

# **BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2018 644 vom 17. Juli 2018**

BE Verwaltungsgericht, 2018-07-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be\\_verwaltungsgericht\\_200\\_2018\\_644](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2018_644)

FR: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2018 644 du 17 juillet 2018

IT: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2018 644 del 17 luglio 2018

## **Regeste**

Verfügung vom 17. Juli 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom

### **E. 1.2**

Angefochten ist die Verfügung vom 17. Juli 2018 (act. II 144). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

### **E. 1.3**

Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG)

### **E. 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 Erwerbs-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 6 unfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.2 Für die Bestimmung des

Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). 2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 2.4 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). 2.5 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

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 7 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). 2.6 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 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). 2.7 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. Den Akten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen: 3.1 Im Bericht des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 24. September 2014 (act. II 34/1 - 3) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt:

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 8  
Chronische Gangstörung mit/bei: ■ klinisch: Paraspastik, cerebellärem Syndrom mit Ataxie und Okulomotorikstörung mit Down-Beat-Nystagmus ■ ätiologisch: unklar, a.e. residuell alkohol-toxisch ■ leichten bis mittelschweren Lern- und Abrufstörungen, leichter exekutiver Funktionsschwäche (verbale Ideenproduktion, Handlungsplanung) bei ansonsten durchschnittlichem Leistungsprofil Bekannte Migräne ohne Aura Rezidivierende depressive Störung Es wurde festgehalten, im Vergleich zu entsprechenden Alters- und Bildungsnormen bestünden materialunspezifische leichte bis mittelschwere Gedächtnisstörungen und leichte exekutive Funktionsschwächen (verbale Ideenproduktion, Handlungsplanung) bei ansonsten durchschnittlichem Leistungsprofil. Insbesondere zeigten sich unauffällige Aufmerksamkeitsleistungen. Auf der Verhaltensebene imponierte die erhöhte Antwortlatenz und die phasenweise auftretende Antriebsschwäche. Die aktuellen Gedächtnisstörungen seien nicht durch die Depression und die im MR darstellbaren kleinvolumigen cerebellären Läsionen im PICA-Stromgebiet erklärbar. Weiter könnten auch aufgrund der vorliegenden Unterlagen andere wichtige Ursachen für solche Gedächtnisstörungen (z.B. bilateraler Thalamusinfarkt, Hypoxie) ausgeschlossen werden. Unter Berücksichtigung der Anamnese seien diese am ehesten alkohol-toxisch oder allenfalls auch degenerativ (das Alter wäre dafür jedoch untypisch) zu erklären. Zur Überprüfung einer allfälligen Progredienz werde eine Verlaufsuntersuchung in einem Jahr empfohlen. Aufgrund der feststellbaren Gedächtnisstörungen dürfte eine Arbeitsaufnahme im angestammten Beruf kaum möglich sein. Eine ihren Gedächtniseinschränkungen angepasste Tätigkeit (z.B. Routearbeiten) sollte möglich sein, was jedoch praktisch im Rahmen von IV-Massnahmen erprobt werden müsste. Im weiteren sei natürlich dringend die Alkoholabstinenz einzuhalten, da dadurch Verbesserungen der Leistungsfähigkeit zu erwarten seien. 3.2 Im Zusammenhang mit dem Belastbarkeitstraining vom 1. Juni bis 23. August 2015 in der Stiftung D.\_\_\_\_\_ wurde im Bericht vom 8. September 2015 (act. II 50) angegeben, die Beschwerdeführerin habe das vereinbarte Mindestpensum von zwei Stunden pro Tag geleistet. Es sei mittels ärztlicher Krankschreibung ein Unterbruch von gut einer Woche erfolgt.

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 9  
Während der Präsenz habe die Beschwerdeführerin mit regulärer Quantität und Qualität gearbeitet. Sie habe das Pensum nicht, wie vorgesehen, steigern können. Aufgrund der Rückmeldungen der Beschwerdeführerin sowie der Einschätzung der behandelnden Psychiaterin sei offensichtlich geworden, dass sich bereits die Mindestbelastung von zwei Stunden pro Tag zulasten des gesundheitlichen Wohlbefindens ausgewirkt habe (Übelkeit, Schwächeeinbruch, erhöhte Schmerzen, zeitweilige Krankschreibung). Die Beschwerdeführerin habe reguläre Schlüsselkompetenzen und eine hohe Motivation sowie Leistungsbereitschaft gezeigt. Eine berufliche Eingliederung könne zurzeit, aufgrund der gesundheitlichen Verminderungen, nicht weiterverfolgt werden. Das Mindestpensum habe die Beschwerdeführerin während neun von zwölf Wochen aufrechterhalten können, das Pensum habe nicht gesteigert werden können und die Stabilität in der Gesundheit habe nicht erreicht werden können. Die von der Beschwerdeführerin erlebten körperlichen Symptome deckten sich mit der Einschätzung der behandelnden Psychiaterin. Die leistungsmindernden Faktoren seien daher invaliditätsbezogen. Es seien keine nicht invaliditätsbezogenen Ursachen für die Leistungsminderung bekannt. Die Vermittelbarkeit sei nicht gegeben. Die Beschwerdeführerin sei zum heutigen Zeitpunkt nicht in der Lage, eine verwertbare Arbeitsfähigkeit zu erlangen. 3.3 Im Zusammenhang mit dem Aufenthalt

in der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 1. November 2016 bis 31. Januar 2017 wurden im entsprechenden Austrittsbericht vom 7. Februar 2017 (act. II 103) die folgenden Diagnosen nach ICD-10 aufgeführt: 1. Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig in beschützender Umgebung abstinent, F10.21 ■ anamnestisch abstinent seit 5/14 2. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, F33.0 3. Leichtes cerebelläres Syndrom (Spital I. \_\_\_\_\_ 11/14) ■ klinisch: Blickrichtungsnystrismus, leichte Ataxie ■ ätiologisch: a.e. toxisch (kein Hinweis auf metabolische, entzündliche [au- toimmune] Genese) 4. Kognitive Einschränkungen ■ Neuropsychologie Spital I. \_\_\_\_\_ 09/14: Leichte bis mittelschwere Lern- und Abrufstörung, leichte Exekutivfunktionsstörung ■ Neuropsychologie Spital I. \_\_\_\_\_ 06/16: stationärer Befund, was gegen degenerative Erkrankung spricht

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 10 ■ MoCA von 10/14: 23/30 5. Status nach lakunären Kleinhirnfarkten 6. Arterielle Hypertonie, I10 7. Tabakabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch, F17.25 8. Episodische Migräne ohne Aura 9. Pityriasis versicolor November 2014 10. Anterolisthesis LWK5/SWK1 Die behandelnden Ärzte gaben an, die Beschwerdeführerin komme zum zweiten Mal in die Klinik G. \_\_\_\_\_ (10/2013). Seit 18 Jahren sei ein übermässiger Alkoholkonsum bekannt, seit dem letzten Aufenthalt 2013 habe sie den Alkoholkonsum sistiert. Die Anmeldung sei durch ihre Psychiaterin, Dr. med. F. \_\_\_\_\_ erfolgt, einerseits weil die Beschwerdeführerin Angst vor einem Rückfall habe, andererseits weil die IV eine nachgewiesene Alkoholabstinenz von einem halben Jahr verlange, da der CDT-Wert bisher immer etwas zu hoch gewesen sei. Sie wünsche sich selber durch die Hospitalisation eine Klarheit. Bis auf den bei Eintritt positiven CDT- Wert, welcher sich im Verlauf normalisiert habe, hätten sich keine objektiven Hinweise für einen erhöhten Alkoholkonsum vor Eintritt ergeben. Der CDT-Wert besitze eine Spezifität von mindestens 90 %. Aus der Literatur bekannte Bedingungen für falsch positive Werte hätten bei der Beschwerdeführerin nicht vorgelegen. Rückschlüsse auf das Ausmass des Konsums vor Eintritt seien aufgrund des Wertes nicht quantifizierbar. Die Beschwerdeführerin sei am 31. Januar 2017 nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung sowie anschliessender zwölfwöchiger Entwöhnungstherapie in gegenseitigem Einvernehmen in psychisch und physisch kompensiertem Zustand in ihre bisherigen Wohnverhältnisse ausgetreten. Bei Austritt hätten keine Hinweise auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung bestanden. Die Suizidalität sei glaubhaft verneint worden. 3.4 Im MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2017 (act. II 123.1), welches auf internistischen, neurologischen, psychiatrischen und neuropsychologischen Abklärungen beruht, wurde die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (act. II 123.1/54): ■ Cerebelläres Defektsyndrom mit leichtgradiger, linksseitig betonter Stand- und Gangataxie (am ehesten alkoholischer Genese)

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 11 Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden angegeben (act. II 123.1/54): ■ Untergewicht ■ Migräne ohne Aura ■ Alkoholabhängigkeit, derzeit Abstinenz (ICD-10: F10.25) ■ Rezidivierende depressive Störung, remittiert Die Gutachter führten in der zusammenfassenden Konsensbeurteilung aus (act. II 123.1/50 ff.), die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch einer anderen, körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts ohne Exposition mit gefährdenden Höhen (Arbeiten auf Leitern und

Gerüsten) sei nicht als namhaft limitiert anzusehen. Eine erhebliche und leistungsbegründende psychiatrische Erkrankung liege nicht vor, die bestehende Ataxie schliesse Arbeiten in gefährdenden Höhen und körperlich schwere Arbeiten aus, neuropsychologisch bestünden keine konsistenten Auffälligkeiten und internistisch ergäben sich keine limitierenden Erkrankungen. Die Ataxie sei – unter nunmehr anzunehmender Abstinenz – als cerebelläres Defektsyndrom anzusehen und begründe die obgenannten qualitativen Einschränkungen hinreichend. Die Beschwerdevalidierung (neuropsychologisches Gutachten) habe Hinweise für ein verfälschendes Antwortverhalten erbracht. Hinsichtlich Alkoholabhängigkeit sei derzeit eine Abstinenz anzunehmen. Zu den Hinweisen auf ein verfälschendes Antwortverhalten gaben die Gutachter an (act. II 123.1/49), im Vergleich zur Voruntersuchung (29. März 2016) habe die Beschwerdeführerin in der aktuellen Untersuchung deutlich schwächere Leistungen gezeigt. So habe sich die verbale Lernleistung fast halbiert und vormals durchschnittliche Funktionsbereiche (Konzentration, logisches Denken) hätten nun im unterdurchschnittlichen Leistungsbereich gelegen. Gesundheitliche Umstände, die diese deutliche Verschlechterung verursacht haben könnten, seien jedoch nicht bekannt, zumal die Beschwerdeführerin eine anhaltende Alkoholabstinenz angegeben habe und das jetzige Labor keinen fortgesetzten schädlichen Konsum belege. Die selbstständige Versorgung im Alltag sowie die Fähigkeit, ein KFZ unfallfrei zu führen, sprächen gegen eine gravierende kognitive Beeinträchtigung. Ein kognitiver Leistungsabfall sei somit nicht ausreichend plausibel. Das

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 12 Beschwerdevalidierungsverfahren habe dementsprechend auch den Hinweis auf ein verzerrendes Antwortverhalten erbracht. Die formalen Ergebnisse der kognitiven Leistungstests seien somit zusammenfassend nicht ausreichend plausibel und von neuropsychologischer Seite sei keine kognitive Störung mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit attestierbar. 3.5 Dr. med. F. \_\_\_\_\_ gab in der Stellungnahme vom 26. November 2017 (act. II 129/3 - 6) zum MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2017 (act. II 123.1) an, es bestehe ein Widerspruch betreffend des verzerzten Antwortverhaltens. Gerade der Selbstbeurteilungsfragebogen (siehe unten Beck-Depressions-Inventar), der viel leichter zu verfälschen wäre, erbringe ein unauffälliges Ergebnis. Hier werde durch den 0 Score die Vermutung widerlegt, dass die Beschwerdeführerin die Symptome fälsche. Fälschungen kämen häufig in der Selbstbeurteilungsskala der Depression vor und hier sei es sogar Score 0. Ebenfalls stehe der Befund der neuropsychologischen Testung des Gutachters im Widerspruch zu dem Befund der neuropsychologischen Testung im Spital I. \_\_\_\_\_ vom 24. September 2014 (act. II 34/1 - 3). Dort sei betreffend Verhaltensbeobachtung/klinischer Eindruck folgendes angegeben worden: Insgesamt kooperativ und adäquate Anstrengungsbereitschaft, so dass davon auszugehen sei, dass die erzielten Resultate das derzeitige kognitive Leistungsvermögen gut wiedergäben. Durchwegs langsames Arbeitstempo und erhöhte Antwortlatenz, ausgeprägter bei sprachlichen Aufgabenstellungen. Der Befund des Spitals I. \_\_\_\_\_ diagnostiziere die kognitiven Defizite, spreche aber nicht von einer Verfälschungstendenz, dokumentiere sogar die adäquate Anstrengungsbereitschaft. Weiter stimme die Aussage der Gutachter nicht, wonach Eingliederungsbemühungen nicht ersichtlich seien. Die Beschwerdeführerin habe eine Integrationsmassnahme in der Stiftung D. \_\_\_\_\_ in ... probiert. Trotz der Motivation der Beschwerdeführerin habe die Massnahme aufgrund der Verschlechterung des Gesundheitszustandes abgebrochen werden müssen. Die Aussage der Gutachter

betreffend der Diagnose Ataxie usw. stehe im Widerspruch mit allen Kontrolluntersuchungen aus dem Spital I. \_\_\_\_\_, wo die Beschwerdeführerin alle drei bis sechs Monate zu regelmässigen Kontrollen gehe. Die psychischen Beeinträchtigungen resultierten aus den neurologischen Krankheiten. Alleine die Gutachter sähen es als Folge der Alkoholkrankheit. Die Ärzte aus dem Spital

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 13 I. \_\_\_\_\_ gäben an, dass eine alkoholbedingte toxische Genese unwahrscheinlich sei, da keine Vernisatrophie festzustellen sei. Allenfalls sei gemeint, dass der exzessive Alkoholkonsum die präexistenten subklinischen Symptome demaskiert habe. Die Neurologen aus dem Spital I. \_\_\_\_\_ nähmen an, dass es sich eher um eine neurodegenerative Erkrankung mit langsamem progredienten Verlauf, wie z.B. MSA oder eine spinocerebelläre Affektion handle. Die erfolgreiche Behandlung der Migräne mit Topamax betone noch einmal die neurologische Qualität der Störung. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wie auch die Begründung der neurologischen Defizite durch die Gutachter stehe im Widerspruch zu den neurologischen Befunden aus dem Spital I. \_\_\_\_\_ und hier habe sie sich nur auf zwei Berichte bezogen, dabei gebe es mindestens zehn Berichte, die ausführlich die neurologischen Defizite, Doppelbilder etc. diagnostizierten und deren Ursache beschrieben. Ebenfalls stehe die Einschätzung der Gutachter betreff der Arbeitsfähigkeit im Widerspruch zum Integrationsversuch in der Stiftung D. \_\_\_\_\_. Bei Steigerung des Arbeitspensums sei es zu einer massiven Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes und Abbruch der Integrationsmassnahme gekommen. Die Einschätzung der Gutachter, dass sie trotz Doppelbildern in ihrem Beruf als ... arbeiten könne, sei ein Widerspruch in sich. Die Beschwerdeführerin benötige Unterstützung von der Sozialarbeiterin ihr Budget zu berechnen, ihre Steuererklärung auszufüllen. Sie sei gar nicht so selbständig wie im Gutachten beschrieben. Alleine im Gangbild seien die neurologischen Defizite erkennbar. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin arbeitsfähig, leider seien die neurologischen Störungen massiv und führten zu einer starken Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Hier seien Details von den neurologischen Experten aus dem Spital I. \_\_\_\_\_ einzufordern. 3.6 Im Bericht von Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 24. Mai 2018 (act. II 141) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt: 1. Zerebelläres Syndrom (Stand- und Gangataxie) mit Down-Beat-Nystagmus und Doppelbilder ■ klinisch: Paraspastik, leichte cerebelläre Ataxie, monokuläre vertikale Doppelbilder bds. beim Blick nach links ■ ätiologisch: unklar DD: degenerative Ursache DD metabolisch-toxisch DD rezessive heredoatxie DD CACNA1A Mutation ■ St.n. Aethylabusus

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 14 ■ St.n. lakunären Kleinhirnininfarkten bds. 2. Unklarer dumpfer, retroaurikulärer bzw. linksokzipitaler tlw. holokranieller Kopfschmerz ■ DD Spannungskopfschmerz, DD im Rahmen Dig. 3 3. Bekannte Migräne ohne Aura 4. Rezidivierende depressive Störung ■ therapeutisch: Sequase ■ aktuell: keine Suizidgedanken, keine akute depressive Episode 5. Art. Hypertonie 6. Anterolisthesis auf Höhe LWK5/SWK1 ■ klinisch: positive Laségue-Zeichen bds., Kribbelparästhesien in den Füssen ■ diagnostisch: orthopädische Mitbeurteilung empfohlen Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ berichtete, bei dieser 50-jährigen Patientin stehe differentialdiagnostisch weiterhin die residuell aethyltoxische Genese im Vordergrund. Zwei gesicherte zerebelläre Hyperintensitäten (DD a.e. ischämisch) kämen angesichts der geringen Grösse für die Klinik der Beschwerdeführerin nicht in Frage.

Angesichts der, soweit eruiert, negativen Familienanamnese und der fehlenden zerebellären Atrophie im MRI Schädel sei eine autosomal rezessive Heredoataxie diskutiert worden: Aufgrund der gleichzeitig vorliegenden Migräne und des Down-Beat-Nystagmus komme aber auch eine Mutation im CACNA 1A Gen in Betracht. In der aktuellen Verlaufskontrolle sei von einer teils gebesserten Gesamtsituation bezüglich des Verschwommensehens auszugehen, teils auch aufgrund der nun mehr korrigierten Presbyopie mit der neuen Brille. Weiterhin bestünden ein Schwindel, eine Gangunsicherheit sowie ein Verschwommensehen, welches auf den Down-Beat-Nystagmus im Rahmen der cerebellären Okulomotorikstörung zurückzuführen sei. Prinzipiell wäre diesbezüglich nach wie vor ein individueller Heilversuch mit dem Kaliumkanalblocker 4-Aminopyridin zu erwägen. Es sei vereinbart worden, zunächst die konservativen Massnahmen inklusive Physiotherapie fortzuführen und eine Verlaufskontrolle in drei Monaten zu planen. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit bei unklarem cerebellärem Syndrom (DD neurodegenerativ, DD toxisch metabolisch) sei von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. 3.7 In der Stellungnahme vom 6. Juli 2018 (act. II 143) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ fest, aus den im Nachgang zur polydisziplinären Begutachtung am 10. und 30. März 2017 eingereichten

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 15 Befundberichten ergäben sich keine neuen versicherungsmedizinischen Gesichtspunkte hinsichtlich der Leistungsbeurteilung im MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2017. 3.8 In der Stellungnahme vom 26. Oktober 2018 (act. II 151) führte die RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ aus, videookulographisch (5. Februar 2018 und 24. Mai 2018) sei in Primärposition ein Down-Beat-Nystagmus, welcher im Linksblick zugenommen habe, ebenfalls im Rechtsblick, festgestellt worden und der im Auf- oder Abblick weitgehend unverändert gewesen sei (stabiler Verlaufsbefund). Ansonsten sei ein normaler Neurostatus bezüglich Reflexen, Muskelkraft, Muskeltonus, Ziel- und Wechselbewegungen, Tiefensensibilität und Mobilität beschrieben worden (24. Mai 2018). Der Down-Beat-Nystagmus bestehe nach Angaben der Beschwerdeführerin seit 2013 und sei nach einer achtmonatigen Alkoholabstinenz aufgetreten. Anlässlich der Ursachenabklärung seien kernspintomografisch (cMRI nativ/mit Kontrastmittel 21. Mai 2014) zwei kleine chronische kleinvolumige cerebelläre T2-hyperintense Läsionen im PICA-Stromgebiet beschrieben worden, die am ehesten nicht rezente Ischämien entsprochen hätten. Ansonsten sei ein Normalbefund bei unauffälligem Gefässstatus und bei testpsychometrisch normalen kognitiven Leistungen (MoCA 23. Mai 2014: 30/30 Punkten) festgestellt worden. Topamax sei vermutlich zur "Behandlung des Down-Beat-Nystagmus" eingesetzt worden, dessen Ursache bisher nicht eindeutig habe geklärt werden können. Die fehlende klinische Progredienz spreche bzw. habe gegen das Vorliegen einer degenerativen Erkrankung des Nervensystems gesprochen, ebenso der normale Psychostatus, der zuletzt am 24. Mai 2018 (wach, euthym, in allen Qualitäten orientiert) bestätigt worden sei. Bezüglich des aktenanamnestisch bereits 2013 bestehenden Nystagmus und des videookulographisch (5. Februar 2018 und 24. Mai 2018) stabilen Verlaufsbefundes müsse auch an einen hereditären Nystagmus gedacht werden. Der ansonsten normale Neurostatus weise auf jeden Fall auf eine Adaptation hin. Zusammengefasst könne den Einlassungen der Psychiaterin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in ihrem Schreiben vom 26. November 2017, dass "die neurologischen Störungen massiv" seien, nicht gefolgt werden. Auf die Ausführungen im MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2017 könne auch weiterhin abgestellt werden, was die seither erhobenen Verlaufsbefunde, die

oben als bereits in der RAD-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 16  
Stellungnahme vom 6. Juli 2018 zusammengefasst und gewürdigt worden seien,  
begründeten. Weitere Abklärungen liessen sich aus der Befundchro- nologie und den  
aktuellen klinischen und technischen Untersuchungsbe- funden (Stand Mai 2018)  
medizinisch nicht begründen. 3.9 Im Bericht vom 7. Januar 2019 (Akten der  
Beschwerdeführerin [act. I] 3) hielt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin habe  
sich in der Praxis psychisch krank vorgestellt. Es habe damals eine Alkoholab- hängigkeit,  
eine rezidivierende mittelgradige bis schwere Depression sowie eine  
Persönlichkeitsveränderung nach extremer Belastung in der Kindheit (Missbrauch)  
bestanden. Sie habe nach der stationären Behandlung in der Klinik G.\_\_\_\_\_ eine  
langjährige Alkoholabstinenz einhalten und den Integrationsmassnahmen der IV nachgehen  
können. Nach der Entlassung aus der Klinik G.\_\_\_\_\_ sei nicht nur eine psychiatrische  
und psycho- pharmakotherapeutische Behandlung, sondern auch eine intensive psycho-  
therapeutische Behandlung zur Verarbeitung des Missbrauchs erfolgt. Der aktuelle  
Psychostatus einer bewusstseinsklaren, in allen vier Qualitäten orientierten Patientin mit  
ausgeglichener Stimmung sei nach jahrelanger engmaschiger psychiatrischer  
psychotherapeutischer Behandlung erfolgt. Es schliesse aber nicht eine weitere  
psychiatrische, psychopharmakothe- rapeutische und psychotherapeutische Behandlung als  
Erhaltungstherapie aus. Im Vordergrund stünden, wie bereits erwähnt, die kognitiven  
Defizite, die auch in der neuropsychologischen Testung im Spital I.\_\_\_\_\_ (act. II 34/1 -  
3) festgestellt worden seien. Ebenfalls liege ein massiver Wider- spruch zwischen der  
Einschätzung des neurologischen Status durch den RAD-Arzt (Bericht von 10. bzw. 26.  
Oktober 2018 [act. II 151]) und den Berichten aus dem Spital I.\_\_\_\_\_ vor. Der vom  
RAD als „ansonsten normal beurteilte Neurostatus“ stehe im Widerspruch zu allen  
neurologi- schen Berichten über einem Zeitintervall von vier Jahren mit regelmässigen drei-  
bis sechsmonatigen Kontrollen und zu der neuropsychologischen Tes- tung im Spital  
I.\_\_\_\_\_ (act. II 34/1 - 3). Ebenfalls stehe die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im  
Widerspruch zu dem Bericht von der Stiftung D.\_\_\_\_\_. Hier verweise sie auf ihre  
Stellungnahme vom 26. November 2017. In keinem neurologischen Bericht sei ein  
unauffälliger neurologischer Status attestiert worden. Die engmaschigen Verlaufskontrollen  
fänden nicht wegen einem hereditären Nystagmus statt.

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 17  
3.10 Im Bericht vom 22. Januar 2019 (act. I 4) führte Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ im  
Wesentlichen die gleichen Diagnosen auf wie im Bericht vom 24. Mai 2018 (act. II 141). Er  
gab an, hinsichtlich der Beurteilung des neurologischen Status möchte er sich Dr. med.  
F.\_\_\_\_\_ anschliessen und hier nochmals betonen, dass es sich bei dem  
Down-Beat-Nystagmus um einen erworbenen Fixationsnystagmus handle und nicht, wie  
der Ein- schätzung des RAD-Arzt es zu entnehmen sei, es sich hier um eine here- ditäre  
Nystagmusform handeln könnte. Der Down-Beat-Nystagmus sei im Zusammenhang mit  
dem zerebellären Syndrom zu sehen und gehe einher mit einem langsamen vertikalen  
Augendrift nach oben sowie einer kom- pensatorischen Einstellsakkade, dem sogenannten  
Down-Beat-Nystagmus. An Begleitsymptomen seien mit dieser unwillkürlichen vertikalen  
Augenbe- wegungsstörung ein ungerichtetes Schwankschwindelgefühl sowie häufig  
Oszillopsien, sogenannte Scheinbewegungen der Umwelt, assoziiert. Aus diesen  
Symptomen lasse sich eine unmittelbare Einschränkung der Be- schwerdeführerin im Alltag

ableiten. In Bezug auf die Stellungnahme des RAD, Seite 4, zweiter Absatz (act. II 151/4), werde darauf hingewiesen, dass Topamax vermutlich zur Behandlung des Down-Beat-Nystagmus eingesetzt worden sei. Dies sei so nicht zutreffend, vielmehr sei Topamax für die Behandlung der Migräne verwendet worden. Therapeutische Möglichkeiten beim Down-Beat-Nystagmus seien limitiert, prinzipiell stünden verschiedene zentral wirksame Medikamente wie zum Beispiel der Kaliumkanal-Blocker 4-Aminopyridin zur Symptomkontrolle zur Verfügung. Zusammenfassend sei darauf hinzuweisen, dass bei der Beschwerdeführerin durch die zerebelläre Störung mit Down-Beat-Nystagmus von einer beträchtlichen Störung im Alltag auszugehen sei. 3.11 Die RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 22. März 2019 (im Gerichtsossier) aus, im Beschwerdeverfahren behauptete Dr. med. F. \_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 7. Januar 2019, dass bei der Beschwerdeführerin kognitive Defizite im Vordergrund stünden. Hiergegen sprächen die anlässlich der neuropsychologischen Begutachtung am 30. März 2017 festgestellten Hinweise für ein verfälschendes Antwortverhalten. Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ behauptete im Schreiben vom 22. Januar 2019, dass bei der Beschwerdeführerin "durch die zerebelläre Störung mit Down-Beat-Nystagmus von einer beträchtlichen Störung im Alltag" aus-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 18 zugehen sei, ohne dass diese Einschätzung im individuellen Fall objektiv hergeleitet worden sei. Aus RAD-ärztlicher Sicht ergäben sich aus sämtlichen Einlassungen im Beschwerdeverfahren keine neuen medizinischen Gesichtspunkte zum MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2017 hinsichtlich der Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens der Beschwerdeführerin. Der in Diskussion stehende Down-Beat-Nystagmus sei unter konstant gebliebener Basismedikation bereits 2014 aktenkundig gewesen. Aus interdisziplinär-gutachtlicher Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten sowie in jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch in einer anderen körperlich leichten, wechselbelastenden oder überwiegend sitzenden Tätigkeit des Allgemeinen Arbeitsmarkts ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten nicht limitiert bzw. nicht limitiert gewesen. 4. 4.1 Das MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2017 (act. II 123.1) erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 hiervor). Es ist voll beweiskräftig, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet. Folglich ist auf das Gutachten abzustellen. Gestützt darauf ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden der Beschwerdeführerin zu verneinen. 4.2 Die Einwendungen der Beschwerdeführerin ändern daran nichts: So kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 19 unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. November 2010, 8C\_567/2010, E. 3.2.2;

vgl. auch E. 2.6 hiervor), was vorliegend jedoch nicht der Fall ist. Sodann hat die RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ die gutachterlichen Schlüsse mehrfach plausibel und überzeugend bestätigt (Berichte vom 6. Juli 2018 [act. II 143], 26. Oktober 2018 [act. II 151] und 22. März 2019 [im Gerichtsossier]). Die neurologische Testung im Spital I. \_\_\_\_\_ vom September 2014 (act. II 34/1 - 3), wo leichte bis mittelschwere Gedächtnisstörungen, leichte exekutive Funktionsschwächen (verbale Ideenproduktion, Handlungsplanung), erhöhte Antwortlatenz und eine phasenweise auftretende Antriebsschwäche festgestellt wurden, wie auch die Integrationsbemühungen bei der Stiftung D. \_\_\_\_\_ im Jahr 2015, wo das Pensum nicht über das zweistündige Mindestmass gesteigert und die Stabilität in der Gesundheit nicht erreicht werden konnte (act. II 50), vermögen die mehrere Jahre später erfolgten Schlüsse der MEDAS- Gutachter nicht in Frage zu stellen. Zwar ist den Erkenntnissen der Eingliederungsfachpersonen im Rahmen von beruflichen Abklärungen bezüglich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eine gewisse Aussagekraft zuzuerkennen. Solche Berichte basieren in der Regel jedoch nicht auf vertieften medizinischen Untersuchungen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die von ihnen erhobene, subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben. Die Frage nach einem organischen Korrelat der Schmerzen und der daraus resultierenden Einschränkungen lässt sich gestützt darauf nicht restlos beantworten. Das alleinige Abstellen auf primär arbeitsorientierte Evaluationen ist deshalb nicht sachgemäss, da die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache den ärztlichen Fachkräften obliegt (Entscheid des BGer vom 16. März 2017, 9C\_646/2016, E. 4.2.2). Sodann hält die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ausdrücklich fest, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht arbeitsfähig ist (act. II 129/6). Soweit sie eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit mit neurologischen Störungen begründet, betrifft dies nicht ihr Fachgebiet, so dass ihr die notwendige fachliche Qualifikation zur hinreichenden Beurteilung der neurologischen Problematik fehlt (vgl. Entscheide des BGer vom 5. Februar 2014, Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 20 9C\_867/2013, E. 3.2, und vom 6. September 2010, 8C\_66/2010, E. 3.1). Im Übrigen tritt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ mitunter advokatorisch auf (vgl. act. II 75), was gegen die Objektivität ihrer Angaben spricht. Zudem darf und soll das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten und behandelnden Spezialärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese 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; Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Weiter sind die Berichte des Spitals I. \_\_\_\_\_ (vom 16. Juni 2017 [act. II 115], 8. September 2017 [act. II 121], 11. Oktober 2017 [act. II 129/7 f.], 19. Dezember 2017 [act. II 138/3 f.], 5. Februar 2018 [act. II 138/1 f.] und 24. Mai 2018 [act. II 141]) klar auf die Behandlung der Beschwerdeführerin fokussiert, deren Arbeitsfähigkeit wird (zum Teil mit explizitem Hinweis [vgl. act. II 115/1, 121/1]) regelmässig nicht beurteilt. Soweit punktuell eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erwähnt wird (act. II 141/3), erfolgt dies lediglich im Sinne einer Annahme und ohne spezifische Bezifferung. Dies begründet keine massgeblichen Zweifel an den gutachterlichen Feststellungen. Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ hält in der Stellungnahme vom 22. Januar 2019 (act. I 4) zwar fest, es sei von einer beträchtlichen Störung im Alltag auszugehen, er erwähnt jedoch ebenfalls weder eine Arbeitsunfähigkeit noch beziffert er eine konkrete Einschränkung im Erwerb. Sodann ist

die Genese des cerebellären Syndroms bzw. die exakte Diagnose der gesundheitlichen Störungen der Beschwerdeführerin (vgl. dazu die Ausführungen von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 26. November 2017 [act. II 129/3 - 6]) für die Belange der Invalidenversicherung nicht entscheidend (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281), sondern vorab für die behandelnden Ärzte relevant. Wie die Beschwerdegegnerin sodann zutreffend festhält (Duplik S. 2 Ziff. 2), haben die MEDAS-Gutachter den Nystagmus und die Doppelbilder diskutiert. Sie führten diesbezüglich aus (act. II 123.1/51), aktenkundig sei die Angabe von monokulären Doppelbildern dokumentiert worden, was gegen eine biologische Plausibilität der Angaben spreche (Doppelbilder entstünden in der Regel durch einen nicht deckungsgleichen Seheindruck beider Augen auf dem Boden einer Okulo-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 21 motorikstörung). Eine Achsendivergenz der Bulbi sei hier jedoch nicht zu erheben. Es bestehe ein Nystagmus, der wiederum geeignet sei, einen instabilen Seheindruck zu begründen, der bisweilen auch als „Doppelbilder“ bezeichnet werde. Ungeachtet dessen, seien Doppelbilder jedweder Genese nicht mit dem sicheren Führen von Kraftfahrzeugen vereinbar. Zudem gaben die Gutachter an (act. II 123.1/34), dass nur Tätigkeiten ohne besondere Anforderungen an die Augenbewegungen und Koordination zumutbar seien. Damit wurde der Nystagmus von den Gutachtern berücksichtigt. Die Beschwerdeführerin verweist auf die sich diametral entgegenstehenden neuropsychologischen Abklärungsergebnisse des Spitals I. \_\_\_\_\_ (aus dem Jahr 2014) und diejenigen des MEDAS-Gutachtens (Beschwerde S. 4); von Seiten des Spitals I. \_\_\_\_\_ sei der Beschwerdeführerin eine gute Motivation und eine hohe Leistungsbereitschaft attestiert worden, bei kognitiven Einschränkungen, von den MEDAS-Gutachtern sei ihr hingegen ein bewusstseinsnahes verzerrendes Antwortverhalten vorgeworfen worden. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die neuropsychologische Abklärung letztlich einzig Hilfscharakter hat, da neuropsychologische Testresultate allein nicht ausreichen, um Diagnosen zu stellen und die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Die entsprechenden Untersuchungsergebnisse sind im Rahmen einer gesamthaften Beweiswürdigung nur insoweit bedeutsam, als sie überprüf- und nachvollziehbar sind und sich in die anderen (interdisziplinären) Abklärungsergebnisse schlüssig einfügen (Entscheid des BGer vom 7. August 2009, 8C\_261/2009, E. 5.2 mit Hinweis auf BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341). Mit anderen Worten bedürfen die neuropsychologischen Testresultate der neurologischen und psychiatrischen Einordnung. Aus neurologischer Sicht wurde von den MEDAS-Gutachtern eine qualitative Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit attestiert, Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an das Gleichgewicht und die Feinmotorik wurden als nicht zumutbar erachtet; hingegen sind Tätigkeiten im Sitzen sowie Tätigkeiten ohne besondere Anforderungen an die Augenbewegungen und Koordination uneingeschränkt zumutbar (act. II 123.1/34). Aus psychiatrischer Sicht liegt gemäss den Gutachtern keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychiatrische Erkrankung vor (act. II 123.1/39). Da schlüssige und überzeugende gutachterliche

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 22 Einschätzungen in den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie vorliegen, kann es letztlich offen bleiben, wie es sich mit dem bewusstseinsnahen verzerrenden Antwortverhalten der Beschwerdeführerin bei der neuropsychologischen MEDAS-Untersuchung verhält. Vor diesem Hintergrund erübrigt sich die beantragte Rückweisung zu weiteren Abklärungen; darauf ist in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236,

124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2). 4.3 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdeführerin einen invalidisierenden Gesundheitsschaden und damit den Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht verneint. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen. 5. 5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen. 5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 23 2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen. 4. Zu eröffnen (R): - B. \_\_\_\_\_ 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.

## **E. 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

## **E. 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 Anträ-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2019, IV/18/644, Seite 5 gen 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.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.