

200 17 934 IV
LOU/JAP/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. Juni 2018

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. Oktober 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1974 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) absolvierte nach ihrer Erstausbildung als ... ein ...studium (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilagen [AB] 9/2 f., 18/2). Da sie während des Studiums zufolge eines Schubs der diagnostizierten Multiple Sklerose (MS) Mühe mit dem ... bekundete, meldete sie sich am 21. August 2008 bei der IV-Stelle Wallis zum Bezug eines Hilfsmittels an (AB 11.15), welches ihr am 28. Oktober 2008 formlos zugesprochen wurde (AB 11.6). Am 22. Juni 2017 gelangte sie unter Hinweis auf die MS sowie eine zusätzliche «schwere elektromagnetische Hypersensibilität (EHS)» mit einem neuen Leistungsgesuch an die IVB (AB 4). Gestützt auf eine Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 22) und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 26) verneinte diese mit Verfügung vom 10. Oktober 2017 (AB 27) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

B.

Mit Eingabe vom 23. Oktober 2017 hat die Versicherte Beschwerde erhoben und sinngemäss beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr seien Leistungen der Invalidenversicherung zuzusprechen. In einer Beilage zu ihrer Rechtsschrift (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 1/1) hat sie spezifiziert, dass sie dabei hauptsächlich auf berufliche Massnahmen und Hilfsmittel abzielt.

In der Beschwerdeantwort vom 30. November 2017 hat die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde geschlossen.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 10. Oktober 2017 (AB 27). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere auf Eingliederungsmassnahmen in Form von Massnahmen beruflicher Art und Hilfsmittel.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Drohende Invalidität liegt vor, wenn der Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit überwiegend wahrscheinlich ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ist unerheblich (Art. 1^{novies} der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe) und der Abgabe von Hilfsmitteln (Art. 8 Abs. 3 lit. a und d IVG).

2.3 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 Rahmen der Erstanmeldung im Jahre 2008 (AB 11.15) wurde als Eingliederungsmassnahme ein Hilfsmittel gewährt, ohne einen Anspruch auf Dauerleistungen zu prüfen (AB 11.6), womit eine seither eingetretene revisionsrechtlich relevante Tatsachenänderung (vgl. Art. 17 ATSG) hier weder in Bezug auf die Eintretensfrage (vgl. Art. 87 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a) noch hinsichtlich des materiellen Leistungsanspruchs erforderlich ist.

3.2 Die angefochtene Verfügung vom 10. Oktober 2017 (AB 27) basiert in medizinischer Hinsicht auf der Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. B._____, Fachärztin für Neurologie, vom 17. August 2017 (AB 22). Diese erklärte, im Jahr 2008 sei eine MS beschrieben worden, welche damals praktisch keine Einschränkungen bewirkt habe. Viele der von der Beschwerdeführerin nunmehr geschilderten Symptome gingen weit über eine MS hinaus und würden auf eine nichtorganische Problematik hinweisen. Eine Elektrosensibilität stelle keinen medizinischen Gesundheitsschaden dar. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit liessen sich ohne weitere Erhebungen nicht klären. In erster Linie sei eine neurologische, sekundär eventuell eine psychosomatische/psychiatrische Evaluation sinnvoll. Aus ärztlicher (und versicherungsmedizinischer Sicht) sei es empfehlenswert, dass die Beschwerdeführerin hausärztlich betreut und den entsprechenden Spezialärzten zugewiesen werde. Aktuell sei aufgrund der medizinischen Aktenlage kein Gesundheitsschaden ausgewiesen.

3.3 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).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.4 Die fachärztliche Beurteilung von Dr. med. B. _____ vom 17. August 2017 (AB 22), wonach aktuell kein Gesundheitsschaden ausgewiesen sei, erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und erbringt vollen Beweis.

3.4.1 Die Einschätzung der RAD-Ärztin ist mit Blick auf die medizinische Aktenlage nachvollziehbar und überzeugend. Der Masson-Tumor am linken Ringfinger (Dig. IV), ulnarseitig auf Höhe des Fingerendgelenks (DIP), wurde am 19. Mai 2008 folgenlos in toto exzidiert (AB 11.9/5, 20/3 f.) und die damalige Hausärztin Dr. med. C. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, ordnete den Status nach Tumorentfernung im Bericht vom 29. August 2008 (AB 11.9/1 f.) den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. Die «Elektrosensibilität» bzw. «Elektrohypersensibilität», über welche die Beschwerdeführerin hauptsächlich klagt (Beschwerde; BB 1/2), ist durch eine Vielzahl unspezifischer Symptome gekennzeich-

net, stellt jedoch gemäss WHO kein medizinisches Krankheitsbild dar (Fact sheet N° 296 vom Dezember 2005, abrufbar unter <www.who.int>; vgl. auch Stellungnahme des Bundesrates vom 20. Mai 2009 zur Motion 09.32222 «Massnahmen bei Elektrosensibilität», abrufbar unter <www.parlament.ch>). Selbst wenn diese Problematik diagnostisch allenfalls unter Z58 der ICD-10 (Probleme mit der physischen Umwelt) zu subsumieren wäre, käme ihr nicht die Qualität eines rechtserheblichen Gesundheitsschadens zu (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 2. Juni 2015, 9C_780/2014, E.4.1.1; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43). Sodann wurde bei der Beschwerdeführerin seitens des Spitals D._____ anlässlich der Hospitalisation im März 2008 aufgrund der bildgebenden, liquorchemischen sowie elektrophysiologischen Befunden und bei gleichzeitigem Ausschluss von Differentialdiagnosen eine schubförmig remittierende MS (ICD-10: G35) mit einem ersten Schub im Jahr 2003 festgestellt (AB 11.12 f.). Die Lhermitte-Zeichen bildete sich aber nach hochdosierter Kortison-Therapie vollständig zurück und anlässlich der letzten Sprechstunde vom 25. Juli 2008 liessen sich klinisch-neurologisch keine pathologischen Befunde mehr erheben, zudem wurde ein normaler EDSS-Wert (Expanded Disability Status Scale) von 0.0 (vgl. LIENERT et al., Objektivierbarkeit klinischer Symptome und neuere Entwicklungen in Studien, in: ZETTL/MIX [Hrsg.], Multiple Sklerose, 2001, S. 100) festgehalten (AB 6/1 f. [= AB 11.9/3 f., 20/2; BB6], 6/3 [= AB 20/5; BB 5]). Die Beschwerdeführerin sah daraufhin offenbar keinen Bedarf mehr für eine klinische bzw. radiologische Verlaufskontrolle und sagte einen entsprechenden Termin im August 2009 ab (AB 20/1 [=BB 4]). Wenngleich Dr. med. E._____, Facharzt für Neurologie, im Konsiliarbericht vom 28. Januar 2015 (BB 7) gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin von mehreren Schüben seit 2008 ausging und ein EDSS-Wert von 3.0 (leichte bis mässige Behinderung [vgl. LIENERT et al., a.a.O.]) vermerkte, konnte er im somatischen Neurostatus keine wesentlichen Auffälligkeiten feststellen und attestierte keine Arbeitsunfähigkeit. Ob die Beschwerdeführerin tatsächlich seit 2008 weitere MS-Schübe erlitt, kann vor diesem Hintergrund offen bleiben, zumal die Beschwerdeführerin ihre Erwerbstätigkeit weiterhin ausüben konnte (BB 1/2) und sich nunmehr im Wesentlichen durch Mobilfunkantennen und die überall installierten WLAN-Router eingeschränkt sieht (BB 1/2; IV-Protokoll [in den Gerichtsakten])

S. 1), was nach dem Dargelegten im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext irrelevant ist.

3.4.2 Dass die RAD-Ärztin auf eine klinische Exploration der Beschwerdeführerin verzichtete, ist nicht zu beanstanden, konnte sich die Erstere aufgrund der vorhandenen Unterlagen doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Zwar hat sich die Beschwerdeführerin sowohl in der Beschreibung ihrer Einschränkungen vom 19. Juli 2017 (AB 21 f. [=BB 1/3 f.]) als auch in der Sachverhaltsdarstellung vom 23. Oktober 2017 (BB 1/2) auf verschiedene nicht namentlich genannte Ärzte und Spezialisten bezogen, von welchen keine Berichte vorliegen. So soll sie inzwischen «bei vielen Zahnärzten im In- und Ausland, allgemein Medizinern und HNOs» gewesen sein, Augenoptiker bzw. Augenärzte konsultiert haben und vom «Amtsarzt» der ehemaligen Arbeitgeberin untersucht worden sein. Sie räumte jedoch ein, dass sie über keine aktuellen Arztzeugnisse verfügt und die im Jahr 2016 wegen der «Elektrosensibilität» besuchten Ärzte keine Zeugnisse ausstellen wollten (Beschwerde S. 1). Die Beschwerdeführerin nimmt keine Medikamente ein (AB 19/1; IV-Protokoll [in den Gerichtsakten] S. 1), steht in keiner medizinischen Behandlung (AB 4/7 Ziff. 6.3, 8/3 Ziff. 12, 19/1) und konnte bis zur eigenen Kündigung des Arbeitsverhältnisses per 30. April 2017 (AB 10/1) uneingeschränkt arbeiten (BB 1/2). Bei dieser Ausgangslage sind weitere medizinische Unterlagen über einen objektiven Gesundheitsschaden offensichtlich nicht greifbar. Die Beschwerdegegnerin durfte damit ohne Verletzung der Untersuchungsmaxime (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG) auf weitere Sachverhaltserhebungen verzichten und erübrigen sich solche auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

3.5 Es liegt – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (Beschwerdeantwort S. 3 lit. C lit. b Ziff. 8) – nicht etwa eine Beweislosigkeit vor, vielmehr ist eine gesundheitliche Beeinträchtigung nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; SVR 2017 UV Nr. 20 S. 67 E. 3.2) nicht ausgewiesen, womit auch nicht von einer erst drohenden Invalidität (vgl. E. 2.2 hiavor) ausgegangen werden kann. Dass Dr. med. B._____ eine Wiederauf-

nahme der hausärztlichen Betreuung bzw. eine Zuweisung an Spezialärzte empfahl (AB 22/3), vermag angesichts der vorstehenden Erwägungen nichts daran zu ändern. Die Beschwerdeführerin wurde seitens der Verwaltung mit E-Mail vom 21. August 2017 (AB 25/1) im Übrigen zutreffend darauf hingewiesen, dass ihr im Falle einer (aus objektiver ärztlicher Sicht bestätigten) Verschlechterung der Situation eine Neuanschuldung offen steht. Die angefochtene Verfügung vom 10. Oktober 2017 (AB 27) ist nicht zu beanstanden und die offensichtlich unbegründete Beschwerde 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens 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):
 - 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.