

200 22 103 IV
FUE/FRN/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Mai 2022

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsanwältin C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. Januar 2022



Sachverhalt:

A.

Die 1987 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ..., von 1. September 2008 bis 31. Oktober 2010 in einem 80 %-Pensum in der ... erwerbstätig gewesen, meldete sich im April 2010 unter Hinweis auf Rückenbeschwerden sowie chronisches Asthma bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2, 10, 20.1 S. 29). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) führte medizinische und erwerbliche Abklärungen durch und verneinte mit Verfügung vom 18. Mai 2011 (act. II 19) den Anspruch auf berufliche Massnahmen.

Im Juli 2019, nunmehr ab 1. Juli 2014 in einem 80%-Pensum bzw. ab Ende Februar 2019 in einem 40%-Pensum als ... bei der D._____ (act. II 87.1 S. 62, S. 29) und danach seit 19. April 2021 in einem 40 %-Pensum bei der E._____ AG angestellt gewesen, meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf "starke Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, bei der Konzentration, wie 'Blitzschläge' im Kopf, schnell überfordert/Stress, Durchfall" erneut zum Leistungsbezug an (act. II 20.1 S. 21 ff., 21; Akten der IV [act. IIA] 144 S. 2, 159). Die IVB tätigte wiederum medizinische und erwerbliche Erhebungen und gewährte Frühinterventionsmassnahmen (act. II 69) sowie Arbeitsvermittlung (act. II 73, 96). Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. IIA 112) holte sie ein bidisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Neurologie und Neuropsychologie ein (Experten und interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 2. und 28. Mai 2021 [act. IIA 133.1, 131.1-131.2]). Mit Vorbescheid vom 4. Juni 2021 stellte die IVB die Ablehnung des Rentenbegehrens in Aussicht (act. IIA 135). Am 1. Juli 2021 erhob die Versicherte, vertreten durch den B._____, Rechtsanwältin C._____, Einwand (act. IIA 141, 143). Nach Rücksprache mit dem RAD (act. IIA 147) sowie Einholung einer Stellungnahme des neurologischen Gutachters vom 5. November 2021 (act. IIA 150) und erneutem Vorbescheidverfahren (act. IIA 151 ff.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 12. Januar 2022 einen Rentenanspruch bei einem IV-Grad von 16 % (Status: Erwerb 80 %, Aufgabenbereich 20 %; act. IIA 156).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwältin C. _____, mit Eingabe vom 11. Februar 2022 Beschwerde mit folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung vom 12. Januar 2022 sei aufzuheben und es sei eine Invalidenrente zuzusprechen.
2. Eventualiter: Es sei der medizinische Sachverhalt angemessen abzuklären und auf dessen Grundlage der Rentenanspruch neu zu prüfen.
-unter Kosten- und Entschädigungsfolge-

Am 22. Februar 2022 ging beim Gericht eine Eingabe der Beschwerdeführerin samt Beilage ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. März 2022 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 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 12. Januar 2022 (act. IIA 156). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 12. Januar 2022 (act. IIA 156), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühest mögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind, so sieht die IV-Revision denn auch keinen speziellen gesetzlichen Revisionsgrund per Januar 2022 vor (vgl. auch Ziff. 9100 f. des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 144 V 195 E. 4.2 S. 198).

2.2 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).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss aArt. 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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Für die Bestimmung des IV-Grades 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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Mit Verfügung vom 18. Mai 2011 (act. II 19) verneinte die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf berufliche Massnahmen mit der Begründung, nebst dem Asthma bronchiale liege kein IV-relevanter Gesundheitsschaden vor. Ob mit dieser Verfügung auch der Rentenanspruch rechtskräftig abgelehnt wurde (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 6. September 2018, 9C_682/2017, E. 4.1) bzw. ob es sich in formeller Hinsicht beim Gesuch vom Juli 2019 (act. II 20.1 S. 26 ff.) um eine Neu- oder Erstanmeldung handelt (die Beschwerdegegnerin hat das Gesuch soweit erkennbar wie eine Erstanmeldung behandelt), kann vorliegend offenbleiben, denn selbst im Falle einer Qualifikation als Neuanmeldung ist die Verwaltung darauf eingetreten, womit das Eintreten nicht zu prüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

3.2 Zum Gesundheitszustand resp. zur Arbeitsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.2.1 Im neuropsychologischen Bericht der Klinik F._____ vom 12. August 2019 (act. II 45) wurden eine mittelschwere neuropsychologische Störung (ICD-10: F06.9) mit Vigilanz, Belastbarkeitsminderung mit Leistungsabfall nach kognitiver Anstrengung, exekutive und mnestiche Teilfunktionen und Fatigue diagnostiziert und dargelegt, die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der deutlichen Belastbarkeitsminderung eingeschränkt (S. 4).

3.2.2 Im psychiatrischen-neurologischen Gutachten der Begutachtungsstelle G._____ zu Handen der Taggeldversicherung vom 16. Oktober 2019 (act. II 61.2) diagnostizierten die Ärzte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere eine idiopathische Hypersomnie (ICD-10: G47.1) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicheren (ängstlich-vermeidenden) und abhängigen (asthenischen) Anteilen (ICD-10: Z73.1; S. 23). Im Rahmen der Untersuchung habe

die geklagte Fatigue-Symptomatik nicht wirklich objektiviert werden können, insbesondere hätten sich keine Hinweise auf eine Störung der Vigilanz ergeben. In den vorliegenden Berichten sei aber immer wieder von einer vermehrten Tagesschläfrigkeit die Rede. Aktuell verneine die Beschwerdeführerin eine wesentliche Tagesschläfrigkeit. In der bisherigen Tätigkeit als ... bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (S. 24). Aufgrund der Fatigue-Symptomatik und eingeschränkter kognitiver Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit sei sie bei allen Tätigkeiten mit geistigen Anforderungen eingeschränkt. In Tätigkeiten einfacher geistiger Natur bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit (S. 25).

3.2.3 Die Ärzte der psychiatrischen Dienste H._____ führten im Bericht vom 9. März 2020 (act. II 100 16 ff.) aus, die Ursache der bestehenden Tagesmüdigkeit (und weniger Tagesschläfrigkeit) sowie der nachlassenden kognitiven Leistungsfähigkeit unter Belastung müsse vorerst unklar bleiben. Hinweise für eine Narkolepsie lägen keine vor, denkbar wäre noch eine idiopathische Hypersomnie. Gegen diese Diagnose spreche das grundsätzlich gute Erwachen der Beschwerdeführerin morgens ohne Schlaftrunkenheit (S. 16). Ob die anatomischen cerebralen Veränderungen im Zusammenhang mit den kognitiven Einschränkungen stünden, müsse offen gelassen werden. Eine nicht organische Ursache der Tagesmüdigkeit wäre durchaus denkbar. Auch die grosse Diskrepanz zwischen der subjektiven Schlafneigung und dem MSLT (multipler Schlaflatenz-Test) mit hervorragenden Kompensationsmechanismen im WMT (Maintenance of Wakefulness Test) würde zu einer nicht organischen Ursache passen (S. 17).

3.2.4 Die Ärzte des Zentrums I._____ des Spitals J._____ diagnostizierten im Bericht vom 30. April 2020 (act. II 100 S. 10) ein Schlaf-Apnoe-Syndrom sowie eine exzessive Müdigkeit. Die subjektive Tagesschläfrigkeit habe mittels MSLT nicht objektiviert werden können. Die Fehlerzunahme während der Vigilanztestung, der Alpha-Schlaf sowie der erhöhte Inaktivitätsindex wiesen auf eine nichtorganische Komponente hin. Eine zentrale Hypersomnie sei bei fehlendem REM-Schlaf im MSLT unwahrscheinlich.

3.2.5 Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 2. Mai 2021 (act. IIA 133.1) diagnostizierte Dipl.-Psych. K._____, Fachpsychologin für Neu-

ropsychologie FSP, eine in ihrer Ausprägung nicht-authentische neuropsychologische Störung mit / bei Leistungsverzerrung unbekannter Ursache (S. 10). In der Untersuchung vom 10. Februar 2021 hätten keine validen Befunde festgehalten werden können, d.h. die erhaltenen Testwerte mit vereinzelt bis zu schwer defizitären Leistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, mnestiche Funktionen, Exekutivfunktionen, Visuo-Konstruktion und Kulturtechniken seien nur eingeschränkt glaubwürdig (S. 9). Bei nicht gegebener Validität der Befunde könne die Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht nicht beurteilt werden (S. 10).

Im neurologischen/schlafmedizinischen Teilgutachten vom 28. Mai 2021 (act. IIA 131.1) diagnostizierte Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurologie mit privatrechtlicher Weiterbildung in Schlafmedizin (SGSSC), mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine nicht organische Hypersomnie (ICD-10: F51.1) sowie eine partielle Rhombencephalosynapsis mit hypoplastischer hinterer Schädelgrube und Windungsanomalie (Stenogyrie) der Gyri temporales transversi rechts (S. 9). Der Facharzt führte aus, aus schlafmedizinischer Sicht sei eine organische Hypersomnie eher unwahrscheinlich (S. 10). Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, wobei sie auf der Epworth Schläfrigkeitsskala einen stark pathologischen Wert mit 18/24 Punkten angebe, und den objektivierbaren Untersuchungsbefunden in den Vigilanztests, welche normale Ergebnisse zeigten (S. 10 f.). Das Vorliegen einer Narkolepsie sei sehr unwahrscheinlich. Es stelle sich nun die Frage, inwiefern die Hirnmissbildung die vermehrte Müdigkeit und die Schläfrigkeit begründen könnte. Die Beschwerdeführerin sei längere Zeit in einem Pensum von 80 % arbeitsfähig gewesen. Die massive Verschlechterung ihrer Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit im Laufe der letzten drei bis vier Jahre sei alleine durch die Hirnfehlbildung schwierig erklärbar. Als Hypothese könne postuliert werden, dass aufgrund der Hirnmissbildung gewisse neuropsychologische Einschränkungen vorlägen, die in Belastungssituationen zu einer Dekompensation in Form vermehrter Müdigkeit führe (S. 11 f.). Weiter könne davon ausgegangen werden, dass eine klinisch manifeste Epilepsie nicht vorliege. In der bisherigen Tätigkeit als ... betrage die Arbeitsfähigkeit seit Kindheit 80 %. Es könne keine Tätigkeit definiert werde,

bei der die Beschwerdeführerin eine bessere Arbeitsfähigkeit erzielen könnte (S. 13 f.).

In der Konsensbeurteilung vom 18. Mai 2021 (act. IIA 131.2) attestierten die Gutachter eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 80 % (S. 2 Ziff. 4.7).

3.2.6 Die Ärzte des Zentrums I. _____ führten am 18. Juni 2021 (act. IIA 143 S. 6 f.) zum neurologischen Gutachten vom 28. Mai 2021 aus, die berichteten langen Hauptruhephasen von 10-11 Stunden hätten sie mehrfach aktigraphisch dokumentieren können. Der durchgeführte MSLT sei mit einer Einschlaf latenz von 10.2 Minuten formal knapp normwertig, allerdings schlafe die Beschwerdeführerin bei jedem Versuch ein und erreiche in allen vier Durchgängen das Schlafstadium 2, was eindeutig für eine klinische Beeinträchtigung der zentralnervösen Wachhaltesysteme im Sinne einer zentralen Hypersomnie spreche (S. 6). In der aktuellen Lebenssituation sei ein Arbeitspensum von maximal 40 % realistisch (S. 7).

3.2.7 In der Stellungnahme vom 5. November 2021 (act. IIA 150) hielt der Gutachter Dr. med. L. _____ zu den Ausführungen der Ärzte des Zentrums I. _____ vom 18. Juni 2021 fest, anlässlich einer schlafmedizinischen Erstabklärung im Jahr 2018 hätten sich aktigraphisch normale nächtliche Ruhezeiten mit einer durchschnittlichen Dauer von 8.5 Stunden gezeigt und erst bei der Zweituntersuchung vom 30. April 2020 habe aktigraphisch eine langdauernde Ruhezeit dokumentiert werden können. Es finde sich in den umfassenden Stellungnahmen der Anwältin, der Eltern und der Beschwerdeführerin keine Erklärung dafür, dass in der neuropsychologischen Untersuchung bei Dipl.-Psych. K. _____ keine validierbaren neuropsychologischen Befunde hätten erhoben werden können (S. 1). Zusammengefasst gingen aus den vorliegenden Berichten keine neuen Informationen hervor, welche zu einer anderen Einschätzung führen würden (S. 2).

3.2.8 In der Stellungnahme vom 10. Dezember 2021 (act. IIA 154 S. 3 f.) legten die Ärzte des Zentrums I. _____ dar, das vom Gutachter erwähnte Kriterium der Einschlaf latenz von mehr als acht Minuten im MSLT nach den Diagnosekriterien der International Classification of Sleep Disorders

(ICSD-3) sei richtig, allerdings sei alternativ zum MSLT-Kriterium auch eine lange Schlafzeit von 660 Min/24 h erlaubt, ein Kriterium welches die Beschwerdeführerin erfülle. Die Kritik des Dr. med. L. _____, wonach Ruhezeiten nicht mit Schlaf gleichgesetzt werden könnten, sei ebenfalls korrekt, allerdings sei das Dokumentieren dieses Kriteriums mit Hilfe von Aktigraphie und Schlaftagebuch dem Standard entsprechend. Sie erachteten weiterhin ein Arbeitspensum von 40 % als realistisch.

3.2.9 Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im beschwerdeweise eingereichten Bericht der psychiatrischen Dienste H. _____ vom 25. Januar 2022 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4) fest, seit 2020 habe die Einstellung auf ein Psychostimulans bei bekannter idiopathischer Hypersomnie im Vordergrund gestanden. Die neuropsychologische Funktionsstörung führe dazu, dass es der Beschwerdeführerin nur schwer gelinge, gut adaptiv mit Herausforderungen umzugehen. Das Zusammenspiel dieser beiden Faktoren schränke die Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt deutlich ein. Eine genaue Festlegung der Arbeitsfähigkeit von seiner Seite her sei nur bedingt gut möglich. Er würde sich am ehesten an die Einschätzung der neurologischen Klinik des Spitals J. _____ anlehnen (S. 24).

3.3 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. Ausschlag-

gebend 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).

Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3).

3.4 Das neurologisch-neuropsychologische Gutachten vom 2. und 28. Mai 2021 (act. IIA 131.1-131.2, 133.1) samt Stellungnahme vom 5. November 2021 (act. IIA 150) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen und überzeugt. Insbesondere basieren die Beurteilungen auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt dem Gutachten grundsätzlich, d.h. was die neuropsychologisch-neurologisch/schlafmedizinische Beurteilung betrifft (vgl. indes E. 3.4.5 hernach), voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.4.1 Der neurologisch/schlafmedizinische Gutachter Dr. med. L. _____ legte nachvollziehbar und einleuchtend dar, dass aus schlafmedizinischer Sicht eine organische Hypersomnie eher unwahrscheinlich (und damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt) ist. Er begründete dies in überzeugender Weise zum einen damit, dass im Fall eines Zusammenhangs zwischen der Hypersomnie mit der vorliegenden cerebra-

len Fehlbildung davon auszugehen wäre, dass die Hypersomnie bereits im Rahmen der schlafmedizinischen Erstabklärung 2018 vorhanden gewesen und nicht erst bei der Abklärung im Frühjahr 2020 aktigraphisch dokumentiert worden wäre. Zum anderen spreche gegen das Vorliegen einer organisch bedingten Hypersomnie auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin über mehrere Jahre mit einem Pensum von 80 % habe arbeiten können und sie aktuell berichte, bereits mit einem Pensum von 40 % deutlich überfordert zu sein. Diese Verschlechterung innerhalb der letzten Jahre spreche gegen eine organische Hypersomnie, welche im Zusammenhang mit der cerebralen Fehlbildung stehe. Anderweitige organische Ursachen konnten – so der Gutachter – aufgrund der durchgeführten schlafmedizinischen Abklärungen im nicht festgestellt werden (act. IIA 131 S. 10). Schlüssig legte er ferner dar, dass in den stattgehabten Untersuchungen nie ein relevant erhöhter Schlafdruck objektiviert werden konnte und dass das Vorliegen einer Narkolepsie sehr unwahrscheinlich ist (act. IIA 131 S. 11 oben). Der Gutachter wies sodann auf die bemerkenswerte Befundkonstellation hin, wonach die Beschwerdeführerin bei der Polysomnographie vom 21. April 2020 sehr schlecht schlief und dabei lediglich eine Schlafeffizienz von 59 % erreichte und die Gesamtschlafzeit fünf Stunden betrug, die am Folgetag durchgeführten Vigilanztests indes einen normalen Befund ergaben. Dies kontrastiere mit der Annahme, dass bei Personen, die unter einer Hypersomnie litten, nach einer derart schlecht verlaufenen Nacht der Schlafdruck erhöht wäre. Laut dem Gutachter berichteten gerade Hypersomnie-Patienten, dass sie überall schlafen könnten. Speziell Patienten mit idiopathischer Hypersomnie zeigten üblicherweise in den Schlaflaboruntersuchungen eine sehr hohe Schlafeffizienz. Auch die Angabe der Beschwerdeführerin, am Morgen spontan und ohne Wecker aufzuwachen, mithin die fehlende Schlaftrunkenheit am Morgen, spreche gegen das Vorliegen einer idiopathischen Hypersomnie. Diese gutachterliche Beurteilung steht im Einklang mit jener der neuropsychiatrischen Schlafsprechstunde der psychiatrischen Dienste H._____ gemäss Bericht vom 9. März 2020, in dem Zweifel an der Diagnose einer idiopathischen Hypersomnie geäussert bzw. eine nicht organische Ursache der Tagesmüdigkeit als durchaus denkbar bezeichnet wurde (act. IIA 100 S. 16 i.f.). Auch den Darlegungen des Gutachters, wonach die diagnostischen Kriterien einer idiopathischen Hypersomnie gemäss der American Academy of Sleep Medici-

ne bei einer durchschnittlichen Einschlafzeit von jeweils über acht Minuten nicht erfüllt seien (act. IIA 131 S. 11), kann gefolgt werden und wurden von den behandelnden Fachärzten insoweit denn auch als zutreffend anerkannt (vgl. act. IIA 154 S. 3). Gefolgt werden kann auch seinen Ausführungen, dass sich die massive Verschlechterung der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Laufe der letzten drei bis vier Jahre kaum alleine durch die Hirnfehlbildung erklären lässt bzw. dass aufgrund dieser – als Hypothese – gewisse neuropsychologische Einschränkungen postuliert werden können und dies in Belastungssituationen zu einer Dekompensation in Form von vermehrter Müdigkeit führt. Allerdings gingen die beklagten Einschränkungen im Ausmass deutlich über eine derartige vermehrte Müdigkeit hinaus (act. IIA 131.1 S. 12 oben). Schlüssig und mit der Aktenlage im Einklang ist auch die Beurteilung des Experten, wonach die festgestellten elektroenzephalographischen Auffälligkeiten durch die congenitale Fehlbildung des Gehirns erklärt werden können, hingegen eine klinisch manifeste Epilepsie nicht vorliegt (act. IIA 131.1 S. 13 Ziff. 7.4).

3.4.2 Des Weiteren überzeugt der Schluss der Dipl.- Psych. K. _____ im Teilgutachten vom 2. Mai 2021, die in der neuropsychologischen Begutachtung vom 10. Februar 2021 gezeigten Leistungen entsprechen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht der tatsächlichen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin bzw. sei in der Gesamtschau von selbstlimitierendem Verhalten auszugehen. Sie begründete dies schlüssig mit Auffälligkeiten in beiden durchgeführten Performanzvalidierungsverfahren (namentlich im verbalen Verfahren wurden Leistungen verzeichnet, die am ehesten denen von Personen mit majorer Depression, fortgeschrittener Demenz und Simulanten entsprechen), einzelnen eingebetteten Validierungsfaktoren sowie Diskrepanzen zwischen den klinischen Beobachtungen und den Testergebnissen (u.a. klinisch keine verminderte Wortflüssigkeit, in der Testung hingegen schon; Fragen zu einem Text konnten nicht beantwortet werden, eine komplexe, schriftlich präsentierte Instruktion wurde hingegen problemlos und auf Anhieb verstanden). In dieses Bild nicht valider Testergebnisse passt, dass – wie die Expertin ausführte – in der neuropsychologischen Untersuchung vom 12. August 2019 in der Klinik F. _____, im Gegensatz zur aktuellen Untersuchung, die Leistungen in der geteilten

Aufmerksamkeit, der verbalen Lern- und Merkfähigkeit und der nonverbalen visuellen räumlichen Merkfähigkeit regelrecht ausfielen. Schliesslich leuchtet ein, dass aufgrund des Umstands, dass bei der Testung von 2019 keine Performanz- und Beschwerdevalidierungsverfahren eingesetzt wurden, auch dort die Möglichkeit bestand, dass die diagnostizierte mittelgradige neuropsychologische Störung nicht dem tatsächlichen Leistungsvermögen entsprach (act. IIA 133.1 S. 9).

3.4.3 Die Stellungnahmen des Zentrums I. _____ vom 18. Juni und 10. Dezember 2021 (act. IIA 143 S. 6 f., 154 S. 3 f.) vermögen den Beweiswert des Administrativgutachtens nicht zu erschüttern. Die Beurteilung der Ärzte des Zentrums I. _____, die Beschwerdeführerin habe in allen vier Durchgängen das Schlafstadium 2 erreicht, was "eindeutig für eine klinische Beeinträchtigung der zentralnervösen Wachhaltesysteme im Sinne einer zentralen Hypersomnie" spreche (act. IIA 143 S. 6), hat der neurologische Gutachter als "arbiträr" bezeichnet mit der Begründung, das habe keinen Niederschlag in den bekannten Richtlinien zur Diagnosestellung und Beurteilung schlafmedizinischer Diagnosen gefunden. Beim Schlafstadium N2 handle es sich nach wie vor um oberflächlichen Schlaf, bemerkenswert wäre allenfalls das Erreichen des Tiefschlafs (act. IIA 150 S. 1). Darauf kann abgestellt werden, denn Gegenteiliges in dem Sinne, dass das Erreichen des Schlafstadiums 2 – entgegen dem Gutachter – anerkanntes Kriterium für die Diagnosestellung einer zentralen Hypersomnie wäre, legten die behandelnden Ärzte in ihrer weiteren Stellungnahme vom 10. Dezember 2021 nicht dar. Abgesehen davon scheint die Befundlage keineswegs "eindeutig" (act. IIA 143 S. 6) gewesen zu sein, interpretierten die Ärzte derselben Institution die im April 2020 mittels Polysomnographie, MSLT und Aktigraphie (act. II 100 S. 10 ff.) erhobenen Befunde noch diametral anders, hielten sie im Bericht vom 30. April 2020 doch fest, eine zentrale Hypersomnie sei bei fehlendem REM-Schlaf im MSLT "unwahrscheinlich" (act. II 100 S. 10). Was das (nebst der Einschlaf latenz) alternative Diagnosekriterium einer Ruhezeit von 11 oder mehr Stunden pro 24 Stunden betrifft (vgl. act. IIA 154 S. 5), welches die Ärzte des Zentrums I. _____ als mehrfach aktigraphisch dokumentiert bezeichneten (act. IIA 143 S. 6), wies der neurologische Gutachter zutreffend darauf hin, dass bei der schlafmedizinischen Erstabklärung vom September 2018 aktigraphisch – weitgehend

übereinstimmend mit dem Patientenprotokoll – normale nächtliche Ruhezeiten mit einer durchschnittlichen Dauer von 8.5 Stunden festgestellt wurden (act. IIA 150 S. 1, II 61.3 S. 25). Erst bei der Zweitabklärung vom April 2020 wurde eine langdauernde Ruhezeit dokumentiert, wobei die Aktigraphie unbestrittenermassen (act. IIA 154 S. 3) keine Auskunft darüber gibt, ob die Beschwerdeführerin tatsächlich geschlafen hat (act. IIA 150 S. 1). Diese sich diametral widersprechenden Befunde, die wie dargelegt, ohnehin nur bedingt aussagekräftig sind, sind für sich allein nicht geeignet, Zweifel an der gutachterlichen Diagnosestellung zu wecken. Soweit sich die Ärzte des Zentrums I. _____ auf die neuropsychologische Testung in der Klinik F. _____ beriefen, um ihre Diagnosestellung zu begründen, kann dieser Testung bereits aufgrund der fehlenden Performanz- und Beschwerdevalidierungsverfahren kein Beweiswert zuerkannt werden, umso weniger, als in der gutachterlichen Testung von selbstlimitierendem Verhalten auszugehen war (act. IIA 133.1 S. 9). Auch eine "sichtbare Belastbarkeitsminderung" bzw. einen "Leistungsabfall nach kognitiver Anstrengung" (act. IIA 143 S. 6) konnten weder die neuropsychologische Gutachterin noch der neurologische Gutachter feststellen, obschon die entsprechenden Untersuchungen am Vor- und Nachmittag desselben Tags stattfanden (act. IIA 133.1 S. 7 lit. F; 131.1 S. 8 Ziff. 4.1 und S. 12 Ziff. 7.3, wonach eine augenscheinliche Ermüdung nicht aufgefallen sei bzw. sich keine Hinweise auf eine vorzeitige Ermüdung oder Vigilanzschwankungen ergaben, obwohl die Beschwerdeführerin am Vormittag vor der Untersuchung eine ausführliche neuropsychologische Testung hatte). Ferner gaben die Ärzte des Zentrums I. _____ an, dass sie den Darstellungen der Beschwerdeführerin und ihrer Eltern einer deutlich eingeschränkten Belastbarkeit Glauben schenkten (act. IIA 154 S. 3), was in der Natur des Behandlungsauftrags des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes liegt, jedoch nicht ausreicht, um ein Administrativgutachten in Frage zu stellen (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3; vgl. E. 3.3. hiervor).

3.4.4 Die Beschwerdeführerin beruft sich sodann auf den zu Händen der Arbeitslosenversicherung erstellten Bericht AMM Ermittlung der Arbeitsmarktfähigkeit, ..., vom 10. Dezember 2020 (Beschwerde S. 7 Ziff. 24 f.), der den Gutachtern bekannt war (act. IIA 131.1 S. 6). Dass die Experten diesem Bericht zu wenig Rechnung getragen hätten, ist nicht ersichtlich.

Überdies beruhte der Bericht – in dem nebst hoher Arbeitsbereitschaft und Leistungsmotivation auch "Schonungsverhalten und Muster von erlernter Hilfslosigkeit" konstatiert wurden (act. IIA 116 S. 4) – allein auf berufspraktischen Beobachtungen (an der Massnahme war kein Arzt beteiligt und die von der Beschwerdegegnerin getätigten medizinischen Abklärungen wurden nicht einbezogen), welche in erster Linie die subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben (Entscheid des BGer vom 16. März 2017, 9C_646/2016, E. 4.2.2).

3.4.5 Nach dem Dargelegten ist gestützt auf das neurologisch-neuropsychologische Gutachten vom 2. und 28. Mai 2021 (act. IIA 131.1-131.2, 133.1) erstellt, dass die Beschwerdeführerin an einer Gehirnmissbildung im Sinne einer partiellen Rhombencephalosynapsis mit hypoplastischer hinterer Schädelgrube und Windungsanomalie (Stenogyrie) der Gyri temporales transversi rechts leidet (act. IIA 131.1 S. 9), die möglicherweise zu einer 20%igen Einschränkung aufgrund einer raschen Ermüdbarkeit bei konzentriertem Arbeiten aufgrund von kognitiven Einschränkungen führt, und aus schlafmedizinischer und neurologischer Sicht keine organische Ursache des vermehrten Ruhebedürfnisses der Beschwerdeführerin besteht. Insoweit, d.h. dass sich keine organische Ursache für das vermehrte Schlafbedürfnis findet, kann der gestellten Diagnose einer nichtorganischen Hypersomnie (ICD-10: F51.1) gefolgt werden. Jedoch handelt es sich bei der gestellten Diagnose einer nichtorganischen Hypersomnie – weil als F-Diagnose codiert – um eine fachfremde (psychiatrische) Diagnose, wozu der Neurologe nicht befähigt ist. Ob auch aus fachpsychiatrischer Sicht diese (oder eine andere) Diagnose gestellt und daraus allenfalls auf eine Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden kann, lässt sich aufgrund der Akten nicht beantworten. Insbesondere lässt sich insoweit nichts aus dem psychiatrisch-neurologischen Gutachten zu Händen der Taggeldversicherung vom 16. Oktober 2019 entnehmen, gingen die damaligen Gutachter – was angesichts des beweiskräftigen neurologisch-neuropsychologischen Gutachtens vom 2. bzw. 28. Mai 2021 in keiner Weise überzeugt – doch von einer idiopathischen Hypersomnie (G47.1) und damit von einem somatischen Geschehen aus (act. II 61.2 S. 23 Ziff. 6). Eine psychiatrische Abklärung hat die Beschwerdegegnerin bis dato nicht veranlasst, auch nach Kenntnis, dass die Administrativgutachter eine organische Ursache des

vermehrten Ruhebedürfnisses der Beschwerdeführerin ausschlossen, hingegen eine psychiatrische Diagnose postulierten. Mithin ist der medizinische Sachverhalt, was die psychiatrische Disziplin betrifft, unzureichend abgeklärt. Die Beschwerde ist deshalb gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine psychiatrische Begutachtung veranlasse und anschliessend über den Rentenanspruch neu verfüge. Da es um die Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage geht, ist die Rückweisung zulässig (BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100, 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264; SVR 2016 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.1).

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

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

4.2.1 Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Parteikostenersatz bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen sowie Rechtsschutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbänden aufgrund eines allgemeingültigen pauschalisierten Stundenansatzes festgesetzt, welcher im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert wird. Der Stundenansatz wird je nach fachlicher Qualifikation der Vertretung festgelegt, wobei als fachlich qualifizierte Vertretung diejenige durch Juristinnen und Juristen sowie durch eidgenössisch diplomierte Sozialversiche-

rungsexpertinnen und -experten gilt. Als fachlich nicht qualifizierte Vertretung gelten alle übrigen Parteivertreterinnen und -vertreter (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter www.justice.be.ch). Im Falle der Vertretung durch eine gemeinnützig tätige Rechtsberatungsstelle im Sinne der Rechtsprechung (BGE 135 I 1 E. 7.4.1 S. 4) wird der Stundenansatz bei einer fachlich qualifizierten Vertretung auf Fr. 130.-- und bei einer fachlich nicht qualifizierten Vertretung auf Fr. 80.-- festgelegt.

4.2.2 Die Kostennote von Rechtsanwältin C._____ vom 28. Februar 2022 ist nicht zu beanstanden. Entsprechend dem geltend gemachten Aufwand von 9.75 Stunden wird die Parteientschädigung von Rechtsanwältin C._____ auf Fr. 1'267.50 (9.75 h x Fr. 130.--), zuzüglich Fr. 85.-- Auslagen und Fr. 104.10 Mehrwertsteuer (MWST), somit auf total Fr. 1'456.60, festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 12. Januar 2022 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie - nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen - neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'456.60 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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