

200 18 619 IV
JAP/COC/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. Februar 2019

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch **B.** _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 5. Juli 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1968 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 27. Juni 2017 unter Hinweis auf eine Arthrose, Meniskus Knie beidseits, „Rücken“ und ein Asthma bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 2). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei veranlasste sie auf Anraten des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 36) eine bidisziplinäre Begutachtung durch die Dres. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, und D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (bidisziplinäre Expertise vom 9. März 2018; AB 47.2; vgl. auch rheumatologisches Gutachten vom 5. März 2018 und psychiatrisch-psychotherapeutisches Gutachten vom 7. März 2018; AB 47.1 und 48.1). Mit Vorbescheid vom 23. März 2018 (AB 50) stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden (AB 62). Am 5. Juli 2018 verfügte die IVB wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Leistungsbegehren ab (AB 63).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch die B._____, am 6. September 2018 Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 5. Juli 2018 sei aufzuheben und die Sache zwecks Sachverhaltsermittlung und Rentenprüfung an die IVB zurückzuweisen.
2. Der Beschwerdeführerin sei rückwirkend zumindest eine befristete Rente in gerichtlich zu bestimmender Höhe zuzusprechen.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Oktober 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 5. Juli 2018 (AB 63). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV.

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

2.2.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

2.2.2 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 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 strukturier- ten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). 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 beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 16. Oktober 2017 (AB 30) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein cervicothorakales, ein thorakovertebrales sowie ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom, Knieschmerzen rechtsbetont, eine Adipositas, ein Asthma bronchiale, eine substituierte Hypothyreose und eine chronische Schlafstörung (S. 2 Ziff. 1.1). Ferner attestierte er insbesondere vom 5. bis 11. Juni 2017 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4). Die Beschwerdeführerin könne aufgrund der Knieschmerzen nicht knien und Treppen nur mit Mühe gehen. Das Lastenheben und -tragen sei auch wegen der Rückenschmerzen stark eingeschränkt. Zudem bestünden Einschränkungen bei andauerndem Sitzen und Stehen. Psychisch lägen Schlafstörungen, Verstimmungen, Existenz- und Zukunftsängste sowie eine verminderte Belastbarkeit vor. Dies führe zu einer eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit und einer raschen Ermüdbarkeit. In einer Tätigkeit z.B. im sozialen Bereich bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60% bis 80%. Eine Tätigkeit in ... sei nicht mehr zumutbar (S. 5 Ziff. 1.7).

3.1.2 Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 6. November 2017 (AB 34) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er insbesondere Probleme durch negative Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z61) an (S. 2 Ziff. 1.1). Ferner attestierte er vom 1. Juli bis wahrscheinlich 31. Dezember 2017 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Durch medizinische Massnahmen könnten die Angst- und Depressions-Symptome vollständig remittiert und die Arbeitsfähigkeit schrittweise von aktuell 0% auf maximal 60% erhöht werden (S. 3 Ziff. 1.5 f.). Körperlich belastende Tätigkeiten mit langem Sitzen, Lastentragen über 5kg und Treppensteigen seien nicht zumutbar. Falls die Beschwerdeführerin an einer geeigneten beruflichen Massnahme teilnehmen könne, wäre sie fähig, ab Januar 2018 mit einer 20%-igen Arbeitsfähigkeit anzufangen (S. 4).

3.1.3 Im rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten vom 9. März 2018 (AB 47.2) diagnostizierten die Dres. med. C. _____ und D. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung,

gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine symptomatische medial betonte Gonarthrose rechts (ICD-10 M17.9). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie im Wesentlichen einen Verdacht auf eine Persistenz einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung im Erwachsenenalter (ICD-10 F90.0), ein Wide Spread Pain Syndrom/Fibromyalgie (ICD-10 M79.7), ein chronisches panvertebrales und paravertebrales betont muskuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 M54, M79), ein thorako-costales Schmerzsyndrom sowie eine Adipositas per magna auf (S. 7 f. Ziff. 4.2).

Aus rheumatologischer Sicht bestehe als Hauptbeschwerdebild ein Wide Spread Pain Syndrom im Sinne einer Fibromyalgie. Diese sei im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung zu interpretieren und bedinge keine Einschränkung der Funktion und Partizipation im Alltag. Die weiteren beklagten Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule, der übrigen peripheren Gelenke und der Muskulatur seien als funktionell und symptomatologisch im Rahmen der Fibromyalgie und nicht aufgrund von degenerativen oder entzündlichen Veränderungen zu interpretieren. Aufgrund der bestehenden Gonarthrose beidseits könne eine Minderung der Belastungsfähigkeit im Bereich beider Knie bei gehenden Tätigkeiten insbesondere beim treppab, bergab und Treppen-Steigen sowie längerem Stehen attestiert werden. Leichtes Gehen bereite der Beschwerdeführerin keine Mühe, was durch die Hundespaziergänge belegt sei. Die Beschwerden könnten durch ergonomische Massnahmen und Adaptierung am Arbeitsplatz kontrolliert und reduziert werden. Ebenso könnten medizinische Massnahmen zu einer Verbesserung des Beschwerdebildes führen (S. 6 f. Ziff. 4.1, S. 8 f. Ziff. 4.3; vgl. auch AB 47.1 S. 25 ff.). Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit als ... oder Die Gonarthrosebeschwerden limitierten die angestammte resp. zuletzt ausgeführte Tätigkeit nicht, sondern seien lediglich für kniebelastende Tätigkeiten einschränkend. Eine schwere Tätigkeit sei aktuell nicht ausführbar. Die Tätigkeit als ... könne in einer stehenden Tätigkeit über den Tag verteilt eine Stunde mit jeweils einer nachfolgenden halben Stunde Pause in einem Ganztagsprogramm erfolgen. Dabei bestehe eine Leistungslimitierung von 20% aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs. Sitzende Tätigkeiten seien uneingeschränkt ausführbar (AB 47.2 S. 12; vgl. auch AB 47.1 S. 30 Ziff. 8).

Aus psychiatrischer Sicht sei von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradigen Episode, auszugehen, da die Beschwerdeführerin an einer Anhedonie, Grübeln, Insuffizienzgefühlen, einer erhöhten Ermüdbarkeit und Schlafstörungen leide. Der hierfür erforderliche Score in der Hamilton Depression Scale Testung sei knapp nicht erreicht worden. Auch während der Exploration könne nicht sicher vom Vorliegen einer leichtgradigen depressiven Episode ausgegangen werden, eine solche werde jedoch durch die Ausführungen der Beschwerdeführerin wahrscheinlich. Sicherlich bestehe keine höhergradige depressive Episode. Die seit 15 Jahren geklagten Schmerzen an diversen Körperstellen seien im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu sehen, sofern sie nicht durch somatische Befunde begründet werden könnten. Im Zusammenhang mit der möglicherweise bestehenden einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung sei davon auszugehen, dass diese sicherlich keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, da die Beschwerdeführerin doch während Jahren in hohen Arbeitspensen arbeitsfähig gewesen sei (AB 48.1 S. 16 f.). Sowohl in der ursprünglichen Tätigkeit als ... resp. ... als auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30%. Dies, da durch die leichte depressive Symptomatik, durch die Schlafstörungen, das Grübeln und die erhöhte Ermüdbarkeit sowie durch die Schmerzen im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung Einschränkungen bestünden (AB 47.2 S. 11 f. Ziff. 4.7; vgl. auch AB 48.1 S. 18 Ziff. 8).

Aus bidisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass die psychiatrische Beurteilung der Arbeits- und Leistungseinschränkung unter Berücksichtigung der rheumatologischen Einschränkungen massgebend sei. Integral bestehe eine 30%-ige Arbeitsunfähigkeit (AB 47.2 S. 7).

3.1.4 Dr. med. F. _____ führte im – im Beschwerdeverfahren eingereichten – Bericht vom 24. August 2018 (Beschwerdebeilage [BB] 7) aus, die Beschwerdeführerin leide an verschiedenen Störungen, die sie besonders verletzlich und krisenanfällig machten und ihre Bewältigungsressourcen stark limitierten. Obwohl sie ihrem Leiden spontan kaum Ausdruck gäbe, befinde sie sich zurzeit in einem schweren depressiven Zustand mit somatischem Syndrom. Deshalb habe sie sich nunmehr für eine medika-

mentöse Behandlung mit Antidepressiva entschieden. Der behandelnde Psychiater schätzte die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf max. 50% ein unabhängig vom Tätigkeitsbereich. Mit einem Pensum von 70% wäre sie masslos überfordert und das Rückfallrisiko damit stark erhöht. Da die Beschwerdeführerin neben der depressiven Symptomatik zusätzlich an anderen chronischen Störungen leide (emotional instabile Persönlichkeitszüge, somatoforme Schmerzstörung, Verdacht auf ADHD) sei ihre Stresanfälligkeit besonders hoch und ihre Bewältigungs- und Anpassungsfähigkeit limitiert (S. 3).

3.1.5 Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 5. September 2018 (BB 6) namentlich chronische Schmerzen im Bereich des ganzen Achsenskeletts, eine ausgeprägte funktionale muskuläre Dysbalance bei genereller Dekonditionierung, einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung, eine Osteoporose und eine depressive Stimmungslage, wahrscheinlich im Rahmen einer Dysthymie. Die Beschwerdeführerin könne ihren Haushalt gemäss eigenen Angaben nur mit Mühe selbst besorgen. Knien, auf einen Stuhl oder eine Leiter Stehen oder Heben und Tragen von Lasten über 5kg seien nicht möglich. Bücken könne sie sich nur kurz. Bei der Hausarbeit müsse sie nach wenigen Minuten eine Pause einlegen. Sie könne max. 30 Minuten geradeaus gehen und eine Stunde ohne Pause sitzen. Stehen an Ort sei für 10 Minuten möglich. Die Beschwerdeführerin könne sich vorstellen, höchstens eine halbe bis eine Stunde in einem Büro zu arbeiten (S. 1 f.).

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 Die Dres. med. C._____ und D._____ haben sich in ihren ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das bidisziplinäre Gutachten vom 9. März 2018 (AB 47.2)

– samt rheumatologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen (Teil-) Gutachten vom 5. und 7. März 2018 (AB 47.1 und 48.1) – die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Auf dieses Gutachten ist – unter Vorbehalt der darin aus psychiatrischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit – abzustellen.

3.4

3.4.1 In somatischer resp. rheumatologischer Hinsicht hat Dr. med. C._____ insbesondere unter Berücksichtigung der Ergebnisse der anlässlich seiner Begutachtung erstellten bildgebenden und labortechnischen Untersuchungen (AB 47.1 S. 22 f.) einlässlich begründet, dass die Beschwerdeführerin an einer symptomatischen medial betonten Gonarthrose rechts leidet, welche eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Form einer Minderung der Belastbarkeit beider Knie bewirkt (AB 47.2 S. 6 f. Ziff. 4.1, S. 8 f. Ziff. 4.3; vgl. auch AB 47.1 S. 25 ff.). Ferner hat er

schlüssig dargelegt, dass in einer angepassten Tätigkeit, zu welcher insbesondere auch die angestammte Tätigkeit als ... oder die zuletzt verrichtete Tätigkeit als ... (ohne Abschluss) gehört, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert. In der ursprünglich erlernten, später aber nie ausgeübten Tätigkeit als ... (AB 5 S. 3 f., 48.1 S. 7), bestehe eine Leistungseinschränkung von 20% aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs (stehende Tätigkeit; AB 47.2 S. 12 und S. 14; vgl. auch AB 47.1 S. 30 Ziff. 8 und S. 36 f.). Auf diese Beurteilung ist abzustellen.

An der schlüssigen Einschätzung von Dr. med. C. _____ ändert nichts, dass Dr. med. E. _____ im Bericht vom 16. Oktober 2017 insbesondere aufgrund der geltend gemachten Knie- und Rückenbeschwerden die angestammte Tätigkeit im ... als nicht mehr zumutbar erachtet und in einer Tätigkeit im sozialen Bereich eine 60% bis 80%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert hat (AB 30 S. 5 Ziff. 1.7). Zum einen fehlt es im besagten Bericht an einer Begründung für die attestierte Arbeitsunfähigkeit. Zum anderen hat der rheumatologische Gutachter nachvollziehbar begründet, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule, der übrigen peripheren Gelenke und der Muskulatur – und damit auch die geltend gemachten Rückenbeschwerden – keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben. Diesbezüglich legte der Gutachter plausibel dar, dass die Beschwerden weder durch degenerative noch entzündliche Veränderungen zu erklären sind, sondern auf die bestehende Fibromyalgie zurückzuführen sind, welche ihrerseits im Rahmen der (aus psychiatrischer Sicht) diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung zu interpretieren ist (AB 47.2 S. 6 f. Ziff. 4.1, S. 8 f. Ziff. 4.3; vgl. auch AB 47.1 S. 25 ff.).

Auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. med. G. _____ vom 5. September 2018 (BB 6) vermag die Beurteilung von Dr. med. C. _____ nicht in Zweifel zu ziehen. Denn in diesem hat sich der Allgemeinmediziner darauf beschränkt, neben den gestellten Diagnosen einzig die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin wiederzugeben. Damit fehlt es an einer medizinisch-theoretischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, weshalb bereits deshalb nicht darauf abgestellt werden kann (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 21. Januar 2014, 8C_825/2013, E. 3.4; vom 7. Dezember 2011, 8C_180/2011, E. 6.2.3).

Elemente, die der Gutachter nicht berücksichtigt hätte, finden sich in diesem Bericht ebenfalls nicht.

Soweit die Beschwerdeführerin im Rahmen des Vorbescheid- und Beschwerdeverfahrens vorbrachte, dass bei ihr schwere Entzündungen der Gelenke festgestellt worden seien und dass der Verdacht auf eine Erkrankung des Epstein-Barr-Virus sowie auf das Pfeiffersche Drüsenfieber bestehe (AB 62 S. 1; Beschwerde S. 4 Ziff. 2), ist dies durch keinen medizinischen Bericht belegt worden. Insbesondere hat Dr. med. G. _____ im Bericht vom 5. September 2018 (BB 6) keine entsprechenden (Verdachts-) Diagnosen gestellt. Zudem handelt es sich beim durch das Epstein-Barr-Virus hervorgerufenen Pfeifferschen Drüsenfieber ohnehin um eine sehr häufige und normalerweise harmlose Viruserkrankung, die nicht ohne weiteres geeignet wäre, eine relevante Erwerbsunfähigkeit zu begründen (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 1175 f. [Stichwort: mononucleosis infectiosa]), was mangels gegenteiliger Hinweise in den Akten auch hier zu gelten hat.

Schliesslich müssen vorliegend die Ergebnisse der von Dr. med. G. _____ in Auftrag gegebene neurologischen Untersuchung (vgl. BB 5) – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 4 Ziff. 2) – nicht abgewartet werden. Der Allgemeinmediziner hat die besagte Untersuchung zur „Verifizierung der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung“ veranlasst (BB 6 S. 2), welche jedoch vom psychiatrischen Gutachter bereits bestätigt wurde (AB 47.2 S. 7 Ziff. 4.2; vgl. auch AB 48.1 S. 14 Ziff. 6 und S. 16 f.). Damit sind von der in Auftrag gegebenen neurologischen Untersuchung keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, abgesehen davon, dass auch dieser Arzt keine neurologischen Diagnosen in Betracht gezogen hat.

3.4.2 Aus psychiatrischer Sicht hat Dr. med. D. _____ unter Bezug der klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10 (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 f.) und unter Berücksichtigung der durchgeführten psychometrischen Tests (AB 48.1 S. 13 f.) plausibel begründet, dass die Beschwerdeführerin (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, und an einer somatoformen Schmerzstörung leidet (AB 47.2 S. 7 Ziff. 4.2; AB 48.1 S. 14 Ziff. 6, S. 16 f.). Darauf ist abzustellen.

Am Beweiswert des bidisziplinären Gutachtens vom 9. März 2018 (AB 47.2) ändert nichts, dass der behandelnde Psychiater im Bericht vom 6. November 2017 aufgrund einer Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt, eine vom 1. Juli bis voraussichtlich 31. Dezember 2017 dauernde, 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (AB 34 S. 2 Ziff. 1 und S. 3 Ziff. 1.6). Denn eine nachvollziehbare Begründung der gestellten Diagnose und der attestierten Arbeitsunfähigkeit fehlt in diesem Bericht. Soweit Dr. med. F. _____ im Bericht vom 24. August 2018 nunmehr einen schweren depressiven Zustand mit somatischem Syndrom diagnostiziert hat (BB 7 S. 2 f.), vermag dies die Beurteilung von Dr. med. D. _____ ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen. Denn der behandelnde Psychiater vermag keine relevanten Aspekte zu benennen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Ferner ist der Beschwerdegegnerin zuzustimmen, dass die vom behandelnden Psychiater mittels BDI-II (Beck Depression Inventory; BB 7 S. 2) festgestellte schwere Depression weitgehend auf den Angaben und der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin beruht und einzig der Überprüfung des klinischen Befunds dient (Entscheid des BGer vom 2. Dezember 2010, 8C_486/2010, E. 3.1.2). Die subjektiven Angaben der versicherten Person vermögen jedoch sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit nicht ohne Weiteres rechtsgenügend nachzuweisen, sondern es hat stets eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296). Dies hat Dr. med. F. _____ im Bericht vom 24. August 2018 jedoch nicht getan. Auch dass die Dres. med. D. _____ und F. _____ die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit unterschiedlich beurteilt haben, ist vorliegend irrelevant, da darauf aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht – wie nachfolgend dargelegt wird – ohnehin nicht abgestellt werden kann.

3.4.3 Zu klären bleibt die Relevanz der erhobenen psychischen Störungen (rezidivierende depressive Störung und somatoforme Schmerzstörung)

und dabei insbesondere die Massgeblichkeit der gutachterlich attestierten Einschränkung (vgl. E. 2.2.2 hiervor).

Bezüglich der funktionellen Auswirkungen der geklagten Schmerzen ist vorab festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin während der eineinhalb stündigen psychiatrischen Begutachtung in der Lage war, ruhig auf den Untersuchungsstuhl zu sitzen. Dabei war keinerlei Schmerzerleben von aussen erkennbar (AB 48.1 S. 18 Ziff. 7.3). Aufgrund dieser Inkonsistenzen liegt zwar noch kein Ausschlussgrund im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung vor (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. unter Hinweis auf BGE 131 V 49), jedoch weist dies auf eine geringere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde der bestehenden somatoformen Schmerzstörung hin, als sie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht worden sind.

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Zum Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ist (zudem) festzuhalten, dass gemäss psychiatrischem Gutachter eine leichte Verlaufsform der depressiven Symptomatik gegeben ist (AB 47.2 S. 6 Ziff. 4.1; 48.1 S. 16). Sodann wurden die geltend gemachten Schmerzen erheblich durch – invaliditätsfremde – psychosoziale Faktoren (Tod des Vaters und Partners) beeinflusst (vgl. insbesondere AB 48.1 S. 17). In Würdigung dieser Umstände und insbesondere auch unter Berücksichtigung der festgestellten Anzeichen für Inkonsistenzen erweisen sich die diagnoserelevanten Befunde somit nicht als sonderlich ausgeprägt. Betreffend den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass sich die Beschwerdeführerin seit September 2017 in ambulanter psychiatrischer Behandlung befindet, welche einmal pro zwei Wochen stattfindet. Zuvor war sie von 2002 bis 2005 in psychiatrischer Behandlung. Teilstationäre oder stationäre Behandlungen fanden bislang nicht statt (AB 48.1 S. 11). Damit liegen weder eine Behandlungs- noch eine Eingliederungsresistenz vor. Eine massgebende Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) besteht nicht. Der diagnostizierten Gonarthrose wurde – wie bereits dargelegt worden ist – in der angestammten Tätigkeit als ... bzw. ... (ohne Abschluss) keine Auswirkun-

gen auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt. Die Reservekapazität in Beruf und Alltag wurde zudem in somatischer Hinsicht als erhalten beurteilt (vgl. AB 47.1 S. 30 Ziff. 7.4, 47.2 S. 10 Ziff. 4.5). Es bestehen keine Hinweise darauf, dass der körperlichen Erkrankung ressourcenhemmende Wirkung beizumessen wäre (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 430; Entscheid des BGer vom 11. Januar 2019, 9C_658/2018, E. 4.3). Anhaltspunkte dafür, dass die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin ein Leistungsvermögen ausschliesse, sind nicht ersichtlich (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302). Der Komplex sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass die Beschwerdeführerin über mobilisierbare Ressourcen verfügt. Sie hat eine intakte Tagesstruktur, unterhält eine partnerschaftliche Beziehung und pflegt einen sehr guten und regelmässigen Kontakt mit ihrer Mutter. Zudem hat sie einen Kollegen, mit welchem sie elektronischen Kontakt hält (AB 48.1 S. 9 f.).

Des Weiteren sind in der Kategorie „Konsistenz“ in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) Ungleichmässigkeiten ersichtlich. Die Schilderungen der Beschwerdeführerin zu ihrem Tagesablauf und ihren sozialen Kontakten zeigen, dass die Einschränkungen sich nicht konsistent manifestieren. So hat sie zahlreiche Hobbies (fotografieren, ist kreativ und künstlerisch aktiv etc.), renoviert immer wieder gerne ihre Wohnung und Möbel, geht regelmässig zwischen zwei und vier Stunden mit ihrem Hund spazieren, führt ihren Haushalt selbstständig und erledigt das Einkaufen und die Wäsche für ihre Mutter (AB 48.1 S. 9 ff.). Der ebenfalls zur Kategorie Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) gehörende Indikator „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck“ ist ebenfalls nicht als erfüllt zu betrachten, nachdem die Beschwerdeführerin erst seit September 2017 mit niedriger Therapiefrequenz in psychiatrischer Behandlung ist und bislang weder eine teilstationäre noch eine stationäre therapeutische Option in Anspruch genommen hat (AB 48.1 S. 11).

3.4.4 Demnach lassen die zu berücksichtigenden Indikatoren nicht den Schluss auf invalidisierende Funktionseinbussen im rechtlichen Sinne zu. In der Folge ist die von Dr. med. D. _____ attestierte Arbeitsunfähigkeit als rechtlich nicht massgebend zu beurteilen, ohne dass das Administrativ-

gutachten dadurch seinen Beweiswert verliert (vgl. Entscheid des BGer vom 26. November 2018, 8C_480/2018, E. 5.2.2 mit Hinweis auf BGE 144 V 50 E. 4.3 S. 53 f.). Weil zudem die von Dr. med. C. _____ diagnostizierte Gonarthrose weder die zuletzt ausgeübte noch eine andere leidensangepasste Tätigkeit quantitativ einschränkt (vgl. E. 3.4.1 hiervor), bestehen insgesamt keine gesundheitlichen Beschwerden, die eine Erwerbsunfähigkeit zu begründen vermöchten.

3.5 Zusammenfassend ist weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen. Der Sachverhalt ist somit gestützt auf die vorliegenden Akten hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem Antrag in der Beschwerde (S. 2) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte 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).

Da keine Invalidität im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 hiervor) vorliegt, besteht kein Anspruch auf Leistungen der IV. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen.

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.

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 Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ Rechtsschutz-Versicherung AG z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.