

200 18 342 IV  
FUE/LUB/SMA/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 21. Dezember 2018**

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Lüthi

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_,  
substituiert durch C. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. März 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1959 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ..., zuletzt von 1. Dezember 2008 bis 31. August 2016 mit einem Pensum von 100% bei der D.\_\_\_\_\_ AG angestellt gewesen, meldete sich am 11. April 2016 unter Hinweis auf eine depressive Erschöpfung mit psychotischen Symptomen und ein Erschöpfungssyndrom bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II]/2, 12, 64 S. 4). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) gewährte ein von 1. September bis 30. November 2016 dauerndes Aufbautraining bei der Abklärungsstelle E.\_\_\_\_\_ (act. II/24, Bericht vom 1. Dezember 2016 act. II/39), und im Anschluss daran Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (act. II/35, 37). Alsdann liess sie die Versicherte durch Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchen (Gutachten vom 24. November 2017; act. II/58). Gestützt auf dieses Gutachten stellte die IVB mit Vorbescheid vom 5. Januar 2018 die Verneinung des Anspruchs auf IV-Leistungen in Aussicht, da kein invalidisierender Gesundheitsschaden bestehe (act. II/59). Dagegen erhob die Versicherte Einwand und reichte einen Bericht der dipl. med. H.\_\_\_\_\_, praktische Ärztin, vom 6. März 2018 und weitere Unterlagen ein (act. II/69). Am 28. März 2018 verfügte die IVB wie angekündigt (act. II/72).

### **B.**

Mit Eingabe vom 4. Mai 2018 hat die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, substituiert durch Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_

Mit Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2018 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

## **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 IVB vom 28. März 2018 (act. II/72). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, namentlich auf eine IV-Rente (Beschwerde S. 2, 9).

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

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

## **2.**

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

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

**2.2.1** 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).

**2.2.2** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 142 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 deshalb 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 (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychische Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.2.3** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt sodann nur vor, wenn die Diagnose 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 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

**2.2.4** 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 neu 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).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen

wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

### **3.**

**3.1** Was den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Der ab November 2015 behandelnde Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte gemäss Zwischenbericht vom 19. Februar 2016 zuhanden des Taggeldversicherers (act. II/7.2, 10) eine depressive Erschöpfung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) sowie ein Erschöpfungssyndrom (ICD-10 F48.0) und attestierte ab dem 1. Dezember 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Zum weiteren Verlauf führte er aus, Mitte Februar 2016 habe die Beschwerdeführerin den Abschluss der Therapie gewünscht, da sich ihr Zustand deutlich gebessert habe und sie sich psychisch stabil und in der Lage gefühlt

habe, ab dem 1. März 2016 einen Arbeitsversuch zu 50% aufzunehmen (act. II/7.2 S. 1).

**3.1.2** Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. G.\_\_\_\_\_, praktischer Arzt, vermerkte im Arztbericht für berufliche Integration vom 17. Mai 2016 (act. II/17) die Diagnosen eines psychophysischen Erschöpfungssyndroms mit psychotischen Symptomen sowie eine Depression. Er schrieb die Beschwerdeführerin namentlich ab 17. März 2016 bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig (act. II/17 S. 3). Am 4. November 2016 (act. II/38) gab der Hausarzt an, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verbessert. Es sei eine Erwerbstätigkeit im Rahmen von 80% zumutbar (act. II/38 S. 3).

**3.1.3** Die behandelnde, (gemäss eigenen Angaben im Besitzstand; act. II/69 S. 4) psychiatrisch tätige med. pract. H.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 12. April 2017 (act. II/48) rezidivierende depressive Episoden, zurzeit mittelgradig (ICD-10 F33.1), den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung, diverse gesundheitliche Störungen sowie differentialdiagnostisch Elemente einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die Beschwerdeführerin habe eine langwierige traumatische Ehe und eine schwierige Trennung erlebt. Im Bereich der Arbeit habe sie eine psychostrukturell bedingte Tendenz, sich selber zu überfordern. Aufgrund der vorliegenden psychischen Instabilität und der reduzierten Belastbarkeit sei sie zu 50% arbeitsunfähig.

**3.1.4** Med. pract. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) gab in der Stellungnahme vom 18. August 2017 (act. II/50) an, die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (med. pract. H.\_\_\_\_\_) resp. einer schweren depressiven Episode (Dr. med. F.\_\_\_\_\_) seien hinsichtlich der Schwere anhand der beschriebenen Symptome und des Verlaufes nicht nachvollziehbar (act. II/50 S. 4).

**3.1.5** Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 24. November 2017 (act. II/58) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (act. II/58 S.8):

**Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Depressive Episode mittelgradigen Ausmasses (ICD-10 F32.1)
- Differentialdiagnose: Rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1)

**Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- V.a. akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

Der Experte führte aus, da bei der Beschwerdeführerin kein ausgesprochener Interessenverlust vorliege und sie gut in der Lage sei, ihren Alltag zu ordnen resp. sogar ihrer Mutter helfen zu können, könne nicht von einer schweren affektiven Störung ausgegangen werden, vielmehr könne eine eher mittelschwere depressive Störung bestätigt werden (act. II/58 S. 6). Bezüglich der akzentuierten Persönlichkeitszüge gab Dr. med. J. \_\_\_\_\_ an, die Beschwerdeführerin sei eher pflichtbewusst und überangepasst. Es sei denkbar, dass dies dazu führe, dass sie ein unauffälliges Bild vermitteln möchte und dabei hintergründige Warnsignale nicht wahrnehme (act. II/58 S. 5). Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung sowie Angaben zur Bestätigung der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung lägen aber keine vor (act. II/58 S. 10 Ziff. VI). Zur Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter fest, aufgrund einer verminderten Belastbarkeit und einer erhöhten Ermüdbarkeit benötige die Beschwerdeführerin Erholungsphasen. Zudem sei bei ihr im Verlaufe des Tages auch mit kognitiven Beeinträchtigungen und teilweise mit inadäquaten Verhaltensweisen (sie weine wegen Geringfügigkeiten) zu rechnen. Aus diesem Grund sei sowohl in der angestammten Tätigkeit wie auch in einer angepassten Tätigkeit mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% zu rechnen (act. II/58 S. 10 Ziff. VI). In therapeutischer Hinsicht empfahl der Gutachter eine Überprüfung der medikamentösen Therapie (Laborkontrolle, gegebenenfalls Dosisanpassung und Veränderung der Medikation). Auch sei eine stationäre Behandlung in Betracht zu ziehen, weil die Beschwerdeführerin eher wenig auf ambulante Massnahmen anspreche (act. II/58 S. 6).

**3.1.6** Mit Bericht vom 6. März 2018 (act. II/69 S. 4 ff.) nahm med. pract. H. \_\_\_\_\_ zum Vorbescheid der IVB Stellung. Sie hielt fest, die Beschwerdeführerin leide an rezidivierenden depressiven Episoden, mit Angst gemischt (ICD-10 F33.2 [recte wohl F33.0/33.1]), gegenwärtig eine leichte bis mittelgradige Phase. Darüber hinaus liege bei der Beschwerdeführerin eine abhängige, depressive Persönlichkeitsstruktur mit Überanpassung vor und sie habe eine Tendenz zum Dissimulieren (act. II/69 S. 5, 8). Zudem

wirkten sich auch die problematische Kindheit sowie die unverarbeitete traumatische Ehe resp. Scheidungszeit weiterhin negativ aus (act. II/69 S. 5 ff.). Eine Anpassung der Medikation sei im November (2017) erfolgt. Mittels des Antidepressivums Trittico habe sich die Schlafqualität verbessert, auch sei Cipralax von 10 auf 20 mg erhöht worden. Weil die Versicherte ihr Pensum am ..., wo sie eingearbeitet sei, auf ca. 50% steigern könne, sei eine Hospitalisation zur Zeit nicht sinnvoll (act. II/69 S. 7).

**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 auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung 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 stellte, was Befunderhebung und Diagnostik betrifft, grundsätzlich auf das Gutachten von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 24. November 2017 (act. II/58) ab, welcher als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Episode mittelgradigen Ausmasses (ICD-10 F32.1), differentialdiagnostisch eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1), und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit den Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) stellte (act. II/58 S. 8 Ziff. III). Daraus leitete er eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit von 50%

ab (act. II/58 S. 10 Ziff. VI). Diese Diagnosestellung wurde nachvollziehbar begründet. Überdies steht sie weitgehend im Einklang mit der Beurteilung der behandelnden, psychiatrisch tätigen med. pract. H. \_\_\_\_\_, welche am 6. März 2018 rezidivierende depressive Episoden, mit Angst gemischt, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Phase (ICD-10 F33.2 [recte wohl: F33.0/F33.1]), diagnostizierte (act. II/69 S. 8). Ob bei der Beschwerdeführerin eine depressive Episode oder – wovon die behandelnde Ärztin ausgeht – eine depressive Störung vorliegt, ist jedoch nicht entscheidungswesentlich, da die Unterscheidung nichts über die Schwere der Erkrankung aussagt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 14. April 2016, 9C\_13/2016, E. 4.3). Zum gutachterlich attestierten Schweregrad des depressiven Geschehens ist allerdings festzuhalten, dass nur bedingt nachvollziehbar ist, ob der Experte bei der Einschätzung die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten hat. Dies insbesondere deshalb, weil er nicht im Einzelnen darlegte, welche diagnostischen Symptome er als erfüllt bzw. als nicht erfüllt erachtete und er die Schweregradeinschätzung auch nicht hinreichend erläuterte (vgl. dazu den Entscheid des BGer, 9C\_634/2015, E. 6.1): Gemäss den klinisch diagnostischen Leitlinien müssen für eine mittelgradige depressive Episode mindestens zwei der drei für die leichte depressive Episode angegebenen typischen Symptome und mindestens drei (besser vier) der anderen Symptome vorhanden sein, so dass die Gesamtzahl der beiden Gruppen sechs oder auch sieben beträgt (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD.10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 173). Aus der Beurteilung des Dr. med. J. \_\_\_\_\_ kann entnommen werden, dass er – von den typischen Symptomen – eine gedrückte Stimmung sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit bejahte, wogegen ein ausgesprochener Interessenverlust nicht gegeben sei (die Explorandin sei in der Lage, Romane zu lesen und pflege auch gerne Kontakte). Von den anderen Symptomen erachtete er ein vermindertes Selbstwertgefühl, negative Zukunftsperspektiven und Schlafstörungen als erfüllt (act. II/58 S. 6); eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit (diesbezüglich fiel der psychopathologische Befund unauffällig aus; act. II/58 S. 4, 6), Schuldgefühle, ein verminderter Appetit (der Appetit sei gut; act. II/58 S. 2) oder Suizidgedanken (act. II/58 S. 4) stellte er jedoch nicht fest. Damit beträgt die Gesamtzahl der beiden Symptomgruppen – soweit erkennbar – indes nur

fünf, womit nach den Leitlinien lediglich eine leichte und keine mittelgradige depressive Episode/Störung vorläge. Überdies erörterte der Gutachter nicht schlüssig, wie sich die Schweregradeinschätzung mit dem festgestellten Funktionsniveau im Lichte der diagnostischen Leitlinien vereinbaren lässt (E. 4.2.1.1 und E. 4.3.1 hiernach). Mangels Auswirkung auf den Rentenanspruch kann aber letztlich offen bleiben, ob die klassifikatorischen Vorgaben für eine mittelgradige depressive Episode tatsächlich eingehalten sind. Denn das psychiatrische Gutachten bildet zusammen mit den übrigen Akten so oder anders eine hinreichende Grundlage, um die Ausschlussgründe und Standardindikationen einer Prüfung zu unterziehen (vgl. E. 4 hiernach). Folglich ist der rechtserhebliche Sachverhalt hinreichend erstellt; weiterer Abklärungen bedarf es nicht (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

#### **4.**

**4.1** Der Sachverständige zeigte keine Diskrepanzen im Sinne eines Ausschlussgrundes auf, insbesondere stellte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ keinen Hinweis für eine bewusste Aggravation oder gar Simulation fest (act. II/58 S. 6 oben und S. 10 Ziff. VI). Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus (vgl. E. 2.2.3 hier vor), womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat.

**4.2** Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie «funktioneller Schweregrad» (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

**4.2.1** Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

**4.2.1.1** Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Wenngleich der Gutachter eine mittelgradige Ausprägung der

depressiven Episode postulierte, waren die diagnoserelevanten Befunde im Rahmen der psychiatrischen Exploration insgesamt nicht stark ausgeprägt. So konstatierte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ zwar, die Beschwerdeführerin sei nicht belastbar, doch stellte er auch fest, die Explorandin sei gut in der Lage, ihren Alltag zu ordnen, sei auf keine fremde Hilfe angewiesen und könne sich sogar um ihre Mutter kümmern. Auch sei sie in der Lage, Romane zu lesen und pflege gerne Kontakte. Somit könne nicht von einer schweren affektiven Störung ausgegangen werden (act. II/58 S. 6).

**4.2.1.2** Sodann ist auf den Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. auf die Behandlungs- und Eingliederungsresistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Bezüglich der Behandlung legte der Experte dar, die psychotherapeutische Behandlung mit Einsatz von antidepressiver Medikation erfolge *lege artis* und die Beschwerdeführerin kooperiere bei den Therapien. Da sie indes ungenügend auf die ambulanten Massnahmen anspreche, sei allenfalls eine Hospitalisation in Erwägung zu ziehen. Zudem sei die Medikation zu überprüfen und abzuklären, inwiefern die Beschwerdeführerin genügend hohe Serumwerte durch die Medikation aufweise (act. II/58 S. 8 Ziff. IV). Unter Bezugnahme auf die Expertise gab med. pract. H. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 6. März 2018 denn auch an, die Medikation sei angepasst worden (Schlafmedikation durch Trittico 25mg), wodurch sich die Schlafqualität gebessert habe. Das zweite Antidepressivum (Cipralex) sei auf 20mg erhöht worden. Hingegen sprach sie sich gegen eine Hospitalisation aus, weil es sinnvoll sei, eine sich bietende Pensensteigerung am bisherigen Arbeitsplatz wahrzunehmen (act. II/69 S. 7).

Die offenbar zu Verbesserungen führende Anpassung der Medikation lässt darauf schliessen, dass die Behandlungsoptionen noch nicht ausgeschöpft bzw. eine Behandlungsresistenz noch nicht ausgewiesen waren. Dies auch mit Blick darauf, dass noch keine stationäre Therapie stattgefunden hat. In Bezug auf die Eingliederungsbemühungen rapportierte der Gutachter, diese seien positiv verlaufen. So habe die Beschwerdeführerin – bei zufriedenstellender Leistung – zu 80% arbeiten können und arbeite auch aktuell wieder (act. II/58 S. 5 und 8, vgl. auch act. II/39). Schliesslich hat die behandelnde Dr. med. pract. H. \_\_\_\_\_ am 6. März 2018 eine Pensenstei-

gerung am bisherigen Arbeitsplatz auf ca. 50% als sinnvoll erachtet (act. II/69 S. 7), womit von positiv verlaufenden Eingliederungsbemühungen auszugehen ist.

**4.2.1.3** Was den Indikator Komorbiditäten anbelangt, stellte der psychiatrische Experte zwar den Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge auf, doch schloss er Wechselwirkungen zwischen den Diagnosen explizit aus (act. II/58 S. 8 Ziff. III). Zudem handelt es sich lediglich um eine Verdachtsdiagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Unter diesen Umständen kommt ihr daher, wenn überhaupt, einzig eine untergeordnete Bedeutung zu. Der Gutachter legte weiter nachvollziehbar begründet dar, dass die für möglich gehaltene Persönlichkeitsproblematik in ihrer Ausprägung die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht rechtfertigt und sich darüber hinaus auch keine Anhaltspunkte zur Diagnostizierung einer Posttraumatischen Belastungsstörung ergaben (act. II/58 S. 5 f.).

**4.2.2** Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ging der Experte davon aus, die Beschwerdeführerin sei pflichtbewusst und eher überangepasst, indem sie versuche, ein unauffälliges Bild zu vermitteln (act. II/58 S. 5, 7). Die im Rahmen des Aufbautrainings bei der Abklärungsstelle E.\_\_\_\_\_ festgestellte rasche Auffassungsgabe, die Zuverlässigkeit und Teamfähigkeit, die Motivation sowie das hohe Mass an Eigenverantwortung deuten darauf hin, dass die Beschwerdeführerin über Ressourcen verfügt, welche sich positiv auf das Leistungsvermögen auswirken können (act. II/39 S. 2).

**4.2.3** Zum Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) hielt der Gutachter fest, die Beschwerdeführerin pflege gerne einige Kontakte bzw. es scheine ein Netzwerk vorzuliegen (act. II/58 S. 8). Gemäss eigenen Angaben pflege sie jedenfalls Kontakt zur Schwester (Beschwerde S. 7) und habe zur jüngsten Tochter einen relativ guten Kontakt (act. II/58 S. 3; in den Akten findet sich zudem ein Hinweis auf eine gute Freundin, [Erstgespräch IVB vom 29. April 2016] act. II/13 S. 2). Damit hält das soziale Umfeld doch zumindest gewisse Ressourcen bereit.

**4.3** Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie «Konsistenz». Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

**4.3.1** Betreffend den Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303) hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ fest, es passe nicht so richtig zusammen, dass die Beschwerdeführerin doch so gerne lese, auch gerne soziale Kontakte pflege und der Appetit eher gesteigert sei und dass sie eine Beeinträchtigung vorwiegend im beruflichen Bereich angebe. In der Freizeit könne sie die Tätigkeiten einteilen und entsprechend (eine Einschränkung) vermindern, auch sozial schienen keine wesentlichen Beeinträchtigungen vorzuliegen (act. II/58 S. 9). Mithin erscheint die Einschränkung im Erwerb – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 8) – nicht gleich ausgeprägt wie in sonstigen Lebensbereichen, was die klassifikatorischen Vorgaben bei einer mittelschweren Störung aber gerade verlangen würden (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 173).

**4.3.2** Im Hinblick auf die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) ist die Beschwerdeführerin wöchentlich in psychotherapeutischer Behandlung (act. II/58 S. 2, 69 S. 6). Allerdings sprechen die Tatsachen, dass die Beschwerdeführerin bisher nur ambulant behandelt wurde und auch nicht durchgehend in psychotherapeutischer Behandlung war (gemäss Angabe von pract. med. H. \_\_\_\_\_ fand zwischen Februar 2016 und Januar 2017 lediglich eine Therapie durch den Hausarzt [welcher über keine psychiatrische Ausbildung verfügt] statt; act. II/69 S. 6, act. II/48 S. 1), gegen einen ausgeprägten Leidensdruck.

**4.4** In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu verneinen ist. Vor diesem Hintergrund ist auf die ärztlicherseits attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Optik nicht abzustellen.

**4.5** Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit eingeschränkt ist. Somit erübrigt sich die Durchführung einer Invaliditätsbemessung. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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 in gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Die Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit 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):

- Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, substituiert durch Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_ 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.