

200 17 721 BV
SCI/SCC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 1. Oktober 2018

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Klägerin

gegen

Pensionskasse J. _____
Beklagte

betreffend Klage vom 21. August 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1977 geborene A._____ (Versicherte bzw. Klägerin) war ab April 2001 zu 100 % als ... (von 2. April 2001 bis 31. März 2002 in Ausbildung) für die C._____ tätig und dadurch bei der Pensionskasse bzw. ab dem 1. Januar 2002 bei der Pensionskasse J._____ (PK J._____ bzw. Beklagte) für die berufliche Vorsorge versichert (Akten C._____, act. V pag. 31 f., 37 f. 117 ff.). Ab dem 1. Februar 2009 reduzierte sie ihr Pensum auf 90 % (Dossier der Klägerin, act. I pag. 4, 5; act. V pag. 20 ff.).

Im August 2010 meldete sich die Versicherte bei der Invalidenversicherung zum Bezug von Leistungen an. Als gesundheitliche Beeinträchtigung nannte sie Schmerzen und Bewegungsbeeinträchtigung am Arbeitsplatz, Müdigkeit und Erschöpfung (Dossier der IV-Stelle, act. III pag. 2). Nach Abklärungen und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. III pag. 17) verfügte die SVA K._____ am 22. Februar 2011 bei einem Invaliditätsgrad von 30 % die Ablehnung einer Rente (act. III pag. 21). Die Verfügung ist in Rechtskraft erwachsen (act. III pag. 32).

Vom ... September 2012 bis ... Januar 2013 befand sich die Versicherte im Mutterschaftsurlaub und bezog anschliessend Ferien sowie unbezahlten Urlaub (act. V pag. 1, 76, 80, II 7). Im Januar 2013 vereinbarten die C._____ und die Versicherte eine Reduktion des Beschäftigungsgrades per 1. März 2013 von 90 % auf 70 % (act. II pag. 7; act. V pag. 14 ff., 17 ff.).

Im Februar 2013 nahm die Versicherte eine Anmeldung für eine Rente wegen Teil-Invalidität (von 30 %) vor (act. II pag. 7), worauf die PK J._____ insoweit Abklärungen tätigte, als sie die Akten der Invalidenversicherung und einen Bericht von Dr. med. D._____, der E._____, vom 27. Juni 2013 einholte (act. II pag. 8). Am 28. Oktober 2013 teilte die Arbeitgeberin der Versicherten mit, die PK J._____ habe entschieden, dass die Versicherte keinen Anspruch auf eine Versicherungsleistung habe, da ein IV-Grad unter 25 % vorliege (act. II pag. 9). Hiermit erklärte sich die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 11. März

2014 – mit Verweis auf den von der Invalidenversicherung ermittelten IV-Grad von 30 % – gegenüber der PK J. _____ nicht einverstanden (act. II pag. 10). Am 21. März 2014 hielt die PK J. _____ am Entscheid fest; es liege ein IV-Grad unter 25 % vor (act. II pag. 11). Es erfolgte ein weiterer Briefwechsel zwischen der Pensionskasse (Schreiben vom 21. März 2014 [act. II pag. 11] und 6. August 2014 [act. II pag. 13]) und der Versicherten (Schreiben vom 14. Juli 2014 [act. II pag. 12]) zur Frage der Höhe des Invaliditätsgrades und damit des Anspruchs auf eine Rente.

Seit dem 1. Mai 2014 arbeitet die Versicherte wiederum für die C. _____ – zuerst in einem Pensum von 30 % (act. V pag. 10 ff.) und seit 1. September 2014 von 20 % (act. V pag. 7 ff.).

B.

Am 21. August 2017 erhob die Versicherte beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Klage. Sie beantragt das Folgende:

- „1. Die Beklagte sei zu verurteilen der Klägerin ab dem 01.09.2012 die gesetzlich und reglementarisch vorgesehenen Leistungen auf einem Invaliditätsgrad von 30 %, nebst einem Verzugszins für die geschuldeten Rentenbeträge von 5 % ab dem 11.03.2014, auszurichten.*
- 2. Der Klägerin sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und der Unterzeichnete sei zu ihrem unentgeltlichen Rechtsvertreter zu ernennen.*
- 3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgend zu Lasten der Beklagten.“*

Die Klägerin bringt vor, sie habe aufgrund der zunehmenden Schmerzen Anfang 2009 ihr Pensum von 100 % auf 90 % reduziert. Wegen Verschlimmerung der Krankheit und bei einer Arbeitsfähigkeit von nunmehr 70 % habe sie sich bei der Invalidenversicherung angemeldet, welche das Leistungsbegehren zwar abgewiesen habe; es sei jedoch gestützt auf die rechtskräftige IV-Verfügung vom 22. Februar 2011 ein IV-Grad von 30 % ausgewiesen. Gestützt auf die reglementarischen Bestimmungen der PK und aufgrund der Tatsache, dass die Klägerin ihr Pensum aufgrund von Krankheit reduziert habe, sei die Beklagte verpflichtet, eine Rente in der Höhe von 30 % auszurichten (Gerichtsakten pag. 3 ff.).

Mit Klageantwort vom 18. September 2017 beantragt die PK J. _____ (Beklagte) die Abweisung der Klage. Sie macht geltend, die Reduktion des Beschäftigungsgrades im Februar 2009 von 100 % auf 90 % sei nicht aus medizinischen Gründen erfolgt. Die für die berufliche Vorsorge relevante Invalidität sei bezogen auf ein Arbeitspensum von 90 % zu bemessen. Der Klägerin sei die angestammte Tätigkeit zu 70 % zumutbar. Der IV-Grad betrage somit 22,2 % ($[90\% \text{ abzüglich } 70\%] / 90\%$); gemäss Reglement (Art. 50) würden Invalidenleistungen jedoch erst ab einem IV-Grad von 25 % ausgerichtet (Gerichtsakten pag. 15 ff.).

Der Instruktionsrichter ordnete in der Folge verschiedene Beweismassnahmen an (prozessleitende Verfügung vom 20. September 2017: Einholung der IV-Akten bei der SVA K. _____ [Gerichtsakten pag. 25]; prozessleitende Verfügung vom 13. Oktober 2017: Einholung der Akten der Arbeitgeberin der Klägerin und der behandelnden Ärzte [Dr. med. F. _____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, Dr. med. G. _____, Fachärztin für Allgemeine Medizin, Dr. med. H. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie {Gerichtsakten pag. 28 f.}]).

Nach Eingang der entsprechenden Unterlagen und Gewährung der Möglichkeit zur Ergänzung der Klageantwort reichte die Beklagte die Stellungnahme vom 15. November 2017 ein, worin sie an ihrem Standpunkt, die Reduktion des Pensums auf 90 % im Februar 2009 sei nicht aus medizinischen Gründen erfolgt, festhielt (Gerichtsakten pag. 48 ff.).

Am 16. Januar 2018 zog die Klägerin das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück (Gerichtsakten pag. 60).

Mit Verfügung vom 13. Februar 2018 schrieb der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege als gegenstandslos ab (Ziff. 2). Ferner stellte er die Einholung eines Gerichtsgutachtens beim I. _____ (MEDAS) in Aussicht (Ziff. 5.1-5.2) und gewährte den Parteien das rechtliche Gehör (Ziff. 5.3; Gerichtsakten pag. 66 ff.).

Am 26. Februar 2018 erklärte sich die Klägerin mit der Begutachtung grundsätzlich einverstanden, Ergänzungsfragen erschienen ihr nicht notwendig und sie machte keine Ablehnungs- oder Ausschlussgründe gegen die vorgesehenen Gutachter der MEDAS geltend. Sie beantragte jedoch

singemäss die Begutachtung durch eine andere MEDAS (Gerichtsakten pag. 74 f.).

Mit Verfügung vom 7. März 2018 wies der Instruktionsrichter den Antrag auf Begutachtung durch eine andere als MEDAS anerkannte Begutachtungsstelle ab und erteilte der Gutachterstelle den Auftrag (Gerichtsakten pag. 81 f.).

Die MEDAS reichte das interdisziplinäre Gutachten vom 25. Juni 2018 ein (Gerichtsakten pag. 84 ff.).

Mit Schlussbemerkungen vom 10. Juli 2018 und 3. August 2018 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (Gerichtsakten pag. 136 ff., 140 ff.).

Erwägungen:

1.

1.1 Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, ist als einzige kantonale Instanz sachlich und funktionell zuständig zur Beurteilung der mit Klage vom 21. August 2017 geltend gemachten – reglementarischen – Ansprüche (Art. 73 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge vom 25. Juni 1982 [BVG; SR 831.40] i.V.m. Art. 87 lit. c des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21] und Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 [GSOG; BSG 161.1]). Gerichtsstand ist nach Art. 73 Abs. 3 BVG der schweizerische Sitz oder Wohnsitz der Beklagten oder der Ort des Betriebes, bei dem die versicherte Person angestellt wurde. Dabei kommt es für den Wahlgerichtsstand nicht darauf an, ob die Vorsorgeeinrichtung, der Arbeitgeber oder die versicherte Person – wie hier – klagende Partei ist (SVR 2006 BVG Nr. 17 S. 62 E. 2.3). Die Beklagte hat Sitz in Bern (Akten der Beklagten act. IIA, IIB); damit ist das angerufene Gericht

zur Behandlung der Klage örtlich zuständig. Auch die übrigen Prozessvoraussetzungen sind erfüllt (Legitimation der Parteien; formgerechte Klage [Art. 32 VRPG]). Auf die Klage ist einzutreten.

1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beklagte der Klägerin Leistungen aus beruflicher Vorsorge auszurichten hat.

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

1.4 Nach Art. 73 Abs. 2 BVG sehen die Kantone ein einfaches, rasches und in der Regel kostenloses Verfahren vor, wobei der Richter den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen hat. Innerhalb des Streitgegenstandes ist das Berufsvorsorgegericht in Durchbrechung der Dispositionsmaxime an die Begehren der Parteien nicht gebunden (BGE 135 V 26 E. 3.1 mit Hinweisen, Art. 92 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Anspruch auf Invalidenleistungen haben nach Art. 23 lit. a BVG Personen, die im Sinne der Invalidenversicherung zu mindestens 40 % invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren.

2.1.1 Das BVG definiert den Begriff der Invalidität nicht, sondern verweist auf die Invalidenversicherung (vgl. Art. 23 lit. a BVG und Art. 4 BVV 2). Aus der engen Verbindung zwischen dem Recht auf eine Rente der Invalidenversicherung und demjenigen auf Invalidenleistungen nach BVG ergibt sich, dass der Invaliditätsbegriff im obligatorischen Bereich der beruflichen Vorsorge und in der Invalidenversicherung grundsätzlich der gleiche ist (BGE 120 V 106 E. 3c S. 108).

2.1.2 Mit Bezug auf die weitergehende berufliche Vorsorge steht es den Vorsorgeeinrichtungen im Rahmen von Art. 6 und 49 Abs. 2 BVG sowie der verfassungsmässigen Schranken (wie Rechtsgleichheit, Willkürverbot und Verhältnismässigkeit) frei, den Invaliditätsbegriff und/oder das versicherte Risiko abweichend von Art. 23 BVG zu definieren. Während sie im Rahmen

der obligatorischen beruflichen Vorsorge jedenfalls die Mindestvorschrift des Art. 23 BVG zu beachten haben (Art. 6 BVG), gilt diese Bestimmung einschliesslich der hierzu ergangenen Rechtsprechung im überobligatorischen Bereich nur, soweit die Reglemente oder Statuten bezüglich des massgebenden Invaliditätsbegriffs oder versicherten Risikos nichts Abweichendes vorsehen (BGE 136 V 65 E. 3.2 S. 69; SVR 2015 BVG Nr. 28 S. 104 E. 2.1).

2.2 Gemäss Vorsorgereglement der Pensionskasse J. _____ haben Anspruch auf eine Invalidenrente versicherte Personen, die im Sinne der eidgenössischen Invalidenversicherung zu mindestens 25 % invalid sind, sofern sie bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, in der Pensionskasse J. _____ versichert war (Art. 52 Vorsorgereglement [gültig ab dem 1. Januar 2008; act. IIB] bzw. Art. 50 in der seit 1. Januar 2010 gültigen Fassung; act. IIA).

3.

3.1 Die Klägerin beantragt eine Rente und verweist zur Begründung auf den von der SVA K. _____ ermittelten IV-Grad von 30 % (Gerichtsakten pag. 10). Die Beklagte wiederum verneint eine Leistungspflicht mit der Begründung, im Zeitpunkt des berufsvorsorgerechtlich relevanten Eintritts der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt habe, habe der Beschäftigungsgrad der Klägerin 90 % betragen (Gerichtsakten pag. 22), denn die (erste) Pensumreduktion von 100 % auf 90 % sei nicht aus gesundheitlichen Gründen erfolgt, weshalb als massgeblicher Validenlohn derjenige zu 90 % einzusetzen sei. Damit bestehe kein Rentenanspruch gegenüber der Beklagten, weil die Schwelle eines IV-Grades von mindestens 25 % nicht überschritten werde.

3.2

3.2.1 Nach der Rechtsprechung sind Vorsorgeeinrichtungen, die ausdrücklich oder unter Hinweis auf das Gesetz vom gleichen Invaliditätsbegriff wie die Invalidenversicherung ausgehen, an die Invaliditätsbemessung der IV-Stelle gebunden, wenn diese sich nicht als offensichtlich unhaltbar erweist

(BGE 138 V 125 E. 3.3 S. 130, 129 V 150 E. 2.5 S. 156; SVR 2011 BVG Nr. 12 S. 46 E. 5.1).

Für den Bereich der obligatorischen beruflichen Vorsorge ist die Bindungswirkung positivrechtlich ausdrücklich verankert, indem sich der Leistungsanspruch auf eine Invalidenrente der obligatorischen beruflichen Vorsorge an den sachbezüglichen Voraussetzungen des IVG orientiert (Art. 23 lit. a BVG; BGE 132 V 1 E. 3.2 S. 4). Verwenden die Vorsorgeeinrichtungen demgegenüber einen anderen Invaliditätsbegriff als die Invalidenversicherung, rechtfertigt sich eine selbstständige Prüfung, wobei sich die Vorsorgeeinrichtungen diesfalls auf die medizinischen und erwerblichen Abklärungen der IV-Organe stützen können (BGE 120 V 106 E. 3c S. 109).

Diese Konzeption fusst auf der Überlegung, die Organe der beruflichen Vorsorge von eigenen aufwändigen Abklärungen freizustellen und gilt folglich nur bezüglich Feststellungen und Beurteilungen der IV-Organe, welche im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren für die Festlegung des Anspruchs auf eine Invalidenrente entscheidend waren. Daran hat sich mit Inkraft-Treten des ATSG nichts geändert (BGE 132 V 1 E. 3.2 S. 4).

3.2.2 Zu prüfen ist damit vorab die von der Klägerin zumindest sinn-gemäss geltend gemachte (Gerichtsakten pag. 10) Bindungswirkung der Verfügung vom 22. Februar 2011, mit welcher die SVA K. _____ – nach Anmeldung der Klägerin im August 2010 zum Bezug von Leistungen (act. III pag. 2) und nach Abklärungen – einen Rentenanspruch verneinte. Dabei ging die SVA K. _____ von einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % aus und ermittelte den IV-Grad nach der allgemeinen Einkommensvergleichsmethode, was sie mit einer Pensumreduktion bereits per Februar 2009 von 100 % auf 90 % aus gesundheitlichen Gründen begründete (act. III pag. 21). Diese Verfügung blieb unangefochten. Die Beklagte statuiert in ihrem Vorsorgereglement den gleichen Invaliditätsbegriff wie die Invalidenversicherung (vgl. E. 2.2 hiervor), wobei versicherte Personen bereits bei einem IV-Grad von 25 % Anspruch auf eine Invalidenrente haben. Sie wurde zudem in das IV-Verfahren miteinbezogen, wobei ihr sowohl der Vorbescheid vom 11. Januar 2011 (act. III pag.16) wie auch die Verfügung vom 22. Februar 2011 (act. III pag. 21) zugestellt wurden. Damit sind die formalen Voraussetzungen für eine Verbindlichkeit der Festlegungen der Invaliditäts-

versicherung grundsätzlich erfüllt. Die Verbindlichkeit bedingt jedoch auch, dass der Träger der beruflichen Vorsorge die Festlegungen der IV-Stelle hätte gerichtlich überprüfen lassen können. Dies ist hier nicht der Fall. Die Beklagte hatte die *rentenablehnende* Verfügung vom 22. Februar 2011 (act. III pag. 21) nicht anfechten können: die Höhe der Arbeits(un)fähigkeit und die Frage, ob eine Penumreduktion per Februar 2009 (vgl. act. V pag. 20 ff.) aus gesundheitlichen Gründen erfolgte, ist Teil der Begründung des IV-Entscheids. Anfechtbar ist jedoch nur das Dispositiv, nicht zum Streitgegenstand gehören blosser Differenzen bezüglich der Begründung einer Verfügung (vgl. BGE 115 V 415 E. 3b aa S. 417), d.h. hier die Frage, aus welchen Gründen die Reduktion des Beschäftigungsgrades innerhalb eines nicht rentenbegründenden Rahmens erfolgte, bzw. ob die festgelegte Einschränkung nicht allenfalls gar geringer war. Das Gericht hat deshalb zufolge des Untersuchungsgrundsatzes alle sachverhaltlichen Fragen von Amtes wegen (Art. 73 Abs. 2 BVG) umfassend zu klären und in rechtlicher Hinsicht nach dem Grundsatz *iura novit curia* frei zu beurteilen.

4.

4.1

4.1.1 Invalidität im berufsvorsorgerechtlichen Sinne, d.h. nach dem Wortlaut von Art. 23 lit. a BVG "im Sinne der IV invalid", meint die gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit im Rahmen des bzw. bezogen auf das durch die versicherte Person geleistete Arbeitspensum bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität (im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne) geführt hat. Mit dieser (versicherten) Tätigkeit in keinem Zusammenhang stehende Umstände haben bei der Bemessung der Invalidität ausser Acht zu bleiben (Entscheid des Bundesgerichts vom 23. September 2015, 9C_403/2015, E. 5.2 mit Hinweisen).

4.1.2 Unter Arbeitsunfähigkeit ist eine Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen (BGE 134 V 20 E. 3.2.2 S. 23). Sie muss mindestens 20 % betragen (SVR 2015 BVG Nr. 29 S. 109 E. 6.2). Ob eine Person trotz Lohnzahlung tatsächlich erheblich arbeitsunfähig war, ob sie also im Rahmen eines Ar-

beitsverhältnisses – im Hinblick auf den angestammten Tätigkeitsbereich – ihre übliche oder aber nunmehr eine behinderungsbedingt eingeschränkte Leistung erbrachte, ist von Amtes wegen mit aller Sorgfalt zu prüfen. Rechtsprechungsgemäss ist erforderlich, dass sich die behauptete Arbeitsunfähigkeit im Arbeitsverhältnis, das über die Vorsorgepflicht den Versicherungsschutz begründet, konkret nachteilig bemerkbar gemacht hat, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle. Nur beim Vorliegen besonderer Umstände darf die Möglichkeit einer von der arbeitsrechtlich zu Tage tretenden Situation in Wirklichkeit abweichenden Lage – etwa in dem Sinne, dass ein Arbeitnehmer zwar zur Erbringung einer vollen Arbeitsleistung verpflichtet war und auch entsprechend entlohnt wurde, tatsächlich aber eben doch keine volle Arbeitsleistung hat erbringen können – in Betracht gezogen werden (SVR 2008 IV Nr. 11 S. 33 E. 5.1, 2005 BVG Nr. 5 S. 15 E. 2.2). Die Leistungseinbusse muss in aller Regel dem seinerzeitigen Arbeitgeber aufgefallen sein. Eine erst nach Jahren rückwirkend festgestellte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit genügt nicht. Umgekehrt ist eine in der beruflichen Tätigkeit im Vergleich zu einer gesunden Person tatsächlich nur reduziert erbrachte Leistung für sich allein gesehen in aller Regel ebenso wenig ausreichend für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes. Vielmehr bedarf es dazu regelmässig zusätzlich einer (überzeugenden) medizinischen Einschätzung, die ordentlicherweise echtzeitlicher Natur ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Dieser Nachweis darf nicht durch nachträgliche erwerbliche oder medizinische Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden. (SVR 2014 BVG Nr. 6 S. 19 E. 4.2).

4.1.3 Der Anspruch auf Invalidenleistungen der (obligatorischen) beruflichen Vorsorge setzt einen engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang zwischen der während der Dauer des Vorsorgeverhältnisses (einschliesslich der Nachdeckungsfrist nach Art. 10 Abs. 3 BVG) bestandenen Arbeitsunfähigkeit und der allenfalls erst später eingetretenen Invalidität voraus. Der sachliche Konnex ist gegeben, wenn der Gesundheitsschaden,

der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, von der Art her im Wesentlichen derselbe ist wie derjenige, der der Erwerbsunfähigkeit zu Grunde liegt. Nicht erforderlich ist ein adäquater Kausalzusammenhang; eine Wechselwirkung im Sinne natürlicher Kausalität genügt (BGE 134 V 20 E. 3.2 S. 22; SVR 2015 BVG Nr. 29 S. 109 E. 6.2, 2001 BVG Nr. 18 S. 70 E. 5b).

4.1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

4.2 Aus erwerblicher Sicht ist das Folgende erstellt: Nach ihrer Ausbildung zur ... (act. V pag. 31 ff.) war die Klägerin ab April 2002 im Frontoffice bei der C._____ in einem Pensum von 100 % tätig (act. V pag. 25 ff., 28 ff.). Per 1. Februar 2009 reduzierte sie auf 90 % (act. V pag. 20 ff.) und für die Zeit ab Januar 2013 vereinbarte sie mit der Arbeitgeberin ein Pensum von 70 % (act. V pag. 14 ff.). Letztere Reduktion steht in einem zeitlichen Zusammenhang zur Geburt ihres ersten Kindes am ... September 2012, mit anschliessendem Mutterschaftsurlaub vom ... September 2012 bis ... Januar 2013 (act. V pag. 1). Effektiv hatte die Klägerin jedoch nie ein Pensum von 70 % inne, denn vom 1. März 2013 bis zum 30. April 2014 war sie nach dem Mutterschaftsurlaub und einem Ferienbezug in dem Ende Januar bzw. Anfang Februar 2013 zwischen der Klägerin und der Arbeitgeberin vereinbarten unbezahlten Urlaub (act. V pag. 1, 76 ff.). Ab dem 1. April 2014 arbeitete sie dann zu 30 % (act. V pag. 10 ff.) und seit dem 1. September 2014 zu 20 % (act. V pag. 7 ff.). Die Entwicklung des von der Klägerin mit der Arbeitgeberin vereinbarten Pensums ist schliesslich jedoch nicht entscheidend für die Frage, in welchem Rahmen die Klägerin aus rein medizinischer Sicht arbeitsfähig bzw. arbeitsunfähig gewesen war und ist. Ergibt sich aus der Beurteilung der medizinischen Sachlage, dass nie ein rentenbegründender IV-Grad bestanden hat, kann die von den Parteien

kontrovers diskutierte Frage nach den Gründen für die Pensumreduktion (vgl. immerhin hiernach E. 5.1 in fine) nachfolgend offen bleiben.

5.

5.1 Zur Klärung der Frage der Arbeits- und Leistungsfähigkeit holte das Gericht – nebst den IV-Akten sowie den Unterlagen der behandelnden Ärzte – das interdisziplinäre (allgemeininternistisch, rheumatologisch und psychiatrisch) Gutachten der MEDAS vom 25. Juni 2018 ein (Gerichtsakten pag. 84 ff.).

Die Gutachter diagnostizierten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende (Gerichtsakten pag. 90, I Ziff. 4.2 a):

1. Hypermobilität (ICD-10 M35.7)
2. Seropositive rheumatoide Arthritis, ED 2009 (ICD-10 M06.99)
 - aktuell klinisch und labortechnisch keine Entzündungsaktivität
 - kernspintomographisch und radiologisch kein Nachweis von erosiven Veränderungen
 - Basistherapie mit Methotrexat von 04/2009-01/2010, abgesetzt wegen Harnwegsinfekten
 - Basistherapie mit Sulfasalazin 12/2010-03/2014
 - Basistherapie mit Humira 11/2012-11/2016, abgesetzt wegen anhaltender Remission, wieder angesetzt 11/2017 wegen erneuter Beschwerdeexazerbation
 - intermittierende Steroidbehandlungen zuletzt vor 4 Wochen

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie das Folgende (Gerichtsakten pag. 90 f., I Ziff. 4.2 b):

1. Status nach Panikstörung (ICD-10 F41.0)
2. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4)
3. Ängstliche Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)
4. Dysthymie (ICD-10 F34.1)
5. Anamnestisch chronische, rezidivierende Urticaria unklarer Ätiologie (ICD-10 L50.1)
 - Dauerbehandlung mit Cetallerg
6. Substituierte Hypothyreose (ICD-10 E03.9)
 - aktuell euthyreot, medikamentös eingestellt
7. Fortgesetzter Nikotinkonsum (ICD-10 F17.1)
8. Status nach Operation einer frozen shoulder links ca. 2013 (ICD-10 M75.0)
 - klinisch unauffälliger Befund ohne Hinweise für Rotatorenmanschettenläsion
 - Impingement-Test negativ
9. Chronisch rezidivierendes Lumbalsyndrom (ICD-10 M54.5)

- muskuloligamentäre Überlastungsreaktionen
- klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik

Die Gutachter führten in der Beurteilung aus, subjektiv und objektiv im Vordergrund stehe somatisch die Evaluation aus rheumatologischer Sicht. Bei der Explorandin seien die funktionell im Vordergrund stehenden Probleme aufgrund der Hypermobilität erklärbar. Es bestehe kein Zweifel an der seropositiven rheumatoiden Arthritis, welche 2009 diagnostiziert worden sei. Allerdings bestünden aktuell weder klinisch noch labortechnisch Hinweise auf eine Entzündungsaktivität. Die Explorandin stehe auch unter einer adäquaten immunsupprimierenden Therapie. Das chronische Lumbalsyndrom sei im Hintergrund und subjektiv sowie objektiv ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Bei der Explorandin bestehe eine verminderte Belastbarkeit aus Sicht des Bewegungsapparates, so dass keine körperlich schweren und auch mittelschweren Tätigkeiten zumutbar seien. In einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit, so auch in der angestammten im ... der C._____, bestehe aus Sicht des Bewegungsapparates keine wesentliche qualitative und quantitative Einschränkung. Die Befunde aus anderweitiger somatischer beziehungsweise allgemeininternistischer Sicht begründeten die oben erwähnten Diagnosen der Hypothyreose und der Urticaria. Beide seien jedoch adäquat substituiert beziehungsweise behandelt und wirkten sich funktionell nicht wesentlich aus, so dass die Arbeitsfähigkeit nicht tangiert sei. Aus psychiatrischer Sicht könne derzeit keine aktive relevante Diagnose festgestellt werden. Die Panikstörung sei remittiert, ebenso die rezidivierende depressive Störung. Es könnten ängstliche Persönlichkeitszüge zur Kenntnis genommen werden, der dauerhaft affektiv leicht eingeschränkte Zustand könne einer Dysthymie zugeordnet werden. Diese Diagnosen erreichten nicht das Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit dadurch tangiert wäre (Gerichtsakten pag. 91, I Ziff. 4.3). Die Experten gingen von einer 100 %igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit (8 bis 8,5 Stunden pro Tag) in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bzw. in einer angepassten leichten, wechselbelastenden Arbeit aus (Gerichtsakten pag. 92, I Ziff. 4.6 und 4.7). Zur fallspezifischen Frage nach dem Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie einer angepassten Tätigkeit seit Januar 2006 bis zum Begutachtungszeitpunkt führten sie aus, retrospektiv könne von Januar 2006 an keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zuerkannt werden. Ab arbiträr Januar 2009 sei eine Arbeitsfähigkeit für schwere und mittelschwere Tätig-

keiten nicht mehr gegeben gewesen. Eine solche Tätigkeit habe die Explorandin allerdings gar nie ausgeübt. Die Pensumreduktion von Februar 2009 auf 90 % sei retrospektiv psychiatrisch im Sinne einer 10 %-igen Leistungseinbusse erklärbar. Die weiteren Einschränkungen nach dem Mutterschaftsurlaub seien medizinisch nicht begründbar (Gerichtsakten pag. 93, I Ziff. 4.11.1).

Die früher behandelnde Psychiaterin Dr. med. H. _____ habe eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % später von 30 % attestiert. Es sei schwierig rückwirkend zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen. Die Explorandin habe nie stationär psychiatrisch behandelt werden müssen und es fänden sich keine Hinweise dafür, dass sie in der Vergangenheit jemals während längerer Zeit an einer mittelgradigen oder schweren depressiven Störung gelitten habe. Die Angstattacken träten nur bei neuen, unbekanntem Situationen auf, z.B. Ferien. Sie schränkten die Explorandin im Alltag kaum ein. Seit 2015 leide sie auch nicht mehr unter Angstattacken. Das psychiatrische Zustandsbild habe sich deutlich gebessert. Rückwirkend könne aufgrund der rezidivierend depressiven Störung, die allerdings nie schwergradig ausgeprägt gewesen sei, und der Angstattacken, die vor allem bei Reisen und neuen, unbekanntem Situationen aufgetreten seien, eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % ab Februar 2009 bis zum Datum der Untersuchung attestiert werden. Es fänden sich keine Hinweise, dass aufgrund der sehr leichtgradig ausgeprägten psychiatrischen Störung jemals eine höhere Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe (Gerichtsakten pag. 93, I Ziff. 4.11.2).

5.2

5.2.1 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

5.2.2 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach konstanter Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten ab, deren Aufgabe gerade darin besteht, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist, von unzutreffenden Sachverhaltshypothesen ausgeht (BGE 119 V 335 E. 4c S. 346) oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann zudem gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b aa S. 352; SVR 2014 UV Nr. 32 S. 107 E. 3.2).

5.3 Das vom Gericht in Auftrag gegebene interdisziplinäre medizinische Gutachten erfüllt die beweisrechtlichen Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 5.2.1 hiervor), es überzeugt in jeder Hinsicht, weshalb darauf abzustellen ist.

5.3.1 Kleinere formale Fehler, die das interdisziplinäre Gutachten aufweist, vermögen die interdisziplinäre Beurteilung nicht in Zweifel zu ziehen bzw. dessen Beweiskraft einzuschränken. Zwar wurde als Auftraggeber das Versicherungsgericht des Kantons erwähnt (Gerichtsakten pag. 88, I Ziff. 1.1), wobei es sich offensichtlich um ein redaktionelles Versehen handelt, denn unter I Ziff. 3.1.1 ergibt sich die korrekte Angabe, dass das Verfahren beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, anhängig ist. Es finden sich im gesamten Gutachten denn auch keine Anzeichen dafür, dass nicht allein Überlegungen zur Klägerin angestellt worden wären. Nichts anderes ergibt sich aus dem Umstand, dass der Aktenauszug (Gerichtsakten pag. 96 ff., II Ziff. 1) als Auszug aus den IV-Akten bezeichnet wurde. Auch hier liegt ein redaktionel-

les Versehen vor, denn der Auszug enthält weit mehr als die medizinischen Akten der SVA K._____. Vielmehr werden die wesentlichen Akten aus allen gerichtlich erhobenen Unterlagen erfasst. Unter Berücksichtigung der Erläuterungen der Gutachter in ihren Diskussionen ergibt sich ohne weiteres, dass die Beurteilung auf der Basis aller Unterlagen erfolgte. Schliesslich wurde in den Teilgutachten in den Erklärungen zur Unabhängigkeit ebenfalls auf die IV Bezug genommen (Gerichtsakten pag. 107, 115, 124). Auch dieser Fehler ist formaler Natur und beeinträchtigt die Beweiskraft nicht. Es bestehen keinerlei Anzeichen und solche werden von der Klägerin auch nicht geltend gemacht, dass basierend darauf Ausstands- bzw. Ablehnungsgründe die Gerichtsgutachter betreffend vorliegen könnten.

5.3.2 Die Gutachter legten in der nachvollziehbaren Beurteilung dar, dass zwar gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen, diese jedoch nie derart ausgeprägt waren, als dass sie eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von mehr als 10 % begründet hätten. Ab dem Zeitpunkt der Begutachtung konnte eine Einschränkung vollumfänglich ausgeschlossen werden. Darauf ist abzustellen. Die vom Gericht den Gutachtern ausdrücklich zur Beantwortung vorgelegte Frage nach dem Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit 2006 wurde nachvollziehbar und überzeugend beantwortet. Die Gutachter haben schlüssig festgehalten, dass eine Einschränkung höher als 10 % sowohl somatisch wie psychiatrisch nie bestanden hat (Gerichtsakten pag. 93).

5.3.3 Im Zentrum steht dabei insbesondere die psychiatrische Beurteilung, in welcher sich der psychiatrische Gutachter einlässlich mit der Aktenlage und den früheren Beurteilungen, insbesondere auch der Dr. med. H._____ auseinandergesetzt hat (Gerichtsakten pag. 121 f.). Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. H._____ diagnostizierte im Bericht vom 7. September 2010 zuhanden der IV zwar eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6; act. III pag. 14/3 ff.). Überzeugend schlossen die Gutachter jedoch eine Persönlichkeitsstörung aus, wobei eine solche nicht remittiert ist, sondern nie bestanden hat. Der psychiatrische Gutachter hat denn auch nachvollziehbar dargelegt, dass die Klägerin erfolgreich eine Ausbildung absolvierte, während Jahren in der Lage war, bei der C._____ am ... zu arbeiten und wiederholt stabile

Beziehungen hatte (Gerichtsakten pag. 121; zur diagnostischen Klassifikation der ängstlich [vermeidenden] Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F60.60 vgl. im Übrigen auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10., überarb. Aufl., S. 282). Was die Angstproblematik betrifft, haben die Gutachter ebenfalls überzeugend darauf verwiesen, dass diese die Klägerin jeweils in neuen Situationen belastet hat (Ferienreisen etc.; Gerichtsakten pag. 93, I Ziff. 4.11.2), daraus jedoch höchstens sehr beschränkt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im gewohnten Umfeld abgeleitet werden kann. Es liegt damit durchaus eine gültige und abschliessende retrospektive Beurteilung der diagnostischen Einordnung vor. Daran ändert nichts, dass der psychiatrische Gutachter die retrospektive Einschätzung als schwierig bezeichnet hat (Gerichtsakten pag. 122). Dies ist einer solchen Beurteilung immanent. Mit Blick auf die in diagnostischer Hinsicht zu bestätigenden, aber auch (retrospektiv) zu verwerfenden Diagnosen (welche der höheren Arbeitsunfähigkeitseinschätzung von 30 % der behandelnden Ärztin zugrunde gelegen hatten) überzeugt die gutachterliche Einschätzung, die Klägerin sei aus psychiatrischer Sicht nie mehr als 10 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen (Gerichtsakten pag. 93, I Ziff. 4.11.1; S. 122 f.). Es handelt sich mit dem Attest einer solchen Einschränkung bis zur Begutachtung gar um eine letztlich wohlwollende Beurteilung. Ob und gegebenenfalls wann vor der Begutachtung die Besserung bereits eingetreten war, kann jedoch offen bleiben.

5.3.4 Nicht gefolgt werden kann der Klägerin, wenn sie geltend macht, die Akten der behandelnden Ärzte belegten zwischen 2010 und 2015 eine durchwegs 30 %ige Einschränkung (Gerichtsakten pag. 141). Aus rheumatologischer Sicht ist gestützt auf die zeitnahen Akten das Folgende erstellt: Die Klägerin befand sich ab Februar 2009 in Therapie beim Rheumatologen Dr. med. F._____ (act. III pag. 10/1). In seinem Bericht vom 23. Februar 2009 hielt dieser fest, dass die Klägerin erstmals vor rund einem halben Jahr (d.h. wohl September 2008) nach einem Trauma Schmerzen in einem Finger gehabt habe, sie sei aber anschliessend völlig beschwerdefrei gewesen. Vor einigen Wochen (also erst 2009) habe sie erneut zunehmende Beschwerden verspürt (medizinische Akten act. IV-C pag. 31). So hat schliesslich Dr. med. F._____ denn auch in seinem

Bericht vom 27. April 2009 nochmals von einem vormals unauffälligen Status berichtet, der sich erst ab Ende Februar 2009 ungünstig entwickelt habe (act. IV-C pag. 29; vgl. auch die Krankengeschichte dieses Arztes [act. IV-C pag. 8 ff.]). Auch wenn das rheumatologische Leiden unbestritten ist und Dr. med. F._____ vor diesem Hintergrund vom 17. Februar bis 3. März 2010 eine 100 %ige, vom 11. bis 16. Juni 2010 eine 50 %ige und vom 17. bis 18. Juni 2010 wiederum eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (act. III pag. 10; act. IV-C pag. 2), so konnte er laut Bericht vom 18. März 2015 keine dauerhafte Reduktion des Arbeitspensums von 100 % auf 90 % aus rheumatologischen Gründen im Jahr 2009 bestätigen (act. IV-C pag. 2). In diesem Schreiben an den Rechtsvertreter der Klägerin hat der Arzt vielmehr deutlich zum Ausdruck gebracht, dass er allein sehr beschränkt eine Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend) attestiert hatte. Wenn die Gutachter aus rheumatologischer Sicht auch retrospektiv keine massgebliche Arbeitsunfähigkeit für leichte, adaptierte Tätigkeiten wie die der ... attestierten (Gerichtsakten pag. 114, I Ziff. 8.1.4), so steht das mit der Beurteilung des behandelnden Arztes vollständig in Übereinstimmung.

Auch die Einschätzungen der Hausärztin ändern nichts an der Massgeblichkeit des Gutachtens. Dr. med. G._____ attestierte erstmals am 29. Dezember 2006: „Frau ... wird ihr Arbeitspensum auf 80 % reduzieren. Aus gesundheitlichen Gründen wäre es ideal, wenn Frau ... einen Tag oder zwei halbe Tage arbeitsfrei wäre.“ (Medizinische Akten act. IV-A pag. 89). Am 8. Januar 2007 attestierte sie weitgehend das Gleiche (act. IV-A pag. 87). Am 12. und 17. Dezember 2008 stellte sie analoge (je gleichlautende) Atteste bezogen auf 90 % aus, wobei sie ausführte, die Klägerin werde ihr Pensum erhöhen (act. IV-A pag. 85 f.). Damit korrelierende Absenzen werden jedoch nicht ausgewiesen (act. III pag. 1/1f.). Insoweit ist eine massgebliche Arbeitsunfähigkeit nicht erwiesen. Später dann attestierte diese Ärztin (unter Bezugnahme auf die Behandlung bei Dr. med. F._____) höhere Arbeitsunfähigkeiten (vgl. z.B. act. IV-A pag. 81 ff.). Dem kann mit Blick auf die Einschätzung des Dr. med. F._____ – die ein solches Attest nicht stützt (vgl. vorstehend) – wie auch der Gutachter nicht gefolgt werden.

Unter diesen Umständen kann eine somatische Erkrankung, welche (auch nur subjektiv) Anlass für die bereits im Jahr 2008 eingeleitete Pensumreduktion hätte sein können, vollständig ausgeschlossen werden. Gleichermassen hat die somatische Erkrankung zudem bis heute nie zu einer längerdauernden Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit geführt.

5.4 Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass keine massgebliche Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Insbesondere wurde die reglementarische Rentenschwelle von 25 % (vgl. E. 2.2 hiavor) nie überschritten. Der anderslautenden Auffassung der Klägerin in ihrer Stellungnahme vom 3. August 2018 zum Gutachten (Gerichtsakten pag. 140 ff.) kann nicht gefolgt werden. Nicht gefolgt werden kann der Klägerin schliesslich auch, wenn sie in ihren Schlussbemerkungen ausführt, ihre Tätigkeit sei im Rahmen des von den Gutachtern erstellten Leistungsprofils für eine vollschichtige Tätigkeit (leichte und mittelschwere Arbeiten) nicht enthalten (Gerichtsakten pag. 141 f.). Aus den Akten ergibt sich auch auf der Basis der Darlegungen der Klägerin selbst, dass ihre Tätigkeit als ... im ... als leicht bis maximal mittelschwer einzustufen ist.

Nach dem Gesagten ist von einer Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von maximal 10 % von Februar 2009 bis längstens April 2018 auszugehen (Gerichtsakten pag. 92, I Ziff. 4.6.4; pag. 93, I Ziff. 4.11.1 und 4.11.2). Es erübrigt sich somit die Vornahme eines Einkommensvergleichs, denn ein IV-Grad von 25 % wurde nie erreicht (vgl. E. 2.2 hiavor). Die Klage vom 21. August 2017 ist abzuweisen.

6.

6.1 Es werden keine Verfahrenskosten erhoben (Art. 73 Abs. 2 BVG).

6.2 Beim diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Klägerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Auch die obsiegende Beklagte hat als Sozialversicherungsträgerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 126 V 143 E. 4b S. 150).

Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege hat die Klägerin mit Schreiben vom 16. Januar 2018 zurückgezogen (Gerichtsakten pag. 60) und es wurde mit Verfügung vom 13. Februar 2018 abgeschrieben (Gerichtsakten pag. 67).

6.3 Die Kosten eines vom kantonalen Versicherungsgericht in Auftrag gegebenen Gutachtens (MEDAS-Gutachten sowie mono- und bidisziplinäre Gutachten) können nicht systematisch überbunden werden, sondern nur dann, wenn die Abklärungen der Verwaltung lückenhaft oder klar ungenügend waren und das Gerichtsgutachten dazu dienen soll, die Mängel des Verwaltungsverfahrens zu beheben. Es muss also ein Zusammenhang zwischen den Mängeln der administrativen Abklärungen und der Notwendigkeit der Anordnung eines Gerichtsgutachtens bestehen. Dies ist namentlich zu bejahen, wenn die Verwaltung einen offensichtlichen Widerspruch zwischen verschiedenen im Dossier enthaltenen medizinischen Beurteilungen nicht mit objektiver Begründung auflöst, die Verwaltung eine oder mehrere für die Beurteilung bzw. Würdigung der medizinischen Situation notwendigen Fragen offen lässt oder sich die Verwaltung auf ein Gutachten stützt, welches die Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise offensichtlich nicht erfüllt (vgl. BGE 140 V 70 E. 6.1 S. 75, 139 V 496 E. 4.3 f. S. 501).

Im vorliegenden Verfahren musste im Rahmen der Abklärung des (medizinischen) Sachverhalts ein interdisziplinäres Gutachten bei der MEDAS eingeholt werden. Die Gutachtenskosten sind der Beklagten aufzuerlegen, denn sie trifft die Untersuchungspflicht. Sie kann zwar grundsätzlich auf die Erhebung von IV-Stellen abstellen, abgesehen davon, dass Verfügungen der IV-Stelle für sie auch verbindlich sein können. Im vorliegenden Fall war die Verfügung der IV-Stelle jedoch von vornherein nicht verbindlich (vgl. E. 3.2.2 hiervor) und hat sich die Beklagte mit ihrer Leistungsverweigerung in Widerspruch zu dieser Verfügung gesetzt. Die IV-Akten waren sehr rudimentär – wobei angesichts der eingereichten Akten der Beklagten diese offensichtlich gar nicht über das vollständige Dossier verfügte – und erlaubten der Verwaltung eine Beurteilung der relevanten Fragen offensichtlich nicht. Die Beklagte hatte es schliesslich auch nicht für nötig befunden, das Personaldossier der Klägerin zu konsultieren, welches – wie sich im vorlie-

genden Verfahren zeigte – den von der Vorsorgeeinrichtung gezogenen Schluss nicht erlaubte. Die Verwaltung hat ihre Leistungsverweigerung damit ohne Erhebung der massgeblichen Akten, die erst vom Gericht erhoben wurden, getätigt. Gleichermassen ergaben die entsprechenden Akten, dass auch sie den Entscheid ohne gutachterliche Beurteilung nicht erlauben. Die Beklagte hat damit die ihr auferlegte Abklärungspflicht nicht hinreichend wahrgenommen, wobei darauf hinzuweisen ist, dass die Abklärungspflicht auch Versicherungsträger der beruflichen Vorsorge trifft, unbeschrieben, dass sie ihren Entscheid nicht in der Form der Verfügung (d.h. im Rahmen der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege) eröffnen können. Eine Rückweisung an die Verwaltung ist von vornherein nicht möglich und das Gericht muss folglich bei Verletzung der Abklärungspflicht durch den Versicherer ein Gutachten immer selbst anordnen. Dass es der Versicherer der beruflichen Vorsorge damit faktisch in der Hand hat, seine Abklärungspflicht an das Gericht zu delegieren, ändert nichts daran, dass er selbst die Abklärung hätte vornehmen müssen und die Kosten von ihm zu tragen sind. Aktenerhebung wie Gutachtenserstellung wären wie dargelegt bereits im Verwaltungsverfahren geboten gewesen und die Anordnung durch das Gericht war deshalb nötig, weil die Verwaltung ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen ist. Die Gutachtenskosten von Fr. 10'185.15 (Gerichtsakten pag. 132) sind von der Beklagten zu tragen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Die Gutachtenskosten von Fr. 10'185.15 werden der Beklagten zur Bezahlung auferlegt.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt lic.iur. B. _____ z.H. der Klägerin
- Pensionskasse J. _____
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Zur Kenntnisnahme:

- Bernische BVG- und Stiftungsaufsicht (BBSA)
- SVA K. _____
- MEDAS

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.