

200 18 339 IV  
SCI/SCC/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 13. Juli 2018**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. März 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1964 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) arbeitete von 1. Juli 2010 bis 31. Januar 2016 als ... für die K.\_\_\_\_\_ AG (Dossier der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 17). Wegen Rückenbeschwerden meldete sie sich erstmals am 12. Mai 2015 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an (AB 2). Die IVB tätigte medizinische sowie erwerbliche Abklärungen und veranlasste vom 5. Januar bis 4. April 2016 berufliche Massnahmen in der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ (Bericht vom 21. April 2016 [AB 39]). Mit Verfügung vom 14. Juni 2016 lehnte die IVB den Anspruch auf eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 15 % ab (AB 43). Diese Verfügung blieb unan-gefochten.

### **B.**

Ende Januar 2017 wurde die Versicherte durch die Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ für die Früherfassung wegen psychischen Problemen gemeldet (AB 44). Die IVB nahm diese Eingabe als Neuanmeldung der Versicherten an die Hand und forderte sie auf, eine Veränderung glaubhaft zu machen (AB 46). Mit Vorbescheid vom 18. Mai 2017 stellte die IVB in Aussicht, dass auf die Neuanmeldung nicht eingetreten werde (AB 51). Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch die B.\_\_\_\_\_ AG, Fürsprecherin D.\_\_\_\_\_, Einwände (AB 55). Die IVB holte daraufhin Akten, u.a. der Versicherung E.\_\_\_\_\_ (AB 58.1-58.6), einen Bericht der Klinik F.\_\_\_\_\_ (AB 74) und der Spital G.\_\_\_\_\_ AG (AB 79), ein. Mit Vorbescheid vom 25. Januar 2018 stellte sie die Ablehnung einer Rente in Aussicht (AB 80). In der Folge reichte die Versicherte Arbeitsverträge nach (AB 85, 86) und die IVB gewährte am 16. Februar 2018 Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (AB 87).

Nachdem die Rechtsvertreterin der Versicherten am 16. Februar 2018 Einwände gegen den Vorbescheid vom 25. Januar 2018 erhoben hatte

(AB 88), wies die IVB mit Verfügung vom 26. März 2018 das Leistungsbegehren ab mit der Begründung, die neu geltend gemachten psychischen Beschwerden seien behandelbar, weshalb eine objektive und wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen sei. Es gelte nach wie vor die Beurteilung wie sie der Verfügung vom 14. Juni 2016 zugrunde gelegen habe (AB 92).

### **C.**

Am 3. Mai 2018 erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecherin Esther D.\_\_\_\_\_ der B.\_\_\_\_\_ AG, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 26. März 2018 sei aufzuheben, es seien ihr die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventualiter sei das Verfahren zur Durchführung der erforderlichen Abklärungen und zum neuen Entscheid an die Verwaltung zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Juni 2018 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Am 14. Juni 2018 reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin eine Kostennote ein und brachte vor, die Beschwerdeführerin sei entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin nach wie vor in regelmässiger psychologischer Behandlung in der Klinik F.\_\_\_\_\_.

### **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 Staats-

anwaltschaft (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. März 2018 (AB 92). 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). 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).

**2.1.1** 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).

**2.1.2** Nach ständiger Rechtsprechung begründen Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch und Drogensucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2016 IV Nr. 3 S. 7 E. 2.2.1).

**2.1.3** 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).

**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 Erwerbsein-

kommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**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** Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

**2.4.1** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer

Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

**2.4.2** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

**2.4.3** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

**2.5** 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 ist auf die Neuanmeldung vom Januar 2017 (AB 44) eingetreten (im Übrigen vgl. E. 4.1 nachfolgend), weshalb das Eintreten praxismässig nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S.

114). Zu prüfen ist, ob seit der Verfügung vom 14. Juni 2016 (AB 43), mit welcher der Anspruch auf eine Rente abgewiesen worden war, bis zur angefochtenen Verfügung vom 26. März 2018 (AB 92) eine revisionsrechtlich relevante Änderung des Sachverhalts eingetreten ist und wenn ja, ob nunmehr eine leistungsbegründende Invalidität vorliegt (vgl. E. 2.4.3 hiervor).

**3.2** In medizinischer Hinsicht ist den Akten das Folgende zu entnehmen:

**3.2.1** Die rentenablehnende Verfügung vom 14. Juni 2016 (AB 43) stützte sich auf den Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 30. November 2015 ab (AB 32). Darin diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei langstreckiger Torsionsskoliose der Wirbelsäule mit Fehlstatik der Brustwirbelsäule bei degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule (Spondylarthrosen, degenerative Bandscheibenveränderungen, keine Diskushernie und keine neuroradikuläre Symptomatik). Als funktionelle Einschränkungen nannte der RAD-Arzt eine verminderte Belastbarkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule (AB 32 S. 2). Der RAD-Arzt attestierte, dass eine angepasste Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar sei (AB 32 S. 3).

**3.2.2** Im Bericht vom 15. Dezember 2016 betreffend eine stationäre Behandlung vom 30. September bis 18. November 2016 diagnostizierten die Ärzte des Spitals G.\_\_\_\_\_, Psychiatrische Dienste, ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F10.21), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), einen Status nach dreimaligem Suizidversuch, zuletzt im Juni 2016, eine bekannte Bulimia nervosa in der Anamnese (ICD-10 F50.2) und einen Verdacht auf emotionale Instabilität bei belasteter Kindheitsanamnese (ICD-10 F60.3) sowie sonstige näher bezeichnete negative Kindheitserlebnisse (Adoption im Alter von zwei Jahren; ICD-10 Z61.8; AB 47 S. 4). Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit bis am 27. November 2016 attestiert (AB 47 S. 5).

**3.2.3** Am 14. Juni 2017 berichtete Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, Spital G.\_\_\_\_\_ AG es sei im September 2016 wegen

akuter depressiver Symptomatik mit im Juni stattgefundenem Suizidversuch und ansteigendem Alkoholkonsum zu einer Hospitalisation gekommen. Unter Psychotherapie und Psychopharmakotherapie habe eine Stabilisierung erreicht werden können. Die Patientin habe ab dem 5. Dezember 2016 wieder in der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ angefangen zu arbeiten, zuerst zu 40 %, dann 50 %. Zwischendurch sei es zu Rückfällen gekommen. Bezüglich des Alkoholkonsums sei eine Abstinenz vorhanden, ein Rückfall sei eher nicht wahrscheinlich. Es bestehe jedoch eine persistierende depressive Stimmung mit Gedankenkreisen, gedrückter Stimmung, Schlafstörung, Konzentrationsstörung und vor allem reduzierter Belastbarkeit (AB 55 S. 4).

**3.2.4** Im Bericht vom 14. Juli 2017 diagnostizierten die behandelnde Psychologin der Klinik F.\_\_\_\_\_ psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), Kontaktanlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse (Adoption im Alter von zwei Jahren; ICD-10 Z61.8) und in der Vorgeschichte Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2; AB 56 S. 3). Die Patientin sei seit dem 8. Dezember 2016 in unterschiedlichen Abständen ambulant in psychotherapeutischer Behandlung in der Klinik F.\_\_\_\_\_. Aus therapeutischer Sicht sei eine IV-gestützte Arbeitsintegrationsmassnahme mit niedrigem Pensum (max. 50 %) entsprechend sehr sinnvoll, um die Krankschreibungen zu reduzieren und die Patientin schrittweise in den ersten Arbeitsmarkt einzuführen. Die Patientin könne Arbeiten, die begleitet und genau strukturiert seien, gut erledigen und sei motiviert, sich dafür zu engagieren. In einem geschützten Umfeld mit sehr niedrigem Arbeitspensum könne die gegenseitige negative Beeinflussung von depressiver Symptomatik und Überforderung/niedriger Frustrationstoleranz am Arbeitsplatz besser bearbeitet bzw. unterbrochen werden (AB 56 S. 2 f.).

**3.2.5** Im ärztlichen Zwischenbericht vom 19. April 2017 zuhanden der Versicherung E.\_\_\_\_\_ diagnostizierte Dr. med. I.\_\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung und ein lumbovertebrales Syndrom bei degenerativen Veränderungen sowie einen Status nach mehreren Facettengelenksblockaden. Zur Arbeitsfähig-

keit am jetzigen Arbeitsplatz führte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ aus, bezüglich psychischer Einschränkungen bei depressiver Episode sei die Belastbarkeit und zum Teil auch das Konzentrationsvermögen reduziert. Bezüglich der chronischen Rückenbeschwerden sei ebenfalls eine körperlich anstrengende, rückenbelastende Tätigkeit nicht möglich (AB 58.2 S. 7 ff.).

**3.2.6** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik F. \_\_\_\_\_, diagnostizierte in einem undatierten Bericht – eingegangen bei der IVB am 5. Dezember 2017 – mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) und vordiagnostiziert: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.20). Sie hielt fest, es sei die psychotherapeutische Begleitung zur Kontrolle des Trinkverhaltens und der depressiven Symptomatik empfohlen worden (AB 74 S. 2). Von Mai bis August 2017 habe eine Arbeitsfähigkeit von 20 % bestanden; ab sofort sei von einer Arbeitsfähigkeit von 40 bis 80 % auszugehen (AB 74 S. 3).

**3.2.7** Im Bericht vom 4. Januar 2018 diagnostizierte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), einen Status nach 3-maligem Suizidversuch, zuletzt im Juni 2016 und bestehend seit 2003 ein chronisches lumbovertebrales Syndrom, linkskonvexe Torsionsskoliose mit Apex am LWK 3, einen Status nach Facettengelenksblockaden auf verschiedenen lumbalen Höhen im 2015 und 2016, einen Status nach Radio-frequenzdenervation der Facettengelenke L3/4 links am 7. Oktober 2015 und rechts am 2. Dezember 2015 (AB 79 S. 2). Die Ärztin führte aus, wegen des Rückens bestünden Einschränkungen beim Heben und Tragen von Lasten, zumutbar sei eine nicht rein sitzende oder stehende Tätigkeit. Bezüglich Psyche bestünden Einschränkungen vor allem bei der Belastbarkeit sowie Konzentrationsfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit könne ab dem 1. Januar 2018 zu 100 % wieder aufgenommen werden. Mit Umstellung auf eine rüchenschonende Tätigkeit habe sich aktuell bezüglich des Rückens eine stabile Situation ergeben. Bezüglich der Psyche seien Rückfälle stetig möglich. Bei einem Rückfall wäre die Patientin erneut zu 100 % arbeitsunfähig. Auch sei

fraglich, ob die Belastbarkeit längerfristig bei 100 % gehalten werden könne, eher wahrscheinlich scheine eine Belastbarkeit von 60 bis 80 % (AB 79 S. 3).

Dr. med. I. \_\_\_\_\_ hielt in ihrem Schreiben vom 18. April 2018 fest, sie habe der Patientin auf ihren Wunsch hin ab dem 1. Januar 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert, obwohl beim Arbeitsversuch diese Arbeitsfähigkeit nie habe erreicht werden können. Ihres Erachtens sei eine Arbeitsfähigkeit von maximal 60 bis 80 % gegeben, wobei dies keine rückenbelastende Tätigkeiten beinhalten dürfte (Beschwerdebeilage [BB] 3).

**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).

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** In somatischer Hinsicht hatte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin bereits beurteilt und mit Verfügung vom 14. Juni 2016 (AB 43) bei einem Invaliditätsgrad von 15 % die Leistungsablehnung verfügt. Dazu stützte sie sich aus medizinischer Sicht auf die Beurteilung des

Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 30. November 2015, wonach der Beschwerdeführerin eine körperlich leichte Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei. Am Günstigsten dürfte eine wechselbelastende Tätigkeit sein mit einer Lastlimite von 10 kg. Die Arbeit müsse ohne häufiges Bücken, ohne manuelles Überkopfarbeiten, ohne repetitive Rotationsbewegungen des Oberkörpers, ohne längeres Verharren in vornüber geneigter Haltung – ob stehend oder sitzend – ohne unerwarteter, asymmetrischer Lasteinwirkungen, ohne langes Stehen an Ort ausgeübt werden können. Die bisherige Tätigkeit als ... und die gelernte Arbeit als .... seien nicht mehr zumutbar (AB 32 S. 3). Diese Einschätzung bestätigten die beruflichen Massnahmen in der Abklärungsstelle C. ....; dabei erzielte die Beschwerdeführerin bei einer angepassten Tätigkeit (Bedienen der Kundschaft im Verkaufsladen, bedienen der Kasse, Mithilfe im Service, allgemeine Reinigungsarbeiten) in einem Pensum von 100 % zuletzt eine Leistung von 90 % (AB 39 S. 2). Am somatischen Zustand hat sich nichts geändert: Aus den Arztberichten nach der inzwischen erfolgten Neuanmeldung ergibt sich, dass offenbar auch die Ärzte keine Veränderung feststellen konnten, vielmehr bezüglich der Rückenbeschwerden den Status fortschreiben (AB 55 S. 4, 58.2 S. 7, 74 S. 3 Ziff. 1.7, 79 S. 3). Auch die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin macht in dieser Hinsicht keine Veränderung geltend.

**3.5** Hingegen macht die Beschwerdeführerin eine Veränderung der gesundheitlichen Situation in psychischer Hinsicht geltend. Psychische Probleme waren anlässlich der ersten Beurteilung weder Thema gewesen noch ergaben die damaligen Abklärungen Hinweise auf solche Beschwerden.

Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin (nähere Arztberichte dazu fehlen) soll sie sich bereits im Jahr 2003 im Zusammenhang mit der Trennung/Scheidung in psychiatrische Behandlung begeben haben. Die Probleme mit Alkohol hätten im Jahr 2004 begonnen und sie habe angeblich im Jahr 2004 (oder je nach Aktenstelle im Jahr 2005) einen Suizidversuch begangen (AB 47 S. 3, 56 S. 2, 74 S. 2 Ziff. 1.4). Es sei dann Jahre später ein weiterer Suizidversuch erfolgt und im Jahr 2016 ein Dritter. Zu allen Suizidversuchen fehlen zeitnahe ärztliche Berichte. Die Beschwerdeführerin wurde jeweils nicht behandlungsdürftig. Dies gilt insbesondere für den

letzten Suizidversuch im Juni 2016 (vgl. AB 79 S. 2), der zeitnah zur leistungsablehnenden Verfügung vom 14. Juni 2016 (AB 43) erfolgt wäre. Es wird geltend gemacht, der Versuch sei mit dem Auto vorgenommen worden (AB 47 S. 2). Es sind jedoch weder Polizeiberichte über einen Unfall vorhanden, noch ergeben sich auch nur ansatzweise aus den Arztberichten Hinweise für eine sofortige darauf folgende (somatische oder psychiatrische) Behandlung. Erst am 30. September 2016 erfolgte eine (dokumentierte) Behandlung insoweit, als die Beschwerdeführerin sich auf eigene Initiative notfallmässig bei der Spitals G. \_\_\_\_\_ AG vorstellte, in der eine stationäre Behandlung bis zum 18. November 2016 erfolgte (AB 47). Ebenfalls angegeben wurde (nun erstmals) eine Alkoholproblematik (AB 47 S. 4). Diagnostiziert wurde ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F10.21) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (AB 47 S. 4).

Aus den weiteren Arztberichten bzw. Erhebungen (AB 55 S. 4, 56 S. 2, 58.2, 74, 79 S. 2) ergibt sich eine im Zuge der Entwöhnung kontinuierliche Besserung der depressiven Episode, wobei die Beschwerdeführerin bezüglich der Alkoholproblematik – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 58.2 S. 7, 79 S. 2 Ziff. 1.1) – als abstinent (vgl. jedoch die Zweifel der Behandlerin: AB 74 S. 2 Ziff. 1.4) gilt. Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ führte keine medizinischen Gründe gegen die Zumutbarkeit einer vollständigen Abstinenz an. Vielmehr formulierte sie eine solche gar als Therapieziel (vgl. AB 74). Die psychiatrische Therapie bzw. psychologische Betreuung (vgl. Schreiben der Rechtsvertreterin vom 14. Juni 2018) erfolgt inzwischen noch sehr locker und Dr. med. J. \_\_\_\_\_ hat eine remittierte Störung diagnostiziert. Sie hat nachvollziehbar und überzeugend (nach entsprechender Einarbeitung) eine 80 %ige Arbeitsfähigkeit für möglich gehalten (AB 74 S. 3 Ziff. 1.7 und 1.9). Darauf ist grundsätzlich abzustellen (vgl. E. 3.3 hiervor). Somit bestand eine Alkoholproblematik mit konsekutiver Depressivität. Ob die auf der Basis der Depressivität attestierte Einschränkung von 20 % damit überhaupt berücksichtigt werden kann, sind suchtbedingte Einschränkungen, soweit wie hier eine Abstinenz zumutbar ist, doch unerheblich (E. 2.1.2 hiervor), braucht nicht abschliessend geklärt zu werden. Gleichermassen offen bleiben kann, ob der Beschwer-

deführerin andernfalls unter Berücksichtigung der Indikatoren (vgl. BGE 143 V 418) versicherungsrechtlich als 100 % arbeitsfähig zu betrachten wäre (AB 79 S. 3 Ziff. 1.9). Selbst unter Berücksichtigung der seitens der behandelnden Psychiaterin unter der Annahme der zumutbaren Abstinenz attestierten 20 %igen Einschränkung besteht kein Rentenanspruch.

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kann nicht auf die spätere inkonsistente Beurteilung von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ abgestellt werden. Einerseits liegen die hier zu beantwortenden psychiatrischen Fragen ausserhalb ihres Facharztbereichs. Andererseits hat sie neben der 100 %igen Arbeitsfähigkeit eine Arbeitsfähigkeit von allein 60 bis 80 % in den Raum gestellt. Unbeachtet liess sie dabei aber, dass die behandelnde Psychiaterin die Depression als remittiert erhoben hat. Es ist entgegen der Beschwerdeführerin denn auch nicht nachvollziehbar, weshalb die Ärztin – laut Bericht vom 18. April 2018 (BB 3) – eine verlangte Aussage der Beschwerdeführerin und nicht die massgebliche medizinische Einschätzung hätte festhalten sollen. Schliesslich trifft sich die Einschätzung der Hausärztin immerhin insoweit mit jener der behandelnden Fachärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_, als sie eine Tätigkeit zu 80 % ebenfalls für möglich hielt. Bei einer rezidivierenden depressiven Störung ist nicht ausgeschlossen, dass diese wiederum aktiviert wird. Zufolge der fachärztlich attestierten Remission (vgl. AB 74 S. 1 Ziff. 1.1) hat sie jedoch aktuell keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Mit der psychiatrisch attestierten Einschränkung von 20 % wurde dem Risikofaktor einer Überlastung schliesslich Rechnung getragen.

#### **4.**

**4.1** Die Meldung zur Früherfassung der Beschwerdeführerin durch die Abklärungsstelle C. \_\_\_\_\_ (AB 44 S. 2 ff.) erfolgte im Januar 2017. Auch wenn eine solche Meldung an sich keine förmliche Anmeldung darstellt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 9. September 2014, 9C\_463/2014, E. 3.2), ist sie im vorliegenden Fall massgeblich, denn die IVB hat die Beschwerdeführerin nicht zur Anmeldung aufgefordert. Vielmehr hat sie zur Glaubhaftmachung von Änderungen direkt bei der Beschwerdeführerin weitere Unterlagen einverlangt (AB 46). Damit besteht

frühestens ab Juli 2017 Anspruch auf eine Rente (vgl. Art. 28 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG). Mit Blick auf die alkoholinduzierte psychische Dekompensation im September 2016 mit stationärem Klinikaufenthalt wäre das Wartejahr frühestens Ende August 2017 abgelaufen. Angesichts der Tatsache, dass nach dem letzten Entzug die Depression remittiert ist und seither mindestens eine 80 %ige Arbeitsfähigkeit besteht, d.h. unter Ausklammerung des invalidenversicherungsrechtlich nicht massgeblichen Alkoholmissbrauchs und der dadurch bewirkten Depressivität nie eine höhere Einschränkung als 20 % bestanden hat, wurde das Wartejahr (vgl. Art. 28 Abs. 1 IVG) aus psychiatrischer Sicht nicht erfüllt. Immerhin ist der Beschwerdeführerin jedoch bereits aus somatischer Sicht die frühere Tätigkeit nicht mehr zumutbar.

#### **4.2** Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad zu ermitteln:

**4.2.1** 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; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

**4.2.2** Zu Recht hat die Beschwerdegegnerin auf das Valideneinkommen abgestellt, wie es anlässlich der Verfügung vom 14. Juni 2016 (AB 43 S. 2) erhoben wurde. Es bestehen keine Anzeichen, dass die Beschwerdeführerin als Gesunde nicht weiterhin in ihrer damaligen (bereits damals aus somatischer Sicht nicht mehr zumutbaren) Anstellung als ... tätig wäre. Die Beschwerdegegnerin ging deshalb von einem Einkommen in der Höhe von Fr. 57'056.-- aus (Monatslohn bei Pensum von 100% von Fr. 4'388.90 ab 1. April 2015 [AB 17 S. 3 Ziff. 2.10] x 13); darauf ist abzustellen. Bei einem Rentenbeginn frühestens im September 2017 (E. 4.1 hiervor) ist dieser Lohn jedoch – entgegen dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 26. März 2018 (AB 92 S. 2) – entsprechend zu indexieren (Tabelle T1.2.10 Nominallohnindex, Frauen 2011-2017, Bst. Q, 86-88 Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen), was Fr. 57'560.40 ergibt (Fr. 57'056.-- / 101.8 x 102.7).

**4.2.3** Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Wird auf Tabellenlöhne abgestellt, sind grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 76).

**4.2.4** Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

**4.2.5** Da die Beschwerdeführerin bisher keine angepasste Tätigkeit aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen anhand der LSE 2014, Privater Sektor, Totalwert, Frauen, Kompetenzniveau 1, festzulegen, an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit anzupassen (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftszweigen in Stunden pro Woche, Total, 2017) und auf das Jahr 2017 zu indexieren (Tabelle T1.2.10 Nominallohnindex, Frauen 2011-2017, Total). Dies ergibt bei einem Pensum von 100 % ein Invalideneinkommen von Fr. 54'727.60 (Fr. 4'300.-- / 40 x 41,7 x 12 / 103,6 x 105,4).

**4.2.6** Bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % und einem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 43'782.10 (Fr. 54'727.60 x 0,8) resultiert beim Einkommensvergleich eine Erwerbseinbusse von Fr. 13'778.30 (Fr. 57'560.40 abzüglich Fr. 43'782.10) und damit ein Invaliditätsgrad von 23.9 % (Fr. 13'778.30 / Fr. 57'560.40 x 100).

Die Frage, ob ein allfälliger Abzug vom Tabellenlohn von maximal 10 % überhaupt gerechtfertigt wäre, kann hier offen bleiben, da ein solcher am Ergebnis nichts ändert: Bei einem hypothetischen Invalideneinkommen – gestützt auf eine Arbeitsfähigkeit von 80 % und nach Abzug vom Tabellenlohn von maximal 10 % – von Fr. 39'403.90 (Fr. 43'782.10 abzüglich 10 %) resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 18'156.50 (Fr. 57'560.40 abzüglich Fr. 39'403.90) und ein Invaliditätsgrad von höchstens 31.5 % (Fr. 18'156.50 / Fr. 57'560.40 x 100).

**4.3** Damit erweist sich die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 26. März 2018 (AB 92) als korrekt und die Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

**5.1** 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.

**5.2** Es 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):
  - B. \_\_\_\_\_ AG 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.