

200 18 265 IV
GRD/LUB/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. August 2018

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch B. _____ AG
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. Februar 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1978 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im September 2014 unter Hinweis auf eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht gewährte die IVB der Versicherten Integrationsmassnahmen (Aufbautraining [AB 30, 35, 44]) und berufliche Massnahmen (Praktikum mit Job Coaching [AB 47, 54]). In der Folge nahm die IVB weitere medizinische Erhebungen vor, insbesondere liess sie die Versicherte auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 88 S. 4 ff.) psychiatrisch und neurologisch begutachten (vgl. Gutachten vom 19. September 2017 [AB 104.1 S. 2 ff.] und 22. September 2017 [AB 103.1]). Mit Vorbescheid vom 3. Oktober 2017 stellte die IVB der Versicherten die Ablehnung des Leistungsbegehrens mit der Begründung in Aussicht, es sei aus medizinischer Sicht kein objektivierbarer Gesundheitsschaden ausgewiesen (AB 105). Nach erhobenem Einwand (AB 107, 111) und Rücksprache mit dem RAD (AB 117) verneinte die IVB mit Verfügung vom 27. Februar 2018 entsprechend dem Vorbescheid einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (AB 120).

B.

Mit Eingabe vom 9. April 2018 erhob die Versicherte, vertreten durch die B._____ AG, Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 27. Februar 2018 sei aufzuheben; eventualiter sei die Verfügung vom 27. Februar 2018 aufzuheben und die Angelegenheit zwecks Rentenprüfung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 28. Juni 2018 nahm die Beschwerdeführerin unaufgefordert zur Beschwerdeantwort Stellung. Am 29. Juni 2018 stellte der Instruktionsrichter der Beschwerdegegnerin ein Doppel dieser Eingabe zu.

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 vom 27. Februar 2018 (AB 120). Streitig und zu prüfen ist allein der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente (vgl. Beschwerde S. 1 und S. 5 f.).

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

2.2 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). 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).

2.2.1 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).

2.2.2 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 (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

2.2.3 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).

2.3 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 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im Bericht vom 27. Oktober 2014 diagnostizierte Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Störung mit Suizidversuch (ICD-10 F33.2) am 21. Juli 2014. Die Prognose sei offen, zurzeit bestünden psychische Einschränkungen. Er attestierte ab dem 21. Oktober 2014 bis auf Weiteres eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit (AB 13 S. 2 f.).

3.1.2 Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnte im Bericht vom 5. November 2014 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit vorwiegend depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2) und ev. eine akzentuiert selbstunsichere und abhängige Persönlichkeit (AB 16 S. 1). Die bisherige Tätigkeit sei zurzeit nicht mehr zumutbar. Zumutbar

wäre eine angepasste Tätigkeit im Rahmen eines Reintegrationsprogramms zu 20 bis 40 % (AB 16 S. 3).

3.1.3 Im Arztbericht der psychiatrischen Klinik E. _____ vom 19. November 2014 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion mit Suizidversuch, eine Migräne mit Aura und eine Endometriose mit St. n. anamnestisch multiplen Operationen aufgeführt. Die Patientin habe vom 22. Juli bis 10. Oktober 2014 in der psychiatrischen Klinik E. _____ in stationärer Behandlung gestanden. Die Prognose sei mittelfristig gut (AB 19 S. 2). Aufgrund der Neigung zu depressiver Symptomatik bestehe bei Überforderung das Risiko einer erneuten Dekompensation mit Suizidalität. Eine schrittweise Wiedereingliederung sei unbedingt erforderlich. Zunächst sei die bisherige Tätigkeit im Umfang von 50 % zumutbar, dann weitere Steigerungen in 25 %-Schritten (AB 19 S. 4).

3.1.4 Am 18. November 2016 hielt Dr. med. F. _____, Fachärztin für Neurologie, als Diagnosen eine invalidisierende Müdigkeit unklarer Ursache, eine Migraine accompagnée (1998) und den Verdacht auf eine Comotio cerebri 1998 bei Sturz (keine sichere Bewusstlosigkeit, Schädel-CT verlaufsanamnestisch unauffällig) fest (AB 75 S. 1). Die evozierten Potenziale sowohl visuell, motorisch wie auch somatosensibel hätten allesamt unauffällige Befunde ergeben. Die Fatigue-Skala für Motorik und Kognition habe sowohl kognitiv wie auch motorisch eine sehr schwere Fatigue gezeigt (AB 75 S. 2). Die Arbeitsfähigkeit sei eingeschränkt (AB 75 S. 3).

3.1.5 Dr. med. D. _____ führte im Verlaufsbericht vom 14. Dezember 2016 aus, trotz stetiger Optimierung der beruflichen Massnahmen habe keine zufriedenstellende Präsenz am Arbeitsplatz erreicht werden können. Der Gesundheitszustand sei stationär und habe sich seit der letzten Diagnosestellung nicht verändert. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lägen eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit vermeidenden, abhängigen und histrionischen Zügen (ICD-10 F61), rezidivierend depressive Episoden, gegenwärtig leicht bis mittelgradig (ICD-10 F33.1), eine grenzwertige Hypothyreose, demyelinisierende Läsionen im Schädel-MRI vom 19. August 2016 (mit/bei leichter Gang- und Standataxie und diskreter Extremitätenataxie des linken Beines, sehr schwere Fatigue in Fatigue-

Skala für Kognition und Motorik, vereinbar mit MS), eine Migraine accompagnée und eine Erhöhung der Lebertransaminasen unklarer Ätiologie vor (AB 78 S. 2). Zurzeit könne nicht von einer kurz- bis mittelfristigen Besserung des Zustands ausgegangen werden. Die Arbeitsfähigkeit betrage 50 % von April 2015 bis auf Weiteres. Die Versicherte leide unter einer deutlich reduzierten Belastbarkeit, insbesondere in Bezug auf die Belastungszeit bei chronischer Müdigkeit, welche sich nach ca. 4 – 5 h Arbeit als nicht mehr überwindbar erweise. Bei einem Pensum von 50 % schein die bisherige Arbeit (...) zumutbar, wobei darauf geachtet werden müsse, dass die Patientin keine Schichtarbeit verrichten müsse und möglichst regelmässig gleichbleibende Tagesarbeitszeiten habe. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit mit beruflichen Massnahmen sei nicht möglich und zumutbar (AB 78 S. 3).

3.1.6 Im psychiatrischen Gutachten vom 19. September 2017 (AB 104.1 S. 2 ff.) diagnostizierte Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine krankheitswertige psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) und eine Persönlichkeitsakzentuierung ohne Krankheitswert (ICD-10 Z73.1; AB 104.1 S. 22). Zusammenfassend werde bei der Versicherten von akzentuierten Persönlichkeitseigenschaften ausgegangen und einer gewissen Vulnerabilität für das Erleiden einer psychischen Symptomatik, die dann mit depressiver Reaktion bis hin zur kurzfristigen Suizidalität einhergehen könne. Es handle sich dabei jedoch um eine jeweils situativ getriggerte Symptomatik, nicht um eine andauernde psychiatrische Erkrankung oder gar ein überdauernder psychischer Gesundheitsschaden. Aus dieser Betrachtung und Sichtweise leite sich ab, dass die Versicherte als normal arbeitsfähig betrachtet werde, so wie sie es in den vergangenen Jahren auch geschafft habe, eine Arbeitstätigkeit zu erbringen. Die begleitende psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung möge der Versicherten helfen, Verhaltensmuster und Schemata besser zu erkennen. Hierbei sei allerdings durch eine verstehende oder gar aufdeckende Therapie nicht umgekehrt der Beweis erbracht, dass bei der Versicherten eine gravierende psychiatrische Erkrankung vorläge oder aber sie gar in ihrer Arbeitsfähigkeit auf

Dauer deutlich (um mehr als 10 oder 20 %) eingeschränkt wäre (AB 104.1 S. 19).

Im neurologischen Gutachten vom 22. September 2017 (AB 103.1) stellte Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie, keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine Migräne mit Aura seit dem 17. Lebensjahr (ICD-10 G43.1; AB 103.1 S. 17, 25). Diese Symptomatik trete weiterhin in Erscheinung. Die Versicherte sei aber aufgrund dieser Kopfschmerzen in der Vergangenheit noch nie in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen, habe sie doch während vielen Jahren 100 % gearbeitet. Lediglich im August 2017 sei deswegen vom behandelnden Neurologen eine Arbeitsunfähigkeit von zwei Tagen attestiert worden. Dementsprechend handle es sich bei dieser Diagnose nicht um eine Erkrankung mit einem anhaltenden und relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Anamnese und die klinischen Befunde seien nicht verdächtig für eine Multiple Sklerose im Sinne von schubförmigen Ereignissen, die MRI-Veränderungen seien gut kompatibel mit den bei einer Migräne bekannten und gehäuft auftretenden unspezifischen Signalhyperintensitäten im supratentoriellen Marklager beidseits. Die von der Versicherten beklagte Müdigkeit könne somit nicht auf ein Korrelat im Sinne einer klaren Diagnose zurückgeführt werden. Die Müdigkeit sei im Übrigen nicht klar von einer exzessiven Tagesschläfrigkeit unterscheidbar. Von Seiten des Nervensystems sei sie für sämtliche Tätigkeiten uneingeschränkt arbeitsfähig (AB 103.1 S. 20 f.).

Aus bidisziplinärer Sicht ergebe sich folgende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit: Aus neurologischer Sicht bestehe aktuell keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, so dass auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten bestehe. Aus psychiatrischer Sicht bestehen ebenfalls aktuell keine krankheitswertige psychische Störung und keine Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit. Die Versicherte weise akzentuierte Persönlichkeitseigenschaften ohne Krankheitswert auf und durchlitt inzwischen remittierte Anpassungsstörungen. Aus interdisziplinärer (neurologischer und psychiatrischer) Sicht resultiere dementsprechend bei der Versicherten aktuell eine normale Arbeitsfähigkeit (AB 103.1 S. 28 f., AB 104.1 S. 19 f.).

3.1.7 Dr. med. D. _____ führte in der Stellungnahme vom 12. Dezember 2017 (AB 115 S. 2 ff.) aus, psychosoziale Belastungsfaktoren schliessen die Diagnose einer Depression nicht aus (AB 115 S. 2). Lebensüberdruß stelle ein bei einer Depression absolut gängiges Symptom dar, könne diese also ebenfalls nicht ausschliessen. Die Dauer einer Anpassungsstörung über einen Zeitraum von mehr als sechs Monate sei unüblich. Die lange Erkrankungsdauer und die offensichtlich über einen langen Zeitraum notwendige Hospitalisation sprächen für diesen Vorgang. Eher unüblich jedoch vorhanden und dokumentiert seien rezidivierend suizidale Episoden im Rahmen einer Anpassungsstörung. Widersprüchlich mute auch die Tatsache an, dass der Gutachter bei der Erhebung der Befunde keinerlei Hinweise für Auffälligkeiten der Persönlichkeit finde, um dann später doch in den Schlussfolgerungen vom Vorliegen einer akzentuierten Persönlichkeit zu sprechen. Die Diagnose einer rezidivierenden Depression sei mit den Argumenten des Gutachters nicht widerlegt. Anlässlich der letzten Konsultation im Verlauf von 2017 habe er hingegen tatsächlich keine depressiven Symptome mehr gefunden, so dass von einer Remission ausgegangen werden könne. Hingegen habe weiterhin eine vermehrte Müdigkeit bestanden und damit verbunden eine reduzierte Belastbarkeit, deren Ursache nicht abschliessend geklärt sei. Diese Symptome seien es derzeit ausschliesslich, welche die Arbeitsfähigkeit und die Belastbarkeit der Patientin einschränkten (AB 115 S. 3). Nach wie vor nicht ausgeschlossen werden könne, dass die Versicherte unter einer Multiplen Sklerose (ICD-10 G35-37) leide. Zudem bestehe die Differenzialdiagnose (DD) eines Chronic Fatigue Syndroms (ICD-10 G93.3), welche eine häufige Komorbidität mit Depressionen aufweise. Es bestehe weiterhin eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 %. Aktuell teile er jedoch die Ansicht des Gutachters, dass nicht von einer überdauernden psychischen Krankheit mit entsprechendem Gesundheitsschaden ausgegangen werden könne (AB 115 S. 4). Es sei keinesfalls zulässig, die Müdigkeit durch eine schlechte Schlafhygiene zu erklären. Die Tatsache allein, dass die Patientin derart ausgedehnte Schlafzeiten aufweise, stelle ein pathologisches Verhalten dar. Es bestünden weitere Belastungsfaktoren wie die Hypothyreose, ein Vitamin-D-Mangel sowie der nicht geklärte Befund des Schädel-MRI, welche durchaus als Co-Faktoren bei der Verursachung der Müdigkeit in Erwägung gezogen werden müssten (AB 115 S. 5).

3.1.8 Die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie, legte in der Stellungnahme vom 16. Februar 2018 (AB 117 S. 2 ff.) dar, dass das Gutachten von Dr. med. H. _____ aus fachneurologischer Sicht vollständig, schlüssig und nachvollziehbar sei. Der Gutachter leite die fehlende Existenz der Diagnose einer Multiplen Sklerose streng nach den leitliniengerechten Diagnosekriterien her, weshalb die fachfremden Ausführungen von Dr. med. D. _____ hinsichtlich dem unzureichenden Eingehen auf neurologische Befunde, nicht nachvollziehbar seien. Dr. med. H. _____ habe die Diagnose einer Migräne und die bildmorphologischen Auffälligkeiten im MRI des Schädels überzeugend in Einklang bringen können. Das Gutachten von Dr. med. G. _____ stelle sich aus fachpsychiatrischer Sicht ebenfalls als vollständig, schlüssig und nachvollziehbar dar. So könne der psychiatrische Gutachter überzeugend die Benennung einer rezidivierend depressiven Störung zugunsten einer Anpassungsstörung widerlegen. Bei Nachweis erheblicher psychosozialer Belastungsfaktoren und klarer Darstellung der biografischen Anamnese sowie der Berufsanamnese könne psychiatrisch nur eine Persönlichkeitsakzentuierung vornehmlich mit histrionischen Anteilen postuliert werden (AB 117 S. 3).

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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund 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 Be-

weiswürdigung 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).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 27. Februar 2018 (AB 120) massgeblich auf die bidisziplinäre Begutachtung der Dres. med. G._____ und H._____ vom 19. bzw. 22. September 2017 (AB 104.1 S. 2 ff., AB 103.1) gestützt. Die Expertisen der beiden Fachärzte erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben sich in den ärztlichen Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorkakten und gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Insbesondere diskutierten sie auch invaliditätsfremde Faktoren und Diskrepanzen mit anderen Arztberichten. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Auf die Gutachten der Dres. med. G._____ und H._____ ist somit abzustellen.

3.3.1 Aus psychiatrischer Sicht begründet Dr. med. G._____ nachvollziehbar und überzeugend, dass keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Insbesondere konnte der Gutachter im Rahmen seiner Untersuchung (20. Juni 2017) weder eine rezidivierende depressive Störung noch eine Persönlichkeitsstörung feststellen (AB 104.1 S. 17). Die vom behandelnden Psychiater im Verlaufsbericht vom 14. Dezember 2016 beschriebene rezidivierend depressive Störung, leicht bis mittelgradig (AB 78 S. 2), konnte der Gutachter mit Blick auf die erhobene Befundlage nicht bestätigen. So führt er zutreffend aus, es ergaben sich weder Hinweise auf derartige stationäre Behandlungen, dass von einer rezidivierenden affektiven Störung ausgegangen werden müsste, noch war jemals von einer Phasenprophylaxe oder einem entsprechenden Verlauf mit symptomfreien Intervallen und klar abgrenzbaren depressiven Episoden mit Beginn und deutlicher Besserung/Ende der Symptomatik die Rede.

Dies findet auch Rückhalt in den Berichten der psychiatrischen Klinik E. _____ über die stationäre Behandlung vom 22. Juli bis 10. Oktober 2014. Darin erwähnten die behandelnden Ärzte als Diagnose primär eine Anpassungsstörung. Eine depressive Episode oder gar eine rezidivierende depressive Störung diagnostizierten sie dagegen nicht (AB 19 S. 2, AB 27.2 S. 6). Dr. med. G. _____ widerlegt damit überzeugend die Benennung einer rezidivierenden depressiven Störung zugunsten einer Anpassungsstörung, was die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____ in ihrer Stellungnahme vom 16. Februar 2018 (AB 117 S. 3) bestätigt. Zudem zeigt der Gutachter mit Verweis auf die beklagte Tagesmüdigkeit und die verminderte Belastbarkeit, die auf einer schlechten Schlafhygiene und motivationalen Faktoren basieren, einleuchtend auf, dass die Anpassungsstörung vollständig remittiert ist (AB 104.1 S. 17 f.). Schliesslich legt Dr. med. G. _____ anhand der biographischen und beruflichen Anamnese stichhaltig dar, dass nicht von einer durchgehenden Persönlichkeitsstörung auszugehen ist, sondern lediglich eine Persönlichkeitsakzentuierung ohne Krankheitswert (ICD-10 Z73.1) vorliegt (AB 104.1 S. 18 f.). Die im Nachgang zur Begutachtung verfasste Stellungnahme von Dr. med. D. _____ vom 12. Dezember 2017 (AB 115 S. 2 ff.) ist nicht geeignet, den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens in Zweifel zu ziehen. Einerseits ergeben sich aus dessen Stellungnahme keine wichtigen Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Andererseits fand der behandelnde Psychiater offenkundig im Verlauf von 2017 keine depressiven Symptome mehr (AB 115 S. 3 unten) und er geht ebenfalls nicht von einer überdauernden psychischen Krankheit mit entsprechendem Gesundheitsschaden aus (AB 115 S. 4 unten).

3.3.2 Aus somatischer (neurologischer) Sicht führt Dr. med. H. _____ überzeugend aus, dass die Beschwerdeführerin an keiner Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit leidet. Anlässlich der klinisch-neurologischen Untersuchung konnte der Gutachter keine relevanten abnormen Befunde feststellen (AB 103.1 S. 20). Er bestätigt zwar die Diagnose einer Migräne mit Aura, begründet jedoch nachvollziehbar, dass es sich hierbei nicht um eine Erkrankung mit einem anhaltenden und relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit handelt, da die Beschwerdeführerin auf-

grund der Kopfschmerzen in der Vergangenheit – ausser im August 2017 während zwei Tagen – noch nie in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war (AB 103.1 S. 20 f.). Sodann legt Dr. med. H. _____ ausführlich und differenziert dar, dass (aktuell) die Diagnose einer Multiplen Sklerose nicht gestellt werden kann. Er weist darauf hin, dass die diesbezüglich geforderten diagnostischen Kriterien der räumlichen und zeitlichen Dissemination nicht erfüllt sind. Die Beschwerdeführerin hat insbesondere auch keine spinalen Läsionen und in der Lumbalpunktion wurden keine entzündlichen Veränderungen nachgewiesen (AB 103.1 S. 21). Der Gutachter kommt zum Schluss, dass die beklagte Müdigkeit neurologisch nicht auf ein Korrelat im Sinne einer klaren Diagnose zurückgeführt werden kann. Dies steht auch im Einklang mit den Berichten von Dr. med. F. _____. Die behandelnde Neurologin konnte keine klare Ursache für die Müdigkeit finden (AB 75 S. 2 – 6 und S. 8 ff.). In der Folge vermögen die fachfremden Ausführungen von Dr. med. D. _____ vom 12. Dezember 2017 (AB 115 S. ff.) die Einschätzung des neurologischen Gutachters nicht in Zweifel zu ziehen.

3.3.3 Die in der Beschwerde vorgebrachten Einwände vermögen das bidisziplinäre Gutachten ebenfalls nicht in Frage zu stellen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin wurde die im Rahmen der Abklärung in der Abklärungstelle J. _____, beschriebene Leistungsminderung berücksichtigt (vgl. Beschwerde S 4 Ziff. 3). Die Beschwerdegegnerin unterbreitete die Erkenntnisse der beruflichen Eingliederungsmassnahmen dem RAD (AB 76), woraufhin dieser nach Einholung zusätzlicher medizinischer Berichte eine bidisziplinäre Begutachtung empfahl (AB 88). Anschliessend zogen auch die Dres. med. G. _____ und H. _____ die Erkenntnisse der Abklärung in ihre gutachterlichen Beurteilungen mit ein (AB 104.1 S. 8, AB 103 S. 5 f. 8, 13, 19, 24 – 26). Unter diesen Umständen wurde sehr wohl eine medizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen. Sodann kann der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden, im Gutachten vom 19. September 2017 werde festgehalten, die Beschwerdeführerin leide an einem Fatigue Symptom, welches unter anderem die chronische Müdigkeit erkläre; diese Diagnose sei unbestritten (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. 6). Vielmehr stellt der Gutachter Dr. med. G. _____ das Vorliegen eines Fatigue-Syndroms gerade in Frage. Er führt aus, es erscheine auch aus

der neuropsychiatrischen Einschätzung heraus fraglich, ob die Auffälligkeiten tatsächlich ataktische Störungen des Beines, eine schwere Fatigue und Auffälligkeiten der Kognition und Motorik darstellten und verweist zudem auf den unauffälligen Untersuchungsbefund (AB 104.1 S. 19). Dr. med. H._____ hält zudem ausdrücklich fest, dass die im Vordergrund der Symptomatik stehende Müdigkeit nicht einer klaren neurologischen Diagnose zugeordnet werden kann; die Müdigkeit ist im Übrigen nicht klar von einer exzessiven Tagesschläfrigkeit unterscheidbar (AB 103.1 S. 21 f.). Eine fachärztlich einwandfrei diagnostizierte Gesundheitsbeeinträchtigung liegt damit nicht vor (vgl. E. 2.2 hiervor). Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich vorbringt, das Vorliegen von psychosozialen Belastungsfaktoren im Vorfeld einer depressiven Episode spräche in keiner Weise gegen die Diagnose einer rezidivierenden Depression (vgl. Eingabe vom 28. Juni 2018; in den Gerichtsakten), ist festzuhalten, dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nur dann gegeben ist, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst. Grundsätzlich ist von der „Validität“, d.h. von der Gesundheit, der die materielle Beweislast tragenden Person auszugehen (BGE 142 V 106, 141 V 585, 142 V 342). Nur wenn objektiv nachgewiesen werden kann, dass der versicherten Person keine Arbeitsleistung mehr zuzumuten ist, besteht Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (BGE 141 V 281 E. 3.7 S. 295 ff.). Dieser Nachweis ist vorliegend aufgrund des schlüssigen bidisziplinären Gutachtens nicht erbracht.

3.4 Nach dem Dargelegten ist gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten vom 19. bzw. 22. September 2018 (AB 104.1 S. 2 ff., AB 103.1) erstellt, dass keine Diagnosen mit langandauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen bzw. vorlagen, womit es von vornherein an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden fehlt. Die unlängst erfolgte höchstrichterliche Praxisänderung (vgl. E. 2.2 hiervor) wirkt sich in der vorliegenden Konstellation nicht aus, denn angesichts der gutachterlich verneinten Arbeitsunfähigkeit erübrigt sich die Indikatorenprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3 S. 417, 143 V 418 E. 7.1 S. 427 f.). Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung – und damit auch auf die hier bean-

tragte Rente – mit Verfügung vom 27. Februar 2018 (AB 120) folglich zu Recht verneint. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

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

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):
- B. _____ AG z.H. der Beschwerdeführerin
 - 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.