

200 19 114 IV
SCJ/BRM/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. November 2019

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. Januar 2019



Sachverhalt:

A.

Auf Anmeldung vom 1. Mai 2010 hin und nach entsprechenden Abklärungen wurden der 1992 geborenen A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) von der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) Leistungen der Invalidenversicherung im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziffer 387 zugesprochen, namentlich für medizinische Massnahmen (Akten der IVB [act. II] 7).

Am 26. April 2012 meldete sich die Versicherte, die am 3. August 2010 eine Ausbildung als ... EFZ begonnen hatte (act. II 29 S. 2 f.), für Berufliche Integration/Rente bei der IVB an (act. II 26). Als gesundheitliche Beeinträchtigungen gab sie einen Verdacht auf symptomatische Epilepsie sowie einen Verdacht auf einfach-fokale beginnende Anfälle rechts parieto-occipital mit rascher sekundärer Generalisierung an. Die IVB holte medizinische Unterlagen (act. II 34, 38, 41, 42, 50) ein und legte diese dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme vor (act. II 43 S. 3 f., 52). Nachdem das Lehrverhältnis per Ende Juni 2012 aufgelöst worden war (vgl. act. II 43 S. 1), gewährte die IVB der Versicherten Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten (act. II 46, 47) sowie Berufsberatung (act. II 49) und übernahm die Kosten für eine berufliche Abklärung in der Abklärungsstelle C._____ in der Zeit vom 4. Februar bis 3. März 2013 (act. II 60, 62), gefolgt von einem Arbeitstraining (zur Vorbereitung auf die Ausbildung zur ... EBA ab August 2013) beim D._____ in der Zeit vom 29. April bis 14. Juli 2013 (act. II 70, 75). Am 12. Juni 2013 konnte die Versicherte einen Lehrvertrag mit dem D._____ abschliessen (act. II 76), wofür die IVB Kostengutsprache für eine erstmalige berufliche Ausbildung leistete (act. II 78).

Wegen zu häufiger Absenzen, zu deren Reduktion die Versicherte wiederholt erfolglos aufgefordert worden war (act. II 98, 107), wurde die berufliche Massnahme mit Mitteilung vom 16. Juli 2014 abgebrochen (act. II 108). Ebenso forderte die IVB die Versicherte auf, den festgestellten Cannabis-

konsum (act. II 101, 103) einzustellen (act. II 107); diesbezüglich erfolgten regelmässige Laborkontrollen.

Zur Abklärung der Eingliederungs- und Leistungsfähigkeit fand vom 26. Mai bis 3. Juli 2015 eine Arbeitsmarktlich-Medizinische Abklärung (AMA) in der Abklärungsstelle E._____, statt (act. II 137); der entsprechende Bericht wurde am 16. Juli 2015 erstattet (act. II 150 S. 5-19).

Mit Verfügung vom 20. Oktober 2015 schloss die IVB die beruflichen Eingliederungsmassnahmen – nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 157) – ab, da die Versicherte aus gesundheitlichen Gründen vorderhand keine Ausbildung beginnen könne (act. II 159).

B.

In der Folge holte die IVB weitere medizinische Berichte ein (act. II 167, 179) und unterbreitete die Akten dem RAD. Nachdem anlässlich der vom RAD empfohlenen Laborkontrollen hinsichtlich Drogenscreening und Medikamenten-Compliance eine Cannabis-Abstinenz festgestellt worden war (act. II 186), ordnete die IVB die für diesen Fall empfohlene Begutachtung an (act. II 188, 192). Die damit beauftragte MEDAS F._____ (MEDAS), stellte der IVB die zwischen Mai und Juli 2018 erstatteten Teilgutachten zusammen mit der Konsensbeurteilung vom 8. Oktober 2018 (Eingang bei der IVB: 17. Oktober 2018) zu (act. II 198.1-198.8).

Gestützt auf diese Abklärungen stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 12. November 2018 bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 10% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (act. II 199) und verfügte – nachdem die Einwandfrist unbenutzt verstrichen war – am 8. Januar 2019 dementsprechend (act. II 200).

C.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 8. Februar 2019 Beschwerde mit den Anträgen, die Ver-

fügung vom 8. Januar 2019 sei aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin ab wann rechtens eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40% zuzüglich Verzugszins zu 5% ab wann rechtens auszurichten; eventualiter sei die Beschwerdesache zu neuen resp. ergänzenden medizinischen und beruflich-konkreten Abklärungen an die IVB zurückzuweisen. Gerügt wird im Wesentlichen die nicht rechtskonforme Ermittlung des Valideneinkommens sowie, dass das Gutachten der MEDAS nicht die Anforderungen an eine Expertise mit voller Beweiskraft erfülle.

Ferner wird beantragt, eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 der Konvention vom 4. November 1950 zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; SR 0.101) durchzuführen und dem Rechtsvertreter eine Frist von mindestens 14 Tagen zur ergänzenden Beschwerdebegründung anzusetzen. Sodann wird um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt nachgesucht.

In der Beschwerdeergänzung vom 21. Februar 2019 weist die Beschwerdeführerin darauf hin, dass sie den migränebedingten Cannabiskonsum zwischenzeitlich sistiert habe, wobei die Migräne im neurologischen Teilgutachten ohne jegliche Begründung als Diagnose ohne Arbeitsrelevanz festgehalten worden sei. Diesbezüglich müsste eine erneute Begutachtung unter Cannabisabstinenz erfolgen. Ebenso seien im Gutachten die Erfassung eines möglichen Psychosyndroms resp. einer enechetischen Wesensveränderung verpasst und die Berichte der Neurologin Dr. med. H._____ vom August und Dezember 2017 im Gutachten einfach komplett ignoriert worden. Schliesslich gehe es nicht an, dass sich dem Gutachten keine retrospektive Würdigung entnehmen lasse bzw. eine solche ausdrücklich verweigert werde.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 25. März 2019 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 27. März 2019 hiess der Instruktionsrichter das – zwischenzeitlich substantiierte – Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ gut.

In der Replik vom 3. Juli 2019 nahm die Beschwerdeführerin zu einzelnen Punkten der Beschwerdeantwort Stellung.

Am 3. September 2019 stellte die Beschwerdeführerin dem Gericht einen Bericht über eine neuropsychologische Untersuchung (ambulant und stationär) durch die Psychiatrischen Dienste G._____ zu (Beschwerdebeilage [act. I] 10).

Am 23. Oktober 2019 wurde antragsgemäss eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchgeführt.

Mit prozessleitender Verfügung vom 24. Oktober 2019 wurde den Parteien das Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung und der Beschwerdegegnerin zudem die Eingabe der Beschwerdeführerin vom 3. September 2019 (inkl. Beilage) zugestellt.

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 Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 8. Januar 2019 (act. II 200). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente der IV, wobei insbesondere der Frage nachzugehen ist, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt ist.

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

2.3.1 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).

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

2.3.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters,

sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.

3.1 In Bezug auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Die Klinik I._____, in der die Versicherte vom 10. bis zum 30. April 2012 stationär behandelt wurde, hielt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mögliche symptomatische Epilepsie, Erstdiagnose 2006 (Verdacht auf einfach-fokale beginnende Anfälle rechts parieto-occipital mit rascher sekundärer Generalisierung), leichte kognitive Defizite sowie Panikattacken fest; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein Vitamin-D-Mangel. Aktuell wurde von einer Anfallszunahme sowie in der Lehre von zunehmenden Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen berichtet. Körperliche Einschränkungen bestünden nicht; die neuropsychologische Abklärung habe eine leichte bis mittelschwere kognitive Minderleistung in der geteilten Aufmerksamkeit, dem Gedächtnis und den Exekutivfunktionen ergeben. Bei der Arbeit zeige sich eine reduzierte Belastbarkeit, schwankende Aufmerksamkeit, Ablenkbarkeit und teilweise eine vorschnelle und chaotische Vorgehensweise. Die beeinträchtigte Gedächtnisleistung könne zu Lernschwierigkeiten führen, sodass die Versicherte in der Ausbildung eng betreut und begleitet sein müsse. Sie könne bei intensiver Betreuung und Begleitung ein volles Pensum leisten mit verminderter Leistungsfähigkeit; nach epileptischen Anfällen in der Nacht bestehe am Folgetag eine vermehrte Müdigkeit. Falls eine bessere medikamentöse Einstellung erfolge, fiele allenfalls eine berufliche Einschränkung weg. Für die Dauer des Klinikaufenthaltes wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (act. II 34).

3.1.2 Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, der die Versicherte seit 2004 hausärztlich betreute, führte im Bericht vom 22.

Juni 2012 unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit den Verlauf der Anfallsereignisse seit 2006 auf und bestätigte die von der Klinik I. _____ gestellten Diagnosen (vgl. E. 3.1.1 hiervor). Die Versicherte scheine die Anforderungen ihrer Lehrstelle nicht erfüllen zu können, wobei die krankheitsbedingten Abwesenheiten sowie die durch die kognitive Einschränkung bedingte Stressintoleranz eine Rolle spielten. Notwendig sei eine neurologische Betreuung mit Installation einer stabilisierenden antiepileptischen Therapie sowie eine engmaschige psychologische Betreuung zur Stabilisierung der Paniksymptomatik. Es stelle sich die Frage, ob die begonnene Lehre abgeschlossen werden könne oder ob eine Arbeit im geschützten Rahmen geeigneter/indiziert wäre (act. II 38 S. 1 f.).

3.1.3 Dr. med. K. _____, Fachärztin für Neurologie, berichtete am 23. Juli 2012, dass es aufgrund der bekannten Diagnosen (vgl. E. 3.1.1 hiervor) zu immer grösseren Schwierigkeiten am Arbeitsplatz gekommen sei, sodass die Ängste der Patientin wieder zugenommen hätten und damit auch die Arbeitsausfälle; zudem seien die epileptischen Anfälle trotz hochdosierter Medikation nicht genügend kontrolliert. Das schwierigste Problem seien die kognitiven Defizite. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht zurzeit nicht zumutbar. Die wichtigste Massnahme sei die Stressreduktion, was sich sowohl auf die psychische Verfassung und somit auch auf die Aktivität der Epilepsie positiv auswirken würde. Wichtig wäre ferner eine möglichst rasche Wiedereingliederung, allenfalls mittels Umschulung auf einen Beruf mit einem weniger komplexen Umfeld. Eine angepasste Tätigkeit (geregelte Arbeitszeiten, gut strukturierte Arbeit in ruhiger Umgebung, mehr Routinearbeiten ohne Zeitdruck) könne sie ausüben; Einschränkungen bezüglich einer solchen Tätigkeit wurden nicht angegeben (act. II 41).

3.1.4 Die Kinder- und Jugendpsychologin lic. phil. L. _____ nannte in ihrem Bericht vom August 2012 nebst der symptomatischen Epilepsie als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung. Sie berichtete anamnestisch von Lern- und Leistungsstörungen in der Schulzeit sowie erschwerter Autonomie-Entwicklung mit reaktiven Verhaltensauffälligkeiten. Nach Abbruch der Lehre nach dem 2. Lehrjahr bestehe aktuell eine psychosoziale Belastung

durch Störung der familiären Adaption sowie Aktivierung von Angst und Schuldgefühlen. Als Befunde wurden Leistungs- und Funktionsstörungen sowie psychosoziale Probleme (Berufsplanung) angegeben. Nebst den somatischen Massnahmen empfahl die Psychologin eine verhaltenstherapeutische Intervention zur Förderung der psychosozialen Entwicklung. Es bestünden kognitive Minderleistungen, Teilleistungsstörungen in Aufmerksamkeitsfunktionen, reduzierte Gedächtnisleistungen und eine Beeinträchtigung der exekutiven Funktionen. Dies wirke sich bei der Arbeit durch eine reduzierte Belastbarkeit, Merkfähigkeitsstörungen sowie einer Ängstlichkeit mit depressiver Entwicklung aus (act. II 42 S. 4 Ziff. 1.7). Die bisherige Tätigkeit sei nicht zumutbar; mittels antiepileptischer Medikation und Psychotherapie könnten die Verhaltensauffälligkeit reduziert sowie die Befindlichkeit und damit auch die Arbeitsfähigkeit verbessert werden (act. II 42 S. 4 Ziff. 1.8).

3.1.5 Nach Einsicht in die medizinischen Unterlagen erachtete der Regionale Ärztliche Dienst (RAD), Dr. med. M. _____, Fachärztin für Pädiatrie, mit der therapieresistenten Epilepsie und den kognitiven Einschränkungen einen Gesundheitsschaden als ausgewiesen, der Anspruch auf Übernahme der invaliditätsbedingten Mehrkosten der erstmaligen beruflichen Ausbildung begründe; ferner bestätigte die RAD-Ärztin die Einschätzungen der Neurologin, der Psychologin sowie des Hausarztes, dass die Weiterführung der Lehre als ... aufgrund der kognitiven Schwierigkeiten nicht zumutbar sei (Bericht vom 21. August 2012; act. II 43 S. 4).

3.1.6 Am 11. September 2012 hielt Dr. med. K. _____ fest, dass die Patientin an einer wahrscheinlich perinatalen Enzephalopathie mit neuropsychologischen Teilleistungsstörungen und einer Epilepsie, die gekoppelt mit ausgesprochenen Ängsten auftrete, leide. Wegen den damit verbundenen Defiziten habe sie ihre Lehrstelle verloren. Um die Ängste der Patientin vertieft zu bearbeiten und eine verbesserte Strukturierung sowie Planung einzuüben, sei diese zur Ergotherapie angemeldet worden; wichtig sei, der Patientin ein Bewusstsein einerseits für ihre Störungen und andererseits für ihre Fähigkeiten zu geben (act. II 50). Im Verlaufsbericht vom 27. Februar 2014 attestierte die behandelnde Neurologin bei unveränderter Diagnostik einen gebesserten Gesundheitszustand (act. II 96).

3.1.7 Eine im Rahmen der AMA veranlasste neuropsychologische Abklärung in der Praxis N._____ vom 15. Juni 2015 ergab als Diagnose eine Lernbehinderung mit begleitenden kognitiven Minderleistungen in Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen und Sprache (ICD-10: F81.9). Eine dadurch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurde nicht beschrieben (act. II 155 S. 30-36).

3.1.8 Die die Versicherte seit August 2017 behandelnde Neurologin Dr. med. H._____ hielt in ihrem Bericht vom 17. August 2017 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Epilepsie (V.a. einfachfokal beginnende Anfälle mit sekundärer Generalisierung, V.a. nicht-epileptische, funktionelle Anfälle), eine ausgeprägte emotionale Labilität mit Panikattacken sowie eine psychophysiologische Insomnie fest; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Migräne. Die Prognose hänge vom Ansprechen auf die angepasste Medikation ab. Die Arbeitsfähigkeit sei durch unvorhergesehene Ausfälle wegen Anfällen, Panikattacken, Migräne und einer reduzierten psycho-kognitiven Belastbarkeit eingeschränkt. Für die bisherige Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 40%; bei gutem Ansprechen auf die neue Medikation sei von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (act. II 167). Im Dezember 2017 gab Dr. med. H._____ an, dass die Versicherte wieder zu arbeiten begonnen habe und gehäuft Panikattacken habe, ausserdem rezidivierende epileptische Anfälle, sodass die Medikamentendosis gesteigert worden sei. Die Arbeitsfähigkeit liege je nach psychischer Verfassung bei ca. 60%. Ein Substanzmissbrauch wurde verneint. Die Prognose sei abhängig vom Ansprechen auf die Medikation, es sei aber auch eine dauerhaft eingeschränkte Arbeitsfähigkeit möglich (act. II 179).

3.1.9 Die RAD-Ärztin Dr. med. O._____, Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, fasste in ihrer Stellungnahme vom 5. Februar 2018 die gestellten Diagnosen zusammen und führte aus, dass die Arbeitsfähigkeit zurzeit mangels aktueller Befunde nicht beurteilbar sei. Zur Klärung des Status bei psychischer und Verhaltensstörung durch Cannabinoide und zur Bestimmung der Medikamenten-Compliance wurde eine einmalige Laborkontrolle im Hause empfohlen. Sollten sich dabei keine Auffälligkeiten zeigen, wäre eine neurologische, neuropsychologi-

sche und psychiatrische tridisziplinäre Begutachtung zu empfehlen (act. II 183 S. 5 f.).

Eine Laborkontrolle vom 23. Februar 2018 zeigte hinsichtlich Drogenscreening und alkoholtypischen Werten keine Pathologie (act. II 186 S. 1).

3.1.10 In der Konsensbeurteilung des polydisziplinären Gutachtens der MEDAS vom 8. Oktober 2018 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine nicht-läsionelle, therapieresistente, fokale (partielle) Epilepsie (mit/bei fokalen epileptischen Anfällen mit Bewusstseinsstörung [auch komplex-partielle Anfälle genannt], normalem MRI und unter antiepileptischer Medikation) sowie eine minimale neuropsychologische Störung festgehalten. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine Migräne, ein Nikotinkonsum ca. 6 py (ICD-10: Z72.0), ein Cannabiskonsum (ICD-10: Z72.2) und gelegentliche Panikattacken diagnostiziert. Aus psychiatrischer Sicht könne keine Störung von Krankheitswert mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Den vorliegenden Arztberichten sei eine ängstlich-vermeidende Fehlverarbeitung vor dem Hintergrund der epileptischen Erkrankung zu entnehmen, problematisch sei vor allem das resultierende Vermeidungsverhalten, was zu gehäuften Fehlzeiten am Arbeitsplatz geführt habe. Die psychopharmakologische Behandlung erscheine adäquat, eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung finde nicht statt. Die von der Versicherten beschriebenen Stimmungsschwankungen und die zwischenzeitlich auftretenden Ängste (eng korreliert mit dem Anfallsgeschehen) liessen sich nicht im Sinne einer depressiven Episode gemäss ICD-10-Kriterien subsumieren. Es hätten keine Inkonsistenzen und keine Hinweise für eine Aggravation/Simulation festgestellt werden können. Interdisziplinär bestehe – einzig bedingt durch die neuropsychologische Störung – sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 10%, wobei das im neuropsychologischen Teilgutachten definierte Zumutbarkeitsprofil gelte. Aus psychiatrischer Sicht sei eine – derzeit nicht installierte – verhaltenstherapeutische Intervention zur Stärkung der Coping-Strategien angezeigt, während aus neuropsychologischer Sicht keine Behandlungsmassnahme indiziert sei. Neurologisch bedürfe es der Weiterführung der antiepileptischen Medikation; falls die Epilepsie nicht zufriedenstellend beherrscht werden könne,

könne allenfalls eine prächirurgische Diagnostik im Hinblick auf einen entsprechenden Eingriff erfolgen (act. II 198.1 S. 8 ff.).

3.2 Die Beschwerdegegnerin stützt sich für ihren Entscheid in medizinischer Hinsicht auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 8. Oktober 2018 (act. II 198). In der Konsensbeurteilung dieses Gutachtens werden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine nicht-läsionelle, therapieresistente, fokale (partielle) Epilepsie sowie eine minimale neuropsychologische Störung angegeben (vgl. E. 3.1.10 hiavor). Die Herleitung dieser Diagnose im neurologischen Teilgutachten (vgl. act. II 1998.4 S. 13) erscheint zunächst einmal als äusserst kurz ausgefallen und lässt überdies eine einlässliche Auseinandersetzung mit den Vorakten vermissen; diese wurden nicht einmal erwähnt. Insbesondere äussert sich der neurologische Gutachter – wie in der Beschwerde zu Recht geltend gemacht wird – auch nicht zu der kurze Zeit vor der Begutachtung erfolgten Einschätzung seitens der die Versicherte seit August 2017 behandelnden Neurologin Dr. med. H. _____, die eine Arbeitsunfähigkeit von 40% bescheinigt hatte (vgl. E. 3.1.8 hievor); dass deren Berichte in der fachübergreifenden Aktenzusammenfassung aufgeführt wurden (vgl. act. II 198.2 S. 30 f.), genügt in diesem Zusammenhang jedenfalls nicht. Nicht nachvollziehbar ist sodann, wenn der neurologische Gutachter die Epilepsie unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufführt, gleichzeitig aber eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten attestiert (act. II 198.4 S. 16). Dies umso weniger, als er festhält, dass die aktuell lege artis therapierte Epilepsie weiterhin therapieresistent sei und die Beschwerdeführerin auch in Zukunft Anfälle haben werde (act. II 198.4 S. 14). Solches ist nur schwer mit einer vollständigen Arbeitsfähigkeit vereinbar. In der Konsensbeurteilung wird dann aus interdisziplinärer Sicht aufgrund der neuropsychologischen Befunde eine Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit von 10% attestiert. Dabei stellt sich einerseits die Frage, ob die diagnostisch erwähnte „minimale neuropsychologische Störung“ die Arbeitsfähigkeit überhaupt beeinflussen kann. Andererseits dient die Neuropsychologie im Sinne einer medizinischen Hilfsdisziplin als Grundlage für die neurologische und die psychiatrische Beurteilung; insofern erscheint es widersprüchlich, wenn einzig aus neuropsychologischen Gründen eine 10%ige Einschränkung der Arbeits-

fähigkeit postuliert wird, während aus Sicht der anderen fachärztlichen Disziplinen (insbesondere der Psychiatrie) – denen praxisgemäss gegenüber der Neuropsychologie ein höherer Stellenwert zukommt (vgl. SVR 2019 IV 78 S. 255; BGE 119 V 335 S. 2b bb S. 341; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 14. Oktober 2015, 8C_444/2015, E. 4.4; vgl. zum Stellenwert der Neuropsychologie auch UELI KIESER, Neuropsychologie, in KIESER/LENDFERS [Hrsg], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 173 f.; Ders., Gutachten vom 23. Dezember 2015 zu Fragen des Vorgehens bei der Bestimmung der Arbeitsfähigkeit im Sozialversicherungsrecht und zum allfälligen Beitrag der Neuropsychologie, abrufbar unter <www.neuropsych.ch>, Rubrik: Fachpersonen/Qualitätssicherung; JEAN BAPTISTE HUBER, Die Stellung der Neuropsychologie im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung, in HAVE 2019, S. 200 ff.) – von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen wird. Es fällt zudem auf, dass im neuropsychologischen Teilgutachten eine deutliche Leistungsverbesserung gegenüber den Voruntersuchungen durch die Klinik I._____ im Jahre 2012 sowie durch die Praxis N._____ im Jahre 2015 festgestellt und die damalige – heute aber nicht mehr vorhandene – Lernbehinderung retrospektiv differentialdiagnostisch im Rahmen der seinerzeit vorhandenen psychischen Belastung und dem vermehrten Anfallsleiden interpretiert wurde (act. II 198.7 S. 18 Ziff. 7.4) – was auf eine früher höhere Arbeitsunfähigkeit schliessen lässt –, um dann unter Ziff. 8 (act. II 198.7 S. 19 oben) festzuhalten, dass aus rein neuropsychologischer Sicht eine genaue Angabe über den zeitlichen Verlauf schwierig sei, da die kognitive Leistungsfähigkeit stark vom psychischen Befinden der Versicherten abhängt. Diesbezüglich wird auf das psychiatrische Fachgutachten verwiesen, welches indessen keine Arbeitsunfähigkeit ausweist. Ungeklärt bleibt damit, inwiefern sich die mit der – unbestritten vorliegenden Epilepsie – einhergehenden kognitiven Einschränkungen sowohl in der Vergangenheit als auch aktuell (allenfalls dauerhaft) auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt haben bzw. noch auswirken. Immerhin bestehen für die Annahme eines Zusammenhanges zwischen dem psychischen Befinden und der kognitiven Leistungsfähigkeit hinreichende Anhaltspunkte in den oben zusammengefassten medizinischen Berichten. Bereits in ihrem Bericht vom Bericht vom 21. August 2012 hatte die RAD-Ärztin Dr. med. M._____ in dieser Hinsicht einen Gesundheitsschaden für ausgewiesen gehalten (vgl. E. 3.1.5 hiavor), was

allerdings im Gutachten mit keinem Wort diskutiert wurde. Ebenso wenig wurde im Gutachten auf die Erkenntnisse im Rahmen der beruflichen Abklärungen und Eingliederungsmassnahmen (act. II 62, 85, 106, 130), insbesondere das Ergebnis der Abklärung in der Abklärungsstelle E._____, welche eine Leistungsfähigkeit von lediglich 35% ergeben hatte – erklärt mit der Epilepsie und der psychischen Störung (act. II 150 S. 21 unten/22 oben) – Bezug genommen sowie die beruflichen Tätigkeiten in den Jahren 2016 (60% mit zahlreichen Absenzen) bzw. 2017/2018 (vgl. act. II 198.3 S. 9 Ziff. 3.2.7) nicht gewürdigt.

Nicht überzeugend ist schliesslich, wenn der neurologische Gutachter eine retrospektive Beurteilung der potenziellen Entwicklung einer Verweistätigkeit als spekulativ bezeichnet, in der Konsensbeurteilung dann aber die Arbeitsfähigkeit retrospektiv seit jeher auf 10% festgelegt wird. Es trifft zwar zu, dass eine retrospektive Schätzung der Arbeitsfähigkeit mit gewissen Schwierigkeiten verbunden ist; fest steht jedoch – auch wenn unterschiedliche Angaben zur Ätiologie gemacht werden, wobei letztlich jedoch die Symptomatik relevant ist –, dass die Beschwerdeführerin an einer Epilepsie leidet und diese Diagnose Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat. Dies wurde auch bereits in früheren Arztberichten bescheinigt, jedoch konnten auch diesen keine verlässlichen Angaben zum Ausmass der dadurch im Verlauf bewirkten Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit entnommen werden, geschweige denn zu deren Ausmass in Verbindung der Epilepsie mit dem psychischen Befinden im Sinne einer Wechselwirkung.

3.3 Aufgrund der obigen Ausführungen zeigt sich, dass die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin und damit deren Leistungsanspruch gegenüber der Invalidenversicherung nach der derzeitigen Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden kann. Es bedarf vor allem in neurologischer und auch in psychiatrischer Hinsicht weiterer Abklärungen zur Klärung der oben aufgezeigten Widersprüche; dies schon allein deshalb, weil die kognitive Leistung der Beschwerdeführerin offenbar vom psychischen Befinden bzw. von entsprechenden Belastungsfaktoren abhängig ist, wofür das neuropsychologische Teilgutachten auf die psychiatrische Beurteilung verweist und der psychiatrische Gutachter das Vermeidungsverhalten, das zu häufigen Absenzen führe, auf die Epilepsieerkrankung zurück-

führt, sodass von einer engen Verknüpfung zwischen den Epilepsieanfällen und dem Auftreten von Angstzuständen auszugehen ist. Hinzu kommt, dass die Medikation mit Antiepileptika erhöhte Müdigkeit verursacht, was die Arbeitsfähigkeit – insbesondere nach nächtlichen Anfällen – beeinträchtigen kann, was weder in den genannten Teilgutachten noch in der Konsensbeurteilung diskutiert wurde.

Da bereits in den früheren Arztberichten die Diagnose einer sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Epilepsie gestellt wurde, wäre im vorliegenden Fall die retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von zentraler Bedeutung, zumal – wie oben erwähnt – hinreichende Hinweise dafür bestehen, dass sich die mit der Epilepsie einhergehenden kognitiven Einschränkungen permanent auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswirken. Für eine solche retrospektive Einschätzung fehlen in der Chronologie zwar zwei Jahre wegen eines Aufenthalts der Beschwerdeführerin in Pakistan, indessen geben – nebst den medizinischen Vorakten – die im Rahmen der beruflichen Eingliederungsmassnahmen unternommenen Abklärungen konkrete Hinweise auf die festgestellten Einschränkungen. Diese müssen durch weitere medizinische Abklärungen verifiziert werden, wofür sich die Verwaltung einerseits an die seinerzeit behandelnde Dr. med. K. _____ zu wenden haben wird, damit sich diese – aufgrund ihrer echtzeitlichen Aufzeichnungen in der Krankengeschichte – nochmals konkret zu den im Verlauf bestehenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit äussere, und die IVB wird andererseits geeignete Untersuchungen, d.h. eine erneute neurologische Begutachtung, sowie weitere Abklärungen zur Beurteilung der psychiatrischen Einschränkungen unter Berücksichtigung der eng mit der Epilepsie verknüpften neuropsychologischen, insbesondere kognitiven Defizite, zu veranlassen haben. Auf dieser Grundlage wird eine retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit möglich sein. Insofern besteht keine Beweislosigkeit. Erst aufgrund der Ergebnisse der zu treffenden ergänzenden Abklärungen wird schliesslich auch beurteilt werden können, auf welcher Grundlage die Invaliditätsbemessung zu erfolgen hat, namentlich ob eine Frühinvalidität nach Art. 26 IVV vorliegt und die Invalidität dementsprechend zu bemessen ist oder nicht.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 8. Januar 2019 (act. II 200) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache im Sinne des Eventualantrags an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese – nach Einholung der erwähnten echtzeitlichen Aufzeichnungen der Krankengeschichte – eine versicherungsexterne neurologische sowie psychiatrische (Neu-)Begutachtung der Beschwerdeführerin veranlasse und anschliessend über deren Rentenanspruch neu verfüge. Weil die Expertisen der Dres. med. P._____ und Q._____ punktuell mangelbehaftet sind und die Auswirkungen der engen Verknüpfung zwischen der Epilepsie sowie den kognitiven Einschränkungen, insbesondere auch im zeitlichen Verlauf, gutachterlich völlig ungeklärt geblieben sind, ist es nicht am Gericht, sondern vorab an der Verwaltung, in Nachachtung der Untersuchungsmaxime das Erforderliche nachzuholen. Bei dieser Ausgangslage steht die Rechtsprechung gemäss BGE 137 V 210 einer Rückweisung nicht entgegen, zumal eine solche auch dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin entspricht.

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 werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.—, der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

Angesichts ihres Obsiegens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der mit der – gerade noch angemessenen – Kostennote von Rechtsanwalt B._____ vom 23. Oktober 2019 geltend gemachten Parteikosten. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin dementspre-

chend eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 5'476.35 (inkl. Auslagen und MWSt) zu bezahlen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 8. Januar 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.— werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 5'476.35 (inkl. Auslagen und MWSt), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt lic. iur. 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.