

200 23 738 IV
KOJ/BRO/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. Februar 2024

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. September 2023



Sachverhalt:

A.

Die 1970 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Juli 2022 unter Hinweis auf eine regelmässige Medikamenteneinnahme bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB nahm medizinische sowie erwerbliche Abklärungen vor und gewährte mit Mitteilung vom 4. Oktober 2022 (AB 22) Unterstützung beim Erhalt des bisherigen Arbeitsplatzes. Nachdem sie die Akten dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung vorgelegt hatte (AB 27), stellte die IVB mit Vorbescheid vom 16. Juni 2023 (AB 44) die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 49 S. 1) holte die IVB eine Stellungnahme beim RAD ein (AB 51) und verfügte am 26. September 2023 dem Vorbescheid entsprechend (AB 52).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 23. Oktober 2023 (Postaufgabe) Beschwerde und beantragte sinngemäss, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien ihr Leistungen der Invalidenversicherung zuzusprechen.

Am 6. November 2023 ging eine Eingabe vom Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. B. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, beim Gericht ein, welche den Parteien gleichentags zur Kenntnisnahme zugestellt wurde.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. November 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die 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 26. September 2023 (AB 52). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere eine Rente.

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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 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).

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden

können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

3.1.1 Aufgrund intermittierend auftretendem Taubheitsgefühl, Ameisenlaufen und Schmerzen an sämtlichen Fingern erfolgte am 28. Dezember 2021 eine elektroneurographische Untersuchung. Die Ärzte des Spitals C. _____ erläuterten im Bericht vom 29. Dezember 2021 (AB 45 S. 29 f.), elektroneurographisch hätten beidseits deutliche Schädigungen des Nervus medianus im Gebiet des Carpaltunnels und mässiggradige Läsionen des Nervus ulnaris am Ellbogen objektiviert werden können (S. 30) und stellten die Diagnosen Carpaltunnel-Syndrome beidseits, deutlichen Grades, und Cubitaltunnel-Syndrome beidseits, mässigen Grades (S. 29).

3.1.2 Nachdem die Beschwerdeführerin wegen intermittierenden Palpitationen und Unwohlsein im Spital D. _____ vorstellig geworden war, wurde sie vom 5. bis 9. Februar 2022 hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 24. Februar 2022 (AB 19.2 S. 5 ff.) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 5):

1. Linksführende kardiale Dekompensation bei tachykarder & hypertensiver Kardiopathie
 - paroxysmales, aktuell tachykardes Vorhofflimmern
 - ED 12/2014
 - CHA₂DS₂-VASc-Score 4 Pkt (02/2022), unter Xarelto 20 mg
 - TTE vom 21.06.2018: LVEF 55-60 %. Konzentrische LV-Hypertrophie. Normale diastolische Funktion. Leichte MI, TI und PI
 - 25.07.2018 Koronar-CT: Minime exzentrische Kalzifizierung in der RCX ohne Lungeneinengung mit Kalzium-Score von 1
 - 28.09.2018 Koronarangiographie: Sekundäre pulmonale Hypertonie (mean 28 mmHg, syst. 40 mmHg; PCW 19 mmHg)
- aktuell:
- 05.02.2022 EKG: tachykardes VHF (HF 137/min)
 - 05.02.2022 Rx-Thorax: Kardiomegalie mit interstitiellem Lungenödem

- 07.02.2022 Bedside-Echo: Mittelschwer reduzierte LVEF 35 % bei diffuser Hypokinesie evt. i.R. des tachykarden VHF (HF 145/min)
- Therapie
- 07.02.2022 Start Cordarone
 - 08.02.2022 Erfolgreiche EKV
2. Mittelschweres Schlafapnoe-Syndrom mit Verdacht auf Hypoventilationssyndrom
 3. Metabolisches Syndrom
 - arterielle Hypertonie unter Therapie
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Dyslipidämie
 - Adipositas, BMI 35.6 kg/m², anamnestisch Gewichtszunahme von 11 kg seit 2014
 4. Anamnestisch gastrooesophagealer Reflux

3.1.3 Im Bericht vom 7. April 2022 (AB 19.2 S. 8 f.) führte Dr. med. B._____ aus, bei seiner Patientin liege noch eine erhebliche Leistungsintoleranz vor. Bereits nach kleiner Anstrengung sei sie vollkommen erschöpft und müsse sich ausruhen. Sie könne zwischenzeitlich etwas Hausarbeiten durchführen, den Rest mache ihr Ehemann (S. 8).

3.1.4 Bei persistierender Müdigkeit sowie verminderter Leistungsfähigkeit wurden auf der Kardiologie des Spitals E._____ weitere Abklärungen getätigt und eine Ablation als sinnvoll erachtet (AB 23 S. 30 ff.). Am 29. August 2022 wurde diese durchgeführt (AB 23 S. 18). Im Austrittsbericht vom 30. August 2022 (AB 23 S. 23 ff.) legten die Ärzte des Spitals E._____ dar, der postinterventionelle Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet und die Patientin sei hämodynamisch stabil. Sie habe beschwerdefrei nach Hause entlassen werden können (S. 24).

Bei Sepsis im Rahmen einer Salmonellen-Enteritis und akuter Nierenschädigung erfolgte vom 21. bis 26. September 2022 eine weitere stationäre Behandlung im Spital E._____ (AB 23 S. 2 ff.).

3.1.5 Im Bericht vom 14. Oktober 2022 (AB 43 S. 25 f.) führte Dr. med. B._____ aus, seit der Dekompensation im Februar 2022 gehe es der Patientin deutlich besser. Zwischenzeitlich sei auch die Ablation vorgenommen worden. Aktuell habe kein Vorhofflimmern mehr nachgewiesen werden können. Die Patientin habe sich jedoch noch nicht vollständig erholt. Am 21. September 2022 sei es zu einer Sepsis bei Salmonellen-Enteritis gekommen, was den Zustand wieder verschlechtert habe. Im Hei-

lungsverlauf würden keine anderen Faktoren eine Rolle spielen (S. 25). Die Patientin befinde sich zurzeit in Rekonvaleszenz. Er gehe davon aus, dass sie danach die Arbeit wieder langsam aufnehmen werde (S. 26 Ziff. 3.2).

3.1.6 In der RAD-Beurteilung vom 31. Oktober 2022 (AB 27 S. 3 ff.) erläuterte Dr. med. F. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Hämatologie, das somatische Hauptproblem sei ein seit 2014 bekanntes intermittierendes Vorhofflimmern mit Rezidiv im Februar 2022 mit damals Auftreten einer linksbetonten Herzinsuffizienz mit subjektiv Palpitationen, Hitzegefühl und Müdigkeit und objektiv eingeschränkter linksventrikulärer Herzfunktion. Nach erfolgter Elektrokonversion am 8. Februar 2022 sei es jedoch zu einer vollständigen Regredienz der Beschwerden und im Verlaufe bei rhythmologischer Abklärung im April 2022 und bei Eintritt zur Ablation am 29. August 2022 zu einem persistierenden Sinusrhythmus und echokardiographisch zu einer normalen linksventrikulären Funktion gekommen (S. 4). Der im Dossier dokumentierte Verlauf sei rein kardiologisch nachvollziehbar. Nicht ganz nachvollziehbar seien aber die persistierenden nach Kardioversion angegebenen deutlichen Beschwerden und Einschränkungen. Diese würden zudem lediglich teilweise angegeben. Trotz fehlender Dokumentation sei es möglich, dass zwischen den ärztlichen Kontrollen auch nach erfolgreicher Konversion in einen Sinusrhythmus bis zur Ablation am 30. August 2022 im Rahmen eines erneuten Vorhofflimmerns Beschwerden aufgetreten seien. Allerdings erscheine eine dauerhafte starke Leistungsintoleranz mit persistierender 100%iger Arbeitsunfähigkeit – und nicht lediglich einer höchstens kurzdauernden intermittierenden Leistungsminderung – bei nachgewiesenem normalem kardialem Rhythmus und Normalisierung der linksventrikulären Herzfunktion objektiv zumindest ab dem 20. April 2022 wenig wahrscheinlich. Damit erscheine auch eine signifikante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab diesem Zeitpunkt wenig wahrscheinlich. Versicherungsmedizinisch könne somit eine passagere Arbeitsunfähigkeit ab Hospitalisation vom 5. Februar 2022 bis maximal 19. April 2022 angenommen werden. Danach habe in einer angepassten Tätigkeit wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit ohne signifikante Leistungsminderung bestanden. Aufgrund des durch den Arbeitgeber beschriebenen Profils handle es sich bei der bisherigen Tätigkeit weitgehend um eine angepasste Tätigkeit, sofern das zumutbare Leistungsprofil conse-

quent eingehalten werden könne, was wahrscheinlich zumindest überwiegend der Fall sein sollte. Zumutbar seien bis zumindest mittelschwere wechselbelastende oder überwiegend sitzende Tätigkeiten. Solche Tätigkeiten seien ganztags über 8.5 Stunden ohne Leistungsminderung zumutbar. Zu vermeiden seien bei persistierender Antikoagulation Tätigkeiten mit Absturzgefahr, wie solche in grosser Höhe, auf Leitern oder Gerüsten sowie weitere Tätigkeiten mit möglicher Eigengefährdung und Verletzungsgefahr (z.B. Führen von Fahrzeugen, Baumaschinen, Kontrolltätigkeiten und Überwachungstätigkeiten), wobei letztere im Sinne von Vermeiden von Tätigkeiten mit erhöhter Anforderung an die Aufmerksamkeit zudem bei Diabetes mellitus mit Gefahr von Hypoglykämien sowie bei möglicherweise unbehandeltem Schlafapnoesyndrom auch wegen Fremdgefährdung unterlassen werden sollten (S. 5).

3.1.7 Im Bericht vom 15. März 2023 (AB 43 S. 252 f.) führte der Hausarzt Dr. med. B. _____ aus, seit seiner letzten Berichterstattung vom 14. Oktober 2022 sei es nur zu einer leichten Besserung des Allgemeinzustandes gekommen. Die Patientin berichte nach wie vor über eine ausgeprägte Leistungsintoleranz und Müdigkeit (S. 252 Ziff. 1). Klinisch ergäben sich keine neuen Befunde. Ein Blutbild sowie die Entzündungswerte vom 12. Dezember 2022 seien unauffällig gewesen (S. 252 Ziff. 2). Bis Ende November 2022 sei die Patientin voll arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 1. Dezember 2022 bestehe eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 253 Ziff. 5).

3.1.8 In der versicherungsmedizinischen Beurteilung zu Handen der Taggeldversicherung der Beschwerdeführerin vom 30. März 2022 gelangte Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zum Schluss, die von den Behandlern attestierte Höhe der Arbeitsunfähigkeit sei nach Anpassung des Arbeitsplatzes nicht nachvollziehbar. In einer leichten körperlichen wechselbelastenden Tätigkeit ohne langes Stehen und Gehen bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (AB 43 S. 254).

3.1.9 Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Pneumologie, legte im Bericht vom 10. Juni 2023 (AB 45 S. 2 ff.) dar, die respiratorische Polygraphie habe eine mittelschwere, in Rückenlage aggravierte obstruktive Schlafapnoe nachgewiesen. Bei symptomatischer

Schlafapnoe und kardiovaskulärer Risikokonstellation bestehe die Indikation zum APAP-Therapieversuch (S. 3).

3.1.10 Im Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 29. Juni 2023 (AB 45 S. 1) erläuterte Dr. med. B._____, es liege eine lange Vorgeschichte vor. Bereits im Jahr 2014 sei erstmals ein paroxysmales symptomatisches tachykardes Vorhofflimmern aufgetreten. Im Februar 2022 sei es schliesslich zu einer linksführenden kardialen Dekompensation gekommen, was eine viertägige Hospitalisation erfordert habe. Im Weiteren liege ein metabolisches Syndrom vor mit arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II sowie einer Dyslipidämie. Von der genannten kardialen Dekompensation habe sich die Patientin nie richtig erholt. Am 21. September 2022 sei es zudem zu einer Salmonellen-Enteritis-Sepsis gekommen, die wiederum eine fünftägige Hospitalisation im Spital E._____ notwendig gemacht habe. Im Weiteren liege ein mittelschweres Schlafapnoesyndrom vor. Hier seien weitere Kontrollen vorgesehen.

3.1.11 In der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 15. September 2023 (AB 51 S. 3 ff.) nahm die RAD-Ärztin Dr. med. F._____ zum Einwand der Beschwerdeführerin (AB 49 S. 1) wie folgt Stellung: Weder die Hypertonie noch die Hypotonie hätten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und die Einschränkungen im Zusammenhang mit dem Diabetes seien lediglich qualitativ und im Leistungsprofil vom 31. Januar (recte wohl: Oktober) 2022 berücksichtigt. Anders als im Einwand behauptet, habe Dr. med. H._____ keine Schlafstörungen bestätigt. Er beschreibe einzig eine vermehrte Tagesmüdigkeit bei nicht erholsamem Schlaf trotz Fehlen einer Ein- oder Durchschlafstörung. Dies erscheine für ein unbehandeltes Schlafapnoesyndrom passend/typisch. Weitere Müdigkeitsursachen seien bereits zuvor durch den Hausarzt ausgeschlossen worden. Tagesmüdigkeit könne wohl einschränkend sein und sei im vorliegenden Fall mit hoher Wahrscheinlichkeit im Rahmen der Schlafapnoe anzusehen. Allerdings sei die Behandlung eines Schlafapnoesyndroms mit wahrscheinlichem Therapieerfolg klar empfohlen und indiziert. Aktenanamnestisch sei die Diagnose eines Schlafapnoesyndroms bereits 2019 gestellt worden. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb nicht bereits damals eine APAP-Therapie erfolgt sei. Dass erst mehrere Jahre später trotz an-

geblich subjektiv stark limitierender Tagesmüdigkeit eine erneute Abklärung erfolgt sei und eine Therapie geplant werde, entspreche einer signifikanten Inkonsistenz zwischen angegebenen Beschwerden und Inanspruchnahme von medizinischer Therapie und Abklärungen. Im Zusammenhang mit der Herzkrankheit sei die Beschwerdeführerin Anfang 2022 lediglich vorübergehend eingeschränkt gewesen. Seit der Konversion in einen Sinusrhythmus im Februar 2022 mit anschliessender medikamentöser Therapie und späterer Ablation bei Vorhofflimmern am 30. August 2022 werde stets ein normaler Herzrhythmus beschrieben, womit zumindest ab dem 20. April 2022 wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit angenommen werden könne. Relevante Kopfschmerzen seien erstmals im Einwand genannt worden und würden auch in den medizinischen Berichten nicht erwähnt. Bei vollständigem Fehlen von Abklärungen und vor allem bei Fehlen jeglicher Medikation im Sinne von notwendigen Schmerzmedikamenten seien signifikante Einschränkungen durch Kopfschmerzen mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen. Auch in Bezug auf die geschwollenen Beine seien keine medizinischen Berichte hinsichtlich derer Ursache vorliegend. Allerdings seien dadurch per se keine signifikanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit gemäss dem Leistungsprofil abzuleiten. Soweit im Einwand auf vorgesehene Operationen an den Handgelenken im Zusammenhang mit einer Venenverengung verwiesen werde, sei anzumerken, dass im Dezember 2021 keine Gefäss-, sondern Nervenprobleme im Bereich der Handgelenke im Sinne eines Carpal-tunnelsyndroms beidseits diagnostiziert worden seien. Bei frühzeitiger Operation dieser Pathologien bestehe eine gute Prognose. Postoperativ sei mit einer vier- bis maximal achtwöchigen Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. Danach seien keine Einschränkungen mehr zu erwarten. Im Übrigen seien die geltend gemachten Einschränkungen wenig plausibel, da offensichtlich über fast zwei Jahre keine Durchführung der empfohlenen Eingriffe erfolgt sei, was einer deutlichen Inkonsistenz zwischen geltend gemachter Einschränkung und Inanspruchnahme einer zumeist erfolgreichen Therapie entspreche. Kongruent zu dieser Inkonsistenz sei, dass die Problematik in den hausärztlichen Berichten nie erwähnt werde. In Bezug auf die Nebenwirkungen der Medikamente sei sodann zu beachten, dass die meisten der von der Beschwerdeführerin eingenommenen Medikamente nicht zu Müdigkeit führten. Aufgrund der Gesamtsituation mit im Vordergrund stehen-

dem Schlafapnoesyndrom als Ursache für die Müdigkeit seien allfällige Medikamentennebenwirkungen als im Hintergrund stehend zu beurteilen (AB 51 S. 3 f.). Demnach führe das initiale somatische Hauptproblem eines intermittierenden Vorhofflimmerns zu keinen Einschränkungen mehr. Auch die übrigen überwiegend vorbekannten Diagnosen und das zwar vorbestehende, jedoch erst jetzt aktenkundige Carpaltunnelsyndrom beidseits und die beklagten Beschwerden ergäben keine quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und qualitative Einschränkungen ergäben sich lediglich aufgrund der persistierenden Antikoagulation, des Diabetes mellitus und des noch insuffizient behandelten Schlafapnoesyndroms, wobei sich diese teilweise überlappten und bereits im Leistungsprofil vom 31. Oktober 2022 berücksichtigt worden seien (S. 7). Soweit aufgrund der Akten beurteilbar, bestehe keine signifikante Änderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur letzten RAD-Beurteilung. Die inzwischen klare Diagnose eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms sei wohl mit hoher Wahrscheinlichkeit für den überwiegenden Teil der persistierenden Beschwerden verantwortlich, jedoch behandelbar und ohne Einfluss auf das bereits am 31. Oktober 2022 formulierte Leistungsprofil (S. 8 unten). Insgesamt würden keine neuen Tatsachen geltend gemacht, welche auf die Beurteilung des Leistungsanspruchs Einfluss hätten. Eine Tätigkeit gemäss dem am 31. Oktober 2022 formulierten Leistungsprofil sei der Beschwerdeführerin (ab 20. April 2022 [S. 7]) uneingeschränkt zumutbar. Die angestammte Tätigkeit sei ihr lediglich noch dahingehend zumutbar, als dass dabei das Leistungsprofil konsequent eingehalten werde (S. 9).

3.1.12 Im Schreiben ans Verwaltungsgericht vom 30. Oktober 2023 (in den Gerichtsakten) legte der Hausarzt Dr. med. B. _____ dar, nach der Hospitalisation im Februar 2022 sei es trotz mehrmaliger Anpassung der medikamentösen Behandlung nicht zu einer vollständigen Erholung des Zustandes gekommen. Die Patientin leide bis heute unter einer deutlich erhöhten Leistungsintoleranz, einer raschen Ermüdbarkeit und einer generellen Adynamie unklarer Ursache. Es seien alle medizinisch möglichen Ursachen ausgeschlossen worden. Die Situation bleibe bis heute unklar. Bei der vorliegenden Situation handle es sich nicht um eine klassische Diagnose, die einer klaren Erkrankung zugeschrieben werden könne. Diese Tatsache mache es der Beschwerdegegnerin natürlich leicht, hier einen

negativen Bescheid auszusprechen. Sie wähne sich auf der richtigen Seite. Phänomenologisch stehe es aber ausser Zweifel, dass die Patientin leide, nicht zu mehr Leistung fähig sei und auf keinen Fall simulierte.

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).

3.2.1 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).

3.2.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur ge-

ringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubüberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

3.2.3 Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.3

3.3.1 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2023 (AB 52) massgeblich auf die RAD-Aktenbeurteilungen vom 31. Oktober 2022 (AB 27 S. 3 ff.) und vom 15. September 2023 (AB 51 S. 3 ff.). Diese erfüllen die höchstrichterlichen Beweisanforderungen an Aktenberichte (vgl. E. 3.2.1 ff. hiervor) und überzeugen. Dass die RAD-Ärztin keine klinische Exploration der Beschwerdeführerin durchführte, ist nicht zu beanstanden, konnte sie sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. E. 3.2.3 hiervor). Die in den Beurteilungen enthaltenen Feststellungen und Ausführungen sind denn auch in sorgfältiger Würdigung der Berichte der behandelnden Ärzte sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Gestützt darauf hat die RAD-Ärztin die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die dar-

aus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und dessen Verlauf sowie zur medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet dargestellt.

Im Rahmen der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nahm die RAD-Ärztin zu jeder im Einwand der Beschwerdeführerin (AB 49 S. 1) genannten Diagnose Stellung und zeigte sorgfältig und schlüssig auf, weshalb diese zu keinen signifikanten andauernden Leistungseinschränkungen führen (AB 51 S. 3 f.). Insbesondere überzeugt, dass das anfängliche Hauptproblem eines Vorhofflimmerns Anfang Februar 2022 nur vorübergehend zu einer massgebenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führte (AB 51 S. 4 Ziff. 4). Nachdem das Vorhofflimmern während der Hospitalisation im Februar 2022 in einen Sinusrhythmus konvertiert werden konnte (AB 19.2 S. 6), in der Folge ein normaler kardialer Rhythmus nachgewiesen wurde (AB 23 S. 31) und weitere Herzrhythmusstörungen nicht dokumentiert sind (vgl. auch AB 43 S. 25), sind persistierende Einschränkungen nicht plausibel. Auch in Zusammenhang mit den im Einwand erstmals genannten Kopfschmerzen und den geschwollenen Beinen (AB 49 S. 1) wurden massgebende Leistungseinschränkungen zu Recht verneint (AB 51 S. 4 Ziff. 5 f.). Insbesondere erwähnten die behandelnden Ärzte in ihren Berichten weder entsprechende Symptome noch diesbezügliche Behandlungen, was jedoch zu erwarten gewesen wäre, würden tatsächlich leistungsmindernde Beschwerden bestehen. Was sodann die vorgetragene Müdigkeit (AB 49 S. 1) betrifft, ist zu betonen, dass Dr. med. H. _____ – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (AB 49 S. 1) – keine Schlafstörungen diagnostizierte (AB 45 S. 2 f.), worauf die RAD-Ärztin berechtigterweise hinwies. Vielmehr stimmt deren Einschätzung, wonach die Müdigkeit im Rahmen des Schlafapnoesyndroms zu sehen sei (AB 51 S. 3 Ziff. 3), insoweit mit der Beurteilung des Hausarztes überein, als dieser ein mögliches Schlafapnoesyndrom als mögliche Ursache für die persistierende Leistungsintoleranz erwähnte (AB 43 S. 253). In diesem Zusammenhang verwies die RAD-Ärztin sodann korrekterweise auf die gute Behandelbarkeit des Schlafapnoesyndroms und die Inkonsistenzen zwischen den angegebenen Beschwerden und der Inanspruchnahme medizinischer Therapien und Abklärungen (AB 51 S. 3 f. Ziff. 3). Überdies überzeugt, dass dem bereits

2019 diagnostizierten beidseitigen Carpaltunnelsyndrom keine massgebende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde mit der Begründung, der empfohlene Eingriff sei seit fast zwei Jahren nicht erfolgt, was einer deutlichen Inkonsistenz zwischen geltend gemachter Einschränkung und Inanspruchnahme einer zumeist erfolgreichen Therapie entspreche, und die Handgelenkbeschwerden würden dementsprechend auch in keinem der Berichte des Hausarztes erwähnt (AB 51 S. 4 Ziff. 7). Insgesamt liegt demnach keine Diagnose vor, welche die von der Beschwerdeführerin beklagten Leistungseinschränkungen ab 20. April 2022 erklären könnte. Angesichts der nachvollziehbaren RAD-ärztlichen Feststellungen zum Gesundheitszustand überzeugt auch das RAD-ärztlich formulierte und von Dr. med. G._____ weitgehend bestätigte Leistungsprofil (vgl. E. 3.1.6 und 3.1.8 hiervor). Daran ändert die ins Feld geführte bevorstehende Operation an den Handgelenken nichts (AB 49 S. 1; Beschwerde), da diese – wie von der RAD-Ärztin zu Recht erkannt (AB 51 S. 4 Ziff. 7) – lediglich zu einer Arbeitsunfähigkeit von wenigen Wochen führen würde und im Übrigen den Sachverhalt nach Erlass der angefochtenen Verfügung betrifft (vgl. dazu BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213).

Beim obgenannten Leistungsprofil ist sodann nicht zu beanstanden, dass die RAD-Ärztin die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin als ... (AB 11 S. 3 Ziff. 2.2) weitgehend als zumutbar erachtete (vgl. AB 27 S. 5 und S. 6 Ziff. 2), bestätigte doch auch der Arbeitgeber, dass die von der RAD-Ärztin formulierten Leistungseinschränkungen einer Wiedereingliederung grundsätzlich nicht im Wege stünden (AB 31). Zudem begründete die RAD-Ärztin die qualitativen Leistungseinschränkungen neben der persistierenden Antikoagulation einzig mit den Diagnosen eines Diabetes mellitus sowie eines insuffizient behandelten Schlafapnoesyndroms (AB 51 S. 7). Diese Krankheiten bestanden bereits vor der Dekompensation im Februar 2022 (vgl. AB 19.2 S. 5, 45 S. 2) und führten offenbar nicht zu massgebenden Einschränkungen in der bisherigen Tätigkeit als

3.3.2 Die Berichte des Hausarztes Dr. med. B._____ (AB 19.2 S. 8 f., 43 S. 25 f., 43 S. 252 f., 45 S. 1; Schreiben an das Verwaltungsgericht vom 30. Oktober 2023 [in den Gerichtsakten]) vermögen keine Zweifel an den RAD-Beurteilungen zu wecken. Insbesondere nennt er kein medizinisches

Korrelat für die beklagte Leistungseinschränkung, sondern bestätigt in seinem Schreiben vom 30. Oktober 2023 (in den Gerichtsakten) vielmehr, dass bei der Beschwerdeführerin keine (klassische) Diagnose vorliege respektive die Einschränkungen keiner klaren Erkrankung zugeschrieben werden könnten (S. 1 unten). Überdies informierte er die Beschwerdegegnerin bereits im Frühjahr 2023 darüber, dass es aus medizinischer Sicht keinen Grund gebe, weshalb die Beschwerdeführerin nicht wieder arbeiten könne, denn medizinisch sei sie gut eingestellt. Hinderlich für das Steigern des Pensums seien das massive Übergewicht, die fehlenden Deutschkenntnisse und der Verdacht des Analphabetismus (Aktennotiz vom 28. März 2023; AB 39). Demnach stellt er bei der Beurteilung, wonach sie nicht mehr leisten könne, als sie es bereits tue (vgl. Schreiben vom 30. Oktober 2023 S. 2 [in den Gerichtsakten]), offenkundig unbesehen auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ab, ohne dies mit objektiven Befunden nachvollziehbar zu untermauern. Zu seinen Feststellungen im Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 29. Juni 2023 (AB 45 S. 1) sowie im Schreiben an das Verwaltungsgericht vom 30. Oktober 2023 (in den Gerichtsakten), dass es nicht zu einer vollständigen Erholung gekommen sei, ist ausserdem zu erwähnen, dass eine solche mit Blick auf das RAD-ärztliche Leistungsprofil – in welchem funktionelle Einschränkungen mitberücksichtigt sind (AB 27 S. 5, 51 S. 8) – nicht vorausgesetzt wird. Im Übrigen ist bezüglich der Berichte des Dr. med. B. _____ auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Hinzu kommt vorliegend, dass es im Schreiben vom 30. Oktober 2023 (in den Gerichtsakten) nicht nur an Objektivität mangelt, vielmehr setzt der Hausarzt sich damit ausserhalb seiner engeren ärztlichen Tätigkeit advokatorisch für die Beschwerdeführerin ein. Damit kommt seinen Ausführungen von vornherein allein begrenzter Beweiswert zu (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 6. Juni 2018, 8C_79/2018, E. 4.2).

3.3.3 Zusammenfassend bilden die Beurteilungen der RAD-Ärztin vom 31. Oktober 2022 (AB 27 S. 3 ff.) und vom 15. September 2023 (AB 51 S. 3 ff.) eine zuverlässige Grundlage für den zu beurteilenden medizini-

schen Sachverhalt. Weitere medizinische Abklärungen erweisen sich als nicht erforderlich, da hiervon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

3.4 Gestützt auf die beweiskräftigen RAD-Beurteilungen (AB 27 S. 3 ff., 51 S. 3 ff.) ist der Beschwerdeführerin spätestens ab dem 20. April 2022 – und demnach auch im Zeitpunkt der IV-Anmeldung im Juli 2022 (AB 1) – ihre angestammte Tätigkeit als ... ohne signifikante Leistungsminderung wieder zumutbar. Insgesamt liegt damit keine Invalidität im Rechtssinne vor (vgl. E. 2.1 hiervor), weshalb die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere keinen Anspruch auf eine Rente, hat. Die angefochtene Verfügung vom 26. September 2023 (AB 52) ist folglich nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

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.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

4.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - 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.