

200 17 289 IV
KOJ/REL/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. August 2017

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Renz

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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



betreffend Verfügung vom 20. Februar 2017

Sachverhalt:

A.

Die 1961 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 10. November 1995 unter Hinweis auf psychische Affektionen und Depressionen erstmals bei der Invalidenversicherung (IV) zum Rentenbezug an (Antwortbeilage der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; AB] 1.1 S. 77 ff., Vorakten vor 1999). Die IVB nahm in der Folge Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht vor, liess die Versicherte psychiatrisch begutachten (AB 1.1 S. 34 ff.) und sprach ihr gestützt auf das entsprechende Gutachten mit Verfügung vom 24. März 1998 (AB 1.1 S. 4 ff.) bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 71 % ab September 1995 eine ganze Invalidenrente (IV-Rente) und ab Januar 1997 bei einem IV-Grad von 50 % eine halbe IV-Rente zu. Diese wurde im April 2002 bei einem IV-Grad von 40 % und bei Vorliegen eines wirtschaftlichen Härtefalls bestätigt (AB 16). Im Rahmen der 4. IV-Revision wurde diese halbe IV-Rente ab Mai 2005 auf eine Viertelsrente reduziert (AB 33) und im weiteren Verlauf jeweils revisionsweise bei einem IV-Grad von 41 % bestätigt (2005 [AB 36]; 2009 [AB 63]; 2011 [AB 98]). Mit Verfügung vom 29. September 2014 (AB 109) hob die IVB die bisher ausgerichtete Rente bei einem IV-Grad von 34 % per Ende Oktober 2014 auf. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 1. Oktober 2014 (AB 110 S. 3) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 5. Februar 2015, VGE IV/2014/928 (AB 115), ab und änderte die angefochtene Verfügung – nach vorgängigem Hinweis auf die Möglichkeit einer Schlechterstellung (reformatio in peius) – insofern ab, als es die bisherige Rente bereits per 31. Januar 2013 einstellte. Dieses Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.

Am 11. Juni 2015 (AB 125) meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an. Nach medizinischen und beruflichen Abklärungen legte die IVB die Akten dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vor und liess die Versicherte gestützt auf dessen Bericht (AB 148) psychiatrisch begutachten

(AB 149). Auf der Grundlage des entsprechenden Gutachtens vom 12. Dezember 2016 (AB 153.1) stellte sie mit Vorbescheid vom 10. Januar 2017 (AB 154) die Abweisung des Rentenbegehrens mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte mit Einwand vom 9. Februar 2017 (AB 156) nicht einverstanden. Am 20. Februar 2017 verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend und wies das Leistungsbegehren ab (AB 158).

C.

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte am 18. März 2017 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern. Sie beantragt sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer IV-Rente. Am 4. April 2017 liess sie zudem weitere medizinische Berichte zu den Akten reichen.

Mit Beschwerdeantwort vom 8. Mai 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt

und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 20. Februar 2017 (AB 158). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente.

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).

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

Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente.

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

2.2.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Dem diagnoseinhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung ist vermehrt Rechnung zu tragen (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt sodann nur vor, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht.

2.2.2 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungs-

weise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes, normatives Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.3

2.3.1 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 vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

2.3.2 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).

2.3.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

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.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 11. Juni 2015 (AB 125) eingetreten und hat den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin materiell geprüft. Die Eintretensfrage ist somit vom Gericht nicht zu beurteilen (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b S. 114 f.).

Hingegen ist zu prüfen, ob zwischen der rentenaufhebenden Verfügung vom 29. September 2014 (AB 109) – welche mit Urteil des Verwaltungsgerichts vom 5. Februar 2015, VGE IV/2014/928 grösstenteils bestätigt wurde bzw. dahingehend abgeändert wurde, als die Rente bereits per Ende Januar 2013 eingestellt wurde (AB 115) – und der hier angefochtenen Verfügung vom 20. Februar 2017 (AB 158) eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad und damit einen allfälligen Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.3 hiervor).

3.1 Im Urteil VGE IV/2014/928 vom 5. Februar 2015 (AB 115) hat das Verwaltungsgericht – gestützt auf den Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. B._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. Juli 2014 (AB 105) – festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei und dass sie zu 67.5 % (Durchschnittswert von 60 % bis 75 %) arbeits- und leistungsfähig sei (AB 115 S. 11 E. 4.4). Dr. med. B._____ hatte in seinem Bericht vom 22. Juli 2014 (AB 105) keine Diagnosen genannt und lediglich vermerkt, dass die Beschwerdeführerin pro Woche mehrfache Kopfschmerzattacken habe (Migräne) habe, dass aber aktuell keine regelmässige psychiatrische Behandlung oder Medikation bestehe (S. 3).

3.2 Der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 20. Februar 2017 (AB 158) lagen folgende medizinischen Akten zu Grunde:

3.2.1 Im Bericht vom 24. Juli 2015 (AB 138) diagnostizierte Dr. med. B._____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwere Episode ohne psychotische Symptomatik (ICD-10: F33.2), einen passageren Schwindel bei bekannter Migräne sowie eine Visusproblematik auf dem rechten Auge (S. 1). Im März 2015 sei es zu einer erneuten Dekompensation der bekannten rezidivierenden depressiven Störung gekommen (S. 2). Im Rahmen der integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung habe sich das Zustandsbild wieder kompensiert, so dass aktuell auch die medikamentöse Behandlung habe sistiert werden können. Weiter empfahl Dr. med. B._____ eine Fortsetzung der eingerichteten integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Es bestehe eine erheblich eingeschränkte Arbeitsfähigkeit durch verminderte Belastbarkeit und rasche Erschöpfbarkeit. Seit dem 1. Juli 2015 bestehe bis auf weiteres eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit.

3.2.2 Im Bericht vom 2. November 2015 (AB 142) ergänzte Dr. med. B._____ die Diagnoseliste um eine rezidivierende Visusproblematik des rechten Auges sowie rezidivierende Migräneattacken mit zunehmender Intensität und passagerer Schwindelsymptomatik (S. 2). Die rezidivierende depressive Symptomatik gehe einher mit einer nicht völligen Rekompensation der depressiven Symptomatik, so dass es ausgehend von einer chronischen Dysthymie immer wieder zur Verschlechterung der Symptomatik

mit depressiver Episode (ICD-10: F33.2) führe. Aufgrund der Restsymptomatik bestehe die Arbeitsunfähigkeit bei eingeschränkter Belastbarkeit und deutlich rascherer Erschöpfbarkeit. Seit März 2015 bestehe eine gesundheitlich begründete Arbeitsunfähigkeit von 50 % (S. 3). Bei einer Belastung von 50 % mit wählbaren Arbeitseinsätzen befinde sich die Beschwerdeführerin weitgehend in einem euthymen und auch sonst ausgeglichenen Zustand.

3.2.3 Im psychiatrischen Gutachten vom 12. Dezember 2016 (AB 153.1) diagnostizierte Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0) bei rezidivierender depressiver Störung (gegenwärtig remittiert, ICD-10: F33.4) und bei akzentuierten (hypochondrisch/somatoform, histrionisch, phobisch/ängstlich-depressiv) Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1 [S. 22]). Die Kriterien einer eigenständigen depressiven Episode seien aber nicht mehr erfüllt und könnten insbesondere nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund der Angaben in den Akten nach Juli 2015 nachvollzogen werden (S. 27). Die mit der Neurasthenie (ICD-10: F48.0) verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht ausgeprägt (S. 28). Die Limitierung des Aktivitätsniveaus durch die Beschwerdeführerin sei in allen vergleichbaren Lebensbereichen weit überwiegend durch ihre Selbsteinschätzung zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser rein subjektiven Defizite sei medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich. Eine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht (mehr) zu begründen (S. 30). Aufgrund verminderter persönlicher Ressourcen könne eine Minderung um 10 % (von 100 %) angenommen werden. Auf diese Einschätzung könne ab Datum der Untersuchung am 10. November 2016 abgestützt werden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei bereits ab Juli 2014 davon auszugehen (S. 31).

3.2.4 Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. D. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie an der Klinik E. _____, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 28. März 2017 (Beschwerdebeilage [BB] 9) eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.2). Diese depressive Störung sei auch unter antidepressiver Medikation nicht vollständig rekomp-

pensiert. Aufgrund der bestehenden Restsymptomatik bestehe die teilweise Arbeitsunfähigkeit bei eingeschränkter Belastbarkeit und deutlich rascherer Ermüdbarkeit. Eine Zunahme der Arbeitsbelastung über 50 % würde über kurz oder lang zu einer erneuten gesundheitlichen Dekompensation führen und einer Besserung der Symptomatik im Wege stehen: Vor diesem Hintergrund sei die Erwerbsfähigkeit weiterhin auf 50 % festzusetzen (S. 2).

Dieser – im Beschwerdeverfahren eingereichte – Bericht ist, soweit den zeitlich massgebenden Sachverhalt bis zum Erlass der Verfügung vom 20. Februar 2017 (AB 158) beschlagend, grundsätzlich zu berücksichtigen (vgl. BGE 131 V 9 E. 1 S. 11, 121 V 362 E. 1b S. 366).

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

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 20. Februar 2017 (AB 158) massgeblich auf das psychiatrische

Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 12. Dezember 2016 (AB 153.1) gestützt.

Dieses Gutachten vom 12. Dezember 2016 (AB 153.1) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 3.3 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen des Sachverständigen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand bzw. zu den gestellten Diagnosen werden nachvollziehbar begründet. Die psychiatrische Begutachtung ist schlüssig und berücksichtigt die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin. Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 8. Mai 2017 zutreffend dargelegt hat, ist es Aufgabe des Gutachters, sich mit anderslautenden Arztberichten in den Vorakten auseinander zu setzen und diese in seiner Würdigung zu berücksichtigen. Dies hat Dr. med. C. _____ im Gutachten vom 12. Dezember 2016 (AB 153.1 S. 22 ff.) ausführlich getan. Auf dieses Gutachten ist abzustellen.

3.5 Daran vermögen die Berichte der behandelnden Ärzte nichts zu ändern. Sowohl von Dr. med. B. _____ (AB 138 und AB 142) wie auch von Dr. med. D. _____ (BB 9) war eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert und mit der ICD-10-Kodierung „F33.2“ versehen worden. Diese Kodierung impliziert das Auftreten schwerer Episoden (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [HRSG.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 179). Aufgrund der Aktenlage kann jedoch nicht von einer (durchgehend) schweren depressiven Störung ausgegangen werden, da hierzu gemäss den klinisch-diagnostischen Leitlinien unter anderem verlangt ist, dass die Patientin während einer schweren depressiven Episode mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht in der Lage ist, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen, oder allenfalls nur sehr begrenzt (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, S. 174). Beschreibungen solcher Episoden finden sich in den Akten jedoch keine. Zudem beschreibt der behandelnde Arzt

Dr. med. B._____ im Bericht vom 2. November 2015 vielmehr als Grundlage seiner Beurteilung eine chronische Dysthymie, bei welcher es immer wieder zu Verschlechterungen mit depressiven Episoden komme, wobei eine depressive Restsymptomatik verbleibe (AB 142 S. 2). Von einer schweren depressiven Störung kann auch hierbei nicht ausgegangen werden. Schliesslich spricht auch die durch Dr. med. B._____ im selben Bericht (AB 142 S. 2) wie auch von Dr. med. D._____ im Bericht vom 28. März 2017 (BB 9) bescheinigte 50 %ige Arbeitsunfähigkeit gegen das Vorliegen einer durchgängig schweren depressiven Symptomatik. Zusammenfassend ist damit auf die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters Dr. med. C._____ von 12. Dezember 2016 (AB 153.1) abzustellen und von einer 90 %igen Arbeitsfähigkeit (S. 37) bei Vorliegen der Diagnose einer Neurasthenie (ICD-10: F48.0) auszugehen (S. 34).

3.6 Ob mit der seit der Rentenaufhebung neu gestellten Diagnose einer Neurasthenie ein Revisionsgrund gegeben ist, kann offen bleiben. Immerhin ist diesbezüglich festzuhalten, dass praxisgemäss weder eine neu hinzugetretene Diagnose noch eine höhere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von nunmehr 90 % per se einen Revisionsgrund darzustellen vermöchten (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. April 2016, 9C_894/2015, E. 5.1 mit Hinweisen). Entscheidend ist bei einer anderen Diagnosestellung vielmehr, ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse in anspruchsrelevanter Weise geändert haben.

Wenn Dr. med. C._____ in seinem Gutachten vom 12. Dezember 2016 (AB 153.1 S. 37 f.) überzeugend festhält, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits ab Juli 2014 – und damit bereits im Zeitpunkt der Beurteilung von Dr. med. B._____ vom 22. Juli 2014 (AB 105), welche für die Rentenaufhebung per September 2014 massgeblich war (AB 115 S. 11 E. 4.4) – von keiner relevanten Arbeitsunfähigkeit bzw. einer noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 90 % ausgegangen werden könne, ist von einer bloss anderen Beurteilung des gleichen Sachverhalts auszugehen. Eine solche unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes ist unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel nach ständiger Praxis jedoch unerheblich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2014

UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2) und stellt keinen Revisionsgrund dar (vgl. Entscheid des BGer vom 13. Februar 2013, 9C_955/2012, E. 3.3.1 und E. 3.3.4). Entscheidend ist bei einer anderen Diagnosestellung vielmehr, ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse in anspruchsrelevanter Weise geändert haben. Eine andere Diagnose ist nur dann revisionsrelevant, wenn die veränderten Umstände den Rentenanspruch zu berühren vermögen (BGE 141 V 9 E. 3.2 und E. 5.2 S. 11 ff.). Dies ist hier nicht der Fall, wie nachfolgend darzulegen ist (vgl. E. 4 hiernach).

3.7 In erwerblicher Hinsicht ist eine rentenrelevante Veränderung nicht ausgewiesen. Die Beschwerdeführerin ist – wie im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 29. September 2014 (vgl. VGE IV/2014/829 S. 14 E. 5.3.2 [AB 115]) – zwar erwerbstätig, schöpft aber mit einem Pensum von 30 % auch in der neuen Stelle bei der F. _____ AG ihre Restarbeitsfähigkeit nicht voll aus (vgl. Arbeitsvertrag vom 12. Juni 2015 [AB 136 S. 3]).

4.

4.1 Selbst wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin ein medizinisch begründeter Revisionsgrund angenommen würde und infolgedessen eine freie Prüfung zu erfolgen hätte (vgl. E. 2.3.3 vorstehend), wäre ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht ausgewiesen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gelten psychische Störungen – wie die hier vorliegende Neurasthenie (vgl. BGE 139 V 346 E. 2 S. 347) – nur dann als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angehbar sind (vgl. E. 2.2 vorstehend).

Vorab ist dabei der Frage nachzugehen, ob die Diagnose der Neurasthenie aufgrund eines Ausschlussgrundes nach BGE 131 V 49 nicht als invalidisierend gelten kann (vgl. E. 2.2.1 hiervor). Diesbezüglich hält der psychiatrische Gutachter Dr. med. C. _____ zwar mehrfach fest, dass bei der Beschwerdeführerin eine Verdeutlichungstendenz bestehe und sie selber auch ein (Teil-)Rentenbegehren nenne (AB 153.1 S. 32). Hierbei kann jedoch nicht von einer eigentlichen Aggravation ausgegangen werden, denn

blosses verdeutlichendes Verhalten ist nicht per se als Aggravation zu werten (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 288). Ein Ausschlussgrund ist damit nicht gegeben.

4.2 Zu prüfen sind weiter die einzelnen Komplexe der Kategorie «funktioneller Schweregrad» (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

Zum Komplex *Gesundheitsschädigung* ist – was die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome anbelangt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) – festzuhalten, dass Dr. med. C._____ die mit der Gesundheitsschädigung einer Neurasthenie verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde als aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht ausgeprägt beschreibt (AB 153.1 S. 31). Die Limitierung des Aktivitätsniveaus sei in allen vergleichbaren Lebensbereichen weit überwiegend durch die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin zu begründen. Bezüglich Behandlungserfolg bzw. -resistenz (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist anzumerken, dass sowohl der psychiatrische Gutachter (AB 153.1 S. 35) wie auch die behandelnden Ärzte Dr. med. B._____ im Bericht vom 24. Juli 2015 (AB 138 S. 2) und Dr. med. D._____ im Bericht vom 28. März 2017 (BB 9 S. 2) eine Weiterführung der bestehenden psychotherapeutischen Behandlung empfehlen. Eine Therapieresistenz ist damit nicht anzunehmen. Schliesslich hält der Gutachter Dr. med. C._____ im Gutachten klar und ausdrücklich fest, dass auch hinsichtlich des Indikators der „Psychiatrischen Komorbiditäten“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) neben der diagnostizierten Neurasthenie keine psychisch ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität begründet werden könne (AB 153.1 S. 29).

Dafür, dass der Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegensteht, bestehen keine Anhaltspunkte. Im Gutachten vom 12. Dezember 2016 (AB 153.1 S. 32) hat Dr. med. C._____ explizit festgehalten, dass sich in den Akten keine Hinweise auf eine Störung der Persönlichkeit befunden hätten. Zwar habe die Beschwerdeführerin sich sthenisch gezeigt und anlässlich der Untersuchung Angaben zu hypochondrisch/somatoformen, histrionischen und phobisch/ängstlich-depressiven Zügen gemacht. Doch würden diese

Aspekte mit Bezug zur ICD-10-Kodifizierung kein Attest einer Persönlichkeitsstörung/Persönlichkeitsänderung begründen. Hingegen konnte der Gutachter eine Verminderung der persönlichen Ressourcen beobachten.

Zum Komplex *Sozialer Kontext* (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist festzuhalten, dass dieser bei der Beschwerdeführerin objektiv und subjektiv geordnet ist: sie pflegt regelmässige soziale Kontakte, besorgt den Haushalt selbstständig und beschreibt selber soziale Ressourcen wie beispielsweise regelmässige Erwerbstätigkeit und vielfältige Freizeitaktivitäten (AB 153.1 S. 34). Damit bestehen durchaus mobilisierende Ressourcen, auf welche die Beschwerdeführerin zurückgreifen kann.

4.3 Zusammenfassend fehlt es nach dem Dargelegten in der Gesamtbetrachtung am erforderlichen funktionellen Schweregrad der diagnostizierten Neurasthenie. So zeigt die Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 im Komplex Gesundheitsschaden (psychische/somatische Komorbidität; Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. -resistenz) keine negative Beeinflussung. Vielmehr sind sich die behandelnden Ärzte und auch der psychiatrische Gutachter einig, dass die Beschwerdeführerin von einer Weiterführung der psychiatrischen Behandlung profitieren könnte. Selbst unter Berücksichtigung der leichten Verminderung der persönlichen Ressourcen im Komplex Persönlichkeit ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Bereich des sozialen Kontexts über genügend Ressourcen zur medizinisch zumutbaren Willensanstrengung zur Bewältigung dieser Defizite verfügt (AB 153.1 S. 33). Eine Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) erübrigt sich vor diesem Hintergrund (vgl. Entscheid des BGer vom 21. April 2016, 9C_367/2015, E. 4).

4.4 Selbst wenn mit dem Vorliegen der Neurasthenie ein Revisionsgrund bejaht würde (vgl. E. 3.6 hiavor), besteht zusammenfassend in Bezug auf diese neue Diagnose unter Berücksichtigung der Rechtsprechung nach BGE 141 V 281 kein invalidisierender Gesundheitsschaden.

5.

Nach dem Dargelegten sind weder in erwerblicher noch in medizinischer Hinsicht anspruchsbegründende Veränderungen der erheblichen Tatsachen erstellt, welche einen Neuanmeldungsgrund darzustellen vermöchten (vgl. E. 2.3 und E. 3.6 f. vorstehend). Selbst wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin mit der neu diagnostizierten Neurasthenie eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes angenommen würde, ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht erstellt (E. 4 vorstehend). Die angefochtene Verfügung vom 20. Februar 2017 (AB 158) ist nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist 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 in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss 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 als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern einen Anspruch auf eine Parteientschädigung (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):
 - A. _____
 - 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 Bun-

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