

200 17 941 IV  
FUR/SCC/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 9. Juli 2018**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. September 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1985 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 3. Oktober 2013 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an (Dossier der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Die IVB holte die üblichen Unterlagen, u.a. Berichte der behandelnden Ärzte (AB 10, 18, 20, 38 ff., 45 ff.), ein und veranlasste eine Begutachtung durch die Begutachtungsstelle B. \_\_\_\_\_ (interdisziplinäres Gutachten vom 16. Dezember 2015 [AB 70.1]). Die IVB holte weitere Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 21. April 2016 (AB 73 S. 4 ff.) und 27. September 2016 (AB 80 S. 5 f.) sowie der Begutachtungsstelle B. \_\_\_\_\_ vom 5. Juli 2016 (AB 78) ein. Danach veranlasste sie eine Arbeitsmarktlich-Medizinische Abklärung (AMA) vom 27. März bis 21. April 2017 (AMA-Bericht vom 10. Mai 2017 [AB 94]). Mit Vorbescheid vom 2. Juni 2017 stellte die IVB die Ablehnung einer Rente in Aussicht (AB 96). Hiergegen erhob die Versicherte Einwände (AB 99). Nach einer Stellungnahme des RAD vom 25. September 2017 (AB 103 S. 3 f.) lehnte die IVB mit Verfügung vom 28. September 2017 die Zuspreehung von Leistungen ab mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne (AB 104).

### **B.**

Am 26. Oktober 2017 erhob die Versicherte beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragt sinngemäss eine Rente der Invalidenversicherung, eventuell eine weitere Abklärung des medizinischen Sachverhaltes, und beanstandet, die Beschwerdegegnerin stelle ausschliesslich auf die Beurteilung der AMA ab. Der RAD-Arzt, welcher sie nicht untersucht habe, lasse die im interdisziplinären Gutachten vom 16. Dezember 2015 gestellten invalidisierenden Leiden ausser Acht. Ebenso sei die lange Dauer der Einschränkung nicht berücksichtigt worden.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Dezember 2017 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde.

In den Stellungnahmen vom 5. April 2018 und vom 23. April 2018 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest und äusserten sich zu den Auswirkungen der Leitentscheide BGE 143 V 409 und 418 auf den vorliegenden Fall.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 26. September 2017 (AB 104), mit welcher mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens ein Anspruch auf Leistungen der IV verneint und das Leistungsbegehren abgewiesen wurde. Streitig ist der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG).

**2.1.1** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt

(BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

**2.1.2** Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.1.3** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im

Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

**2.1.4** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**2.2** 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.

**2.3** 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** Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 28. September 2017 (AB 104) vornehmlich auf den – durch den Psychiater begleiteten – Abklärungsbericht der AMA vom 10. Mai 2017 ab (AB 94). Die AMA wurde vom 27. März bis 21. April 2017 in der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ durchgeführt. Sie wurde veranlasst, nachdem die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des zuvor angeordneten interdisziplinären Gutachtens bei der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2015 (AB 70.1) sowie auch nach deren Stellungnahme vom 5. Juli 2016 (AB 78) schliesslich die Beschwerdegegnerin nicht zu über-

zeugen vermochte (vgl. Stellungnahmen des RAD vom 21. April 2016 [AB 73 S. 5 f.] und 27. September 2016 [AB 80 S. 5 f.]).

Der AMA-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Agoraphobie mit (remittierter) Panikstörung (ICD-10 F40.01) sowie eine Aufmerksamkeits-Defizitstörung vom unaufmerksamen Typus (DSM IV 314.00; AB 94 S. 20). Er hielt fest, die Beschwerdeführerin habe (während der Abklärung) gute bis sehr gute Leistungen gezeigt. Ihre Grundarbeitsfähigkeiten, wie Motivation, Kooperation, Pünktlichkeit, Freundlichkeit, sowie ein gepflegtes Auftreten seien absolut intakt. Ihre kognitiven Fähigkeiten, inklusive Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Planungsvermögen seien überdurchschnittlich erhalten. Die Beschwerdeführerin erbringe sowohl im angestammten administrativen Bereich, wie auch im Bereich Empfang/Verkauf, Service, sowie im handwerklich-kreativen Bereich gute Leistungen, welche quantitativ bei 80 % lägen (AB 94 S. 21). Die nach wie vor vorhandene Agoraphobie wirke sich limitierend auf die Länge des Arbeitsweges, nicht jedoch auf die Arbeitsfähigkeit als solche aus. Während der Arbeit sei die Angstproblematik nicht vorhanden. Die ohnehin eher marginale ADS-Problematik habe sich während der Abklärung nicht störend bemerkbar gemacht. Auffällig sei jedoch die raschere Ermüdbarkeit gewesen, welche sich ab einem 80 % Pensum störend bemerkbar gemacht habe. Sie entspreche diagnostisch am ehesten einer seit Kindheit nachweisbaren Neurasthenie. Die Symptomatik sei zu wenig ausgeprägt und stabil, um die Diagnose einer spezifischen Persönlichkeitsstörung zu rechtfertigen. Auch eine rezidivierende depressive Störung und/oder eine schwerwiegende Angststörung lägen nicht vor (AB 94 S. 21). Zum medizinischen Zumutbarkeitsprofil führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführerin sei eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt zu einem Pensum von maximal 70 bis 80 % zumutbar. In Frage kämen ..., ..., Tätigkeiten ..., prinzipiell auch Tätigkeiten im ... Die Beschwerdeführerin sei nicht geeignet für Schichtarbeit sowie begrenzt geeignet für Führungsaufgaben (AB 94 S. 22).

**3.2** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.3** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

### **3.4**

**3.4.1** In psychiatrischer Hinsicht ist vorab auf die Ausführungen von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ abzustellen; der medizinische Teil des AMA-Berichts erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm grundsätzlich Beweiswert zukommt. Gemäss den diagnostischen Leitlinien der ICD-10 liegt eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) vor bei: Anhaltenden und quälenden Klagen entweder über gesteigerte Ermüdbarkeit nach geistiger Anstrengung oder über körperliche Schwäche und Erschöpfung nach geringsten Anstrengungen. Bei mindestens zwei der folgenden Empfindungen: Muskelschmerzen und –beschwerden, Schwindelgefühlen, Spannungskopfschmerzen, Schlafstörungen, Unfähigkeit zu entspannen, Reizbarkeit, Dyspepsie. Die vorliegenden autonomen oder depressiven Symptome sind nicht anhaltend und schwer genug, um die Kriterien für eine der spezifischeren Störungen

in der dieser Klassifikation zu erfüllen (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10., überarb. Aufl., S. 236). Dass bei der Beschwerdeführerin mit Blick auf die Befunde eine Neurasthenie vorliegt, ist schlüssig. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ setzte sich auch mit weiteren – in den Berichten der behandelnden Ärzte und dem Gutachten genannten – Diagnosen überzeugend auseinander. Die medizinische Beurteilung stellte er auf die Akten (AB 91 S. 18) und die Ergebnisse der mehrwöchigen Abklärung ab, d.h. er – wie auch die AMA-Fachleute – schilderte schlüssig, was die Beschwerdeführerin während der Abklärung zu leisten vermochte. Die Schätzung des AMA-Arztes, die Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt liege bei 70 bis 80 %, wobei eine Vielzahl von Tätigkeiten, auch wie die zuletzt ausgeübte .... Tätigkeit in Frage kommen (AB 94 S. 21 f.), ist somit nachvollziehbar.

**3.4.2** Nicht gefolgt werden kann der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 3), es sei aus psychiatrischer Sicht auf das interdisziplinäre Gutachten vom 16. Dezember 2015 (AB 70.1) abzustellen: Die Gutachter gingen zwar von einer komplexen psychosomatischen Störung aus, danach nannten sie jedoch ein adultes Aufmerksamkeits Syndrom mit Konzentrationsmangel, Impulsanfälligkeit und Reizüberflutung, sowie die immer noch ausgeprägten Angststörungen für die Einschätzung der Beeinträchtigung von komplexen Funktionen als relevant (AB 70.1 S. 43). Die Frage, welche Diagnosen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben, wurde von den Gutachtern weder im interdisziplinären Gutachten (vgl. auch AB 73 S. 5 Ziff. 1 und 2) noch in der Stellungnahme vom 5. Juli 2016 (AB 78 S. 1) schlüssig beantwortet. Gestützt auf eine Arbeitsplatzbegehung (AB 70.6 S. 2) hielten die Gutachter zur ausgeübten Tätigkeit fest, sie erfolge in einer beschützenden Arbeitsumgebung mit deutlicher sozialer Lohnkomponente, wobei gegenwärtig ein erhöhter, erheblich fluktuierender Erholungsbedarf von im Mittel mindestens 50 % eines Arbeitstages bestehe (AB 70.1 S. 44). Die angegebene Arbeitsfähigkeit in einer angepassten mittelschweren (stehend, gehend, sitzend) Tätigkeit von täglich drei bis unter sechs Stunden (AB 70.1 S. 45), was auch mit der Stellungnahme vom 5. Juli 2016 bestätigt wurde (AB 78 S. 2 Ziff. 3), ist als Einschätzung ungenau (vgl. AB 73 S. 5 Ziff. 4) und überzeugt nicht. Zur Frage der verminderten Leis-

tungsfähigkeit wurde in der Stellungnahme vom 5. Juli 2016 ausgeführt, im Abgleich mit den Belastungsvorgaben der Tätigkeit als ... in einem ... be-  
trage diese 0 % (AB 78 S. 2). Diese Beurteilung wie auch die Einschätzung  
der Gutachter, dass ebenfalls in einer anderen angepassten Tätigkeit die  
Arbeits- und Leistungsfähigkeit im selben erheblichen Ausmass einge-  
schränkt wäre (AB 78 S. 2), ist mit Blick auf die Ergebnisse der AMA, wo-  
nach bei Arbeiten in administrativen, handwerklichen, manuellen und logis-  
tischen Bereich eine durchschnittlich quantitative Leistung von 80 %, bei  
einer verwertbaren bis vollwertigen Qualität, möglich war (AB 94 S. 22 un-  
ten), ebenfalls nicht überzeugend.

**3.4.3** Auch auf die Berichte der behandelnden Fachärzte kann nicht ab-  
gestellt werden: Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psy-  
chotherapie, welche die Beschwerdeführerin seit ... 2015 behandelt, stellte  
im Bericht vom 4. Juli 2017 die Problematik einer Angstsymptomatik, wo-  
nach es der Beschwerdeführerin nur unter grossem Aufwand möglich sei,  
sich selbstständig im öffentlichen Raum zu bewegen oder öffentliche Ver-  
kehrsmittel zu benutzen, in den Vordergrund und sah die Gefühle der Er-  
schöpfung als Ausdruck der Anpassungsleistungen; zur Arbeitsfähigkeit  
äusserte sie sich nicht (AB 101). Demgegenüber war in der AMA-Abklärung  
überzeugend festgehalten worden, dass die vorhandene Agoraphobie sich  
auf die Länge des Arbeitsweges, nicht jedoch auf die Arbeitsfähigkeit als  
solche auswirkt (vgl. AB 94 S. 21). Dr. med. dipl. psych. F. \_\_\_\_\_,  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht  
vom 2. Oktober 2014 eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung  
ADHS (ICD-10 F90) seit Kindheit, ein postmeningopostencephalitischer  
Residualzustand bei Zustand nach Kleinhirnabszess und operativem Ein-  
griff im ... Lebensjahr sowie eine Agoraphobie (ICD-10 F40.0; AB 51 S. 1)  
und stellte fest, dass die Beschwerdeführerin im Betrieb des .... tätig sei,  
wobei es sich quasi um einen geschützten Arbeitsplatz handle. Bei der Be-  
schreibung der Einschränkung am Arbeitsplatz übernahm der behandelnde  
Psychiater die Angaben der Beschwerdeführerin (Arbeitsstil, Unpünktlich-  
keit, chaotische Struktur, Selektion der Arbeiten nach eigenen Interessen  
und nicht nach innerbetrieblicher Dringlichkeit; AB 51 S. 2, S. 3 Ziff. 1.7 und  
S. 4 Ziff. 1.11) und begründete seine Beurteilung, dass dies auf dem ersten  
Arbeitsmarkt einer Tätigkeit von 40 % entsprechen würde (AB 51 S. 3),

nicht weiter. Die Hausärztin Dr. med. G. \_\_\_\_\_ ging im Bericht vom 8. September 2014 von einem stationären Gesundheitszustand aus und diagnostizierte eine Hypersomnie, Neurasthenie und ein ADHS. Die Arbeitsunfähigkeit von 40 % begründete sie lediglich mit dem Hinweis, dass die Beschwerdeführerin über die Jahre mit einem 60 % Pensum funktioniert habe (AB 41). Die Ärzte der Klinik H. \_\_\_\_\_, in welcher die Beschwerdeführerin sich vom 30. September bis 6. Dezember 2013 stationär aufhielt, attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % lediglich bis Ende Dezember 2013 (AB 51 S. 16) und im Bericht vom 22. November 2013 empfahlen sie einen Wiedereinstieg zu 30 % und hielten fest, es sei mit einer Erhöhung zu rechnen, wobei sie den Umfang und den Zeitpunkt nicht abschätzen konnten (AB 18 S. 4).

**3.5** In somatischer Hinsicht – diesbezüglich erfolgten während Jahren immer wieder Abklärungen (AB 43 S. 8, 46 S. 2 ff., 7 ff., 12, 47 S. 2 ff.) – liegen keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vor. Auch im interdisziplinären Gutachten der Gutachtenstelle .... vom 16. Dezember 2015 (AB 70.1) wurde einzig die Kondition erwähnt, welche ein unterdurchschnittliches Leistungsniveau ergeben habe, was jedoch trainierbar sei. Klinisch-neurologisch wurden keine Auffälligkeiten festgestellt (AB 70.1 S. 43).

**3.6** Damit ist der medizinische Sachverhalt umfassend abgeklärt. Ob die ärztliche Einschätzung, die Beschwerdeführerin sei aufgrund der Neurasthenie funktionell zu 20 bis 30 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, zu einer rentenbegründenden Invalidität führt, ist nachfolgend zu prüfen (vgl. E. 2.1.2 ff. hiervor):

Zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ ist festzuhalten, dass als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) vorliegt, wobei die Befunde nicht ausgeprägt sind (AB 94 S. 21). Eine Behandlungsresistenz liegt nicht vor, vielmehr finden wöchentliche psychiatrische Behandlungen statt, wobei Ziel der Behandlung die Verbesserung und Stabilisierung der psychischen Befindlichkeit und Belastbarkeit ist. Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hat denn auch in ersten Ansätzen Copingstrategien in Bezug auf die hohe Erregtheit und auf die Selbstunsicherheit erarbeiten können; die Panikattacken würden weni-

ger oft auftreten (AB 101). Es liegen keine relevanten Komorbiditäten vor; weder die Agoraphobie noch die marginale ADS-Problematik wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Es besteht auch keine Persönlichkeitsstörung mit ressourcenhemmender Wirkung (AB 94 S. 21). Bezüglich des sozialen Kontextes ist zu bemerken, dass ein gutes Verhältnis zur Familie besteht (AB 94 S. 8). Die Beschwerdeführerin ist in der Firma des .... tätig, wobei er nicht ihr direkter Vorgesetzter ist (vgl. auch AB 99 S. 6). Von 2007 bis 2010 arbeitete sie zwar lediglich zu 40 %, dabei absolvierte sie jedoch auch berufsbegleitend eine Handelsschule (Abschluss Handelsdiplom im ....; AB 70.1 S. 14, 94 S. 7). Lediglich im Jahr 2013 – nach einem Vorgesetztenwechsel – verschlechterte sich vorübergehend die Situation (AB 94 S. 19) und es erfolgten stationäre Behandlungen vom 14. September bis 6. Dezember 2013 (AB 18 S. 6, 20 S. 1). Die Beschwerdeführerin ist weiterhin zu einem Pensum von 60 % tätig und zur Frage nach der beruflichen Zukunft gab sie an, für die Durchführung eines ...-...-Kurses angefragt worden zu sein (AB 94 S. 18), was sie interessieren würde. Ein krankheitsbedingter Rückzug liegt auch bezüglich der Freizeitgestaltung nicht vor: Die Beschwerdeführerin hat eine regelmässige Tagesstruktur (vgl. auch AB 70.1 S. 13), sie bäckt gerne Kuchen, hat die ... als Hobby und hilft sogar ihrem Freund bei der ... (AB 94 S. 8). Dies weist auf keine grosse Einschränkung des Aktivitätsniveaus hin.

Nach dem Gesagten ist nicht davon auszugehen, dass die Neurasthenie die funktionelle Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im attestierten Ausmass von 20 bis 30 % einschränkt. Es liegt somit kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes vor.

**3.7** Die Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 28. September 2017 erweist sich als korrekt und die Beschwerde ist abzuweisen.

**4.**

**4.1** 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.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**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

Die Kammerpräsidentin:

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.