepilepsie links
- Schlafstörungen mit Verdacht auf REM-Parasomnie
- Depression seit 2008 mit im Verlauf Panikattacken und somatischem Syndrom
- Hypothyroidie bei Verdacht auf Hashimoto Thyreoiditis

Ausser einem leichten Aktionstremor im Rahmen der Therapie mit Depakine seien bei Eintritt keine neurologischen Auffälligkeiten festgestellt worden. Die Eintritts-Elektroenzephalografie (EEG) habe eine normale Grundaktivität und eine links temporo-basale Funktionsstörung mit Phasenumkehr über T3 gezeigt, was zu einer Temporallappenepilepsie passend wäre. Mittels wiederholten EEG's, Tag- und Nachtelemetrien, Langzeit-EEG's und kontinuierlicher Videoüberwachung hätten ohne Depakine auch unter Provokationsmanöver (Schlafentzug, Fotostimulation, Hyperventilation) keine epileptischen Anfälle beobachtet werden können. Bei der neuropsychologischen Untersuchung seien leichte kognitive Minderleistungen für die geteilte Aufmerksamkeit und die nonverbale Lernleistung, ohne Hinweis auf eine Lateralisierung, festgestellt worden. Zusammenfassend leide die Patientin an einer wahrscheinlich symptomatischen mesialen Temporallappenepilepsie mit Ursprung temporal links. Da sich während der Hospitalisation keine Hinweise auf eine hohe Anfallsaktivität ergeben hätten, habe die Patientin weiterhin mit einer Valproat-Monotherapie – unter der sie bereits sechs Monate klinisch anfallsfrei gewesen sei – entlassen werden können (S. 4). Ferner hätten sich in zwei Nachtelemetrien eine pathologisch reduzierte Schlaffeffizienz und eine sehr fragmentierte Schlafarchitektur ergeben. In der REM-Phase seien Body-Twitching und eine abortive Episode von nicht stereotypen Bewegungen ohne bioelektrisches Korrelat in einer REM-Phase dokumentiert, sodass die nächtlichen vorbeschriebenen Auffälligkeiten am ehesten im Sinne von

REM-Parasomnien zu beurteilen seien. Von einer spezifischen Therapie könne aktuell abgesehen werden (S. 5).

3.1.2 Der behandelnde Neurologe Dr. med. E. _____ diagnostizierte im Verlaufsbericht vom 4. Juli 2014 (act. II 19) komplex partielle, selten generalisierende Anfälle sowie nächtliche Temporallappenanfälle mit komplexen Handlungen (S. 2 Ziff. 1.1). Klinisch neurologisch zeige sich die Patientin unauffällig; das EEG sei gegenwärtig normal. Die Epilepsie müsse aktuell als therapieresistent betrachtet werden, weshalb eine weitere Anfallstätigkeit zu erwarten sei (S. 2 f. Ziff. 1.1, 1.4). Ab dem 15. Dezember 2012 attestierte Dr. med. E. _____ eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Dabei verneinte er die Fahreignung und gab an, Arbeiten in der Höhe und an Maschinen seien nicht geeignet. Zudem sei die Doppelbelastung von Haushalt und Berufstätigkeit nicht zumutbar, weil bei der Patientin die Anfälle durch Schlafentzug und emotionalen Stress verstärkt ausgelöst würden. Da sie abgelegen wohne, könne sie keine ausserhäusliche Tätigkeit ausüben (S. 3 f. Ziff. 1.6 f.).

3.1.3 Die Beschwerdeführerin wurde am 12. Januar 2015 durch die Dres. med. C. _____ und D. _____ interdisziplinär (neurologisch und psychiatrisch) begutachtet (vgl. Gutachten vom 19. Januar 2015, act. II 27.1). Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Gutachter nächtliche Temporallappenanfälle mit komplexen Handlungen sowie eine dissoziative Fugue und Amnesie (ICD-10 F44.0/1; S. 9 Ziff. 6 und S. 14 Ziff. 5). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen eine Fatigue, organisch nicht zuordenbar, und ein leicht ausgeprägtes linksbetontes Cervicalsyndrom vor (S. 9 Ziff. 6).

Aus neurologischer Sicht legte Dr. med. C. _____ dar, seit 2009 beständen möglicherweise nächtliche Temporallappenanfälle mit komplexen Handlungen. Dr. med. E. _____ habe die Diagnose einer Epilepsie mit nächtlichen Temporallappenanfällen mit komplexen Handlungen gestellt, während die Klinik F. _____ die erwähnten Ereignisse eher im Rahmen einer Schlafstörung mit Verdacht auf REM-Parasomnie gesehen habe. Anlässlich der aktuellen Begutachtung könne nicht mit letzter Sicherheit eine diagnostische Zuordnung der erwähnten Phänomene getroffen werden. Die psychiatrische Diagnose „dissoziative Fugue und Amnesie

(ICD-10 F44.0/1)“ erscheine in der Gesamtschau der Anamnese und der zur Verfügung stehenden Unterlagen als wahrscheinlichere Differentialdiagnose. Aus rein neurologischer Sicht lasse sich eine durch eine Temporal-lappenepilepsie ausgelöste Beeinträchtigung des Schlafes mit nächtlichem Schlafwandel nicht mit Sicherheit ausschliessen. Unter Annahme einer derartigen Störung sei von einer maximal 25%-igen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen. Ausgeschlossen seien Arbeiten mit Eigen- oder Fremdgefährdung sowie Tätigkeiten mit unregelmässigem Arbeitsrhythmus. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, wie dies von Dr. med. E. _____ attestiert worden sei, könne nicht nachvollzogen werden. Im Unterschied zum betreuenden Neurologen müsse auch die zumutbare Willensanstrengung und die Schadenminderungspflicht bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden (S. 17).

Der Psychiater Dr. med. D. _____ führte aus, bei der Explorandin liege eine konversionsneurotische Symptomatik im Sinne von dissoziativen Fugues und Amnesie vor. Die Fugues kämen nur noch selten vor, angeblich zuletzt vor etwa drei Wochen. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe unter Berücksichtigung der objektiven Befunde, dem Verlauf gemäss Aktenlage, den funktionellen Einschränkungen und den relativ guten psychosozialen Ressourcen keine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die subjektive Einschätzung müsse als Selbstlimitierung und Fixierung auf eine umfassende Unfähigkeit, im ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein, beurteilt werden und sei mit objektiven Befunden nicht zu erklären (S. 16 f.).

Im Rahmen der Konsensbesprechung kamen die Gutachter zum Schluss, dass die neurologische Beurteilung für die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgebend sei (S. 17).

3.1.4 Mit Schreiben vom 30. Juni 2015 (act. II 34 S. 3) nahm Dr. med. E. _____ u.a. zur Expertise vom 19. Januar 2015 Stellung. Er kritisierte, die Gutachter hätten keine klare Diagnose gestellt und unberücksichtigt gelassen, dass es sich ungeachtet der Diagnose um eine Erkrankung mit lebensgefährlichen Komplikationen handle. Habe sich doch die Patientin im Rahmen der Krankheit eine Schädelbasisfraktur zugezogen. Ferner sei die Erkrankung weder geheilt noch in einem Ausmass therapiert, dass künftig derartige Ereignisse mit genügender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen

werden könnten. Die Gefahr einer erneuten erheblichen Verletzung behindere die Integration der Patientin in den Arbeitsmarkt entscheidend, zumal auch die Fahreignung abzusprechen sei und eine Arbeit an gefährlichen Geräten nicht infrage komme. Im Weiteren sei die Patientin aus sozialen Gründen bezüglich des Wohnorts nicht mobil. Dies sei zwar von den Gutachtern berücksichtigt worden, diese hätten aber vor dem Hintergrund einer Konversionsneurose den Schluss gezogen, dass die Einschränkungen willentlich überwindbar wären und einer Selbstlimitierung entsprächen. Dies sei jedoch falsch. Die Limitierung könne angesichts der erheblichen Verletzungen, welche die Patientin bisher schon erlitten habe, sehr wohl objektiviert werden. Unter der Annahme einer therapieresistenten Temporallappenepilepsie sei auch in einem optimalen sozialen Umfeld eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 50% nicht zumutbar.

3.1.5 Am 14. September 2015 (act. II 40) präzierte Dr. med. C. _____ im Rahmen von Zusatzfragen zum Gutachten vom 19. Januar 2015, die angestammte Tätigkeit als ... sei der Explorandin während sechs Stunden pro Tag ohne verminderte Leistungsfähigkeit zumutbar. Diese Tätigkeit sei den Beeinträchtigungen angepasst; es handle sich hierbei um eine leichte körperliche Arbeit, welche vorwiegend im Sitzen ausgeübt werden könne. Angepasste Tätigkeiten mit – entsprechend der Konstitution der Explorandin – leicht bis höchstens mässiger körperlicher Belastung, ohne Schichtarbeit sowie ohne Eigen- und Fremdgefährdung seien in einem zeitlichen Rahmen von zumindest sechs Stunden pro Tag mit voller Leistungsfähigkeit zumutbar.

3.1.6 Die RAD-Ärztin, Dr. med. G. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, teilte in der Stellungnahme vom 28. September 2015 (act. II 42 S. 2) insbesondere mit, auf das bidisziplinäre Gutachten könne abgestellt werden, wobei die IV-fremden Faktoren (familiäre Belastungen durch Angehörige etc.) nicht zu berücksichtigen seien.

3.2 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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 4. November 2015 (act. II 48) massgeblich auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 21. Januar 2015 (act. II 30) gestützt, welcher in medizinischer Hinsicht auf der Expertise der Dres. med. C. _____ und D. _____ basiert (act. II 27.1). Das interdisziplinäre Gutachten vom 19. Januar 2015 erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Wie sich nachfolgend ergibt, sind die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet, sodass darauf abzustellen ist.

3.3.1 Die medizinische Diagnostik im vorliegenden Fall ist nicht restlos klar und konnte auch durch das Gutachten nicht wirklich geklärt werden. So bestätigten die Gutachter weder die im Austrittsbericht der Klinik F. _____ (act. II 15 S. 2) festgestellte Diagnose einer „wahrscheinlich“ symptomatischen mesialen Temporallappenepilepsie noch diejenige von

Dr. med. E. _____ (vgl. Bericht vom 4. Juli 2014, act. II 19 S. 2), der nächtliche Temporallappenanfälle mit komplexen Handlungen festhielt. Vielmehr erachteten sie die Diagnose des behandelnden Neurologen als bloss „möglich“ und stellten erstmals die psychiatrische Diagnose einer dissoziativen Fugue und Amnesie (ICD-10 F44.0/1; act. II 27.1 S. 14 Ziff. 5 und S. 17), welche sie differentialdiagnostisch als wahrscheinlicher einstufen. Trotz dieser Beurteilung stützten sich die Gutachter betreffend das Zumutbarkeitsprofil sodann nicht auf die aus psychiatrischer Sicht attestierte 100%-ige Arbeitsfähigkeit, sondern auf die neurologische Beurteilung, gemäss welcher von einer maximal 25%-igen Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen ist. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. Januar 2016, 9C_785/2015, E. 4.1) schadet eine unklare Diagnose und das Abstellen der Arbeitsunfähigkeit auf die als eher weniger zutreffend beurteilte Diagnose nicht. Denn eine lege artis gestellte Diagnose ist nur, aber immerhin, Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung, während der Leistungsanspruch gegenüber der IV abhängt von den funktionellen Auswirkungen der Beeinträchtigung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 und 2.1.2 S. 286 f.; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 18. Juni 2002, I 139/02, E. 2b). Massgebend sind daher einerseits die im vorliegenden Fall unbestrittene Tatsache, dass die Beschwerdeführerin an einer (relevanten) Erkrankung leidet und andererseits die Einschätzung der daraus resultierenden (verbleibenden) Arbeitsfähigkeit.

Die von den Gutachtern attestierte Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 25% (act. II 27.1 S. 17) resp. wie in der Stellungnahme vom 14. September 2015 (act. II 40) dargelegt, die Zumutbarkeit der angestammten oder einer (andern) angepassten Tätigkeit während sechs Stunden pro Tag, erscheint eher grosszügig bemessen, aber insoweit plausibel, als damit einer durch allfällige nächtliche Anfälle bzw. durch damit verbundene Störungen des Schlafs verursachten Beeinträchtigung ausreichend Rechnung getragen wird. Zugleich wird dadurch auch die Gefahr einer Überbelastung am Arbeitsplatz berücksichtigt. Im Weiteren ist die im Gutachten erwähnte zumutbare Willensanstrengung und die Schadenminderungspflicht nicht so zu verstehen, dass es einer teilweisen Überwindung

der Krankheit durch die Beschwerdeführerin bedürfte, damit sie im Stande ist das ihr anzurechnende Arbeitspensum von 75% zu leisten. Die Gutachter haben in diesem Zusammenhang allein darauf hingewiesen, dass die von Dr. med. E. _____ bescheinigte volle Arbeitsunfähigkeit – insbesondere wegen dessen IV-fremder Argumentation – nicht nachvollziehbar ist (vgl. hierzu eingehender E. 3.3.2 hiernach). Die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 25% ist somit schlüssig begründet und überzeugt. Daran vermag der Einwand der Beschwerdeführerin, sechs Stunden am Tag entsprechen in Bezug auf die durchschnittliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden mathematisch nicht einer 25%-igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. Replik, S. 4), nichts zu ändern, handelt es sich hierbei doch um eine richtunggebende zeitliche Schätzung mit entsprechender Ungenauigkeit und nicht um eine exakt errechnete Angabe. Die geringe Abweichung vermag daher das Endergebnis nicht in Zweifel zu ziehen.

3.3.2 Im Weiteren sind auch die Angaben und Ausführungen des behandelnden Neurologen nicht geeignet, den Beweiswert des Gutachtens einzuschränken. Nachdem Dr. med. E. _____ im Bericht vom 4. Juli 2014 angegeben hatte, eine ausserhäusliche Tätigkeit sei vollständig unzumutbar (act. II 19 S. 4 Ziff. 1.7), korrigierte er seine Einschätzung und gab am 30. Juni 2015 an, auch in einem optimalen sozialen Umfeld sei die Patientin nicht mehr als 50% arbeitsfähig (act. II 34 S. 4 Ziff. 4). Zur Begründung brachte er vorab vor, da die Erkrankung weder geheilt noch in einem ausreichenden Ausmass therapiert worden sei, bestehe die Gefahr einer erneuten erheblichen Verletzung, was die Integration der Patientin in den Arbeitsmarkt entscheidend behindere. Dabei verkennt er, dass eine allfällige Verletzungsgefahr bei der Arbeit im Rahmen der Umschreibung der zumutbaren Tätigkeit berücksichtigt wurde, schlossen die Gutachter doch Arbeiten mit Eigen- oder Fremdgefährdung sowie Tätigkeiten mit unregelmässigem Arbeitsrhythmus explizit aus (act. II 27.1 S. 17). Soweit Dr. med. E. _____ mit diesem Argument auch auf den Umstand hinweisen wollte, dass die Anfälle durch eine Überlastung am Arbeitsplatz ausgelöst werden könnten, kann ihm nicht gefolgt werden. So wurde dieser Möglichkeit im interdisziplinären Gutachten dadurch Rechnung getragen, als eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 25% attestiert wurde, was unter Berücksichtigung der Tatsache, dass während des Aufenthalts in der Klinik

F._____ keine epileptischen Anfälle beobachtet bzw. ausgelöst werden konnten (act. II 15 S. 4), als eher grosszügig erscheint. Dass allenfalls eine zukünftig eintretende Verletzung eine zusätzliche bzw. eine grössere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken könnte, kann nicht im Voraus berücksichtigt werden. Schliesslich ist die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit von Dr. med. E._____ auch insoweit zu bemängeln, als er vorbringt, die Beschwerdeführerin sei aus sozialen Gründen bezüglich Wohnort nicht mobil und müsse von ihrem abgelegenen Wohnort mit den öffentlichen Verkehrsmitteln und hohem Zeitaufwand eine allfällige Arbeitsstelle erreichen (act. II 34 S. 3 Ziff. 3). Dabei handelt es sich um IV-fremde Argumente, die nicht auf die Erkrankung der Beschwerdeführerin zurückzuführen sind und daher nicht zu berücksichtigen sind.

3.3.3 Nach dem Dargelegten ist gestützt auf das beweiskräftige Gutachten vom 19. Januar 2015 (act. II 27.1) von einer 75%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten wie auch in jeder angepassten Tätigkeit auszugehen.

4.

Umstritten ist der Status der Beschwerdeführerin resp. der Umfang, in welchem sie als Gesunde erwerbstätig wäre (vgl. Beschwerde, S. 5 Ziff. 4). Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, resultiert selbst bei der für die Beschwerdeführerin günstigsten Variante (reiner Einkommensvergleich basierend auf einem Beschäftigungsgrad von 100%; vgl. E. 2.3 hiervor) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Der Status und damit auch die Frage nach der anzuwendenden Methode der Invaliditätsbemessung kann vorliegend somit offen gelassen werden.

4.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.3 Gestützt auf die Anmeldung zum Leistungsbezug vom 19. Mai 2014 (act. II 1) und i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung)

liegt der Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns im November 2014. Das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG wurde – ausgehend von der ab Dezember 2012 attestierten 100%-igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. II 19 S. 3 Ziff. 1.6) – im Dezember 2013 erfüllt. Der Einkommensvergleich ist somit auf das Jahr 2014 hin vorzunehmen.

4.3.1 Für das Valideneinkommen kann – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (vgl. S. 7) – nicht auf den ursprünglichen Beruf als ... abgestellt werden. Dies weil die Beschwerdeführerin diese Tätigkeit aufgrund ihrer familiären Situation (Geburt des ersten Sohnes), mithin aus invaliditätsfremden Gründen, aufgegeben und die notwendigen Weiterbildungen nie absolviert hat. Aufgrund der abgeschlossenen Berufslehre ist vom Tabellenlohn (LSE 2012, Tabelle TA1) bzw. vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn für Frauen, Kompetenzniveau 2 (praktische Tätigkeiten wie Verkauf, Pflege, Datenverarbeitung und Administration, Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten, Sicherheitsdienst, Fahrdienst), Total, auszugehen, womit ein breites Spektrum möglicher Stellen im Gesundheitsfall abgebildet wird. Beim Invalideneinkommen besteht an sich kein Anlass, von einer reinen Hilfsarbeitertätigkeit (Kompetenzniveau 1) auszugehen, weshalb auch diesbezüglich auf das Kompetenzniveau 2 und somit auf denselben Tabellenlohn abzustellen ist. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung; diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Entscheid des BGer vom 30. Juli 2012, 8C_365/2012, E. 7 mit Hinweis).

4.3.2 Da die behinderungsbedingten Beeinträchtigungen bereits mit der Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von maximal 25% berücksichtigt wurden und keine weiteren Gründe, die zu einer Einkommenseinbusse führen könnten, ersichtlich sind (vgl. E. 4.2 hiervor), rechtfertigt sich vorliegend – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Replik, S. 4) – kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn. Damit resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 25%.

Wie die Darlegungen in der Beschwerdeantwort zeigen (vgl. S. 4), würde sich am Ergebnis auch nichts ändern, wenn in Bezug auf das Invalidenein-

kommen auf das Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) abgestellt würde. Diesfalls beliefe sich der Invaliditätsgrad auf 34%, womit ebenfalls kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestünde (vgl. E. 2.2 hiervor).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 4. November 2015 (act. II 48) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde deshalb abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen 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

Der Kammerpräsident:

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