

200 18 451 IV
SCP/SCC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. November 2018

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. Juni 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1962 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im September 2014 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an; als gesundheitliche Beeinträchtigungen nannte sie einen Herzstillstand/primäres Kammerflimmern im Jahr 2005 und einen Schlaganfall mit Hemiparese links im Jahr 2014 (Dossier der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB veranlasste eine arbeitsmarktliche-medizinische Abklärung (AMA) vom 1. bis 26. Februar 2016 in der Abklärungsstelle C._____ (AB 35; Bericht vom 11. März 2016 [AB 42 S. 2 ff.]) sowie eine Abklärung im Haushalt (Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 23. Juni 2016 [AB 47 S. 2 ff.]). Gegen den Vorbescheid vom 29. Juni 2016, worin die IVB bei einem IV-Grad von 26 % die Ablehnung einer Rente in Aussicht gestellt hatte (AB 48), erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Einwände (AB 58). Die IVB veranlasste in der Folge eine polydisziplinäre – Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Neurologie, Neuropsychologie, Psychiatrie und Orthopädie – Begutachtung durch die D._____ (MEDAS-Gutachten vom 16. Juni 2017 [AB 94.1]). Nach Erstellung eines Abklärungsberichts Haushalt/Erwerb vom 31. Juli 2017 (AB 96) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 8. August 2017 bei einem IV-Grad von 37 % die Ablehnung einer Rente in Aussicht (AB 97). Hiergegen erhob die Versicherte Einwände (AB 102). Die IVB holte Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, vom 29. Dezember 2017 (AB 106) und 2. Februar 2018 (AB 109) ein. Zudem erfolgte eine Stellungnahme des Bereichs Abklärungen und es wurde ein Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 27. Februar 2018 erstellt (AB 110, 111). Gegen den (neuen) Vorbescheid vom 1. März 2018, worin die IVB die Ablehnung einer Rente in Aussicht gestellt hatte (AB 112), erhob die Versicherte Einwände (AB 118). Es erfolgte eine Stellungnahme des RAD vom 4. April 2018 (AB 121) und die Versicherte reichte den Bericht des Spitals F._____ vom 20. April 2018 ein (AB 124). Nach weiteren Stellungnahmen des Bereichs Abklärungen vom 8. Mai 2018 (AB 125) und des RAD vom 21. Mai 2018 (AB 127) lehnte

die IVB mit Verfügung vom 1. Juni 2018 einen Anspruch auf eine Rente ab (AB 128).

B.

Am 14. Juni 2018 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 1. Juni 2018 sei aufzuheben, und es sei ihr eine angemessene Invalidenrente auszurichten.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Juli 2018 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 23. Juli 2018 forderte der Instruktionsrichter den behandelnden Kardiologen Dr. med. G._____ auf, sich zu verschiedenen Fragen betreffend Auswirkungen der kardiologischen Befunde auf das funktionelle Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin zu äussern. Da dieser seine Praxistätigkeit zwischenzeitlich aufgegebenen hatte, ging die Aufforderung am 20. August 2018 an den die Beschwerdeführerin nunmehr behandelnden Dr. med. H._____, Facharzt für Kardiologie.

Der Kardiologe Dr. med. H._____ reichte den Bericht vom 27. August 2018 ein.

Mit Replik vom 6. September 2018 und Duplik vom 27. September 2018 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Am 5. Oktober 2018 reichte die Beschwerdeführerin weitere Bemerkungen ein.

Nachdem der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 24. Oktober 2018 der Beschwerdegegnerin Gelegenheit gegeben hatte, sich zur Sache zu äussern, hielt die Beschwerdegegnerin in der Stellungnahme vom 6. November 2018 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest. Mit Verfügung vom 8. November 2018 wies der Instruktionsrichter den Beweisantrag der Beschwerdegegnerin, der Rechtsvertreter der

Beschwerdeführerin sei einzuladen, seinen Zeitaufwand mit einem detaillierten Timesheet zu belegen, ab.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 1. Juni 2018 (AB 128). Streitig ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der

Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Im MEDAS-Gutachten vom 16. Juni 2017 diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende (AB 94.1 S. 18):

1. Knapp signifikante koronare 1-Gefässerkrankung mit 50 % Stenose des Ramus intermedius sowie Wandunregelmässigkeiten des RIVA (Ramus interventricularis anterior) und der RCA (rechte Koronararterie)
2. Zustand nach Kammerflimmern am 03.04.2005
 - Erfolgreiche Defibrillation am 03.04.2005
 - Ausschluss eines akuten Koronarsyndroms, einer Lungenarterienembolie und einer Aortendissektion
 - Implantation eines implantierbaren Kardioverter/Defibrillators (ICD) 05/2005 als Sekundärprophylaxe nach Herz-Kreislaufstillstand
 - 03/2008 Elektrodenbruch und inadäquate Schockabgaben, Elektrodenwechsel
 - 10/2009 inadäquate Schockabgaben bei supraventrikulären Tachykardien
 - 06/2012 Generatorwechsel
3. Neurologischer Residualzustand nach mehrzeitigem Mediateilinfarkt rechts 08/2014
4. Leicht- bis mittelgradige kognitive Beeinträchtigung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F06.9)
 - Mediateilinfarkt rechts 08/2014
 - Benzodiazepinabhängigkeit, (F13.2)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie das Folgende (AB 94.1 S. 18):

1. Leichtgradige depressive reaktive Störung (F43.21)
2. Kombinierte Akzentuierung der Persönlichkeit mit histrionischen und ängstlich - selbstunsicher - abhängigen Anteilen (Z73)
3. Anamnestisch Panikstörung
4. Hypertonus
5. Nicht-pulsatiler Tinnitus
6. Karpaltunnelsyndrom beidseits, Zustand nach Operation
7. Tendomyopathien im Bereich der rechten proximalen Rückenstreckmuskulatur ohne korrelierende Klinik
8. Arthralgien im Bereich aller Langfingergelenke, keine korrelierende Klinik
9. Pathologische Laborbefunde (also nicht Diagnosen im engeren Sinn)
 - minimale normochrome Anämie
 - geringgradige Leukozytose
 - Hyperurikämie
 - gemischte Hyperlipoproteinämie

Die Gutachter hielten fest, den entscheidenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe die kardiologische Erkrankung. Im Jahr 2005 sei akut ein Kammerflimmern aufgetreten, retrospektiv könne man das Kammerflimmern als Erstmanifestation einer Herzerkrankung werten. Bei der jetzigen kardiologischen Untersuchung fänden sich keine kardiopulmonalen Insuffizienzzeichen; farbdopplerechokardiographisch könne eine strukturelle Herzerkrankung ausgeschlossen werden. Die Explorandin weise in Ruhe und unter Belastung vereinzelte supraventrikuläre und seltener ventrikuläre Extrasystolen auf, die gewöhnlich asymptomatisch, teilweise auch leicht symptomatisch gewesen seien. Die Belastungsuntersuchung sei formal pathologisch, wobei nur eingeschränkt beurteilbar. In der Summe werde aufgrund der kardiovaskulären Erkrankungen von einer Restarbeitsfähigkeit von 20 % in angepassten Tätigkeiten ausgegangen. Die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit als ... sei aufgehoben (AB 94.1 S. 19).

In neurologischer Hinsicht seien körperliche und kognitive Defizite nach dem Hirninfarkt im partiellen Versorgungsgebiet der Arteria cerebri media rechts festgestellt worden. Es zeigten sich insbesondere leichtere Ausfälle mit latenter bis leichter Hemiparese links. Weiterhin bestünden Hinweise auf ein Thalamussyndrom links mit kontralateralen Schmerzanfällen, einer hierzu gehörenden Aufmerksamkeitsstörung, die sehr heftige Reize nicht wahrnehmen lasse, bei einem kontrastierenden Befund der Sensibilitätsprüfung, auch einer geklagten zeitweisen Rechts-Links-Störung und einer Stereoagnosie. Auch beinhalte das Infarktareal von insulär bis temporoparietal (19.09.2014, Spital F. _____) den von der A. cerebri media zumindest teilweise versorgten Thalamusanteil (AB 94.1 S. 19).

Bei der neuropsychologischen Testung seien leichte bis mittelgradige kognitive Defizite gefunden worden, welche die visuell-räumliche Wahrnehmung, die Aufmerksamkeit und die exekutiven Funktionen betreffen (wobei die Einschränkungen nicht nur durch den Hirninfarkt, sondern möglicherweise auch durch die depressive Symptomatik und den Substanzmissbrauch bedingt sein könnten). Im Einzelnen seien verlangsamte Reaktionszeiten im Bereich der visuellen Wahrnehmung, auch deutliche Einschränkungen in der Einschätzung von Längen und Abständen beschrieben worden. Im Bereich der Aufmerksamkeit hätten sich noch schwankende und

generell eher verlangsamte Reaktionszeiten gezeigt, insbesondere bei komplexeren Anforderungen. Im Bereich der exekutiven Funktionen sei eine leicht verminderte verbale Ideenproduktion feststellbar, die visuelle Ideenproduktion, Arbeitsgedächtnis und kognitive Flexibilität seien normgerecht. Zusammenfassend werde daher auch aus neurologischer Sicht festgestellt, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... aufgehoben sei, in einer Verweistätigkeit könne man vielleicht noch von einer Arbeitsfähigkeit (aus rein neurologischer bzw. neuropsychologischer Sicht) von 50 % ausgehen (AB 94.1 S. 19 f.).

Aus psychiatrischer Sicht sei die aktuell von der Explorandin beschriebene Symptomatik nicht in erheblichem Mass als depressiv klassifizierbar, da sich weder Antriebsstörungen, noch Schlafstörungen, noch eine entsprechende gleichmässige Verminderung des Aktivitätenniveaus finden liessen. Andererseits würden auch die von der Explorandin beschriebenen Panikattacken als nicht typisch beschrieben, sondern eher wie eine verminderte Belastbarkeit, in der sie sich dann zurückziehe und die Reservemedikation mit Temesta einnehme, worunter sie die Symptomatik gut beherrschen könne. Daraus folge, dass die Medikation derzeit völlig ausreichend sei und unter der bisherigen Therapie die psychiatrische Symptomatik als gering ausgeprägt, bzw. ausreichend behandelt und kompensiert eingestuft werden müsse. Allerdings liessen aus psychiatrischer Sicht die Laboruntersuchungsergebnisse den wahrscheinlichen Schluss auf Benzodiazepinabhängigkeit nach Missbrauch unklarer Einnahmedauer (ICD 10: F13.2) zu. Diese Diagnose habe negative Auswirkungen auf die Kognition. Gemäss Austrittsbericht Neurologie, Spital F._____, vom 19. September 2014, habe ein hochgradiger Verdacht auf Alkoholabusus bestanden (Fremdanamnese, makrozytäres Blutbild). Im Verlaufsbericht von Dr. med. I._____, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. August 2016 werde anamnestisch schädlicher Alkoholgebrauch genannt. Die Explorandin beschreibe aktuell einen eigentlich regelmässigen Alkoholkonsum, der sich aber labormässig nicht manifestiert habe mit aktuell normalen Werten von MCV und CDT (allerdings an der oberen Norm). Auch GGT sei völlig normal gewesen. Ein schädlicher Gebrauch sei jedoch nicht auszuschliessen (AB 94.1 S. 20).

Aus internistischer Sicht diagnostizierte der Fachgutachter einen Hypertonus, welcher medikamentös eingestellt sei. Endorganschäden am Herzen (hypertrophe Kardiomyopathie) lägen nicht vor. Aus dem Hypertonus ergäben sich per se keine funktionellen Einschränkungen. Ein nicht-pulsatiler Tinnitus, der als Epiphänomen des Schlaganfalls gewertet werde, sei eigenanamnestisch als nicht störend angegeben worden. Laborchemisch fänden sich einige pathologische Werte (minimale normochrome Anämie, geringgradige Leukozytose, Hyperurikämie und gemischte Hyperlipoproteinämie), die aber sämtlich keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (AB 94.1 S. 20).

Zusammenfassend attestierten die Gutachter im interdisziplinären Konsens eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit von 20 % (AB 94.1 S. 20). Seit dem Schlaganfall bis zur neuropsychologischen Untersuchung vom 12. März 2015 habe keine Arbeitsfähigkeit vorgelegen (AB 94.1 S. 22). Weiter gingen sie davon aus, dass in der bisherigen Tätigkeit als ... die Arbeitsfähigkeit aufgehoben sei; dies gelte seit August 2014 (AB 94.1 S. 20 f.). Zum Zumutbarkeitsprofil hielten sie fest, es seien sehr leichte körperliche, überwiegend sitzende, Arbeiten bis max. 5 kg möglich. Überkopfarbeiten seien zu vermeiden. Die Explorandin könne Tätigkeiten ganz überwiegend mit der rechten Hand unter Einsatz der linken Hand zur Haltefunktion und für grobmotorische Tätigkeiten ausüben, jedoch nicht solche auf Leitern oder mit dem Erfordernis eines stabilen Standes. Einfache kognitive Tätigkeiten ohne Multitasking und Zeitdruck könne sie ausüben. Bis zu einer stationären Entgiftungsbehandlung und anschliessender Kontrolle sollten aber folgende Anforderungen und Tätigkeiten vermieden werden: Besondere Anforderungen an Konzentrationsvermögen, geteilte Aufmerksamkeit, Zeitdruck, Arbeiten an schnell laufenden Maschinen, mit Absturzgefahr, mit Steuerungstätigkeiten, Führen von Kraftfahrzeugen. Auch Tätigkeiten, welche eine genaue visuelle Erfassung und gute Raumvorstellung beinhalten, sollten vermieden werden (AB 94.1 S. 21).

3.2

3.2.1 In der Stellungnahme vom 29. Dezember 2017 führte der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ aus, bezüglich der kardiologischen Einschätzung könne nicht auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden (AB 106 S. 5).

Es sei nicht nachvollziehbar, warum jemand mit einem normal funktionierenden Herz nicht mehr als 20 % in einer sehr leichten Tätigkeit arbeiten könne. Seit 2005 habe die Beschwerdeführerin nie an Angina pectoris und an einem Myokardinfarkt gelitten. Im EKG und in der Echocardiographie gebe es keine einzige Narbe einer koronaren Herzkrankheit. Die Klappen funktionierten gut. Der Herzmuskel bewege sich normal und ohne Probleme. Der Kardiologe habe jedoch die neurologische Problematik in seiner Beurteilung integriert, wobei die neurologischen und neuropsychologischen Gutachter bereits zu den kardio-vaskulären Risikofaktoren und dem im 2014 entwickelten zerebro-vaskulärem Problem Stellung genommen, die Defizite identifiziert und die Ressourcen dokumentiert und die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf 50 % eingeschätzt hätten (AB 106 S. 6). Wenn das Gutachten gelesen werde, komme man zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin 50 % in einer angepassten Tätigkeit arbeiten könnte. Die kognitiven Einschränkungen könnten sich verbessern, wenn die Benzodiazepinproblematik behandelt würde, was zu einer Arbeitsfähigkeit höher als 50 % führen sollte (AB 106 S. 9).

3.2.2 Nach Einwänden der Beschwerdeführerin hielt der RAD am 4. April 2018 an seiner früheren Stellungnahme fest und ergänzte – gestützt auf die klinische Herz-Kreislauf-Untersuchung durch den kardiologischen MEDAS-Gutachter, welche unauffällig gewesen sei –, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung aus kardiopulmonaler Sicht beschwerdefrei gewesen sei (AB 121 S. 3).

3.3 Im Bericht vom 20. April 2018 gingen die Neurologen des Spitals F. _____ davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit der Patientin bei residuellen somatisch-neurologischen Befunden als auch im Rahmen der neurokognitiven Beschwerden und der Fatigue deutlich eingeschränkt sei. Die aktuelle Einschätzung der MEDAS scheine ihnen zu optimistisch (AB 124 S. 3 f.).

3.4 In der Stellungnahme vom 21. Mai 2018 führte der RAD aus, die Neurologen des Spitals F. _____ würden keine neuen objektiven neurologischen Elemente vorbringen. Es liege auch keine Verschlechterung des klinischen Zustandsbild vor. Das Zumutbarkeitsprofil der MEDAS-Gutachter für eine angepasste Tätigkeit integriere alle neurolo-

gisch/neuropsychologischen Defizite. Die zumutbare Arbeitsfähigkeit sei signifikant auf 50 % reduziert worden (AB 127 S. 9).

3.5 Im Bericht vom 27. August 2018 – eingeholt im laufenden Verfahren durch den Instruktionsrichter – hielt der behandelnde Kardiologe Dr. med. H. _____ fest, aus kardiologischer Sicht vermöge er die Schlussfolgerungen des kardiologischen MEDAS-Gutachters nicht nachzuvollziehen. Klinik und die aktuellen als auch in der Vergangenheit durchgeführten kardiologischen Untersuchungen hätten keine Hinweise auf eine Herzinsuffizienz oder eine andere, die Leistungsfähigkeit beeinträchtigende kardiale Erkrankung wie eine schwere Klappenproblematik oder eine ausgeprägte koronare Herzkrankheit gezeigt. Auch aus rhythmologischer Sicht sei die Situation seit dem Herz-Kreislaufstillstand von 2005 stabil. Die Schockabgaben, die die Patientin 2008 erlitten habe, seien auf einen Defekt der Ventrikel-elektrode (diese Sonde habe deswegen sogar zweifelhaften Ruhm erlangt) zurückzuführen. 2009 sei es zu zwei weiteren inadäquaten Schockabgaben gekommen aufgrund von Rhythmusstörungen aus dem Vorhof, die der ICD dann als ventrikuläre Rhythmusstörungen missinterpretiert und entsprechend behandelt habe. Seither seien keine Geräteinterventionen mehr beobachtet worden. Aus kardiologischer Sicht stimme er der Aktenbeurteilung des RAD-Arztes Dr. med. E. _____ vom 29. Dezember 2017 zu. Ebenso halte er das Zumutbarkeitsprofil für angemessen. Aus kardiologischer Sicht erachte er die empfohlene Prophylaxe als nicht mehr notwendig, einerseits bestehe mit dem ICD ein Arrhythmieschutz, andererseits beruhe die damalige Empfehlung aus seiner Sicht auf der Hypothese, dass eine akute Hyperventilation zur ventrikulären Tachykardie beigetragen oder diese ausgelöst habe. Nach Studium der Akten von 2005 komme er zum Schluss, dass die Ursache für den Herz-Kreislaufstillstand nicht abschliessend habe geklärt werden können und nebst einer Hyperventilation auch andere Faktoren wie z. B. eine Medikamentennebenwirkung in Frage kämen. Zu den Risikofaktoren des regelmässigen Alkoholkonsums und des Nikotinabusus auf die kardiologische Situation führte er an, das kardiovaskuläre Risikoprofil sei nebst anderen Risikofaktoren (Hypercholesterinämie, leichtes Übergewicht, arterielle Hypertonie) auch aufgrund des Nikotinabusus erhöht. Mit Fortsetzen des Nikotinkonsums sei trotz medikamentöser und nicht medikamentöser Therapie der übrigen kardiovaskulären Risiko-

faktoren grundsätzlich von einer Progression der koronaren Herzkrankheit auszugehen. Momentan bestünden in Abwesenheit entsprechender Symptome und fehlender Zeichen einer myokardialen Minderperfusion im Belastungstest keine Hinweise auf eine relevante Progression. Der Alkohol könne grundsätzlich bei chronischem Konsum zu einer arteriellen Hypertonie beitragen. Gewisse Patienten entwickelten unter Alkoholüberkonsum auch eine Herzinsuffizienz (dilatative Kardiomyopathie). Der Blutdruck sei bei der Patientin gut kontrolliert. Hinweise auf eine äthyltoxische Kardiomyopathie ergäben sich keine (Gerichtsakten).

3.6 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.7 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).

3.8 Das MEDAS-Gutachten vom 16. Juni 2017 erweist sich mit Bezug auf die streitigen Belange nur beschränkt für beweistauglich. Wie die ergänzenden Abklärungen im Gerichtsverfahren (vgl. Bericht des behandelnden Kardiologen Dr. med. H. _____ vom 27. August 2018) ergeben haben, erweist sich das kardiologische Teilgutachten, soweit damit mit Bezug

auf eine im übrigen leidensangepasste Tätigkeit im Sinne des medizinisch-theoretischen Zumutbarkeitsprofils (AB 94.1 S. 21) eine Restarbeitsfähigkeit von bloss noch 20 % begründet wird, beweisrechtlich als nicht nachvollziehbar, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

Die Beschwerdegegnerin ist demzufolge im Grundsatz zutreffend davon ausgegangen, dass für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit die sowohl mit den neurologischen als auch psychiatrischen Beurteilungen erklärbaren neuropsychologischen Befunde wegleitend sein dürften und die Beschwerdeführerin entsprechend dem im neurologischen Teilgutachten definierten Belastungsprofil eine Verweistätigkeit zu 50 % auszuüben vermag (AB 94.3 S. 7) bzw. die Arbeitsfähigkeit durch die kognitiven Defizite um ca. 50 % reduziert ist (AB 94.3 S. 5).

Bei der Invaliditätsbemessung lässt die Beschwerdegegnerin allerdings unbeachtet, dass sich die im neurologischen Gutachten erwähnten kognitiven Defizite (AB 94.3 S. 5) im Sinne einer Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit mit Verlangsamung und erhöhter Ermüdbarkeit auswirken und die Beschwerdeführerin zufolge der erhöhten Ermüdbarkeit auf regelmässige Erholungspausen angewiesen ist (AB 94.7 S. 8). Mithin ist die sowohl im neurologischen als auch im psychiatrischen Teilgutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % nicht auch einer ebensolchen Leistungsfähigkeit gleichzusetzen. Aufgrund dieser Feststellung ist deshalb von beweisrechtlicher Relevanz, ob die kognitiven Defizite ausschliesslich auf einen iv-relevanten Gesundheitsschaden zurückzuführen sind oder ob sie auch durch Umstände mitbeeinflusst werden, welche sozialversicherungsrechtlich nicht bedeutsam sind, weil sie von der Beschwerdeführerin im Rahmen der ihr obliegenden Schadenminderungspflicht zumindest günstig beeinflusst werden könnten.

So wird denn im neuropsychologischen Gutachten offen gelassen, ob die an sich validen Befunde durch die zuvor eingenommenen Medikamente beeinflusst wurden. Die Psychologin hielt im neuropsychologischen Teilgutachten vom 20. März 2017 denn auch fest, es sei eine Schwankung oder Akzentuierung der kognitiven Defizite durch psychische Beeinträchtigungen sowie durch die Medikation nicht auszuschliessen (AB 94.7 S. 8). Im Rahmen der psychiatrischen Exploration werden dagegen die aktuell

erhobenen neuropsychologischen Befunde mit den Vorbefunden im November 2014 (leicht bis mittelgradige Einschränkung als Folge des Mediateilinfarktes gedeutet) und im März 2015 (minimale Beeinträchtigung, was zur Wiedererteilung der Fahrerlaubnis geführt habe) verglichen und deren Verlauf als nicht nachvollziehbar beurteilt (AB 94.4 S. 9). Dies überzeugt deshalb, weil bei einer infarktbedingten dauerhaften leichten bis mittelgradigen Schädigung des Gehirns eine bloss vorübergehende Verbesserung mit minimalen kognitiven Defiziten (i.c. März 2015) nicht zu erwarten ist.

Der im psychiatrischen Teilgutachten damit aufgeworfenen Frage (AB 94.4 S. 9), in welchem Ausmass die derzeitige Einschränkung auf eine Gehirnschädigung und zu welchen Anteilen auf den Substanzmissbrauch (inkl. Auswirkungen auf die Psyche; vgl. dazu AB 94.4 S. 10) zurückzuführen ist, kommt damit nach den Ausführungen hiervor erhebliche Beweisrelevanz zu. Die Frage kann namentlich deshalb nicht offen gelassen werden, weil nach der für die Zeit bis Ende 2017 zu berichtenden Invaliditätsbemessung ein Anspruch auf eine Viertelsrente bestünde. Denn im MEDAS-Gutachten vom 16. Juni 2017 attestierten die Gutachter eine konstante Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 % (AB 94.4 S. 16, 94.7 S. 8), da die Beschwerdeführerin aufgrund der erhöhten Ermüdbarkeit auf regelmässige Erholungspausen angewiesen sei (AB 94.7 S. 8). Entgegen dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin, welche bei einem Arbeitspensum von 50 % von einer vollen Leistungsfähigkeit ausging (AB 111 S. 7 Ziff. 3.8), wäre nach der bisherigen Berechnungsmethode die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auch bei einem Arbeitspensum von 50 % zu berücksichtigen, weshalb ein IV-Grad im Erwerb von 25 % resultieren würde, was wiederum einen IV-Grad von 40 % ergäbe (25 % im Erwerb + 15,4 % im Haushalt [vgl. dazu Abklärungsbericht vom 27. Februar 2018: AB 111 S. 14 Ziff. 7]).

Zusammenfassend legt der psychiatrische Gutachter überzeugend dar, dass die Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.2; AB 94.4 S. 8) die Arbeitsfähigkeit beeinflusst und sich die kognitive Situation nach einer Benzodiazepin-Entgiftungsbehandlung verbessern und somit die Arbeitsfähigkeit mit Bezug auf die psychiatrischen Befunde steigern dürfte (AB 94.4 S. 16). Die vom psychiatrischen Gutachter empfohlene stationäre Benzodiazepin-Entgiftungsbehandlung ist nicht bloss versicherungsmedizinisch

indiziert, sondern der Beschwerdeführerin auch zumutbar (AB 94.1 S. 29, VII.1c).

Demzufolge wird die IVB in einem ersten Schritt die Beschwerdeführerin unter Anwendung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens aufzufordern haben, sich einer solchen stationären Behandlungsmassnahme mit anschliessend kontrollierter Abstinenz zu unterziehen. Dabei wird die Beschwerdeführerin auch zu beachten haben, dass sie im Rahmen ihrer Schadensminderungspflicht auf einen übermässigen Alkoholkonsum (vgl. dazu AB 94.4 S. 11, A.a.i. sowie AB 94.1 S. 28, VII.1a) zu verzichten hat. Alsdann wird die IVB in einem weiteren Schritt entsprechend den gutachterlichen Empfehlungen eine Verlaufsbeurteilung anzuordnen und gestützt darauf in der Sache neu zu verfügen haben.

3.9 In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 1. Juni 2018 (AB 128) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.

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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Mit Honorarnote vom 5. Oktober 2018 macht Rechtsanwalt

B. _____ (bei einem Zeitaufwand von 33 Stunden 30 Minuten à Fr. 250.-) ein Honorar von Fr. 8'375.--, Auslagen von Fr. 305.10 und Mehrwertsteuer von Fr. 668.35 (7,7 % auf Fr. 8'680.10), total Fr. 9'348.45 geltend. Entgegen der gerichtlichen Aufforderung (vgl. Verfügung vom 28. September 2018, Ziff. 5) hat der Rechtsvertreter auf eine Spezifizierung des zeitlichen Aufwandes verzichtet. Das Gericht hat den geltend gemachten Zeitaufwand unter dem Aspekt der Verfahrensbezogen- und Gebotenheit zu überprüfen und gegebenenfalls die Kostennote zu moderieren (vgl. Verfügung vom 8. November 2018, Ziff. 1): Dazu ist zu bemerken, dass einerseits Fragen der Invaliditätsbemessung strittig waren und ein komplizierter medizinischer Sachverhalt vorlag, welcher im vorliegenden Verfahren ergänzend abgeklärt wurde. Andererseits hatte der Rechtsvertreter die Beschwerdeführerin bereits im Verwaltungsverfahren vertreten und deshalb Kenntnis der Akten. Mit Blick auf vergleichbare Fälle ist deshalb das Honorar auf Fr. 5'000.-- (20 Stunden à Fr. 250.--) festzulegen. Die Kosten für Kopien von Fr. 258.-- sind zwar an der oberen Grenze, sie sind aber aufgrund des dreifachen Schriftenwechsels und des Umfangs der medizinischen Akten nicht zu beanstanden (vgl. auch AB 99). Zuzüglich der Auslagen von Fr. 305.10 und der Mehrwertsteuer von Fr. 408.50 (7,7 % auf Fr. 5'305.10) ist somit die Parteientschädigung auf Fr. 5'713.60 festzusetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 1. Juni 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete

Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 5'713.60 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ 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.