

200 18 602 IV  
KOJ/BOC/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 25. Juni 2019**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiberin Bossert

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. Juni 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1971 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich – nachdem die zuständige Krankentaggeldversicherung, die C. \_\_\_\_\_ AG, eine Anmeldung zur Früherfassung vorgenommen hatte – am 2. Dezember 2016 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an, wobei sie auf einen im September 2016 erlittenen Augeninfarkt links verwies (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1 ff., 6). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor, holte die Akten der Krankentaggeldversicherung ein und führte ein Erstgespräch durch (act. II 16 f., 18.1 - 18.4, 20 f., 27.1 - 27.3, 28, 38 f., 46, 58). Daraufhin gewährte die IVB am 26. September 2017 Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Assessments Visuelle Beeinträchtigung (act. II 42, 52). Nach Einholung von Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) und der Durchführung des Vorbescheidverfahrens verneinte die IVB mit Verfügung vom 27. Juni 2018 den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, da keine objektiven Befunde für das Bestehen einer leistungsrelevanten Gesundheitsstörung vorlägen (act. II 48, 53 - 55, 57, 63, 66 f.).

### **B.**

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, am 29. August 2018 Beschwerde. Sie stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. Juni 2018 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. a) Die Beschwerdesache sei zur korrekten Wahrung des rechtlichen Gehörs und Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.  
b) Eventualiter: es seien der Beschwerdeführerin die versicherten Leistungen (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) bei einem Invaliditätsgrad von 40 % zuzüglich Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens zu gewähren.

- c) Subeventualiter: es seien ergänzende medizinische und beruflich-konkrete Abklärungen anzuordnen.
- 3. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) durchzuführen.
- 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. September 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Die Beschwerdeführerin hielt (nach mehrfach gewährter Fristerstreckung) mit Replik vom 8. Januar 2019 an den gestellten Rechtsbegehren fest, ebenso die Beschwerdegegnerin mit Duplik vom 25. Januar 2019.

Mit prozessleitender Verfügung vom 29. Januar 2019 gab der Instruktionsrichter der Beschwerdeführerin Gelegenheit mitzuteilen, ob sie an der Durchführung einer öffentlichen Schlussverhandlung festhalte, was die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 28. Februar 2019 bejahte.

Am 26. März 2019 setzte der Instruktionsrichter den Termin für die öffentliche Schlussverhandlung auf den 11. Juni 2019 fest und gab die Zusammensetzung der urteilenden Kammer des Verwaltungsgerichts bekannt. Gleichzeitig schloss er das Beweisverfahren.

Am 27. März 2019 teilte die Beschwerdegegnerin mit, dass sie auf eine Teilnahme an der öffentlichen Schlussverhandlung verzichte.

Am 11. Juni 2019 fand die beantragte öffentliche Schlussverhandlung statt, anlässlich welcher die Beschwerdeführerin die gestellten Rechtsbegehren bestätigte, wobei sie das Rechtsbegehren Ziff. 2b wie folgt präziserte: „Eventualiter: es seien der Beschwerdeführerin die versicherten Leistungen (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zuzüglich Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens zu gewähren.“

**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 27. Juni 2018 (act. II 67). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

**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.

In formeller Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin eine mehrfache Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör.

**2.1** Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72).

**2.2** Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör. Sie müssen nicht angehört werden vor Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind (Art. 42 ATSG). Die Verwaltung hat aber den rechtserheblichen Sachverhalt vor Verfügungserlass abzuklären und darf diese Aufgabe nicht ins Einspracheverfahren verlegen. Dieses verlöre sonst weitgehend seinen Sinn und Zweck, letztlich die Gerichte zu entlasten. Vorbehalten bleiben ergänzende Abklärungen, zu denen die in der Einsprache vorgebrachten Einwände Anlass geben (BGE 132 V 368 E. 5 S. 374, 125 V 188 E. 1c S. 191; SVR 2005 AHV Nr. 9 S. 31 E. 1.3.1).

Im Verwaltungsverfahren gilt das Mitwirkungs- und Äusserungsrecht der betroffenen Person namentlich im Zusammenhang mit der Durchführung eines Augenscheins, der Befragung von Zeugen sowie bezüglich eines Expertengutachtens. Auf diese Beweismittel darf im Verwaltungsverfahren nicht abgestellt werden, ohne den Betroffenen Gelegenheit zu geben, an der Beweisabnahme teilzunehmen oder wenigstens nachträglich zum Beweisergebnis Stellung zu nehmen (BGE 125 V 332 E. 3a S. 335).

**2.3** Die Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; SVR 2017 KV Nr. 6 S. 30 E. 5).

**2.4** Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann. Die Partei muss ganz allgemein zu Fragen tatsächlicher Natur, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind, angehört werden. Der Anspruch auf rechtliches Gehör besteht und ist zu gewähren, wenn eine Verwaltungs- oder Gerichtsbehörde ihren Entscheid mit einer Rechtsnorm oder einem Rechtsgrund zu begründen beabsichtigt, die oder der im bisherigen Verfahren nicht herangezogen wurde, auf die sich die beteiligten Parteien nicht berufen haben und mit deren Erheblichkeit im konkreten Fall sie nicht rechnen konnten (BGE 131 V 9 E. 5.4.1 S. 26; SVR 2009 AHV Nr. 8 S. 27 E. 3.2).

**2.5** Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheides veranlasst wird oder nicht (BGE 127 V 431 E. 3d aa S. 437; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 75 E. 4.2).

**2.6** Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2).

Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2).

## **2.7**

**2.7.1** Vorab macht die Beschwerdeführerin eine Verletzung der Begründungspflicht (vgl. E. 2.3 hiervor) geltend, wonach sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung nicht mit der im Einwand vorgebrachten Kritik auseinandergesetzt habe; dort sei geltend gemacht worden, es gehe nicht an, dass eine von einer Fachärztin für Psychiatrie auf eigenen Untersuchungen beruhende diagnostizierte psychische Störung (einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom) und deren Arbeitsrelevanz einfach vom Schreibtisch aus durch eine RAD-Ärztin „umzuschreiben“ in eine Anpassungsstörung (Beschwerde S. 5). Indessen muss sich die verfügende Behörde praxismässig nicht mit jedem Einwand auseinandersetzen (vgl. E. 2.3 hiervor). Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung die wesentlichen Überlegungen für ihren Entscheid aufgeführt und namentlich auf die Stellungnahme des RAD vom 22. Juni 2018 (act. II 66) hingewiesen, in welcher wiederum auf einen RAD-Bericht vom 13. Oktober 2017 (act. II 48) und eine Aktennotiz vom 29. November 2017 (act. II 54) verwiesen wird. Die medizinischen Grundlagen für den Entscheid der Beschwerdegegnerin

waren dadurch klar umrissen und die Beschwerdeführerin konnte eine ausführlich begründete Beschwerde einreichen.

**2.7.2** Soweit die Beschwerdeführerin eine Verletzung des Äusserungsrechts (vgl. E. 2.4 hiervor) geltend macht (Beschwerde S. 5), ist festzuhalten, dass im RAD-Bericht vom 22. Juni 2018 (act. II 66), welcher der Beschwerdeführerin erst mit der angefochtenen Verfügung vom 27. Juni 2018 (act. II 67) zugestellt wurde, einzig zu den Einwendungen der Beschwerdeführerin im Einwandverfahren Stellung genommen wurde, neue Tatsachen sind darin nicht enthalten. Damit handelt es sich um eine nicht besonders schwerwiegende Gehörsverletzung, welche geheilt werden kann, zumal im vorliegenden Beschwerdeverfahren ein zweifacher Schriftenwechsel sowie eine öffentliche Schlussverhandlung durchgeführt wurden und das Verwaltungsgericht uneingeschränkte Kognition hat (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390 E. 5.1 und 5.2; vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 24. Oktober 2014, 9C\_411/2018, E. 2.2 und vom 24. Februar 2014, 9C\_830/2013, E. 2.2). Dass die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör regelmässig oder systematisch verletzen würde, ist weder erstellt noch gerichtsnotorisch, die Heilung einer allfälligen Gehörsverletzung ist mithin auch unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Beschwerde S. 6) möglich.

**2.7.3** Die Beschwerdeführerin rügt schliesslich auch eine Verletzung des Rechts auf Beweisabnahme, indem die Beschwerdegegnerin beantragte Arztberichte nicht eingeholt und auch keine Beweisverfügung erlassen habe (Beschwerde S. 5). Wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt, wurde der Sachverhalt indessen rechtsgenügend abgeklärt, so dass auf die beantragten Beweismassnahmen in antizipierter Beweismässigkeit (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2) verzichtet werden konnte. Im Übrigen befinden sich bereits Berichte von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 9. Oktober 2017 (act. II 46) und von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2018 (act. II 58) in den Akten. Eine formelle Beweisverfügung ist im Rahmen der hier anwendbaren Verfahrensbestimmungen des ATSG und des VRPG nicht zu erlassen (vgl. Entscheid des BGer vom 29. August 2016, 8C\_165/2016, E. 3.1).

### **3.**

**3.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**3.2** Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

**3.3** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E.

4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). 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 die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

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

**3.5** 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).

**3.6** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den

Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

**3.7** Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

#### **4.**

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**4.1** Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Ophthalmologie, führte im Bericht vom 6. September 2017 (act. II 38) die folgenden Diagnosen auf:

- Status nach AION links 2016
- Verdacht auf Normaldruckglaukom beidseits seit 2017

Dr. med. F. \_\_\_\_\_ gab an, 2016 sei die Diagnose AION links gestellt worden. Es bestehe Schleiersehen links schwankend, subjektiv zunehmend vor allem bei Dämmerung. Es sei ein andauernder retrobulbärer Schmerz, Druck, sowie periorbitales Brennen und Jucken vorhanden. Für die bisherige Tätigkeit, welche ohne verminderte Leistungsfähigkeit noch zumutbar sei, bestünden keine Einschränkungen. Die Einschränkungen liessen sich durch medizinische Massnahmen vermindern, was aber keine Veränderung der Arbeitsfähigkeit bewirke.

**4.2** Im Bericht vom 13. September 2017 (act. II 39/7 - 9) führte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

- Nicht arteriitische Optikusneuropathie mit Gesichtsfelddefekt; Erstmanifestation September 2016 mit erfolgter Hospitalisation auf der neurologischen Klinik vom 16. bis 21. September 2016 mit Hypoliquorrhösyndrom nach LP am 17. September 2016. Regelmässige ophthalmologische Kontrollen mit persistierenden Gesichtsfeld- und Visuseinschränkungen.
  - Erfolgte kardiovaskuläre / neurovaskuläre Abklärungen ohne pathologischen Befund
- Mittelschwere depressive Anpassungsstörung im Rahmen der Erstdiagnose und psychosozialer Belastungssituation nach Trennung von Ehemann, Arbeitsplatzverlust. Aktuell in Therapie bei Psychiaterin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in  
....

Dr. med. G. \_\_\_\_\_ attestierte in der Tätigkeit als ... vom 15. - 22. September 2016 und vom 6. Oktober bis 31. Dezember 2016 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit; danach sei die Kündigung der Stelle als ... (Teilzeit zu 40 %) erfolgt. Durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_ sei aktuell eine 80 %-ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 25. August 2017 attestiert worden. Die Beschwerdeführerin habe nach wenigen Stunden ... eine verzerrte Wahrnehmung, zudem eine Konzentrationsstörung sowie Kopfschmerzen und erlebe eine rasche Ermüdung, wobei dann die Fehlerquote steige beim Schreiben von Dokumenten. Auch habe sie dann Schwindelgefühle und müsse rasch Pausen einlegen. Länger als vier Stunden am Stück könne sie nicht am ... arbeiten. Die bisherige Tätigkeit sei „wohl eingeschränkt im

Rahmen der oben erwähnten Einschränkungen“, möglich seien nur kurzzeitige ... mit regelmässigen Pausen. Aktuell bestehe eine 20 %-ige Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf. Zirka zwei Stunden am Stück könne die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit ausführen; dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, sie leide unter Konzentrationsstörungen, Schwindelgefühlen, verzerrter Wahrnehmung der ... und ... bei längerer Anstrengung. Im Verlauf wäre gegebenenfalls wieder eine Steigerung (der Arbeitsfähigkeit) bis auf 30 - 40 % denkbar, dennoch müsste vielleicht über eine Umschulung nachgedacht werden, da die Beschwerdeführerin als ... vollumfänglich auf einen guten Visus respektive Nahvisus angewiesen sei. Eine Tätigkeit mit Wechselbelastung respektive auch nicht ständiger ... wäre wohl günstiger.

**4.3** Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 9. Oktober 2017 (act. II 46) die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

- Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom ICD-10: F32.11

Die Störung habe sich im Laufe des Jahres 2016 entwickelt, eine Verschlechterung sei zeitgleich mit der Augenerkrankung im September 2016 eingetreten. Die Beschwerdeführerin habe eine Ausbildung am ... gemacht und die ... abgeschlossen. Zuletzt habe sie zu 40 % als ... gearbeitet und die Anstellung aus Überforderung bei bereits bestehender psychischer Störung und der Sehstörung auf Ende 2016 gekündigt. Seit Januar 2017 sei sie von der Hausärztin nicht mehr arbeitsunfähig geschrieben, obwohl sie in diesem Zustand nicht für ihren angestammten Beruf vermittelbar sei. Durch die Referentin sei ab 24. August 2017 eine Arbeitsunfähigkeitsbestätigung über 80 % erfolgt. Die Beschwerdeführerin sei bereits seit Beginn des Jahres 2017 und davor arbeitsunfähig gewesen. Sie sei verheiratet und Mutter von drei Töchtern (12-, 14- und 17-jährig). Ende Mai 2017 sei ihr Ehemann aus dem Familienhaus ausgezogen. Der Kontakt zum Bruder und zu den Eltern sei von der Beschwerdeführerin zum eigenen Schutz abgebrochen worden. Die Familie mache der Beschwerdeführerin Schuldzuweisungen betreffend der Trennung und dem Auseinanderbrechen der Familie. Ihre Tätigkeit als ... bzw. ... sei durch mangelnde Konzentration, Ablenkung durch Gedankenkreisen, schnelle

geistige und körperliche Ermüdung, nicht Aufnehmen von neu zu Erlernendem, die Antriebsschwäche und mangelnde Umstellungsfähigkeit eingeschränkt. Die Leistungsfähigkeit sei zu zirka 50 % eingeschränkt. Es bestehe mangelndes Selbstvertrauen. Es lägen verlangsamtes Arbeiten und Fehler durch kognitive Defizite vor, zudem bestehe Bedarf nach Pausen und längeren Erholungszeiten, es bestehe schnelle Ermüdbarkeit. Dies gelte für Arbeiten in ihrem angestammten Beruf ebenso wie für Vereinstätigkeiten. Die bisherige Tätigkeit sei aktuell im Rahmen von 20 - 30 % zumutbar. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, welche schwer abschätzbar und abhängig von der zeitlichen Belastung sei. Zwei Stunden sollten ohne wesentliche Leistungseinbusse einhergehen. Es sei mit zwei Stunden täglich zu beginnen. Die integrative psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit sei weiterzuführen. Zudem sei das Funktionsniveau bei der bestehenden Seheinschränkung abzuklären. Im ersten Quartal 2018 könne mit der Erhöhung der Einsatzfähigkeit auf 50 % gerechnet werden.

**4.4** Die RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, führte in der Stellungnahme vom 13. Oktober 2017 (AB 48) die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (AB 48/7):

- Nicht arteriitische Optikusneuropathie mit Gesichtsfelddefekt (EM 9/2016; ICD-10: H48)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte sie eine Anpassungsstörung ängstlich-depressiver Färbung ohne Beeinträchtigung der Teilhabe, der Selbst- und der Fremdfürsorge. Im Vordergrund stünden nicht IV-relevante psychosoziale Belastungsfaktoren und ein (ängstliches) Vermeidungsverhalten. Die Beschwerdeführerin sei zur Selbstfürsorge und zur Fremdfürsorge fähig. Sie sei in der Lage, sowohl regelmässig an psychotherapeutischen Gesprächen teilzunehmen als auch ihren Alltag zu bewältigen. Es lägen keine Befunde vor, die eine Arbeitsunfähigkeit im psychiatrischen Fachgebiet objektiv begründen könnten. Die dokumentierte Gesichtsfeldeinschränkung (Bogenskotom links unten) dürfte mittlerweile durch Blick- und Kopfbewegungen kompensiert werden können. Auf eine ausreichende Visuskorrektur durch Brille sei zu achten. Weitere funktionelle

Einschränkungen seien nicht objektiviert. Als funktionelle Einschränkungen bestünden am 14. November 2016 ein Fernvisus (mit eigener Brille) rechts von 1.6 und links von 0.3 sowie ein ausgedehntes unteres Bogenskotom links. Als Ressourcen lägen eine abgeschlossene Berufsausbildung, ein höheres Bildungsniveau sowie ein Autonomiestreben vor. Aus augenärztlicher Sicht bestünden nach der Einschätzung von Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ (Bericht vom 6. September 2017) keine Leistungseinschränkungen, so dass ganzheitlich betrachtet ebenfalls keine quantitativen und/oder qualitativen Leistungseinschränkungen vorlägen. Ab sofort könne deshalb von Vermittelbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bis zu einem 100 %-Pensum ausgegangen werden, so auch für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit einer ... . Es lägen keine Hinweise auf eine Einschränkung der Wegefähigkeit vor. Durch medizinische Rehabilitationsmassnahmen könne keine Verbesserung des Leistungsvermögens herbeigeführt werden, weil vor allem keine quantitativen Leistungseinschränkungen objektiv vorlägen. Die seit 06/2017 fortlaufend attestierte Arbeitsunfähigkeit im psychiatrischen Fachgebiet sei medizinisch objektiv nicht begründet.

**4.5** Im Bericht des Zentrums I.\_\_\_\_\_ vom 20. November 2017 (act. II 52) wurde zum Status der visuellen Funktionen das Folgende festgehalten:

Sehschärfe:	rechtes Auge: 1.6   linkes Auge: 0.2   Beide: 1.2
Vergrösserungsbedarf:	rechtes Auge: 0.5x   linkes Auge: 4x   Beide: 0.63x
Lesegeschwindigkeit:	150 Wörter/Minute (gutes Lesetempo)
Gesichtsfeld:	rechtes Auge: keine Einschränkung
linkes Auge:	diffuse Ausfälle, insb. nach unten links und parazentral gegen rechts
Lichtbedarf:	erhöht
Kontrastbedarf:	normal
Farbsehvermögen:	keine Einschränkungen im Screeningtest
Blendung:	subjektiv erhöhte Blendempfindlichkeit

Zur Gesamtbeurteilung (Schweregrad) wurde angegeben, der Schweregrad der visuellen Beeinträchtigung sei leicht, die Komplexität des Schulungs- und Hilfsmittelbedarfs sei einfach. Als grobe Einschätzungen der Auswirkung der visuellen Beeinträchtigung auf die Arbeits-/Ausbildungssituation wurde ausgeführt, durch den grossen Unterschied der Sehleistung der beiden Augen seien Tätigkeiten mit hohem Anspruch

an das Tiefsehen erschwert. Die Tatsache, dass das dominante Auge das funktional schlechtere Auge sei, führe zu erschwerter Augen-Hand-Koordination, erhöhter Ermüdbarkeit und Verlangsamung des Arbeitstempos. Aufgrund der Ergebnisse aus dem Assessment werde die ergonomische Anpassung des zukünftigen Arbeitsplatzes (Leuchte, Bildschirmarm, Leseständer, Blendschutz etc.) empfohlen. Zur Entlastung des visuellen Systems seien Arbeiten mit regelmässig wechselnden Sehdistanzen zu bevorzugen sowie ein Pausenmanagement einzuführen. Der erhöhten Blendempfindlichkeit könne mit einer Filterbrille entgegengewirkt werden. Die Schulung und Anwendung von sehbehinderungsspezifischen ICT-Hilfsmitteln seien nicht indiziert. Eine allfällige visuell bedingte Verlangsamung des Arbeitstempos bzw. Reduktion der Leistungsfähigkeit sei abhängig von den auszuführenden Aufgaben und Tätigkeiten.

**4.6** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Ophthalmologie, führte im Bericht vom 11. Januar 2018 (act. II 58) die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

– Status nach AION links 2016

Die Ophthalmologin gab an, der Visus sei links zentral sowie peripher deutlich eingeschränkt. Es bestehe eine schneller auftretende Konzentrationsproblematik bei visuellen Anforderungen. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht noch zumutbar, aufgrund der visuellen Einschränkung sei langes Arbeiten bei hoher visueller Anforderung aber eher ermüdend, die Konzentration nehme eher ab; die visuelle Anforderung sei nicht so wie früher zu bewältigen. In welchem Umfang eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit welchem Belastungsprofil möglich sei, sei nicht absolut zu sagen, dies sei sehr individuell auszutesten. Die Einschränkungen liessen sich durch medizinische Massnahmen vermindern, z.B. Umschulung auf Arbeiten mit geringerer visueller Anforderung und verkürzte Arbeitszeiten mit Pausen zur Regeneration bzw. weniger Arbeit am ... . Eine Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei nicht von ihr ausgestellt worden.

**4.7** In der Stellungnahme vom 22. Juni 2018 (act. II 66) führte die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ aus, augenärztlicherseits sei am 12. Januar

2018 (act. II 58) ein normales Sehvermögen auf dem rechten Auge und ein auf 0.2 herabgesetzter Visus auf dem linken Auge (Sehbehinderung links) angegeben worden. Nach der Einteilung nach Pape habe bereits anlässlich einer Untersuchung am 14. November 2016 am Spital J. \_\_\_\_\_ (Fernvisus rechts 1.6, links mit eigener Brille 0.3) eine gröbere einseitige Sehschädigung bestanden. Nach Lachenmayr (Begutachtung in der Augenheilkunde) stelle sich bei funktioneller Einäugigkeit hinsichtlich der beruflichen Eignung im Wesentlichen die Frage des Stereosehens. Diesbezügliche Angaben fehlten. Vorbekannt sei seit 2016 eine Rot-Entsättigung links und ein ausgedehntes unteres Bogenskotom links. Bei im Verlauf seit 2016 gleichbleibender Befundkonstellation (gröbere einseitige Sehschädigung) sei anlässlich eines augenärztlichen Assessments am 6. September 2017 (act. II 38) durch Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in ... keine Einschränkung bezüglich der bisherigen Tätigkeit und keine verminderte Leistungsfähigkeit attestiert worden. Die anlässlich des augenärztlichen Verlaufs-Assessments am 22. November 2017 bestätigten Vorbefunde seien somit im IV-Vorbescheid vom 24. November 2017 entgegen den Einlassungen des Rechtsvertreters – unter Einbezug eines augenärztlichen Assessments vom 6. September 2017 des Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in ... – berücksichtigt worden. Zusammengefasst ergäben sich keine neuen medizinischen Gesichtspunkte zur RAD-Beurteilung vom 13. Oktober 2017.

**4.8** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ gab im Bericht vom 16. November 2018 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4) an, diagnostisch handle es sich beidseitig um eine Hyperopie mit Astigmatismus und altersentsprechender Presbyopie; links liege ein Zustand nach AION (anteriore ischämische Optikusneuropathie) vor. Die Beschwerdeführerin gebe an, weiterhin Mühe beim Lesen zu haben und die Farben links grauer zu sehen. Eine lange visuelle Tätigkeit sei mit sehr viel Anstrengung und schneller Erschöpfung verbunden. Im Vergleich zum Vorbefund vom Mai 2018 zeige sich die Augenproblematik in etwa stabil. Sie erhebe die folgenden Befunde: Fernvisus rechts 100 %, links 16 %. Tensio applanatorisch gemessen 18mmHG beidseits. Das Gesichtsfeld zeige sich stabil zum Vorbefund im Mai 2018. Rechtsseitig zeige sich ein völlig normwertiges Gesichtsfeld ohne jegliche Ausfälle, links zeige sich dagegen ein stabiler Defekt nach rechts inferior. Das OCT der Papille (Bewertung der Nervenfaserschichtdicke des Nervus

opticus) zeige rechts einen Normalbefund mit 84 Mikrometer, links vermindert mit 34 Mikrometer. Die Werte seien ebenfalls in etwa stabil zur Voruntersuchung im November 2017. Die Arbeitsfähigkeit sehe sie durch schnell auftretende Konzentrationsproblematiken bei visuellen Anforderungen als eingeschränkt, besonders im Bereich .... Arbeiten mit hoher visueller Anforderung seien für die Beschwerdeführerin deutlich schneller ermüdend und die Konzentration nehme ab. Es gebe sicherlich Arbeitsbereiche, in denen eine niedrigere visuelle Anforderung bestehe. Diese wäre von der Beschwerdeführerin besser zu bewältigen, es müsse jedoch festgehalten werden, dass visuelle Anforderungen nicht wie früher vor der stattgefundenen AION zu erreichen seien. In welchem Umfang ein maximal möglich zu erreichendes Pensum durchzuführen sei, müsse individuell ausgetestet werden. Dabei seien Arbeiten am ... sicherlich anders zu werten als am ... . Abwechslungsreiche Arbeiten mit visuellen Pausen seien sicherlich besser zu vertragen. Eine allgemeine Aussage sei nicht zu formulieren, sondern müsse individuell mit der Beschwerdeführerin ausgetestet werden. Die Augen-Hand-Koordination sei aufgrund der Einschränkung eines Auges gestört und erschwert und führe dadurch zu einer erhöhten Ermüdbarkeit und Verlangsamung des Arbeitstempos. Eine Arbeitserprobung sei aus ophthalmologischer Sicht sehr empfehlenswert.

## **5.**

**5.1** Die Beschwerdeführerin macht geltend (Beschwerde S. 7 ff.; vgl. auch Replik S. 3), die Beschwerdegegnerin stütze sich in psychiatrischer Hinsicht auf die RAD-Stellungnahme vom 13. Oktober 2017, diese beruhe aber nicht auf eigenen Untersuchungen der RAD-Ärztin. Die behandelnde Psychiaterin habe nachvollziehbar und schlüssig begründet eine psychiatrische Krankheit mit Arbeits- und IV-Relevanz festgehalten, während eine solche von der RAD-Ärztin negiert worden sei. Die RAD-Stellungnahme beruhe somit nicht auf einem an sich feststehenden medizinischen Sachverhalt, welcher eine blossе Aktenbeurteilung ausnahmsweise als genügend erscheinen liesse, somit seien so oder anders weitere medizinische Abklärungen der psychischen Gesundheitslage notwendig. Auch der ophthalmologische Gesundheitszustand sei ungenügend abgeklärt. Im Bericht

Assessment Visuelle Beeinträchtigung des Zentrums I. \_\_\_\_\_ vom 20. November 2017 (act. II 52) sei festgehalten worden, dass der Gesundheitsschaden zu einer erschwerten Augen-/Hand-Koordination, zu einer erhöhten Ermüdbarkeit und einer Verlangsamung des Arbeitstempos führe; eine Quantifizierung der Verlangsamung respektive der Verminderung des Rendements sei aber nicht angegeben worden.

**5.2** In somatischer Hinsicht wurde eine Arbeitsunfähigkeit vorab von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ bescheinigt, dies vom 16. September bis 31. Dezember 2016 (act. II 2/2 f., 18.2/12 und 15) und gestützt auf eine ophthalmologische Diagnose; Dr. med. G. \_\_\_\_\_ ist jedoch Internistin und demnach nicht Fachärztin für Ophthalmologie, so dass ihr die notwendige fachliche Qualifikation zur hinreichenden Beurteilung der ophthalmologischen Problematik fehlt (vgl. Entscheide des BGer vom 5. Februar 2014, 9C\_867/2013, E. 3.2, und vom 6. September 2010, 8C\_66/2010, E. 3.1). Sie hat die Arbeitsunfähigkeit zudem auch nicht näher begründet. Ansonsten wurde eine Arbeitsunfähigkeit für einige Tage im September und Oktober 2016 attestiert (act. II 3/24 bzw. 27.2/31 und 39, 18.2/23 bzw. 27.2/28, 18.2/30 bzw. 27.2/38); für die Zeit danach hat keiner der behandelnden Fachärzte eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Dies gilt nicht nur für Neurologen, Kardiologen, Nephrologen und Internisten (act. II 3/4, 3/18 - 26, 20/16 - 19, 39/10 - 12), sondern insbesondere auch für Ophthalmologen (act. II 18.2/16 f., 18.2/29, 38). Auch das Zentrum I. \_\_\_\_\_ hat in seinem Assessment eine lediglich leichte visuelle Beeinträchtigung ermittelt (act. II 52). Auf die Arbeitsunfähigkeitsatteste von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ kann daher nicht abgestellt werden. Daran ändert auch der nachträglich eingereichte Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2018 (act. II 58) nichts; die Augenärztin erwähnt zwar eine Einschränkung des Visus zentral und peripher, bescheinigt jedoch keine Arbeitsunfähigkeit. Seitens des RAD (act. II 66) wird überdies zu Recht auf die Einschätzung von Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 6. September 2017 hingewiesen, welcher bei vergleichbarer Befundlage keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigte (act. II 38).

**5.3** Was den psychischen Gesundheitszustand betrifft, bescheinigte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ ab dem 24. August 2017 eine 80 %-ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 46/3). Dazu hat die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ festgehal-

ten, es lägen keine Befunde vor, welche eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit begründen könnten (act. II 48/7). Die RAD-Ärztin führt die depressive Problematik auf IV-fremde psychosoziale Belastungsfaktoren, namentlich die Trennung vom Ehepartner zurück. Diese Einschätzung ist ohne weiteres vereinbar mit den Feststellungen der Hausärztin, welche als weitere Belastungsfaktoren den Arbeitsplatzverlust sowie die seinerzeitige Diagnose des Augenleidens der Beschwerdeführerin erwähnt (act. II 39/7 und 8). Die Feststellungen von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ scheinen deshalb plausibel und darauf ist abzustellen, zumal die weiteren Arztberichte keine – auch nur geringe – Zweifel wecken, so dass auch mit Blick auf die Rechtsprechung (vgl. E. 3.6 hiervor) der Sachverhalt als rechtsgenügend abgeklärt erscheint und auf weitere Beweismassnahmen in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2) verzichtet werden kann.

Im Übrigen wäre ein invalidisierender Gesundheitsschaden auch bei Abstellen auf die Diagnose mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom ICD-10: F32.11 gestützt auf eine Indikatorenprüfung (vgl. E. 3.3 hiervor) zu verneinen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich nicht um eine rezidivierende depressive Störung, sondern um eine zum ersten Mal auftretende mittelgradige Episode handelt. Der diagnoseinhärente Schweregrad (vgl. dazu BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285) ist demnach nicht sehr stark ausgeprägt und – wie nachfolgend dargelegt wird – entgegen den Ausführungen anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung durch das somatische Syndrom nicht wesentlich verstärkt. Der Behandlungsbeginn bei der Psychiaterin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ erfolgte im Juni 2017, einen Monat nach dem Auszug des Ehemannes aus dem Familienhaus (act. II 46). Zu den „Komorbiditäten“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300) ist festzuhalten, dass die nicht arterielle Optikusneuropathie mit Gesichtsfelddefekt (act. II 48/7) zu keiner Arbeitsunfähigkeit führt (vgl. E. 5.2 hiervor), aber allenfalls gewisse ressourcenhemmende Wirkung hat (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 430). Beim Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist zu berücksichtigen, dass die RAD-Ärztin als Ressourcen zu Recht die abgeschlossene Berufsausbildung und ein höheres Bildungsniveau sowie ein Autonomiestreben erwähnte (act. II 48/7). Im Bereich „Sozialer

Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) bleiben soziale Belastungen, welche direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, ausgeklammert (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Die Beschwerdeführerin wird bei der Haushaltsführung durch ihre drei Töchter unterstützt (act. II 46/2). Die im Jahr 2017 erfolgte Trennung vom Ehemann und der Abbruch des Kontaktes zur Herkunftsfamilie, die der Beschwerdeführerin die Schuld gibt an der Trennung und zum Ehemann hält, haben als invaliditätsfremde Faktoren unberücksichtigt zu bleiben. Gleiches gilt für den Arbeitsplatzverlust, soweit die dazu führende Überforderung durch die psychosozial bedingte psychische Störung verursacht wurde (act. II 46/2). Zudem spricht der Umstand, dass Dr. med. G.\_\_\_\_\_ am 13. September 2017 (act. II 39/7 - 9) eine mittelschwere depressive Anpassungsstörung im Rahmen der Erstdiagnose und psychosozialer Belastungssituation nach Trennung von Ehemann und Arbeitsplatzverlust diagnostizierte, dafür, dass die psychosozialen Belastungsfaktoren den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin entscheidend beeinflussen. Betreffend der „gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303) und des „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks“ (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin wöchentliche psychotherapeutische Gespräche im Einzelsetting bei der Psychiaterin Dr. med. D.\_\_\_\_\_ besucht (act. II 46/3) und Psychiatrie-Spitex in Anspruch nimmt (act. II 39/8), was für einen gewissen Leidensdruck sprechen mag. Gleichwohl ist sie grundsätzlich – bei der Hausarbeit wird sie durch ihre Töchter unterstützt – in der Lage, ihren Alltag zu bewältigen, die administrativen Aufgaben sind gemäss ihren Angaben zwar schwierig zu erledigen, aber nicht unmöglich (act. II 46/23). In einer Gesamtschau ist damit vom Vorliegen eines nicht invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens auszugehen.

**5.4** Daran ändern die Ausführungen in der Beschwerde nichts. Bei den Berichten der RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2017 (act. II 48) und 12. Januar 2018 (act. II 66) handelt es sich mangels eigener Untersuchung bzw. mangels selbst erhobener medizinischer Befunde nicht um Untersuchungsberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201),

sondern lediglich um interne Berichte bzw. um eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht im Sinne von Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG i.V.m. Art. 49 Abs. 1 IVV (vgl. BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 64; Entscheid des BGer vom 21. März 2018, 9C\_524/2017, E. 5.1; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 562). Die RAD-Berichte vermögen daher lediglich dazu Stellung zu nehmen, ob der einen oder anderen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 64; BGer 9C\_524/2017, E. 5.1).

Zwar können auch reine Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen regionaler ärztlicher Dienste (vgl. E. 3.7 hiervor und BGer 9C\_524/2017, E. 5.1). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 3.6 hiervor und BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65).

Es ist festzuhalten, dass Dr. med. H. \_\_\_\_\_ auf eine eigene Untersuchung verzichten konnte, da die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und aktuellen Status zeigen und sie sich gestützt darauf ein gesamthaft lückenloses Bild machen konnte (vgl. E. 3.7 hiervor). Ausserdem hat sie sich korrekterweise darauf beschränkt festzuhalten, dass der Ansicht von Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ zu folgen sei, wonach für die bisherige Tätigkeit keine Einschränkungen bestünden (act. II 66). Inwiefern der Sachverhalt in ophthalmologischer Hinsicht ungenügend abgeklärt sein soll, ist mit Blick auf die diversen aktenkundigen Berichte nicht ersichtlich, zumal fachärztlich auch keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde. Bei Fehlen einer ophthalmologisch bedingten Arbeitsunfähigkeit besteht auch keine entscheidende Diskrepanz zu den Feststellungen im Assessment-

Bericht des Zentrums I. \_\_\_\_\_ (act. II 52) und dem Bericht von Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (act. II 38).

**5.5** Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

## **6.**

**6.1** 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. 1'000.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**6.2** Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Auch gestützt auf die gerügte Verletzung des rechtlichen Gehörs (Beschwerde, S. 7 oben) besteht für eine (reduzierte) Parteienschädigung keine Grundlage. Zwar kommt auch bei der Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör der allgemeine Rechtsgrundsatz zur Anwendung, wonach jene Partei für die Kosten des Verfahrens aufzukommen hat, welche es verursacht hat, wobei für die Kostenfolgen massgebend ist, dass der Partei nicht Kosten entstehen, die ihr ohne die Gehörsverletzung nicht entstanden wären. Vorliegend war die Beschwerdeführerin jedoch nicht gezwungen, Beschwerde zu erheben, um zu einer (nachträglichen) rechtsgenügenden Begründung der Verfügung zu gelangen, so dass ihr insoweit keine Mehrkosten entstanden sind (vgl. SVR 2010 IV Nr. 51 S. 159 E. 3.3).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- 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 lic. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 11. Juni 2019)
  - IV-Stelle Bern (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 11. Juni 2019)
  - 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.