

200 17 445 IV
SCP/GET/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. August 2017

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. März 2017



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), seit 2000 im Umfang eines 80 bzw. 70%-Pensums als ... erwerbstätig, meldete sich im Oktober 2015 unter Hinweis auf „psychisch schlechte Phasen aufgrund einer Borreliose“ bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug in Form von beruflichen Massnahmen und einer Invalidenrente an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 20; 28, 60.1 S. 7). Die IVB führte mit der Versicherten ein Erstgespräch durch, klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab, zog Berichte der behandelnden Ärzte bei, holte die Akten des zuständigen Krankentaggeldversicherers sowie des sozialen Unfallversicherers (Suva) ein und liess die Versicherte in der MEDAS B. _____ polydisziplinär begutachten (Expertise [nachfolgend MEDAS-Gutachten] vom 18. Januar 2017 [act. II 60.1 S. 2 ff.]). Mit Vorbescheid vom 16. Februar 2017 (act. II 62) stellte die IVB der Versicherten die Ablehnung des Leistungsbegehrens mit der Begründung in Aussicht, es liege kein Gesundheitsschaden im Rechtssinne vor. Dagegen erhob die Versicherte Einwand, woraufhin die IVB beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eine Stellungnahme einholte (act. II 69 S. 3). Am 28. März 2017 (act. II 70) verfügte die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Dagegen erhob die Versicherte mit Schreiben vom 10. Mai 2017 Beschwerde. Die Beschwerdeführerin beantragt die Ausrichtung einer Invalidenrente, eventuell die Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen. In der Begründung verweist sie auf die Stellungnahme von Dr. med. C. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. Mai 2017 (act. I 2 [nachfolgend act. II 73 S. 9-35]). Darin macht die behandelnde Ärztin der Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, das MEDAS-Gutachten vom 18. Januar 2017 weise diverse Mängel auf. Entgegen der Auffassung der Gutachter leide die Beschwerdeführerin an einer

chronischen Borreliose, wobei sämtliche Einschränkungen durch die phasenhafte Apathie, Bettlägerigkeit mit starker Hypersomnie, extrem tiefen Blutdruckwerten und kognitiven Störungen mit grösster Wahrscheinlichkeit auf infektiöse Veränderungen des Gehirns zurückzuführen seien (S. 30).

Mit Beschwerdeantwort vom 30. Juni 2017 beantragt die Beschwerdegegerin 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 angefochtene 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 28. März 2017 (act. II 70). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

2.1.1 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.1.2 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine

objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.2 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 Im vorliegend massgebenden Beurteilungszeitraum bis zur angefochtenen Verfügung vom 28. März 2017 (act. II 70) präsentierte sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aufgrund der medizinischen Akten im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Vom ... bis ... 2014 war die Beschwerdeführerin im Spital D._____ hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 30. September 2014 (act. II 25 S. 14-19) wurde im Wesentlichen ein hochgradiger Verdacht auf chronische Neuroborreliose, eine progrediente bilaterale pancochleäre Perzeptions-Schwerhörigkeit sowie ein Verdacht auf eine Migraine accompagnée diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin berichtete von einer seit 2-3 Jahren bestehenden progredienten spastischen Gangstörung, Schwäche in den Armen und Beinen sowie einer raschen Ermüdbarkeit. Ausserdem bestehe seit ca. einem Jahr eine progrediente Hörminderung und seit April 2014 trage die Beschwerdeführerin Hörgeräte (S. 14). Es sei eine dreiwöchige Behandlung mit Rocephin verordnet worden (S. 16).

Vom bis zum ... 2014 erfolgte im Spital D._____ eine Kurzhospitalisation zwecks Standortbestimmung. Im entsprechenden Austrittsbericht

vom 29. Oktober 2014 (act. II 25 S. 7-10) wurde festgehalten, subjektiv bemerke die Beschwerdeführerin keine wesentliche Besserung der Gangstörung oder der Miktionsbeschwerden seit Beendigung der Antibiotikatherapie. Eine regelmässige Physiotherapie habe nicht stattgefunden. Klinisch stehe eine spastische, proximal betonte Paraparese mit positiven Pyramidenbahnzeichen sowie eine Stand- und Gangataxie im Vordergrund. Verglichen mit den klinischen Befunden vor einem Monat zeige sich objektiv eine leichte Besserung in der Einzelkraftprüfung insbesondere im Bereich der oberen Extremitäten (S. 7). Die deutliche Befundregression im MRI und im Liquor sowie die klinische Verbesserung im Neurostatus nach dreiwöchiger Antibiotikatherapie erhärteten den Verdacht auf eine chronische Neuroborreliose als Ursache der Symptome. Es werde eine regelmässige und intensiverte Physiotherapie empfohlen (S. 8).

Im Bericht des Spitals D. _____ vom 29. Januar 2015 (act. II 56.49 S. 2-4) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin zeige weiterhin einen stabilen klinischen Zustand; sie führe nur noch einmal monatlich Physiotherapie durch. Weiterhin habe sie eine Harndrangsymptomatik, sei aber sonst mit dem motorischen Verlauf zufrieden (S. 3). In der Beurteilung wurde festgehalten, hinsichtlich der Gangstörung zeige sich aktuell eine stabile Symptomatik ohne weitere Befundverschlechterung; dennoch sei die Physiotherapie regelmässiger durchzuführen und die Beschwerdeführerin solle selbständig noch Übungen und Sport betreiben. Dies habe ebenso einen positiven Einfluss auf die Stresstoleranz bei der Arbeit. Die bisherige antibiotische Therapie erscheine ausreichend, so dass bei stabiler Symptomatik keine weitere medikamentöse Therapie notwendig erscheine. Bezüglich der Stimmungslage werde eine psychiatrische Vorstellung im Verlauf empfohlen, um gegebenenfalls die antidepressive Medikation weiter auszubauen (S. 4).

Am 21. Juli 2015 erfolgte im Spital D. _____ eine weitere Konsultation im Rahmen der allgemeinen neurologischen Sprechstunde. Im entsprechenden Bericht vom 22. Juli 2015 (act. II 56.41 S. 12-14) wurde eine chronische Neuroborreliose, eine progrediente bilaterale pancochleäre Perzeptions-Schwerhörigkeit sowie ein Verdacht auf eine Migräne mit Aura diagnostiziert (S. 12). Die Beschwerdeführerin berichte seit der letzten

Konsultation vom 20. Januar 2015 (vgl. act. II 56.49 S. 2-4) über einen stabilen Verlauf hinsichtlich der Gangstörung. Es werde weiter empfohlen, Sport und Physiotherapie regelmässig durchzuführen. Bei anamnestisch gedrückter Stimmung und Antriebslosigkeit sei eine reaktive depressive Verstimmung nicht ausgeschlossen. Es sei keine weitere Verlaufskontrolle vorgesehen (S. 14).

3.1.2 Dr. med. C. _____ hielt im Bericht vom 28. Januar 2016 (act. II 31 S. 1-5) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Neuroborreliose fest. Als „Diagnosen resp. Symptome“ ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie Gangstörungen wie Paraspastik, Gleichgewichtsstörungen mit Stolpern – „mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Ausdruck einer fortbestehenden“ Neuroborreliose – sowie eine durch ein Hörgerät korrigierte Hörminderung (S. 1). Ab November 2014 habe die Beschwerdeführerin Phasen völliger Antriebslosigkeit und Erschöpfung gehabt, weswegen sie Hilfe beim Borreliosespezialisten Dr. med. E. _____ (vgl. auch act. II 26 S. 1) gesucht habe. Kognitive Defekte, Apathie und seelische Tiefs seien zunächst als psychische Störungen fehlinterpretiert worden, weshalb die Beschwerdeführerin ihre Praxis aufgesucht habe (S. 2). Wegen des Mangels an Konzentration, Auffassung, Anpassung und Belastbarkeit seien die jetzigen Arbeiten im Büro kaum machbar und es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 20% (S. 5). Bei einer (aufgrund eines Missverständnisses vorübergehend gestoppten [S. 3]) Langzeitantibiose sei eine langsame Besserung des Gesundheitszustandes sowie eine langsame Erhöhung der Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich (S. 4).

3.1.3 Mit zu Händen des Krankentaggeldversicherers verfasstem und auf persönlicher Untersuchung beruhendem Bericht vom 23. Februar 2016 (act. II 34 S. 2 ff.) hielt Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, die Beschwerdeführerin leide an einer Neuroborreliose, die lange nicht diagnostiziert und dann nicht genügend behandelt worden sei. Jetzt sei sie in Behandlung bei der Psychiaterin Dr. med. C. _____, die sich auf Borrelienerkrankungen spezialisiert und die nun eine Langzeittherapie begonnen habe. Die psychische Symptomatik sei nicht psycho-, sondern somatogen (ICD-10 F06). Schon die Symptomatik

(phasisch, zyklisch, antriebsarm-energielos, maniform-überdreht, keine affektive Störung, keine depressiven Gedanken) sei hinreichend. Wie Dr. med. C. _____ richtig schreibe, müsse jetzt mit einer sehr langen Behandlung gerechnet werden und die Heilung werde nicht unbedingt mit einer Symptombefreiheit einhergehen. Die im MRI sichtbaren Gehirnveränderungen seien auch nicht zwingend synchron mit der Symptomatik (Energielosigkeit/Antriebsarmut abwechselnd mit Phasen mit zu viel Antrieb/Energie und zu wenig emotionalem Tiefgang, Gangataxie und Hörstörung [S. 5]).

3.1.4 Mit Bericht vom 5. September 2016 (act. II 56.25) hielt Dr. med. C. _____ fest, unter der Langzeitantibiose hätten sich die Gangstörungen verbessert, desgleichen das Gehör, so dass die Beschwerdeführerin kein Hörgerät mehr brauche. Das Hauptproblem sei noch immer die schubweise sehr starke Apathie mit wochenlanger Bettlägerigkeit, die bisher nicht habe behandelt werden können (S. 1).

Mit weiterem, zu Händen der Suva erstelltem Bericht vom 12. Oktober 2016 (act. II 56.21) hielt Dr. med. C. _____ fest, bis zum Beweis des Gegenteils seien sämtliche psychisch-geistigen Einschränkungen als Folge der Neuroborreliose zu betrachten (S. 2). Während den Phasen schwerer Apathie sei die Beschwerdeführerin nicht mal in der Lage, das Nötigste für sich zu machen. In den sogenannt guten Phasen übersprudle sie fast und könne die Schwere ihrer Behinderungen nicht einschätzen respektive sie berührten sie emotional überhaupt nicht. Um die Arbeitsfähigkeit klären zu können, habe sie daher mit dem Vorgesetzten der Beschwerdeführerin Kontakt aufgenommen. Durch die Fremdanamnese schätze sie die Arbeitsunfähigkeit auf rund 80%, wobei mit Bezug auf die meisten Arbeitsplätze die unvermittelten Ausfälle über Wochen untragbar wären (S. 5).

3.1.5 Im MEDAS-Gutachten vom 18. Januar 2017 (act. II 60.1 S. 2 ff.) wurden im Wesentlichen die folgenden Diagnosen gestellt (S. 30):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Hochtonbetonte Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits (ICD-10 H90.3)
 - Zustand nach binauraler Hörgeräteversorgung
2. Intermittierende Gangunsicherheit (ICD-10 H82)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Chronische Neuroborreliose (Stadium 3; ICD-10 A69.2), ED 09/2014
2. Periodische Hypersomnie (ICD-10 G47.1)
 - wahrscheinlich psychogen
 - möglicherweise medikamentös bedingt
 - leichte kognitive Störung
3. Wirbelsäulenfehlstatik (thorakale langgezogene Hyperkyphose, lumbale Hyperlordose; ICD-10 R29)
 - konsekutiv allgemeine Haltungsinsuffizienz bei Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen
 - klinisch völlig unauffällige Bewegungsprüfung an der Wirbelsäule

In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, bei der Beschwerdeführerin könne eine chronische Neuroborreliose festgestellt werden, welche 2014 im Spital D. _____ mittels Liquorpunktion diagnostiziert und behandelt worden sei. Im Rahmen der infektiologischen Untersuchung sei eine chronische Neuroborreliose Stadium 3 diagnostiziert worden. In den aktuellen Laboruntersuchungen habe keine aktive Infektion mehr festgestellt werden können. Aus infektiologischer Sicht bestehe daher keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In der neurologischen Untersuchung sei neben der durchgemachten Neuroborreliose eine periodische Hypersomnie unklarer Ätiologie diagnostiziert worden. Eine Hypersomnie könne zwar bei einer Neuroborreliose beobachtet werden, nach erfolgreicher antibiotischer Behandlung sei dies aber ungewöhnlich. Die bei der neuropsychologischen Untersuchung festgestellte leichte kognitive Störung könne mit der Hypersomnie erklärt werden, habe aber keine organische Grundlage der Neuroborreliose. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In der otorhinolaryngologischen Untersuchung sei eine hochtonbetonte Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits diagnostiziert worden. Diese sei möglich im Rahmen der Neuroborreliose. Seit der Behandlung habe sie sich wieder zurückgebildet. Eine vestibuläre Störung als Ursache der Gangunsicherheit bestehe nicht. Aus otorhinolaryngologischer Sicht bestehe eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, indem Tätigkeiten mit erhöhtem Umgebungsgeräuschpegel oder solche mit Absturzgefährdung nicht geeignet seien. In der rheumatologischen Untersuchung sei eine Wirbelsäulenfehlstatik mit Haltungsinsuffizienz und

Abschwächung der rückenstabilisierenden Muskelgruppen diagnostiziert worden. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine kaufmännische Tätigkeit bestehe dadurch nicht. In der allgemeininternistischen Untersuchung seien keine weiteren Diagnosen gestellt worden. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei nicht eingeschränkt. Die psychiatrische Untersuchung habe unauffällige Befunde ergeben. Das zeitweise erhöhte Schlafbedürfnis könne nicht mit einem psychischen Leiden erklärt werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zusammengefasst sei die Beschwerdeführerin aus polydisziplinärer Sicht für die angestammte kaufmännische Tätigkeit wie auch für jede andere körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 100% arbeits- und leistungsfähig. Einzig Tätigkeiten mit erhöhtem Umgebungsgeräuschpegel oder Absturzgefährdung seien nicht geeignet (S. 31). Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit während der akuten Phase der Neuroborreliose bis zum Behandlungsende erheblich eingeschränkt gewesen sei. Nach Abschluss der Behandlung im Spital D. _____ im Oktober 2014 sei aus medizinischer Sicht eine rasche Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich gewesen. Spätestens ab anfangs 2015 könne von der festgestellten 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (S. 31 f.).

3.1.6 In ihrer Stellungnahme „zur Ablehnung der IV-Leistungen [...] respektive zur Begutachtung durch das [...] MEDAS [...]“ vom 10. Mai 2017 (act. II 73 S. 9-35) äusserte Dr. med. C. _____ mannigfaltige Kritik sowohl an der diagnostischen Einordnung der Beschwerden als auch hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im MEDAS-Gutachten.

3.2

3.2.1 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 anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.2.2 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 stellte in der angefochtenen Verfügung vom 28. März 2017 massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten des MEDAS vom 18. Januar 2017 (act. II 60.1 S. 2 ff.) ab. Dieses erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Was die Beschwerdeführerin unter Verweis auf den Bericht ihrer behandelnden Ärztin Dr. med. C. _____ vom 10. Mai 2017 (act. II 73 S. 9-35) dagegen vorbringt, dringt nicht durch:

3.4 Zunächst fällt auf, dass zwischen den Gutachtern der MEDAS einerseits und der behandelnden Ärztin andererseits offenkundig erhebliche fachliche Differenzen hinsichtlich der Beurteilung der Kausalität zwischen den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Symptomen und der Neuroborreliose, der daraus ableitbaren Arbeitsunfähigkeit sowie bezüglich der Auffassungen nach den notwendigen und wirksamen Therapien bestehen. Dabei fiel die von Dr. med. C. _____ geübte, teils massive Kritik nicht durchwegs sachlich aus, wenn sie von „aggressiven Gutachtern“, welche „Laborresultate ignorieren“ und Symptome und Befunde übergingen (act. II 77 S. 1) bzw. bezogen auf den vorliegenden Fall von „eklatant abweichenden Fehleinschätzungen der Arbeitsfähigkeit im MEDAS-Gutachten“ (act. II 73 S. 31) spricht. Dies wird auch nicht durch den

Umstand gerechtfertigt, dass die MEDAS-Gutachter im Rahmen ihrer Gesamtbeurteilung namentlich die Langzeitantibiotika-Therapie als nicht indiziert beurteilt haben (act. II 60.1 S. 32) und der Infektiologe die umgehende Absetzung von Minocyclin und Hydroxychloroquin postulierte bzw. deren Nutzen als spekulativ bezeichnete (S. 26), welche Einschätzung vom begutachtenden Neurologen gestützt wird (S. 20). Denn es ist gerade die Aufgabe von Gutachtern, von behandelnden Ärzten attestierte Arbeitsunfähigkeiten sowie gestellte Diagnosen bzw. die Zuordnung von Befunden oder Symptomen zu (scheinbar) feststehenden Diagnosen, aber auch die Zweckmässig- und Wirksamkeit laufender Therapien kritisch zu diskutieren. Mit Blick auf Letzteres gilt dies umso mehr, als die Frage nach der geeigneten Therapieform bei Neuroborreliose – was auch Dr. med. C. _____ anerkennt – innerhalb der Medizin offenbar umstritten ist, woran auch nichts ändert, dass es sich bei diesen fachlichen Auseinandersetzungen ihrer Auffassung nach um „unfruchtbare Kontroversen“ handeln und die „herkömmliche Medizin Mühe mit der Akzeptanz der hochkomplexen Zusammenhänge“ haben soll (act. II 73 S. 33).

Insgesamt weckt die von Dr. med. C. _____ teils vehemente und mit einer zum absoluten Geltungsanspruch neigenden Kritik am Vorgehen von Gutachtern in Borreliosefällen im Allgemeinen und damit auch an jenem der MEDAS-Experten im Besonderen Zweifel an der Objektivität ihrer Einschätzungen, was deren Beweiswert schmälert. Davon abgesehen, vermögen die vorgebrachten Kritikpunkte jedoch auch in sachlicher Hinsicht nicht zu überzeugen respektive die Zuverlässigkeit des MEDAS-Gutachtens nicht in Frage zu stellen:

3.5

3.5.1 Die MEDAS-Expertise vom 18. Januar 2017 (act. II 60.1 S. 2 ff.) beinhaltet eine allgemeininternistische, psychiatrische, rheumatologische, neurologische, neuropsychologische, infektiologische sowie eine otorhinolaryngologische Untersuchung, während die Gesamtbeurteilung im Rahmen eines interdisziplinären Konsensus erfolgte (vgl. S. 30 ff.). Mit diesem Vorgehen wurde dem von Dr. med. C. _____ wiederholt geäusserten Kernanliegen einer „fächerübergreifenden“ Beurteilung (vgl. act. II 73 S. 20) Rechnung getragen, wobei gerade die abschliessende, gesamthafte Beur-

teilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit dem Gutachten besonderes Gewicht verleiht (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. März 2014, 9C_789/2013, E. 3.2). Dass die Berücksichtigung eines weiteren Fachbereichs erforderlich gewesen wäre, macht die behandelnde Ärztin nicht geltend und dergleichen ergibt sich auch nicht aus den übrigen Akten. Sodann haben die MEDAS-Gutachter in Übereinstimmung mit den übrigen medizinischen Akten (vgl. insbesondere E. 3.1.1 vorne) eine (durchgemachte) chronische Neuroborreliose festgestellt (act. II 60.1 S. 31). Auch besteht Konsens mit sämtlichen behandelnden Ärzten, dass zufolge der medikamentösen antibiotischen Therapie sich die im Jahre 2014 akut aufgetretenen Symptome (Gangataxie, motorische Störungen, Muskelschwäche, Störung der Miktion und Hörminderung) in der Zwischenzeit deutlich zurückgebildet haben, die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf insoweit nicht mehr eingeschränkt (vgl. auch act. II 31 S. 1) und diesbezüglich von stabilen Verhältnissen auszugehen ist.

Die von der Beschwerdeführerin nunmehr geltend gemachte und die Arbeitsfähigkeit nach ihrer Auffassung im Wesentlichen reduzierende Restsymptomatik einer heute subjektiv im Vordergrund stehenden periodischen Hypersomnie lässt sich gemäss den MEDAS-Gutachtern ätiologisch keinem Fachbereich – namentlich weder dem psychiatrischen noch dem neurologischen – zuordnen. Anders als Dr. med. C. _____ insinuiert, haben die Gutachter insoweit jedoch keineswegs gleichsam apodiktisch einen Zusammenhang mit der Neuroborreliose negiert, sondern vielmehr festgehalten, dass eine Hypersomnie nach einer Neuroborreliose beobachtet werden könne, dies nach einer erfolgreichen antibiotischen Behandlung jedoch „ungewöhnlich“ sei (act. II 60.1 S. 31). Diese Auffassung steht u.a. im Einklang mit den von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zur Neuroborreliose publizierten Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie (AWMF-Register Nr. 030/071), wonach über die Bedeutung von chronischen und unspezifischen Beschwerden (u.a. „Chronic Fatigue“) in Zusammenhang mit Neuroborreliososen eine kontroverse Diskussion geführt werde bzw. klinische Verlaufsuntersuchungen und epidemiologische Studien darauf wiesen, dass diese Beschwerden nach einer Lyme-Borreliose nicht häufiger aufträten als bei Kontrollpersonen respektive nach anderen Erkrankungen. Es sei insoweit in der Regel von einer Koinzidenz und nicht

einer Kausalität zwischen dem Nachweis von Borrelien-spezifischen Antikörpern und unspezifischen klinischen Beschwerden auszugehen. Wenn die Gutachter die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Symptome – namentlich die periodisch auftretende Müdigkeit – nicht unbesehen der Neuroborreliose zugeschrieben haben, so vermag dies den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens demnach nicht in Frage zu stellen, zumal das transparente Aufzeigen von Unsicherheiten und Unklarheiten den Beweiswert einer Expertise nicht schmälert, sondern gegenteils stärkt (Entscheid des BGer vom 21. Juni 2016, 9C_614/2015, E. 5.1). Wurden zudem – wie vorliegend – die geklagten Beschwerden von diversen Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen auf ihre Genese hin untersucht, erweist es sich in beweismässiger Hinsicht nicht als überzeugend, „bis zum Beweis des Gegenteils sämtliche psychisch-geistigen Einschränkungen als Folge der Neuroborreliose zu betrachten“, wie dies – entgegen der im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweislastverteilung – Dr. med. C. _____ im Bericht vom 12. Oktober 2016 postuliert (act. II 56.21 S. 2). Dies umso weniger, als gemäss dem begutachtenden Neurologen differentialdiagnostisch auch eine medikamentöse Verursachung in Betracht gezogen werden muss (act. II 60.1 S. 20). Sodann vermag auch der Umstand, wonach die MEDAS-Gutachter – in Übereinstimmung mit den Neurologen des Spitals D. _____ (vgl. act. II 56.49 S. 4) – die Langzeitantibiose als kontraindiziert erachteten, die Zuverlässigkeit der Expertise nicht in Frage zu stellen: Zum einen wird in den bereits genannten AWMF-Leitlinien eine Langzeit- oder Dauerbehandlung mit Antibiotika nicht empfohlen. Zum andern besteht für die von Dr. med. C. _____ applizierten Medikamente Plaquenil und Minac betreffend die Borreliose keine Indikation (vgl. www.swissmedic.ch, Arzneimittelinformationen zu Minac und Plaquenil unter: Fachinformationen, Indikationen/Anwendungsmöglichkeiten), weshalb auch insoweit nicht gesagt werden kann, die Gutachter verträten eine fachlich unhaltbare Auffassung, welche ihre Schlussfolgerungen als nicht nachvollziehbar und damit beweismässig nicht verwertbar erscheinen liessen. Mit Bezug auf Plaquenil ist darüber hinaus zu beachten, dass gemäss Arzneimittelinformation die Behandlung abgebrochen werden sollte, wenn nach sechs Monaten keine Besserung eingetreten ist. Vor diesem Hintergrund bleibt anzumerken, dass sich unter der von Dr. med. C. _____ durchgeführten Langzeitantibiose gemäss ihren Angaben wohl

die Gangsicherheit und die Schwerhörigkeit, nach Lage der Akten nicht jedoch die (die Arbeitsfähigkeit einzig beeinflussende und auch subjektiv im Vordergrund stehende) Hypersomnie verbesserten (vgl. act. II 56.25 S. 1). Soweit die behandelnde Ärztin sodann „sämtliche Einschränkungen“ mit infektiösen Veränderungen des Gehirns begründet (act. II 73 S. 30), findet diese Behauptung aus neurologischer Sicht sowohl im MEDAS-Gutachten als auch in den übrigen Akten keine Stütze, während der begutachtende Psychiater einen Zusammenhang gar ausschloss (act. II 60.1 S. 12) und auch Dr. med. F. _____ einen solchen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit herstellte. Anders als von Dr. med. C. _____ ferner behauptet (act. II 73 S. 17), wurde die Schilddrüsenfunktion untersucht und als im Normbereich liegend taxiert (act. II 60.1 S. 8).

3.5.2 Im Weiteren verkennen Beschwerdeführerin und Dr. med. C. _____, dass die genaue diagnostische Einordnung eines (psychischen oder somatischen) Leidens für die Beurteilung der Invalidität im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext nicht von vorrangiger Bedeutung ist; massgeblich ist vielmehr, ob und wenn ja inwieweit (hinreichend objektivierbare) Befunde (plausibilisierbare [vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297]) Auswirkungen auf das funktionelle Leistungsvermögen und damit die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit zeitigen (vgl. E. 2.1.2 vorne). Die MEDAS-Gutachter haben die objektive Befundlage in ihren Fachbereichen jeweils detailliert wiedergegeben und diese im anamnestischen sowie diagnostischen Kontext erörtert. Schliesslich haben sie – im Rahmen der polydisziplinären Gesamtbeurteilung – die (medizinisch-theoretische) Arbeitsfähigkeit im Einklang mit der geltenden Rechtsprechung allein anhand der objektivierbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen und nicht (allein) aufgrund subjektiver Angaben beurteilt. Dabei erscheint ein Aspekt wesentlich: Nach Auffassung der behandelnden Ärztin wirkt sich insbesondere die im Rahmen einer Restsymptomatik weiterhin geltend gemachte Apathie und eine damit einhergehende (periodische) Hypersomnie auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die Beschwerdeführerin gibt hierzu an, während guten Phasen normal arbeitsfähig zu sein, während dem sie „in schlechten Zeiten“ nicht arbeiten könne (act. II 60.1 S. 8). Gegenüber dem psychiatrischen Experten der MEDAS erklärte die Beschwerdeführerin, sie habe sich

„gestern Abend“ (vor der Begutachtung) sehr müde gefühlt und arbeite zurzeit nicht. Sie habe sich daher „nicht in der Lage gefühlt, zur heutigen Untersuchung nach ... zu reisen“, worauf sie das Taxi genommen habe (S. 9). Demnach erfolgte die psychiatrische Begutachtung offensichtlich in einer Phase, während der sich die Beschwerdeführerin erschöpft fühlte. Gleichwohl hielt der Gutachter fest, es hätten sich während der ganzen Untersuchung nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt (S. 11) und obwohl die Beschwerdeführerin am Morgen des Untersuchungstages angegeben habe, sie könne ihr Bett nicht verlassen, sei müde und erschöpft, habe sie sich anlässlich der Begutachtung in völlig unauffälligem Zustand präsentiert, wobei die von ihr geklagte schwere Müdigkeit überhaupt nicht habe festgestellt werden können (S. 12). Auch im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung zeigte sich einzig eine leichte kognitive Störung (S. 23). Unter diesen Umständen zielt die Kritik von Dr. med. C._____, das allgemeininternistische Gutachten lasse die Hauptsymptome wie Bettlägerigkeit, Erschöpfung und Apathie „ganz einfach weg“ (act. II 73 S. 20), ins Leere. Vielmehr ist mit Blick auf die – auch in Phasen der Erschöpfung präsentierte, allein bescheidene – Befundlage die von den MEDAS-Gutachtern mit Bezug auf die angestammte Tätigkeit attestierte volle Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und schlüssig. Unter diesem Blickwinkel kann auch offen bleiben, ob noch eine aktive Infektion vorliegt – was vom begutachtenden Infektiologen verneint (act. II 60.1 S. 26), von Dr. med. C._____ dagegen (wenngleich einzig unter Verweis auf klinische Befunde) bejaht wird (act. II 73 S. 19) –, manifestierte sie sich doch kaum auf der Befundebene. Dass die Gutachter sodann auf fremdanamnestische Angaben – insbesondere des Arbeitgebers – verzichteten, ist nicht zu beanstanden: Zum einen besteht für Gutachter keine Pflicht, fremdanamnestische Angaben einzuholen (vgl. Entscheid des BGer vom 19. September 2013, 9C_351/2013, E. 3.2). Zum andern beurteilt sich die Arbeitsfähigkeit nicht anhand des gegenüber dem Arbeitgeber gezeigten oder von diesem beobachteten bzw. rapportierten, sondern aufgrund des objektiv zumutbaren Leistungsvermögens (vgl. E. 2.1.2 vorne), für dessen Beurteilung die medizinischen Feststellungen Anknüpfungspunkt bilden (vgl. E. 2.2 vorne). Zur Befragung des Arbeitgebers bestand zudem umso weniger Anlass, als sich die begutachtenden Fachärzte gestützt auf ihre eigenen Untersuchun-

gen ohne weiteres im Stande sahen, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen.

3.5.3 Demnach wecken weder die Berichte von Dr. med. C. _____ noch jene der übrigen behandelnden Ärzte Zweifel am Beweiswert des MEDAS-Gutachtens vom 18. Januar 2017 (act. II 60.1 S. 2 ff.), womit sich der medizinische Sachverhalt als hinreichend abgeklärt erweist und es der von der Beschwerdeführerin eventualiter beantragten Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zwecks Vornahme weiterer Abklärungen nicht bedarf.

3.6 Zur Arbeitsfähigkeit wurde im MEDAS-Gutachten aus gesamtmedizinischer Sicht festgehalten, während der akuten Phase der Neuroborreliose bis zum Behandlungsende sei von einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ab anfangs 2015 bestehe für die angestammte kaufmännische Tätigkeit sowie für andere ähnlich gelagerte, körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. II 60.1 S. 31 f.).

Nachdem die Anmeldung zum Leistungsbezug in Form von beruflichen Massnahmen und einer Invalidenrente erst im Oktober 2015 (act. II 20 S. 6) erfolgt war (die erste Anmeldung vom Februar 2014 betraf einzig den Antrag auf Hilfsmittel bzw. ein Hörgerät [act. II 1]), resultiert aus der für die Zeit bis Ende 2014 attestierten Arbeitsunfähigkeit kein Leistungsanspruch. Die in der Folge seitens der Gutachter bescheinigte volle Arbeitsfähigkeit wird durch die übrigen Akten nicht in Frage gestellt: Dr. med. F. _____ bescheinigte im Bericht vom 23. Februar 2016 (act. II 34 S. 2 ff.) keine Arbeitsunfähigkeit bzw. hielt insoweit lediglich fest, die genauen Angaben über die erbrachte Leistung seien beim Arbeitgeber einzuholen (S. 5). Dr. med. C. _____, welche die Beschwerdeführerin seit November 2015 behandelt (act. II 31 S. 1), attestierte zwar fortwährend eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit. Diese basiert indessen nicht in erster Linie auf allfälligen von ihr erhobenen (psychiatrischen) Befunden, sondern massgebend auf den Angaben des Arbeitgebers der Beschwerdeführerin (vgl. act. II 56.21 S. 5), was in beweismässiger Hinsicht nicht ausreicht (vgl. E. 3.5.2 vorne).

3.7 Demnach ist sowohl in medizinischer wie auch in rechtlicher Hinsicht von einer seit anfangs 2015 bestehenden Arbeitsfähigkeit von 100%

in der angestammten Tätigkeit auszugehen, womit im vorliegend massgebenden Beurteilungszeitraum bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 28. März 2017 eine Invalidität im Rechtssinne nicht erstellt ist.

An diesem Ergebnis ändert schliesslich auch nichts, dass die Suva „für die Folgen des Zeckenstiches“ Taggeldleistungen erbringt (vgl. act. II 56.3 S. 3), entfalten doch Entscheide des Unfallversicherers gegenüber der Invalidenversicherung keine Bindungswirkung (BGE 133 V 549 E. 6.4 S. 555).

3.8 Zusammenfassend erging die angefochtene Verfügung zu Recht und die Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 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. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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