

200 18 583 IV  
FUE/SHE/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 9. Mai 2019**

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Schnyder

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 25. Juni 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1973 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ..., seit 1. März 2006 bei der C. \_\_\_\_\_ AG in einem Vollpensum angestellt (ab 15. Februar 2010 als ..., seit dem 1. Januar 2017 in einem 60%-Pensum als ...; Akten der IV-Stelle Bern [IVB oder Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 6 S. 2, 14, 120 S. 16 f.) meldete sich am 25. August 2015 unter Hinweis auf einen „Virus“ und eine „Schwächung des Immunsystems“ bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 2). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere liess sie die Versicherte durch die Begutachtungsstelle D. \_\_\_\_\_ polydisziplinär (internistisch-rheumatologisch-neurologisch-psychiatrisch) untersuchen (Gutachten vom 10. November 2016 [AB 57.1]). Mit Vorbescheid vom 21. November 2016 (AB 58) stellte die IVB der Versicherten in Aussicht, den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu verneinen. Nach Einwand der Versicherten (AB 60, 64, 72) und Stellungnahme des behandelnden Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Endokrinologie-Diabetologie, vom 31. Januar 2017 (AB 70) nahm die IVB Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 69, 71, 73) und veranlasste die Einholung eines Berichts bei Dr. med. E. \_\_\_\_\_ (AB 74), der am 24. April 2017 (AB 84/2) erstattet wurde. Auf Empfehlung des RAD hin (AB 86, 94) beauftragte die IVB das Spital F. \_\_\_\_\_, mit einer endokrinologischen Untersuchung (gutachterlicher Bericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Endokrinologie-Diabetologie, vom 19. Januar 2018 [AB 108]) und holte eine Stellungnahme des RAD vom 14. Mai 2018 (AB 113) ein. Nach erneutem Vorbescheid vom 16. Mai 2018 (AB 114), Einwand der Versicherten (AB 115) sowie Einholen einer Stellungnahme des RAD zum Einwand (AB 118) verneinte die IVB mit Verfügung vom 25. Juni 2018 (AB 119) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung mangels Invalidität.

## **B.**

Mit Eingabe vom 21. August 2018 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, hiergegen Beschwerde. Sie beantragt, in Aufhebung der Verfügung vom 25. Juni 2018 sei der Versicherten rückwirkend ab 1. Februar 2016 eine halbe Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei seitens des Gerichts ein „formell korrektes“ endokrinologisches Ergänzungsgutachten einzuholen. Nachfolgend sei über die Rentenleistungen zu entscheiden. Der Beschwerde beigelegt waren unter anderem Berichte von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 3. August 2018 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 6) und Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 13. und 20. Juli 2018 (BB 7 f.).

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 21. September 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 23. Oktober 2018 reicht die Beschwerdeführerin einen Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_, vom 26. September 2018 (BB 9) ein.

## **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** Angefochten ist die Verfügung vom 25. Juni 2018 (AB 119), mit welcher der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung verneint wurde. Streitig ist einzig 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).

**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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** Was den Gesundheitszustand betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im polydisziplinären Gutachten vom 10. November 2016 (AB 57.1) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine massive Adipositas (BMI 39.9 kg/m<sup>2</sup>) diagnostiziert (S. 30 Ziff. 7.1.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine unspezifische Fatigue-Symptomatik, eine Dekonditionierung, eine ausreichend substituierte Hypothyreose, ein substituierter Vitamin B12-Mangel, rezidivierende Spannungskopfschmerzen vom Spannungstyp sowie eine rezidivierende Migräne mit einfachen Attacken (Ziff. 7.1.2). Seit Anfang 2015 leide die Versicherte unter Müdigkeits- und Erschöpfungssymptomen. Diverse Abklärungen hätten keine befriedigend erklärende spezifische Diagnose ergeben, so dass eher psychosomatische Faktoren vermutet worden seien. Die beklagten Müdigkeitssymptome könnten auch nicht auf eine seit Jahren bekannte Hypothyreose zurückgeführt werden, weil diese gemäss den aktuellen Laborkontrollen ausreichend substituiert sei (S. 31 Ziff. 7.2.2). Die Versicherte klage über Müdigkeit, Hyper-

somnie und demzufolge ein Nachlassen der Leistungsfähigkeit, was durch keine gesicherte psychische Störung begründet werden könne. Zugrunde liegen könnten die somatischen Leiden, die Sorgen um den Gesundheitszustand wie auch Existenzängste. Die Versicherte wirke weder depressiv noch ängstlich im Sinne einer umschriebenen Angststörung. Ihre Sorgen seien nachvollziehbar. Eine psychiatrische Diagnose, die ihre Beschwerden vollumfänglich begründen würde, könne nicht gestellt werden. In ihrer Lebensgeschichte bestünden keine Anhaltspunkte für eine Entwicklung ausserhalb der Norm. An neurologischen Symptomen habe die Versicherte über rezidivierende Kopfschmerzen berichtet. Sie könne dabei zwei Kopfschmerztypen unterscheiden. Es komme sehr selten im Jahr zu typischen Attacken einer einfachen Migräne, welche die Versicherte medikamentös behandeln könne. Etwas häufiger, etwa monatlich, kämen Attacken von leichteren Kopfschmerzen ohne Begleitsymptome vor, die als Spannungskopfschmerzen einzuordnen seien und die sie mit Medikamenten unterdrücken könne. Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit durch selten rezidivierende und zudem gut behandelbare Attacken einer einfachen Migräne und durch rezidivierende Spannungskopfschmerzen würden sich daher nicht ergeben. Internistisch sei anzunehmen, dass eine massive Adipositas verbunden mit einer Dekonditionierung eine wesentliche Mitursache bei den Müdigkeitsbeschwerden spielen dürfte (Ziff. 7.2.3). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... eines ... mit mehreren Angestellten sowie auch für andere adaptierte Arbeiten, wie etwa die angestammte ...tätigkeit, könne internistisch aufgrund der massiven Adipositas und der anzunehmenden Dekonditionierung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von schätzungsweise 20% aufgrund verlangsamter Bewegungsabläufe und vermehrt nötiger Pausen angenommen werden. Rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch hätten sich anlässlich der aktuellen Begutachtung keine wesentlichen qualitativen oder quantitativen Einschränkungen des positiven Leistungsbildes ergeben (S. 32 Ziff. 8.1.1, 8.2.1 f.). Um die Arbeitsfähigkeit zu verbessern sei eine erhebliche Gewichtsreduktion und weiter eine lebenslängliche Substituierung der seit Jahren bekannten Hypothyreose unter entsprechenden Kontrollen nötig (Ziff. 8.3).

**3.1.2** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ nahm im Schreiben vom 31. Januar 2017 (AB 70) Stellung zum Vorbescheid vom 21. November 2016 (AB 58). Darin

bemängelt er, im Entscheidungsprozess der Invalidenversicherung sei kein Endokrinologe miteinbezogen worden. Prioritär leide die Versicherte unter einer Hashimoto-Thyreoiditis, sekundär gefolgt von Adipositas (welche bei einer Subgruppe von Betroffenen nicht zu vermeiden sei). Das Fatigue-Syndrom sei endokrin mitbedingt. Es gelinge nicht immer, dieses Syndrom diagnostisch zu erhärten. Allerdings sei jedem endokrinologischen Spezialisten klar, dass bei einem doch imposanten prozentualen Anteil von Hashimoto-Betroffenen eine psychophysische Erschöpfung Teil des Krankungsbildes sei.

Im Bericht vom 24. April 2017 (AB 84/2) führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, die Versicherte sei deutlich geschwächt, aus seiner Sicht eindeutig physisch bedingt. Sekundär bestehe eine Überforderungsreaktion. Es läge ein Zustandsbild vor, welches beispielsweise mit einer Mitochondropathie vereinbar wäre. Aus heutiger klinischer Sicht sei es nicht möglich, eine solche Verdachtsdiagnose konklusiv zu erhärten. Die Versicherte könne aktuell die 60%-ige Arbeitsfähigkeit in nicht leitender Funktion im ... knapp leisten. Es komme zu massiver Müdigkeit, zum hohen Regenerationsbedarf (früher Schlaf, Unmöglichkeit zu sozialen Tätigkeiten, Erfordernis, sich nach erfolgter Arbeit hinzulegen, um einigermaßen noch funktionieren zu können). Aus diesen massiven Einschränkungen habe sich sekundär eine Depression / depressive Reaktion ergeben. Die derzeitige Tätigkeit sei medizinisch zumutbar, allerdings in stark eingeschränktem Rahmen von durchschnittlich 50%. Sofern Normalbetrieb herrsche, sei diese Leistungsfähigkeit gegeben. Sofern eine höhere Intensität zu verzeichnen sei, sei die Versicherte derart geschwächt, dass sie schon Mühe habe, überhaupt den Weg nach Hause noch zu bewerkstelligen. Es bedürfe vorliegend keiner Eingliederungsmassnahmen, sondern einer Berentung (S. 3 f.).

**3.1.3** Im gutachterlichen Bericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Spital F. \_\_\_\_\_, vom 19. Januar 2018 (AB 108) wurde als Hauptdiagnose eine substituierte Hypothyreose bei Hashimoto-Thyreoiditis genannt (S. 1). Die Versicherte berichte über eine Verminderung der Vitalität, eine rasche Erschöpfbarkeit. Diesbezüglich sei sie auch psychisch belastet (S. 1). Wegen einer Depression sei sie in psychologischer Behandlung. Sie gebe an, seit drei Jahren an einem chronischen Fatigue-Syndrom zu leiden. Nachmittags

müsse sie oft schlafen. Zudem berichte sie über Migräne; ungewöhnliche Kopfschmerzen verneine sie. In der Beurteilung wurde ausgeführt, ätiologisch bestehe eine Autoimmunthyreopathie vom Hashimoto Typ, welche seit Jahren unter Levothyroxin-Substitutionstherapie und endokrinologischer Betreuung stehe. Aktuell zeige sich eine adäquate Substitution mit einer euthyreoten Stoffwechsellage. Entsprechend sei es unwahrscheinlich, dass die Beschwerden der Versicherten zu einem relevanten Anteil im Zusammenhang mit der Schilddrüsenfunktion stünden (S. 2). Aufgrund der chronischen Müdigkeit sei die Nebennierenfunktion dynamisch mit einem Synacthen-Test geprüft worden. Der Test habe eine adäquate Zunahme des Cortisols gezeigt. Eine Nebenniereninsuffizienz sei somit weitgehend ausgeschlossen. Zusammenfassend fänden sich keine signifikanten Hinweise dafür, dass die Beschwerden der Versicherten durch eine Endokrinopathie bedingt seien (S. 3).

**3.1.4** In der RAD-Aktennotiz vom 8. Mai 2018 (AB 112) rapportierte Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, die am 15. Januar 2018 erhobenen normalen Ruheblutdruck- und Ruhepulswerte sowie der normale Synacthen-Test sprächen gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten Fatigue aus organischen oder psychischen Gründen.

In der RAD-Beurteilung vom 14. Mai 2018 (AB 113) führte Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Arbeitsrecht und Kardiologie, aus, dem Leiden der Versicherten seien seitens der Hausärztin, des Endokrinologen, der Psychiaterin, des Allergologen sowie des Pneumologen zahlreiche Diagnosen zugeordnet worden. In keinem der hinzugezogenen Fachgebiete hätte eine dauerhafte leistungsmindernde Erkrankung gemäss ICD-10 identifiziert werden können. Im Rahmen der umfangreichen Vordiagnostik seien folgende Erkrankungen ausgeschlossen worden: eine Schlafapnoe, eine obstruktive Lungenerkrankung, eine Herzinsuffizienz, ein schwer einstellbarer Bluthochdruck, eine ständige Infekt-Bedrohung im Rahmen des angeborenen Defektes der Bakterienabwehr, eine Störung der Nebennierenfunktion sowie eine Unbehandelbarkeit der Schilddrüsenunterfunktion (S. 4 Ziff. 1). Es bestehe eine Schilddrüsenunterfunktion im Rahmen einer Hashimoto-Erkrankung. Die Behandlung erfolge

seit vielen Jahren durch den Endokrinologen Dr. med. E.\_\_\_\_\_. Aktenkundig sei die Substitution des Schilddrüsenhormons leitliniengerecht dosiert und stabil. Aufgrund der nachgewiesenen, mangelhaften Schlafhygiene sei ein Chronic-Fatigue-Syndrom (CFS) definitiv auszuschliessen. Für eine aktuelle Relevanz der zwischenzeitlich diagnostizierten leichten bis maximal mittelschweren depressiven Episode fänden sich aktenkundig keine Anhaltspunkte (Ziff. 2). Im Vergleich zum polydisziplinären Gutachten vom 14. [recte: 10.] November 2016 (AB 57.1) würden sich mit dem nun vorliegenden endokrinologischen Konsiliarbefund keine neuen Befunde oder Diagnosen ergeben und eine Abweichung von der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter rechtfertige sich nicht (S. 5 Ziff. 3). Weiter nahm Dr. med. J.\_\_\_\_\_ Stellung zu den im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Einwänden (AB 64). Nach der Aktenlage sei die Versicherte 2015 mehrfach an bakteriellen Atemwegsinfekten erkrankt, mit der Folge eines Infektasthmas und längerer Arbeitsunfähigkeiten. Gleichartige Erkrankungsepisoden seien nach der Pneumokokkenimpfung in den Jahren 2016 und 2017 nicht mehr aufgetreten. Aktuell führe das variable Immundefektsyndrom (CVID) somit nicht zu einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1). Das CFS werde nach internationaler Übereinkunft als rheumatologische Erkrankung angesehen und diagnostiziert. Der rheumatologische Gutachter habe überzeugend dargelegt, dass die Kriterien für ein sog. CFS bei der Versicherten nicht gegeben seien. Daher sei von ihm die Diagnose „unspezifische Fatigue-Symptomatik“ gestellt worden (Ziff. 2). Die endokrinologische Untersuchung im Spital F.\_\_\_\_\_ sei mit allen erforderlichen und leitliniengerechten Laborverfahren methodisch einwandfrei durchgeführt worden. Dem gutachterlichen Bericht vom 19. Januar 2018 (AB 108) sei aus versicherungsmedizinischer Sicht vollständig die Qualität eines teilgebiets-fachärztlichen Gutachtens zuzusprechen. Der Bericht sei für die streitigen Belange umfassend, auf allseitigen fachspezifischen Untersuchungen beruhend, die geklagten Beschwerden auf wissenschaftlicher Basis abklärend, die bekannten Vorakten zusammenfassend bewertend und in der Zusammenhangsbeurteilung im Rahmen der medizinischen Fragestellung einleuchtend. Die Schlussfolgerungen des Endokrinologen seien plausibel begründet und vollständig nachvollziehbar. Danach könne als einwandfrei gesichert gelten, dass das bei der Versicherten bestehende Müdigkeitssyndrom weder als Folge der seit Jahren leitlinienge-

recht behandelten Schilddrüsenunterfunktion noch infolge einer Nebennieren schwäche bestehe. Die abschliessende Stellungnahme des Endokrinologen, wonach sich keine signifikanten Hinweise fänden, dass die Beschwerden der Versicherten durch eine Endokrinopathie bedingt seien, sei vollständig plausibel und nachvollziehbar (S. 5 f. Ziff. 3). Zusammenfassend könne keine medizinische Diagnose festgestellt werden, die zu einer wesentlichen und dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen könnte (S. 6).

**3.1.5** Dr. med. H. \_\_\_\_\_ führte im Arztzeugnis vom 13. Juli 2018 (BB 7) aus, die Versicherte sei vom 1. Juli 2018 bis zum 30. September 2018 zu 0% arbeitsunfähig. Dies beziehe sich auf ihr vertraglich seit dem 1. Januar 2017 festgelegtes Arbeitspensum von 60%. Die Reduktion sei aus medizinischen Gründen vollzogen worden. Nach wie vor müsse die Versicherte ihr Arbeitspensum auf fünf Tage verteilt in den Morgen- und Mittagsstunden absolvieren können, damit sie anschliessend genügend zusammenhängende Ruhezeit zur Verfügung habe.

Im Schreiben vom 20. Juli 2018 (BB 8) führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ aus, bei der Versicherten bestünden als hauptdiagnoserelevante Symptome und Befunde die klaren Kriterien des CFS resp. der Myalgic Enzephalomyelitis. Ein CFS sei ein Symptomen-Komplex, dessen Ursache in gewissen Fällen bestimmt und behoben werden könne, aber oft auch idiopathisch bleibe, d.h. dass die Ursachen schwierig bis nie korrekt oder erst nach langer Zeit zu finden und zu verstehen seien. Ein CFS sei eine schwere Erkrankung, die viele Betroffene als äusserst einschränkend und behindernd erlebten, so auch die Versicherte. Betroffene müssten Tag für Tag mit nervenzerrender, aussergewöhnlicher Müdigkeit, Schwäche, Dünnhäutigkeit, Verzweiflung, Schmerzen und kognitiven Beeinträchtigungen leben. Die Versicherte habe aufgrund der Krankheit ihr Pensum auf strikte 60% reduzieren müssen, was sie kaum aufrecht erhalten könne. Alle Symptome des CFS würden sich nach kognitiver, körperlicher oder psychischer Anstrengung und Überanstrengung verschlimmern. Daher sei es absolut obsolet, dass die Gutachter bei der Versicherten sowohl von Dekonditionierung als auch mangelhafter Schlafhygiene sprächen. Die klinischen/körperlichen Symptome (klinisch gesicherte, ungeklärte, anhaltende oder wiederkehrende

Erschöpfung [ungewöhnliche Müdigkeit], die nicht Folge einer noch anhaltenden Überlastung sei, die sich durch Ruhe nicht wesentlich verbessere und die zu einer substantiellen Reduktion des früheren Niveaus der Aktivitäten in Beruf sowie im sozialen oder persönlichen Bereich führe) seien bei der Versicherten erfüllt. Die Erschöpfung sei vorliegend spezifisch und könne von der Versicherten sehr genau und ausführlich beschrieben werden. Die Aussage der Gutachter, die Müdigkeit könne weder auf die Hypothyreose noch auf eine psychiatrische Diagnose zurückgeführt werden, verstosse gegen die höchstrichterliche Rechtsprechung, wonach ein mehrdimensionaler Ansatz bei der Beurteilung von Menschen, die an komplexen somatisch-psychologischen Krankheiten leiden, verlangt werde. Die vom rheumatologische Gutachter getätigte Feststellung, die Kriterien für ein sogenanntes CFS seien bei der Versicherten nicht gegeben, könne in keiner Art und Weise nachvollzogen werden.

**3.1.6** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ führte im Schreiben vom 3. August 2018 (BB 6) an die Rechtsvertreterin der Versicherten aus, die Beschwerdegegnerin ziehe das eigentliche Erkrankungsbild CFS nicht eigentlich in ihre Beurteilung mit ein. Dies sei sicherlich Hauptkritikpunkt an den vorliegenden Akten. Eine Hashimoto-Thyreoiditis sei nicht selten mit einem CFS assoziiert. Es gebe seines Wissens eine neue Rechtsprechung des Bundesgerichts, welche besage, dass nicht auf die Diagnosen, sondern auf die eigentlichen Beschwerden abgestützt werden müsse. Genau dies sei im konkreten Fall nicht umgesetzt worden. Der im gutachterlichen Bericht vom 19. Januar 2018 (AB 108) erwähnte Synacthentest habe ergeben, dass keine Nebennieren-Insuffizienz vorliege. Dabei sei allerdings der Ausgangswert von Cortisol tief (171 nmol/l). Der Anstieg von Cortisol sei sehr knapp und nur knapp ausreichend über die geforderten 550 gestiegen. Gerne werde er einen entsprechenden Test repetieren.

**3.1.7** Im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_, vom 26. September 2018 (BB 9) wurden leichte bis mittelschwere kognitive Minderleistungen unklarer Ätiologie (Differentialdiagnose: hirnorganisch, im Rahmen einer depressiven Symptomatik) diagnostiziert. Die Versicherte zeige insgesamt leichte bis mittelschwer zu wertende kognitive Minderleistungen. Diese äusserten sich in Einschränkungen der exekutiven Funktionen (Handlungsplanung, verba-

ler Antrieb, Flexibilität, Impulskontrolle) und im verbalen Gedächtnis. Weiter bestünden Hinweise für eine depressive Symptomatik und eine erhöhte Ermüdbarkeit. Die Befunde würden gut mit den subjektiven Klagen der Versicherten über Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen und einer erhöhten Ermüdbarkeit übereinstimmen. Die Ätiologie dieser Einbussen sei unklar. Da sich die Defizite vor allem in verbalgebundenen Funktionen zeigten und somit Hinweise für eine Lateralisierung im Sinne einer frontotemporalen Dysfunktion der sprachdominanten Hemisphäre bestünden, werde zum Ausschluss bzw. zur Objektivierung eines hirnerkranklichen Geschehens zur Durchführung einer zerebralen Bildgebung (MRI) und gegebenenfalls neurologischen Untersuchung geraten. Differentialdiagnostisch müsste nach Ausschluss einer organischen Ursache auch an einen Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik gedacht werden. Sollten in den weiteren Abklärungen keine Auffälligkeiten gefunden werden, wäre eventuell aufgrund der Komplexität der Krankheitssituation mit unklarer Ätiologie, körperlichen, psychischen und kognitiven Symptomen ein stationärer Aufenthalt in einer psychosomatischen Abteilung sinnvoll (S. 2).

**3.2** 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).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag

gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.3** Das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_\_ vom 10. November 2016 (AB 57.1) erfüllt, was die einbezogenen medizinischen Disziplinen (Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie, Neurologie) betrifft, die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2 hiervor). Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend, und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Die fachärztliche Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist schlüssig und widerspruchsfrei. Dem polydisziplinären Gutachten kommt damit voller Beweiswert zu und es ist in der Folge darauf abzustellen. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit konnten die Gutachter einzig eine massive Adipositas (BMI 39.9 kg/m<sup>2</sup>) feststellen, aus der sie eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20% ableiteten (S. 32 Ziff. 8.1). Für die geklagte Müdigkeit, die als unspezifische Fatigue-Symptomatik unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurde (S. 30 Ziff. 7.1.2), fanden die Experten keine psychiatrische bzw. somatische Erklärung (S. 31 Ziff. 7.2.3).

Nachdem von Seiten des behandelnden Dr. med. E.\_\_\_\_\_ am 31. Januar 2017 (AB 70) und 24. April 2017 (AB 84/2) eine endokrinologische (Mit-)Ursache (im Sinne einer Hashimoto-Thyreoiditis) der Fatigue-Problematik postuliert wurde, holte die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. G.\_\_\_\_\_ einen gutachterlichen Bericht vom 19. Januar 2018 (AB 108) ein. Dieser ist mit der Beschwerdeführerin insoweit atypisch, als er sich lediglich teilweise am Gutachtensauftrag gemäss dem Standardfragekatalog der Invalidenversicherung (AB 102 S. 3 f.) orientiert bzw. verschiedene Fragen nicht oder nur implizit beantwortet und dementsprechend kurz ausgefallen ist, wobei er entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin

(Beschwerde S. 4 f.) sehr wohl eine Anamnese enthält (Anamnese [S. 1 f.], Sozial- und Familienanamnese [S. 2]). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 4 f.) führt dies jedoch nicht automatisch dazu, dass dem gutachterlichen Bericht die Beweiskraft abgesprochen werden müsste. Vielmehr beurteilt sich diese Frage danach, ob sich gestützt auf den Bericht die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128). Dies ist vorliegend zu bejahen. Grund für das Einholen des gutachterlichen Berichts war die Einschätzung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, wonach sich die von der Beschwerdeführerin geklagte Müdigkeit auf eine endokrinologische Ursache zurückführen lasse (AB 70, 84/2). Dass die geklagten Beschwerden (Verminderung der Vitalität, rasche Erschöpfbarkeit, Notwendigkeit von viel Erholungszeit nach körperlicher Anstrengung; AB 108 S. 1) im Zusammenhang mit der Schilddrüsenerkrankung stehen, wurde im gutachterlichen Bericht als unwahrscheinlich bezeichnet, da sich eine adäquate Substitution mit einer euthyreoten Stoffwechsellage gezeigt habe (S. 2). Aufgrund der chronischen Müdigkeit der Beschwerdeführerin wurde ferner die Nebennierenfunktion dynamisch mit einem Synacthen-Test geprüft, wobei eine adäquate Cortisolzunahme festgestellt werden konnte. Gestützt auf dieses Resultat schloss der Experte eine Nebenniereninsuffizienz weitestgehend aus. Zusammenfassend schlussfolgerte er, es fänden sich keine signifikanten Hinweise dafür, dass die geklagten Beschwerden durch eine Endokrinopathie bedingt seien (S. 3). Mit dieser Schlussfolgerung hat der Gutachter – wenn auch nur implizit – das Vorliegen einer endokrinologischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgeschlossen bzw. eine Arbeitsunfähigkeit aus endokrinologischer Sicht verneint. Auch die von der Beschwerdeführerin eingereichten Zusatzfragen (AB 92) wurden, wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (S. 3) zutreffend ausführt, durch die Schlussfolgerungen des Experten beantwortet. Soweit die Beschwerdeführerin bemängelt, der endokrinologische Experte habe sich mit dem abweichenden Bericht des Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 24. April 2017 (AB 84/2) nicht auseinandergesetzt (Beschwerde S. 5), ist zunächst festzuhalten, dass dieser Bericht dem Gutachter vorlag (AB 108 S. 1 mit Hinweis auf die 104 IV-Dokumente) und davon ausgegangen werden kann, dass die Einschätzung des behandelnden Arztes in die gutachterliche Beurteilung eingeflossen ist. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Bericht

von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 24. April 2017 war vorliegend indes nicht notwendig, weil dieser die von ihm vertretene These, die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei endokrinologisch erklärbar, weder nachvollziehbar begründete noch durch klinische oder labortechnische Befunde untermauerte. Gegenteils räumte der behandelnde Dr. med. E. \_\_\_\_\_ mit der Beurteilung, wonach ein beispielsweise mit einer Mitochondropathie vereinbartes Zustandsbild vorliege, das aus heutiger klinischer Sicht nicht konklusiv erhärtet werden könne, selbst ein, dass seine Einschätzung nicht mittels etablierten Methoden objektiviert werden kann (AB 84/2 S. 3 f. Ziff. 1.5). Dass Dr. med. G. \_\_\_\_\_ – indem er sich mit der abweichenden Einschätzung des Dr. med. E. \_\_\_\_\_ nicht explizit auseinandergesetzt hat – keine nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringenden Aspekte übergangen hat, erhellt auch aus der Stellungnahme des behandelnden Facharztes vom 3. August 2018 (BB 6), worin nichts aufgezeigt wird, das die gutachterliche Beurteilung in Zweifel ziehen vermöchte. Folglich kann auf den gutachterlichen Bericht vom 19. August 2018 (AB 108) abgestellt werden. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht angezeigt (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Die vier im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte (BB 6-9) datieren allesamt nach Verfügungserlass. Soweit diese Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlauben und daher zu berücksichtigen sind (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4), vermögen sie an der Schlüssigkeit des polydisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle D. \_\_\_\_\_ vom 10. November 2016 (AB 57.1) sowie des gutachterlichen Berichts von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 19. Januar 2018 (AB 108) nichts zu ändern. Was die Berichte von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 20. Juli 2018 (BB 8) und von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 3. August 2018 (BB 6) betrifft, die sich in weiten Teilen auf BGE 141 V 281 zu beziehen scheinen, ist festzuhalten, dass das Bundesgericht gerade in diesem Leitentscheid herausgestrichen hat, eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit könne nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung sei, die „fachärztlich einwandfrei diagnostiziert“ wurde (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Daran mangelt es vorliegend jedoch, haben die Gutachter doch lediglich eine „unspezifische Fa-

tigue-Symptomatik“ (als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) gestellt, wobei sie bezeichnenderweise keine ICD-10-Klassifikation vornahm (AB 57.1 S. 30 Ziff. 7.1.2). Der Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 26. September 2018 (BB 9), in dem leichte bis mittelschwere kognitive Minderleistungen unklarer Ätiologie diagnostiziert werden, gibt in diagnostischer Hinsicht ebenfalls keine neuen Einsichten, die Rückschlüsse auf den hier zu beurteilenden Sachverhalt bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung zulassen. Soweit in diesem Bericht auf neuropsychologische Testresultate abgestellt wird, reichen diese allein nicht aus, um Diagnosen zu stellen und die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 7. August 2009, 8C\_261/2009, E. 5.2; vgl. zum Stellenwert der Neuropsychologie auch UELI KIESER, Neuropsychologie, in KIESER/LENDFERS [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 173 f.).

**3.4** Zusammenfassend ist gestützt auf das Gutachten der Begutachtungsstelle D. \_\_\_\_\_ vom 10. November 2016 (AB 57.1) und den gutachterlichen Bericht vom 19. Januar 2018 (AB 108) von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als ... bzw. in einer adaptierten Tätigkeit von (höchstens) 20% auszugehen. Dabei kann letztlich offen bleiben, ob die gutachterlich attestierte, vorwiegend Adipositas-bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit invalidenversicherungsrechtlich zu berücksichtigen ist (zur Invalidität bei Adipositas: Entscheid des BGer vom 22. August 2008, 8C\_74/2008, E. 2.2). Selbst wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin von einer Arbeitsfähigkeit von 80% ausgegangen und auf den effektiv erzielten Lohn als ... ohne Leitungsfunktion, aufgerechnet auf das zumutbare Pensum von 80%, abgestellt würde (Fr. 50'700.--; AB 120/17), ergäbe sich bei einem Validenlohn pro 2016 von Fr. 64'343.70 (Fr. 64'100.- - [AB 14 S. 3 Ziff. 2.10] / 105.2 [2015] x 105.6 [2016; Tabelle T1.10, Nominallohnindex, 2011-2018, Ziff. G 47 {Detailhandel}]) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

**3.5** Aufgrund des Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 25. Juni 2018 (AB 119) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

#### 4.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. 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):
  - Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ 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.