

200 17 803 IV  
ACT/GUA/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 31. Januar 2018**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiberin Gurtner

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch **B.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 3. August 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1975 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 1. Dezember 2014 unter Hinweis auf einen Lupus erythematoses, Vaskulitis und ein Sjögren-Syndrom bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Antwortbeilagen der Invalidenversicherung [AB] 3). Nach Einholung medizinischer Unterlagen veranlasste die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) eine rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung durch die Dres. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation (Gutachten vom 21. September 2016 [AB 65.1]), und D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Gutachten vom 26. September 2016 [AB 64.1]), und stellte mit Vorbescheid vom 20. Oktober 2016 (AB 66) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 71 und 78) und Einholung von Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 84 und 83) wies die IVB den Anspruch auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 3. August 2017 (AB 85) ab.

### **B.**

Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch B.\_\_\_\_\_, Rechtsanwältin E.\_\_\_\_\_, am 12. September 2017 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 3. August 2017 sei aufzuheben und ihr sei ab 1. August 2015 eine Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 60% zuzusprechen. Zudem seien das rheumatologische und psychiatrische Gutachten vom 21. September 2016 bzw. 26. September 2016 sowie die interdisziplinäre Beurteilung vom 29. September 2016 aus dem Recht zu weisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Oktober 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 23. Januar 2018 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) statt.

### **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 GSOG 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 3. August 2017 (AB 85). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

**2.2** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Bei teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich ist die anhand der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG) zu ermittelnde Einschränkung im allein versicherten erwerblichen Bereich proportional – im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit – zu berücksichtigen. Der Invaliditätsgrad entspricht der proportionalen Einschränkung im erwerblichen Bereich und kann damit den versicherten Bereich, welcher durch das hypothetische Teilzeitpensum definiert wird, nicht übersteigen (BGE 142 V 290 E. 7.3 S. 298).

**2.3** 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 Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente

und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

### **3.**

**3.1** Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 12. Januar 2015 diagnostizierte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, ein Sjögren-Syndrom und einen Lupus erythematoses, ausgeprägte Müdigkeit (wahrscheinlich im Rahmen des Sjögren-Syndroms), Enteritis unklarer Ätiologie sowie eine anämisierende Magen-/Darmblutung am 17. Februar 2014 (AB 15 S. 1 Ziff. 1.1). Neben einem Chilblain-Lupus an beiden Füßen (2013), einer leichten Proteinurie und Hypergammaglobulinämie sowie minimalen Pleuraergüssen beidseits (2006) stehe momentan eine ausgeprägte Müdigkeit im Vordergrund (AB 15 S. 2 Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin habe ihr Pensum als ... immer knapp bewältigen können. Eine Arbeitsunfähigkeit sei zwar nicht ausgestellt worden, jedoch sicher anlässlich der verschiedenen akuten Krankheitsphasen indiziert gewesen (AB 15 S. 2 Ziff. 1.6). Das klinische Bild werde sicher aktuell durch die ausgeprägte Müdigkeit dominiert. Körperlich funktionelle Einschränkungen seitens des Sjögren-Syndroms oder des Lupus erythematoses, welche beim Ausüben des Berufes hinderlich wären, bestünden keine (AB 15 S. 2 Ziff. 1.7).

**3.1.2** Dem Bericht der Klinik H.\_\_\_\_\_ vom 26. Februar 2015 (AB 21 S. 6 - 10) sind unter anderem neu die Diagnosen eines somatopsychischen Erschöpfungssyndroms (AB 21 S. 6) sowie eines Verdachts auf eine Anpassungsstörung mit Ängsten und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F 43.22) sowie differentialdiagnostisch einer depressiven Episode leicht bis mittelgradig (ICD-10 F32.0/32.1) zu entnehmen (AB 21 S. 8).

**3.1.3** Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 12. Mai 2015 fest, es bestünden immer wiederkehrende abdominale und myofasziale Schmerzen sowie eine wechselnde und zum Teil ausgeprägte Erschöpfung (bereits nach kurzen Belastungen). Diese ausgeprägten Erschöpfungszustände würden die Arbeit als ... limitieren. Anhand der bisherigen Erfahrungen sei ein Pensum von mehr als zehn ... pro Woche, entsprechend einem Beschäftigungsgrad von maximal 40%, nicht mehr möglich. Die lange Krankheitsdauer und die Krankheit selbst habe ihre Persönlichkeit im Laufe der Jahre im Sinne eines psychoorganischen Syndroms verändert. Dazu gehörten eine erhöhte Reiz- und Erregbarkeit, eine emotionale Instabilität mit zum Teil aggressiven Impulsen und die bereits erwähnte rasche Ermüdbarkeit resp. zum Teil Erschöpfung. Entsprechend sei auch die Dauer der erhöhten Aufmerksamkeit und Konzentration gegenüber früher deutlich reduziert (AB 30 S. 7 Ziff. 1.7).

**3.1.4** Im Gutachten vom 21. September 2016 diagnostizierte der Rheumatologe Dr. med. C.\_\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Lupus erythematoses, ein Sjögren-Syndrom sowie (in Klammern und Anführungs- bzw. Schlusszeichen gesetzt) ein somatopsychisches Erschöpfungssyndrom (AB 65.1 S. 13 Ziff. 6.1). Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf liege bei 60% (AB 65.1 S. 15 Ziff. 8.1). Die subjektive Hauptproblematik ergebe sich aus den permanenten Durchfällen und der raschen Erschöpfbarkeit, wobei vor allem die Müdigkeit und Erschöpfbarkeit schon seit Jahren geklagt würden und sehr wohl nebst organischen Ursachen auch extrasomatische Gründe haben könnten. Dieser Verdacht sei schon 1998 geäußert worden und erscheine nach dem Ablauf der Untersuchung als recht wahrscheinlich. Die permanenten Durchfälle seien wohl nicht nur lästig, sondern auch kräfteraubend. Es dürfe angenommen werden, dass Colitiden im Rahmen der Grunderkrankung bestünden, wobei

allerdings die Beschwerdeführerin trotz häufiger Durchfälle nicht einen schwer kranken Eindruck erwecke. Die objektiv fassbaren Veränderungen hielten sich in Grenzen und würden sich auf den Darmtrakt beschränken, während die übrigen geklagten Symptome kaum sehr gravierend seien. Aus rheumatologischer Sicht im engeren Sinne hätten sich bei der aktuellen Untersuchung keine relevanten krankhaften Befunde finden lassen. Die lumboglutealen Schmerzen hätten keinen Zusammenhang mit der Grundkrankheit und auch die Fussbeschwerden liessen sich sehr wohl mit lokalen Veränderungen erklären, doch neige die Beschwerdeführerin zu einer übertriebenen Selbstbeobachtung und führe jedes kleine Problem auf die Grundkrankheit zurück (AB 65.1 S.14). Die Festlegung der Arbeitsfähigkeit beruhe einerseits auf den gesicherten Diagnosen Lupus erythematodes und Sjögren-Syndrom und andererseits auf den mitgeteilten, nicht überprüfbaren Angaben der Versicherten. Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf liege bei 60% (AB 65.1 S. 15 Ziff. 8 und 8.1).

Der Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_\_ führte im Gutachten vom 26. September 2016 aus, im Vordergrund der Problematik stehe die subjektiv körperliche Krankheit, welche in den Akten ausführlich dokumentiert worden sei. Die Beschwerdeführerin habe lebensbedrohliche Komplikationen mitgemacht, noch heute bestehe eine Angst vor einem schlechten Verlauf der Krankheit (AB 64.1 S. 8). Es lasse sich diskutieren, ob eine Anpassungsstörung vorliege. Die Beschwerdeführerin zeige abgesehen von der Ermüdbarkeit keine Symptomatik, welche für eine relevante Depressivität spräche. Es könne angenommen werden, dass sie auf nachvollziehbare Art und Weise mit ihrer körperlichen Krankheit umgehe, weshalb keine relevante Psychopathologie entstanden sei. Es sei keine psychosomatische Überlagerung nachweisbar. Die Beschwerdeführerin gehe mit ihrer körperlichen Krankheit gekonnt um. Sie sei nicht hypochondrisch, versuche immer sich abzulenken und sich nicht intensiv mit der Krankheit zu befassen (AB 64.1 S. 9). Es lasse sich eine Überempfindlichkeit gegenüber dem rheumatologischen Fachgebiet feststellen. Diese Haltung sei grösstenteils nachvollziehbar. Zudem sei eine Verzweiflung festzustellen, aus welcher die geäusserten Vorstellungen betreffend einem eventuellen Bilanzsuizid stammten. Es liege jedoch keine psychiatrische Störung vor, welche sich entsprechend negativ auswirken würde. Da weder ein psychiatrisches noch

ein psychosomatisches Leiden bestehe, sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (AB 64.1 S. 10).

In der interdisziplinären Beurteilung vom 29. September 2016 kamen die Gutachter Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass die rasche Erschöpfbarkeit und Durchfälle im Vordergrund stünden, wobei eine vermehrte Müdigkeit bereits 1992 vorhanden gewesen sei. Es bestünden unter anderem auch extrasomatische Faktoren, die das subjektive Befinden negativ beeinflussen würden (AB 65.2 S. 1 und 64.2 S. 1). Für die interdisziplinäre Beurteilung könne vollumfänglich auf die Beurteilung durch den Rheumatologen abgestellt werden (AB 65.2 S. 2 und 64.2 S. 2).

**3.1.5** Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahmen die RAD-Ärzte Dres. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie (D), und K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in den Berichten vom 20. bzw. 21. April 2017 (AB 83 f.) zu den Gutachten der Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ vom 21. bzw. 26. September 2016 (AB 65.1 und 64.1) Stellung.

Dr. med. J.\_\_\_\_\_ führte aus, aufgrund des unauffälligen psychopathologischen Befundes und der Verhaltensbeobachtungen habe der psychiatrische Gutachter das Vorliegen einer depressiven Episode zum Zeitpunkt der Begutachtung nachvollziehbar ausschliessen können und zwar nicht in erster Linie aufgrund des blanden Tagesablaufs, sondern aufgrund des objektiven psychopathologischen Befundes. Der blande Tagesablauf mit nicht eruierbaren Beeinträchtigungen durch psychische Störungen, sondern vor allem durch die Fatigue-Symptomatik, verweise zusätzlich auf die nicht vorliegende depressive Symptomatik im aktuellen Längsschnittverlauf. Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung sei die Müdigkeit als zentrales Problem sowie auch als nachvollziehbare Besorgnis im Rahmen der somatischen Grunderkrankung angegeben worden. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ habe während der Untersuchung eine leichte Zunahme der Müdigkeit beobachten können, begründe aber nachvollziehbar, dass diese Müdigkeit nicht im Rahmen einer psychiatrischen Störung zu interpretieren, sondern auf die somatische Grunderkrankung zurückzuführen sei. In der medizinischen Fachliteratur werde aufgeführt, dass mit dem systemischen Lupus erythematodes eine Fatigue-Symptomatik einhergehe. Der psychiatrische

Gutachter habe sich zudem auch mit den weiteren Vordiagnosen auseinandergesetzt. Abschliessend sei nochmals auf die wichtige Differenzierung des Gutachters hinzuweisen, in dem er betone, dass es im Rahmen somatischer Erkrankungen nachvollziehbare (strenggenommen) Befürchtungen (und nicht Ängste) gebe, die nicht den Kriterien einer Angsterkrankung im Rahmen des Kapitels F der ICD-10 entsprächen (AB 83 S. 5).

Dr. med. K.\_\_\_\_\_ hielt fest, der Einwand, der rheumatologische Gutachter habe die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie im Haushalt nicht korrekt beurteilt, sei nicht nachvollziehbar. Der Rheumatologe stütze sich bei seiner Beurteilung auf das Fehlen von konkreten funktionellen Einschränkungen und ziehe dabei zusätzlich die Erfahrung resp. den aktuellen Wissensstand seines Fachgebietes bei. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40% beziehe sich dabei primär auf die beschriebene, beim systemischen Lupus erythematodes bekannte Fatigue und Ermüdbarkeit und nicht auf die fehlenden funktionellen Einschränkungen, ansonsten würde keine Arbeitsunfähigkeit vorliegen. Es sei darauf hinzuweisen, dass die Fatigue an sich eine subjektive Wahrnehmung der betroffenen Person sei und somit qualitativen Charakter habe, objektiv nicht konkret, d.h. quantitativ gemessen werden könne. Entsprechend basiere die Einschätzung auf der fachspezifischen Erfahrung des Gutachters, weshalb die Diskrepanz zur Einschätzung des Hausarztes als Nicht-Rheumatologe (Arbeitsunfähigkeit von 60%) nachvollziehbar sei (AB 84. S.4).

## **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 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).

**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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin stützte die angefochtene Verfügung vom 3. August 2017 (AB 85) in medizinischer Hinsicht massgeblich auf die Gutachten der Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ vom 21. bzw. 26. September 2016 (AB 65.1 und 64.1). Beide Gutachten erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen und erbringen damit vollen Beweis (vgl. E. 3.2.2 hiavor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Aus-

fürungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar begründet.

**3.3.1** Die diversen Vorbringen der Beschwerdeführerin gegen das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 26. September 2016 (AB 64.1) überzeugen nicht. Ein Experte hat seine Einschätzungen grundsätzlich und in erster Linie auf die Aussagen der versicherten Person zu stützen, zudem hat er selbstverständlich auch die Akten zu berücksichtigen. Dies hat Dr. med. D. \_\_\_\_\_ überzeugend getan, erwähnt die Beschwerdeführerin denn auch keinen massgebenden Umstand, den der Gutachter nicht gewürdigt hätte (vgl. Beschwerde, S. 10, Ziff. 35 f.). Dr. med. D. \_\_\_\_\_ setzt sich zudem mit den Diagnosen der behandelnden Ärzte – insbesondere mit den Kriterien einer Anpassungsstörung – aufgrund der von ihm erhobenen Befunde einlässlich auseinander (AB 64.1 S. 9). Entgegen der Auffassung in der Beschwerde, S. 10 Ziff. 37 f., ist die Beschwerdeführerin offensichtlich nicht sozial isoliert und auch genügend konzentrationsfähig, andernfalls sie gar nicht mehr arbeiten könnte. Ausser der Ermüdbarkeit konnte der Gutachter denn auch keine Symptome, welche für eine relevante Depressivität sprächen, feststellen (AB 64.1 S. 9). Weiter verweist auch der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ darauf, dass sowohl der psychopathologische Befund als auch der Tagesablauf eine depressive Symptomatik ausschliessen würden (AB 83 S. 5 oben). Die des Weiteren erwähnte Überempfindlichkeit gegenüber dem rheumatologischen Fachgebiet (AB 64.1 S. 10 oben) ist allein eine Ursache, welche das subjektive Wohlbefinden beeinträchtigt, und damit bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ausser Acht zu lassen. Demnach ist in psychiatrischer Hinsicht kein Gesundheitsschaden und in der Folge auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erstellt (AB 64.1 S. 10 oben).

**3.3.2** Auch im Hinblick auf das rheumatologische Gutachten vom 21. September 2016 (AB 65.1) überzeugen die Vorbringen der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 4 Ziff. 11 ff.) nicht. Weder sagt das Alter des Experten für sich alleine etwas über die Befähigung des Gutachters aus, noch führt das Fehlen einer Berufsausübungsbewilligung (wie auch einer Praxisbewilligung) zu einem Beweisverwertungsverbot hinsichtlich des Gutachtens,

zumal nicht geltend gemacht wird und auch nicht ersichtlich ist, dass die materiellen Voraussetzungen zur Erteilung der die öffentliche Gesundheit schützenden Polizeibewilligung nicht erfüllt gewesen wären (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 12. November 2013, 8C\_545/2013, E. 4.3). Soweit Dr. med. C.\_\_\_\_\_ Befangenheit unterstellt wird (Beschwerde, S. 6 Ziff. 21 f.), vermögen die Ausführungen der Beschwerdeführerin offensichtlich nichts an der Zuverlässigkeit der Einschätzungen zu ändern resp. eine Befangenheit zu begründen – von einer Bagatellisierung der Beschwerden kann denn auch keine Rede sein, vielmehr berücksichtigt der rheumatologische Gutachter die Einschränkungen der Beschwerdeführerin (AB 65.1 S. 15 Ziff. 8). Die Erwähnung von allfälligen Anzeichen von Simulation oder Aggravation sowie deren Berücksichtigung bei der Diagnosestellung gehört zudem nicht bloss zu den allgemeinen Aufgaben des medizinischen Gutachters als Sachverständiger (Entscheid des BGer vom 20. Dezember 2011, 8C\_743/2011, E. 2.4.2), sondern zu diesen Fragen hatte sich der Gutachter aufgrund des Fragenkatalogs (AB 55 S. 2 I Ziff. 4) explizit zu äussern. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die aufgrund der Würdigung des medizinischen Sachverhalts zu bestimmende Arbeitsfähigkeit in Prozenten anzugeben ist. Prozentangaben sind grundsätzlich unabhängig von der zur Anwendung kommenden Bemessungsmethode auf ein Vollzeitpensum zu beziehen, soweit ein Arzt nicht explizit festhält, dass sich die Angaben an einem Teilzeitpensum messen oder sich dies zweifelsfrei aus dem Kontext ergibt (Entscheid des BGer vom 10. August 2011, 9C\_648/2010, E. 3.6.3). Anders als in der Beschwerde angenommen (Beschwerde, S. 5 Ziff. 16), ist folglich mangels entsprechenden Hinweises des Gutachters oder anderer Anhaltspunkte von der im rheumatologischen Gutachten attestierten Arbeitsfähigkeit von 60% bezogen auf ein 100% Pensum auszugehen (AB 65.1 S. 15 Ziff. 8.1). Sodann ist vorliegend – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 6 Ziff. 19 f.) – kein Platz für die Prüfung der Standardindikatoren, da Dr. med. C.\_\_\_\_\_ kein unklares Beschwerdebild diagnostiziert hat resp. das erwähnte somatopsychische Erschöpfungssyndrom offensichtlich keine eigene Diagnose darstellt und nach dem überzeugenden psychiatrischen Gutachten kein psychischer Gesundheitsschaden vorliegt (AB 64.1 S. 8). Soweit der rheumatologische Gutachter unter Ziffer 6.1 und dem Titel Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Gutachtens vom 26. Sep-

tember 2016 (AB 65.1 S. 13) den Begriff somatopsychisches Erschöpfungssyndrom in Klammern und Anführungs- bzw. Schlusszeichen setzt, umschreibt er damit nur (aber immerhin) die Hauptproblematik der Beschwerdeführerin, was sich insbesondere auch aus den nachfolgenden Ausführungen bzw. der Beurteilung der erhobenen Befunde ergibt (AB 65.1 S. 14). Im Übrigen wurde im psychiatrischen Gutachten überzeugend dargelegt, dass keine psychosomatische Überlagerung vorliegt und die von der Klinik H.\_\_\_\_\_ gestellte Diagnose eines somatopsychischen Erschöpfungssyndroms kein psychisches Leiden darstellt (AB 64.1 S. 9 f.), weshalb sich Weiterungen zu den in der Beschwerde vorgebrachten Ausführungen zur Indikatorenprüfung erübrigen. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40% berücksichtigt die geltend gemachte Müdigkeit (AB 65.1 S. 14 f.), welche hier im Vordergrund steht (vgl. Berichte des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 12. Januar 2015 [AB 15 S. 2 Ziff. 1.4], der Klinik H.\_\_\_\_\_ vom 26. Februar 2015 [AB 21 S. 6 und 7] und des Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 12. Mai 2015 [AB 30 S. 7 Ziff. 1.7 oben]). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Wie schon zur Zeit der rentenablehnenden Verfügung von 1999 (AB 1.1 S. 1 f.) ist deshalb auch heute nicht auf die von der gutachterlichen Einschätzung abweichende hausärztliche Meinung abzustellen (AB 30 S. 7 Ziff. 1.7). Weiter ist entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung (Beschwerde, S. 9 Ziff. 32) die Sachlage auch in zeitlicher Hinsicht klar.

**3.3.3** Schliesslich haben die Gutachter – anders als es der RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 21. April 2017 annimmt (AB 84 S. 3 f.) – eine interdisziplinäre Besprechung vorgenommen (AB 64.2 und 65.2); wenn jedoch in einem der beiden Bereiche kein Gesundheits-

schaden besteht, kann die interdisziplinäre Gesamtwürdigung sachlogisch allein Einschränkungen aus einem Teilgebiet umfassen. Die entsprechenden Rügen der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 4 Ziff. 9 und S. 11 Ziff. 42) zielen damit ins Leere. Ebenso können in dieser Konstellation keine Wechselwirkungen auftreten (vgl. entgegenstehende Meinung in der Beschwerde, S. 9 Ziff. 29). Die Gutachter haben ihre Beobachtungen – jeder aus seiner Sicht und aus seinem Fachgebiet – wiedergegeben und diese widersprechen sich entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 4 Ziff. 10, S. 7 f. Ziff. 25 und S. 8 Ziff. 28) nicht. Damit ist eine Arbeitsunfähigkeit von 40% in der angestammten Tätigkeit erstellt (AB 65.1 S. 15 Ziff. 8.1).

#### 4.

**4.1** Die Beschwerdegegnerin hat in der hier angefochtenen Verfügung vom 3. August 2017 zur Bestimmung des Invaliditätsgrades ausgehend von einem Status als Vollerwerbstätige einen reinen Einkommensvergleich (vgl. E. 2.2 hiervor) durchgeführt (AB 85 S. 1). Dies vermag nicht zu überzeugen. Die Beschwerdeführerin hat nach Abschluss des Studiums (Diplom datiert vom 12. November 2004; AB 9 S. 2) am 1. August 2004 eine Stelle als ... in einem Pensum von 71.4% (AB 3 S. 4 Ziff. 5.4) angetreten und dieses Pensum bis zum Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am 1. August 2014 während 10 Jahren innegehabt (AB 6). Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist mit der anämisierenden Magen-/Darmblutung am 17. Februar 2014 eingetreten und eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit wird ihr erst ab 1. August 2014 attestiert (AB 15 S. 1 und 30 S. 6 Ziff. 1.6). Somit hat sie während zehn Jahren aus freien Stücken eine Erwerbstätigkeit im Umfang eines 71.4%-Pensums ausgeübt. Daran ändert nichts, dass sie subjektiv davon ausgegangen ist, sie habe aus gesundheitlichen Gründen kein Vollzeitpensum aufgenommen. Denn ihr war spätestens seit der Rentenablehnung 1999 klar, dass sie medizinisch gesehen vollständig arbeitsfähig war. Damit ist für die Invaliditätsbemessung von einer Teilerwerbstätigkeit auszugehen. Mangels Aufgabenbereichs ist jedoch nicht die gemischte Methode anwendbar, sondern es bleibt bei einem Einkommensvergleich, der jedoch gewichtet werden muss (vgl. E. 2.2 hiervor).

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

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

**4.3** Der frühest mögliche Rentenbeginn fällt unter Berücksichtigung der Anmeldung zum Leistungsbezug im Dezember 2014 (AB 3 S. 1; Art. 29 Abs. 1 IVG) sowie der ab 1. August 2014 ohne Unterbruch attestierten Arbeitsunfähigkeit (AB 30 S. 6 Ziff. 1.6; Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) auf den Juli 2015. Der Einkommensvergleich ist somit auf das Jahr 2015 hin durchzuführen (vgl. BGE 129 V 222).

**4.4** Es ist ohne Weiteres davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden im angestammten Beruf als ..., in einem Teilzeitpensum von 71.4% gerundet 71% arbeiten würde. Damit ist das Valideneinkommen gestützt auf das Jahreseinkommen von 2013 in der Höhe von Fr. 62'015.-- (AB 23 S. 3), das die Beschwerdeführerin vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2014 (AB 30 S. 6) als Gesunde in einem 71%-Pensum erzielt hat, zu bestimmen. Da die angestammte Tätigkeit zudem im Umfang eines 60%-Pensums zumutbar ist, ist auch für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf diese Basis abzustellen. In der Folge ist auf eine Indexierung auf das Jahr 2015 zu verzichten. Das Valideneinkommen für eine Stelle von 71% beläuft sich demnach auf Fr. 62'015.--, während das Invalideneinkommen entsprechend der verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 60% auf Fr. 52'407.-- (Fr. 62'015.--  $\cdot$  71 x 60) festzusetzen ist. Dies ergibt eine Einschränkung von 15.49%. Diese ist bei Teilzeiterwerbstätigen ohne Aufgabenbereich zu gewichten (vgl. E. 2.2 hiavor), d.h. mit dem Faktor 0.71 - entsprechend dem hypothetischen Erwerbsum im Gesundheitsfall von (gerundet) 71% - zu multiplizieren, was einen

rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 11% ergibt. Anzuführen bleibt, dass die per 1. Januar 2018 in Kraft getretene neue Regelung hinsichtlich der Invaliditätsbemessung bei Teilerwerbstätigen (vgl. Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 3 und 4 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) hier schon rein zeitlich nicht zur Anwendung gelangt, da die angefochtene Verfügung vom 3. August 2017 (AB 85) vor Inkrafttreten dieser Bestimmung erlassen wurde.

## **5.**

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdeführerin ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 11% keinen Anspruch auf eine Invalidenrente, die angefochtene Verfügung vom 3. August 2017 (AB 85) ist nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

## **6.**

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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

**6.2** Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

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

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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