

200 16 275 IV
SCP/TOZ/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. März 2017

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
vertreten durch Fürsprecher und Notar B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. Februar 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1965 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 15. Juli 2014 unter Hinweis auf multiple cerebrale Aneurysmen sowie ein psychisches Leiden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Antwortbeilagen der Invalidenversicherung [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) klärte hierauf die gesundheitlichen sowie erwerblichen Verhältnisse ab und zog die Akten des Krankentaggeldversicherers, der C. _____, bei. Gestützt auf ein (im Auftrag der C. _____ erstelltes) polydisziplinäres Gutachten der Begutachtungsstelle D. _____ (MEDAS) vom 8. Juni 2015 (AB 34.2 bis 34.6) stellte sie mit Vorbescheid vom 2. September 2015 (AB 39) der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 10 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Sie erwog hauptsächlich, laut medizinischen Abklärungen bestünden in der angestammten Tätigkeit aus neurologischer Sicht eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit und aus psychiatrischer Sicht eine 10 %ige Einschränkung. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand vom 7. Oktober 2015 (AB 41) fest und wies - nach Einholung einer Stellungnahme der MEDAS vom 21. Dezember 2015 (AB 49) - mit Verfügung vom 2. Februar 2016 (AB 50) das Rentenbegehren der Versicherten ab. Am 22. Februar 2016 verfügte sie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 48) den Abschluss der beruflichen Eingliederung (AB 55).

B.

Gegen die Verfügung vom 2. Februar 2016 lässt die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher und Notar B. _____, am 3. März 2016 Beschwerde erheben und die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren medizinischen Abklärung in Form einer Begutachtung und zur Neubeurteilung beantragen; dies unter Aufhebung des ergangenen Verwaltungsaktes. Eventualiter sei im verwaltungsgerichtlichen Verfahren eine medizinische Begutachtung anzuordnen. Subeventualiter sei der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

Auf Aufforderung des Instruktionsrichters hin reichte die Beschwerdeführerin am 24. März 2016 die verlangten Übersetzungen der Beschwerdebeilagen und weitere Dokumente ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 30. März 2016 sistierte der Instruktionsrichter das Verfahren bis zum Vorliegen des von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen neurologischen Gutachtens von Prof. Dr. med. E. _____, ... des Spitals F. _____.

Mit Eingabe vom 30. August 2016 reichte die Beschwerdeführerin das Gutachten von Prof. Dr. med. E. _____ vom 23. August 2016 ein und änderte ihre Rechtsbegehren dahingehend ab, dass die Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren medizinischen Abklärung in Form einer Begutachtung mit Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit und zur Neubeurteilung zurückgewiesen werde, eventualiter im verwaltungsgerichtlichen Verfahren eine psychiatrische Begutachtung anzuordnen sei und subeventualiter ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen sei.

Mit prozessleitender Verfügung vom 31. August 2016 nahm der Instruktionsrichter das Verfahren wieder auf und setzte Frist zur Einreichung einer Beschwerdeantwort an.

Mit Beschwerdeantwort vom 14. Oktober 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 28. November 2016 bzw. Duplik vom 15. Dezember 2016 hielten die Parteien an ihren Anträgen 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 vom

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 2. Februar 2016 (AB 50). 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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

2.4 Um den IV-Grad 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 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Im Austrittsbericht der Kriseninterventionsstation der Psychiatrischen Dienste G._____ ... vom 7. Oktober 2013 (AB 21) über die stationäre Behandlung vom 14. August bis 3. Oktober 2013 wurden als Diagnosen eine anhaltende affektive Störung/Zyklothymia (ICD-10 F34.0), differentialdiagnostisch eine sonstige bipolare affektive Störung/Bipolar-II-Störung (ICD-10 F31.8), sowie ein schädlicher Gebrauch

von Alkohol mit Status nach Entzugssyndrom (ICD-10 F10.1, ICD-10 F10.3) genannt (AB 21 S. 2). Unter Mitwirkung des hausinternen Sozialdienstes seien mit der Beschwerdeführerin zahlreiche sozialpsychiatrische Angelegenheiten geregelt, besprochen und in die Wege geleitet worden (AB 21 S. 3).

3.1.2 Im Bericht des Spitals F. _____ ... vom 13. August 2014 (AB 13 S. 7 f.) wurden als Diagnosen multiple cerebrale Aneurysmen sowie ein invasiv duktales Mammakarzinom links mit Mamma-Segmentresektion festgehalten (AB 13 S. 7). Gemäss dem interdisziplinären neurovaskulären Kolloquium vom 19. November 2013 sei angesichts der Vorgeschichte mit zweifachen Subarachnoidalblutungen und Vorliegen multipler Aneurysmen ein Clipping der drei linksseitigen Aneurysmen empfohlen worden. Bezüglich des Rezidiv-/Restaneurysmas im Bereich der PICA links müsse zudem eine endovaskuläre Versorgung evaluiert werden. Es werde empfohlen, die ausstehenden Behandlungen im H. _____ durchführen zu lassen, da die Beschwerdeführerin dort mehrfach behandelt worden sei (AB 13 S. 8).

3.1.3 Im Austrittsbericht des Spitals H. _____ vom 26. August 2014 (AB 22) über die Hospitalisation vom 22. August bis 1. September 2014 wurde als Diagnose ein Status nach Subarachnoidalblutungen von 1995 und 2012 genannt (AB 22 S. 4). Es sei eine Kraniotomie mit Clipping von linkem MCA-Aneurysma und linkem Choroidea anterior-Aneurysma (früher gecoint) durchgeführt worden. Es liege ein unkomplizierter postoperativer Verlauf vor. Die Beschwerdeführerin habe keine neuen neurologischen Ausfälle gehabt. Die postoperative computertomographische Angiographie habe keine Zeichen eines Restaneurysmas in der Nähe der geclippten Zone gezeigt. Es bestehe ein Rezidiv-Aneurysma ACIP in der hinteren Schädelgrube (AB 22 S. 5). Die nächste Kontrolle sei in drei Monaten vorgesehen (AB 22 S. 6).

3.1.4 Im polydisziplinären (psychiatrischen, neurologischen und neuropsychologischen) Gutachten der MEDAS vom 8. Juni 2015 (AB 34.2 bis 34.6) wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Bipolar-II-Störung mit derzeit gering ausgeprägter depressiver Symptomatik (ICD-10 F31.81) genannt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien multiple cerebrale Aneurysmen (bei Status nach Subarachnoidalblutung mit

Clipping eines PICA-Aneurysmas links [1995], bei Status nach Subarachnoidalblutung vom 26. August 2012 mit Coiling eines Aneurysmas der Arteria choroidea anterior und der Arteria ophthalmica links, bei Status nach elektivem Stenting/Flow-Diverter von drei asymptomatischen Aneurysmen der Arteria carotis interna rechts distal des Arteria ophthalmica-Abgangs [Oktober 2012], und bei Status nach Kraniotomie und Clipping eines MCA-Aneurysmas links und eines linken [früher gecoilten] Choroidea anterior-Aneurysmas vom 25. August 2014) und ein Status nach Mammakarzinom links (Segmentresektion vom 21. November 2013; AB 34.2 S. 9 f.).

Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 4. Mai 2015 (AB 34.5) wurde festgehalten, dass sich in der neuropsychologischen Abklärung kein konsistentes Leistungsprofil gezeigt habe; ein und dieselbe kognitive Funktion sei in einem Test überdurchschnittlich, in einem anderen Test wiederum erheblich beeinträchtigt gewesen. Die standardmässig durchgeführte Symptomvalidierungsprüfung habe deutlich auffällige Resultate ergeben (AB 34.5 S. 4 f.). Allerdings könnten gestützt auf die vielen durchschnittlichen und sogar überdurchschnittlichen Befunde schwere kognitive Defizite ausgeschlossen werden. Aufgrund der in den Akten beschriebenen psychischen Beschwerden (bipolare Störung) sei am ehesten von einer psychischen Überlagerung auszugehen. Bezüglich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit werde deshalb auf das psychiatrische Teilgutachten verwiesen (AB 34.5 S. 5).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 13. Mai 2015 (federführend; AB 34.3) wurde ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin über Stimmungsschwankungen in der Kindheit berichtet habe. Eine erste schwere depressive Phase habe sie im Jahr 1995 erlebt, als sie die erste Hirnblutung erlitten und ihre manisch-depressive Schwester Suizid begangen habe. Eine weitere Depression sei im Jahr 2013 aufgetreten, nachdem sie an Brustkrebs erkrankt sei und eine zweite Hirnblutung sowie Probleme am Arbeitsplatz gehabt habe. Im Jahr 2014 hätten Auseinandersetzungen am neuen Arbeitsort zur Bildung einer erneuten Depression geführt (AB 34.3 S. 3). Aktuell lebe sie mit einem teilpensionierten norwegischen Anwalt zusammen, den sie in Kürze heiraten werde; er unterstütze sie und Sorge für finanzielle Sicherheit (AB 34.3 S. 4). Auffällig sei die grosse Diskrepanz

zwischen den subjektiven Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin, die unter anderem eine ausgeprägte Erschöpfbarkeit sowie deutliche kognitive Beeinträchtigungen geschildert habe, und den objektiven Untersuchungsbefunden (sowohl in der psychiatrischen Untersuchung als auch in der neuropsychologischen Testung) gewesen. Da keine intrapsychische Konfliktdynamik erkennbar sei, welche die auffälligen Diskrepanzen erklären könnte, müsse am ehesten von einer bewusstseinsnahen Aggravation ausgegangen werden. Aktuell liege allenfalls noch eine geringgradige depressive Symptomatik mit Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltefähigkeit und emotionale Belastbarkeit vor. Daraus ergebe sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (ohne Arbeiten mit deutlich erhöhter emotionaler Belastbarkeit, unregelmässigen Arbeitszeiten und Nachtschichten) von 10 % (AB 34.3 S. 8).

Im neurologischen Teilgutachten vom 13. Mai 2015 (AB 34.4) wurde festgehalten, dass die neurologische Untersuchung einen völlig regelrechten Status ergeben habe. Trotz der vielen Eingriffe seien keine neurologischen Ausfälle vorhanden. Die Beschwerdeführerin habe über Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen geklagt, diesbezüglich werde auf das nicht konstante Leistungsprofil in der neuropsychologischen Untersuchung hingewiesen (AB 34.4 S. 6). Der aktuelle MRI-Befund des Neurocraniums vom 5. Mai 2015 (AB 34.6 S. 2) bei Status nach Clipping zweier Aneurysmata zeige keine abgrenzbaren Stenosen und MR-tomographisch seien keine weiteren Aneurysmata abgrenzbar. Aus neurologischer Sicht sei eine körperlich schwere Tätigkeit nicht mehr möglich. Hingegen bestehe sowohl in der bisherigen als auch in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (AB 34.4 S. 7).

Aus polydisziplinärer Sicht bestehe zusammenfassend sowohl in der bisherigen als auch in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit (ohne Arbeiten mit deutlich erhöhter emotionaler Belastbarkeit, unregelmässigen Arbeitszeiten und Nachtschichten) eine Arbeitsfähigkeit von 90 % (AB 34.2 S. 11).

3.1.5 Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 21. Oktober 2015 (AB 44 S. 4 f.) unter ande-

rem eine Aneurysma-Blutung, ein Mammakarzinom links, depressive Episoden, eine extreme Müdigkeit sowie ein Schlafbedürfnis (AB 44 S. 4). Die Situation habe sich vor allem seit dem grossen neurochirurgischen Eingriff vom 25. August 2014 geändert. Die Beschwerdeführerin habe keine Energie und leide unter einer extremen Müdigkeit sowie einem sehr grossen Schlafbedürfnis. Anlässlich einer Blutkontrolle vom 31. Juli 2015 hätten einige der häufigsten Ursachen eines chronischen Müdigkeitssyndroms ausgeschlossen werden können. Aktuell bestehe keine Arbeitsfähigkeit (AB 44 S. 5).

3.1.6 Dem Bericht des Spitals H. _____ vom 4. November 2015 (Beschwerdebeilagen [BB] 16) ist zu entnehmen, dass, auch wenn die neurologischen Befunde normal seien, die Beschwerdeführerin seit den aneurysmatischen Subarachnoidalblutungen im Jahr 2012 an täglichen Kopfschmerzen und einem enormen Müdigkeitsgefühl mit einem pathologisch erhöhten Schlafbedarf (12 bis 15 Stunden pro Tag) leide. Sie habe Mühe, sich über längere Zeit zu konzentrieren und verschiedene Reize gleichzeitig wahrzunehmen. Ihre kognitiven Fähigkeiten seien nach einer gewissen Zeit beeinträchtigt. Die neuropsychologischen Testbefunde hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin in vielen Tests überdurchschnittliche Ergebnisse erzielt habe; sie verfüge über eine 15-jährige Ausbildung. Bezüglich der Aufmerksamkeit seien die Ergebnisse deutlich schlechter ausgefallen. Es bestünden Ergebnisse über eine erhebliche Auswirkung der Erschöpfung. Die Tests dokumentierten auch Depressionen und Angstzustände. Die Befunde der medizinischen und neuropsychologischen Untersuchungen stimmten überein. Diese würden die Weiterausübung der bisherigen Tätigkeit verunmöglichen (BB 16 S. 2).

3.1.7 Im Bericht der Psychiatrischen Dienste G. _____ vom 5. November 2015 (AB 44 S. 15 bis 19) wurden als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), multiple cerebrale Aneurysmen und ein Mammakarzinom links genannt (AB 44 S. 15). In der Anamnese fänden sich keine klar abgrenzbaren manischen oder hypomanischen Episoden. Inwiefern ein Zusammenhang zwischen der klinisch und testdiagnostisch festgestellten mittelgradigen depressiven Episode und den cerebralen Blutungen sowie den operativen Eingriffen bestehe, könne nicht abschliessend

beurteilt werden. Allerdings liege ein zeitlicher Zusammenhang vor. Neurokognitive Defizite und eine erhöhte Ermüdbarkeit würden häufig mit cerebralen Blutungen/Operationen assoziiert. Aus psychiatrischer Sicht bestehe derzeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (AB 44 S. 16).

3.1.8 Hierzu nahm die MEDAS am 21. Dezember 2015 Stellung und führte aus, die Berichte von Dr. med. I. _____ vom 21. Oktober 2015 (AB 44 S. 4 f.), des Spitals H. _____ vom 4. November 2015 (BB 16) und der Psychiatrischen Dienste G. _____ vom 5. November 2015 (AB 44 S. 15 bis 19) gäben keinen Anlass, die gutachterliche Beurteilung vom 8. Juni 2015 (AB 34.2 bis 34.6) in Zweifel zu ziehen. Sie setzte sich insbesondere mit den divergierenden Arbeitsfähigkeitseinschätzungen auseinander (AB 49 S. 3 ff.) und führte aus, weshalb die diagnostischen Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode nicht erfüllt seien; die Diagnose widerspreche zum einen den im Bericht der Psychiatrischen Dienste G. _____ vom 5. November 2015 festgehaltenen Angaben zum Psychostatus und beruhe zum anderen auf den diesem Bericht zu Grunde liegenden, von der Beschwerdeführerin ausgefüllten Selbstbeurteilungsbogen vom 9. Juni und 23. Juli 2015 (AB 49 S. 5 f.).

3.1.9 Stellung nehmend zum neurologischen Teilgutachten der MEDAS vom 13. Mai 2015 (AB 34.4) wurde im Bericht des F. _____ ... vom 22. Februar 2016 (AB 56 S. 74 f.) festgehalten, dass das besagte Teilgutachten alle wesentlichen anamnestischen Angaben sowie Untersuchungsbefunde enthalte und die Begutachtung fachlich nach hohem Standard durchgeführt worden sei (AB 56 S. 74). Allerdings sei mit Blick auf die zweimalige Subarachnoidalblutung und eingeschränkte Verwertbarkeit der neuropsychologischen Testung die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit zu niedrig bewertet worden (AB 56 S. 75).

3.1.10 Prof. Dr. med. E. _____ diagnostizierte im Gutachten vom 23. August 2016 (AB 60 S. 9 bis 33) eine Hypersomnie und exzessive Tagesschläfrigkeit, eine vorwiegend subjektive kognitive Störung, eine depressive Episode, einen Status nach mehrfachen aneurysmatischen Subarachnoidalblutungen, multiple intracranielle Aneurysmata mit Status nach mehrfachen endovaskulären und neuro-chirurgischen Eingriffen sowie ein Mammakarzinom links (AB 60 S. 29). In den entsprechenden Abklärungen

sei ein unauffälliger neurologischer Status erhoben worden und auch MR-tomographisch habe sich kein relevanter Parenchymschaden gezeigt. Objektivierbar sei ein weitgehend unauffälliges neuropsychologisches Testprofil, so dass relevante kognitive Defizite ausgeschlossen werden könnten. Die Abklärung hinsichtlich der Hypersomnie und exzessiven Tagesmüdigkeit habe keinen Hinweis auf eine wesentliche organische oder posttraumatische Genese ergeben. Die Aktigraphie habe unter anderem eine mangelnde Schlafhygiene gezeigt (AB 60 S. 30). Insgesamt bestehe eine klare Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Die Beschwerden seien keiner neurologischen oder posttraumatischen Ursache zuordenbar, sondern im Rahmen der psychiatrischen Diagnose zu sehen (AB 60 S. 31). Sie seien als Ausdruck der psychiatrischen Erkrankung zu sehen. Aufgrund des zeitlichen Zusammenhanges sei ein reaktiver oder konsekutiver Zusammenhang zwischen dieser Erkrankung, den mehrfachen Hirnblutungen und Eingriffen wahrscheinlich. Aus rein neurologischer Sicht bestehe eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit; es bestünden zur neurologischen Beurteilung durch die MEDAS keine Differenzen. Die neuropsychologische Testung stimme mit der neuropsychologischen Beurteilung der MEDAS im Wesentlichen überein. Allerdings liege gemäss dem klinischen Eindruck kein Hinweis auf eine „bewusstseinsnahe Aggravation“ vor (AB 60 S. 32).

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 2. Februar 2016 (AB 50) massgeblich auf das Gutachten der MEDAS vom 8. Juni 2015 (basierend auf einer psychiatrischen, neurologischen und neuropsychologischen Untersuchung; AB 34.2 bis 34.6) gestützt.

3.3.1 Die Beschwerdeführerin beanstandet in formeller Hinsicht, das von der C._____ veranlasste Gutachten der MEDAS vom 8. Juni 2015 entspreche nicht den Anforderungen von BGE 137 V 210 resp. die Verfahrensgrundsätze gemäss BGE 137 V 210 - namentlich die Mitwirkungsrechte und das Zufallsprinzip bei der Vergabe von Gutachten - seien nicht eingehalten worden (vgl. Beschwerde, S. 5 f. Art. 3). Dieser Einwand ist unbegründet, da für den Krankentaggeldversicherer die zitierte Rechtsprechung nicht massgebend ist (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. Dezember 2015, 8C_558/2015, E. 4.2.2). Diese beschlägt die medizinischen Gutachten, welche der mit dem streitigen sozialversicherungsrechtlichen Leistungsanspruch befasste Versicherungsträger der Invalidenversicherung selber einholt. Im vorliegenden Fall verhält es sich indessen so, dass der Krankentaggeldversicherer die Begutachtungsstelle auswählte, ihr den Begutachtungsauftrag erteilte und auch Empfänger der fertiggestellten Expertise war. Die Beschwerdegegnerin wurde zwar von der C._____ vorab angefragt, ob sie sich an den Expertisenkosten beteiligen wolle, und sie konnte der Begutachtungsstelle eigene Fragen unterbreiten (AB 29). Dies ändert aber nichts daran, dass nicht sie, sondern die C._____ das Gutachten eingeholt hat. Die Verfahrensgrundsätze, welche namentlich in BGE 137 V 210 umschrieben wurden, finden daher keine Anwendung. Das

gilt auch für das Recht der versicherten Person, sich vorgängig zum Begutachtungsauftrag und zum Fragenkatalog zu äussern. Die Beschwerdegegerin war weder gehalten noch zuständig, der Beschwerdeführerin die Gelegenheit hierfür einzuräumen (Entscheid des BGer vom 31. März 2015, 8C_15/2015, E. 6.4). Sie ist aber gehalten, sich primär auf bereits vorhandene ärztliche Beurteilungen zu stützen und zusätzliche Abklärungen - insbesondere psychiatrische Begutachtungen - nur dann in Auftrag zu geben, wenn sich aufgrund der Aktenlage ein ungenügend abgeklärter Sachverhalt ergibt (BGer 8C_558/2015, E. 4.2.2). Dies war hier - wie nachfolgend dargelegt wird - nicht der Fall. An dieser Stelle ist immerhin darauf hinzuweisen, dass den vom Krankentaggeldversicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zukommt. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Entscheid des BGer vom 18. Januar 2017, 9C_481/2016, E. 2.2).

3.3.2 In materieller Hinsicht erfüllt das Gutachten der MEDAS vom 8. Juni 2015 (AB 34.2 bis 34.6) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb diesem 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 werden nachvollziehbar begründet. Auch stehen die einzelnen Fachgutachten in Übereinstimmung untereinander und flossen in die polydisziplinäre Beurteilung ein, so dass darauf abzustellen ist.

3.3.2.1 Gemäss dem neurologischen Teilgutachten der MEDAS vom 13. Mai 2015 (AB 34.4 S. 6) bestehen trotz der vielen Eingriffe keine neuro-

logischen Ausfälle und es liegt ein völlig regelrechter Status vor. Diese Beurteilung findet im Bericht des Spitals H. _____ vom 4. November 2015 (BB 16 S. 2) ihren Rückhalt, wonach die neurologischen Befunde normal seien. Weiter wird sie vollumfänglich durch das von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebene Privatgutachten von Prof. Dr. med. E. _____ vom 23. August 2016 (AB 60 S. 9 bis 33) bestätigt. Danach liegt ein unauffälliger neurologischer Status vor und auch MR-tomographisch besteht kein relevanter Parenchymschaden (AB 60 S. 30). Die Übereinstimmung erstreckt sich schliesslich auch auf die gutachterlich attestierte uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (AB 34.4 S. 7 und AB 60 S. 32). Im Übrigen hat die Beschwerdeführerin im Rahmen der Ergänzung der Beschwerde vom 30. August 2016 (vgl. S. 3 Ziff. 9) denn auch eingeräumt, mit Blick auf das Gutachten von Prof. Dr. med. E. _____ vom 23. August 2016 erweise sich die von der MEDAS getroffene Wahl der Federführung durch einen Psychiater im Nachhinein als korrekt.

Hieran vermag der Bericht von Dr. med. I. _____ vom 21. Oktober 2015 (AB 44 S. 4 f.) nichts zu ändern, wonach eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe (AB 44 S. 5). Zunächst enthält er keine Befunde resp. wichtigen Aspekte, welche im Rahmen der neurologischen Begutachtung durch die MEDAS unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Sodann fehlt es an einer fundierten medizinischen Begründung für die abweichende Arbeitsfähigkeitseinschätzung. Abgesehen davon gilt es der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3).

3.3.2.2 Im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS vom 13. Mai 2015 (AB 34.3) wird mit den erhobenen psychopathologischen Befunden, den anamnestischen Angaben sowie den übrigen Erkenntnissen aus der psychiatrischen Exploration und der neuropsychologischen Begutachtung nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass die Beschwerdeführerin verschiedentlich depressive Episoden durchgemacht hat (AB 34.3 S. 3), im vorliegend relevanten Zeitpunkt indessen einzig noch eine geringe depressive Symptomatik im Sinne einer reduzierten emotionalen

Belastbarkeit vorlag (AB 34.3 S. 8). Dies überzeugt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die depressiven Episoden nach eigenen Angaben der Beschwerdeführerin stets als Reaktion auf ein belastendes Ereignis (1995: Suizid der Schwester und erste Hirnblutung; 2013: zweite Hirnblutung, Erkrankung an Brustkrebs, Probleme am Arbeitsplatz; 2014: Probleme am Arbeitsplatz) aufgetreten sind (AB 34.3 S. 3; vgl. auch AB 49 S. 3 und AB 60 S. 21) und die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung - bei bevorstehenden Heirat mit entsprechender emotionaler Unterstützung und finanzieller Absicherung (AB 34.3 S. 4) - solchen Belastungsfaktoren nicht mehr ausgesetzt war.

Hieran vermag der Bericht der Psychiatrischen Dienste G._____ vom 5. November 2015 (AB 44 S. 15 bis 19) nichts zu ändern, in welchem aufgrund einer diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert wurde (AB 44 S. 15 f.). Die MEDAS hat in der Stellungnahme vom 21. Dezember 2015 (AB 49 S. 5 f.) überzeugend und schlüssig begründet, dass die diagnostischen Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode nicht erfüllt sind resp. diese Diagnose zum einen den im Bericht der Psychiatrischen Dienste G._____ vom 5. November 2015 festgehaltenen Angaben zum Psychostatus widerspricht und zum anderen ausschliesslich auf den diesem Bericht zu Grunde liegenden, von der Beschwerdeführerin ausgefüllten Selbstbeurteilungsbogen vom 9. Juni und 23. Juli 2015 (vgl. AB 44 S. 19) beruht. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass nicht nur in sämtlichen Teilgutachten der MEDAS erhebliche Inkonsistenzen bezüglich der Selbstbeurteilungsfähigkeit der Beschwerdeführerin festgestellt wurden (vgl. AB 34.3 S. 8, AB 34.4 S. 6, AB 34.5 S. 4 f. und AB 49 S. 4), sondern auch im Privatgutachten von Prof. Dr. med. E._____ vom 23. August 2016 (AB 60 S. 31) auf eine klare Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerden und den objektivierbaren Befunden sowie auf eine psychiatrische Genese der geklagten Beschwerden hingewiesen wurde. Diese Schlussfolgerung basiert auf den Ergebnissen der unter der Leitung von Prof. Dr. med. E._____ durchgeführten neuropsychologischen Testung vom 23. Mai 2016, welche mit Ausnahme leichter Einschränkungen im Bereich der Aufmerksamkeit ein unauffälliges kognitives Leistungsprofil mit teilweise

überdurchschnittlichen Leistungen ergeben hat (AB 60 S. 26). In Anbetracht dessen und des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung durch die MEDAS deutlich auffällige Resultate produziert hat (AB 34.5 S. 4 f.), erweist sich die im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS vom 13. Mai 2015 (AB 34.3 S. 8) getroffene Annahme einer bewusstseinsnahen Aggravation als überwiegend wahrscheinlich. Dass Prof. Dr. med. E. _____ das Vorliegen einer Aggravation ausgeschlossen hat (AB 60 S. 32), vermag daran entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Ergänzung der Beschwerde vom 30. August 2016, S. 4 Ziff. 14) nichts zu ändern, hat doch die Beschwerdeführerin im Rahmen der von ihm veranlassten Testung/Symptomvalidierung durchaus unauffällige Resultate produziert (AB 60 S. 26). Die Frage, ob unter diesen Umständen überhaupt von der gutachterlich attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen von 10 % (AB 34.3 S. 8) bzw. aus polydisziplinärer Sicht von einer leistungsmässigen Einschränkung im Rahmen einer körperlich leichten, emotional nicht belastenden Tätigkeit (AB 34.2 S. 11) auszugehen ist, braucht in Anbetracht des nachfolgenden Ergebnisses der Invaliditätsbemessung (vgl. E. 4 hiernach) nicht abschliessend beantwortet zu werden.

Anhaltspunkte, dass weitere abklärungsbedürftige bzw. psychische Befunde vorlägen, sind weder ersichtlich noch werden solche von der Beschwerdeführerin überzeugend aufgezeigt. Was die von der Beschwerdeführerin geklagte Hypersomnie und exzessive Tagesmüdigkeit angeht, so hat die entsprechende Abklärung durch Prof. Dr. med. E. _____ keinen Hinweis auf eine neurologische resp. organische Genese ergeben (AB 60 S. 30). Mit Blick darauf, dass sowohl die Ursache (mangelnde Schlafhygiene; AB 60 S. 30) als auch die Symptome ohne weiteres als therapierbar gelten, ist der Hypersomnie mit exzessiver Tagesmüdigkeit keine invalidisierende Wirkung beizumessen. Damit erübrigen sich weitere medizinische Abklärungen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

4.

4.1 Ausgehend von der aus medizinisch-gutachterlicher Sicht für zumutbar gehaltenen Arbeits- und Leistungsfähigkeit von mindestens 90 % sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (vgl. 3.3.2.2 hiervor) ist der IV-Grad im Folgenden mittels Einkommensvergleichs zu bestimmen.

4.1.1 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.1.2 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 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). 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 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

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 ei-

nem 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 pflichtgemäsem 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).

4.2 Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der Anmeldung vom 15. Juli 2014 (AB 1) und in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung) der 1. Januar 2015. Der Einkommensvergleich ist auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen (BGE 129 V 222).

4.3 Aufgrund der Akten ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin ihre letzten Anstellungen bei der J. _____ AG (AB 10) und K. _____ AS (AB 32 S. 2) aufgrund von Arbeitsplatzkonflikten (AB 34.3 S.3, AB 49 S. 4), mithin aus invaliditätsfremden Gründen, verloren hat; die darauf erfolgten psychischen Reaktionen haben zu Krankschreibungen geführt (AB 60 S. 21). Das mutmassliche Einkommen ohne Behinderung (Valideneinkommen) lässt sich daher nicht auf der Basis des zuletzt erzielten Verdienstes bzw. der zuletzt erzielten Löhne (vgl. Verfügung vom 2. Februar 2016; AB 50 S. 1) bestimmen, sondern ist gestützt auf den Tabellenwert der LSE zu ermitteln. Angesichts der Ausbildung und des beruflichen Werdegangs der Beschwerdeführerin (AB 32) ist davon auszugehen, dass diese im Gesundheitsfall weiterhin in ihrem angestammten Tätigkeitsbereich (zuletzt als ...; AB 10 S. 3) tätig wäre. Dementsprechend ist vom Tabellenlohn bzw. vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn für Frauen, Wirtschaftszweig Finanz- u. Versicherungsdienstleistungen (Ziff. 64 bis 66), Kompetenzniveau 3 (Komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen) der LSE-Tabelle TA1 für das Jahr 2012 auszugehen.

Das Invalideneinkommen ist mit Blick auf das ärztlich attestierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.3.2.2 hiervor) und den Umstand, dass die Beschwerde-

führerin keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, aufgrund desselben Tabellenlohns zu ermitteln.

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung; diesfalls entspricht der IV-Grad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Entscheid des BGer vom 30. Juli 2012, 8C_365/2012, E. 7 mit Hinweis).

Da gemäss dem in E. 3.3.2.2 hiavor Ausgeführten höchstens eine Leistungsminderung von 10 % besteht und damit die invaliditätsbedingte Leistungseinschränkung berücksichtigt ist und keine weiteren Gründe, die zu einer Einkommenseinbusse führen könnten, ersichtlich sind (vgl. E. 4.1.2 hiavor), rechtfertigt sich vorliegend kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn. Ein Abzug rechtfertigt sich zudem bereits deshalb nicht, weil hier sowohl Validen- als auch Invalideneinkommen aufgrund der LSE festzusetzen sind und invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Damit verringert sich das Invalideneinkommen im Vergleich zum Valideneinkommen um maximal 10 %, was einem nicht rentenbegründenden IV-Grad von maximal 10 % entspricht. Es besteht somit kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 2. Februar 2016 (AB 50) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist 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.

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

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat weder die Beschwerdeführerin (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch die obsiegende Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Parteikostenersatz (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

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):
 - Fürsprecher und Notar 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.