

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 27. Juli 2015 teilweise gutgeheissen (9C_190/2015).

200 14 573 IV
KNB/BOC/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. Februar 2015

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiberin Bossert

A._____ **B.**_____
vertreten durch Rechtsanwalt B._____

Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Mai 2014

Sachverhalt:

A.

Die 1974 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist gelernte ... und meldete sich am 25. September 2006 unter Hinweis auf eine Depression bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2). Die IVB führte in der Folge am 16. Oktober 2006 ein Erstgespräch durch (AB 6), nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (AB 4, 7, 8, 12, 13) und gewährte der Versicherten am 20. November 2006 Berufsberatung (AB 9). Weiter wurde vom 6. Februar bis 5. Mai 2007 in der Abklärungsstelle C. _____ eine berufliche Abklärung durchgeführt (AB 14, 17, 23). Anschliessend durchlief die Versicherte ebenfalls in der Abklärungsstelle C. _____ ab dem 6. Mai 2007 ein Arbeitstraining (AB 22, 25), welches sie ab dem 25. Juni 2007 bis zum 17. Februar 2008 in der Abklärungsstelle D. _____ fortsetzte (AB 29, 30, 31, 38, 39, 41, 45).

Mit Unterstützung durch die IVB absolvierte die Versicherte eine Umschulung zur ... (4. August 2008 bis 5. August 2011) und zur ... (6. August 2011 bis 7. August 2012), inklusive Vorlehre (AB 44, 47, 50, 52, 66, 67, 84, 85).

B.

Mit Schreiben vom 17. August 2012 teilte die IVB der Versicherten mit, es seien medizinische Untersuchungen in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie und Psychiatrie notwendig. Gleichzeitig wurde sie über die vorgesehenen Gutachterfragen sowie die zehntägige Einwandfrist informiert (AB 83). Daraufhin machte die Versicherte mit Schreiben vom 24. August 2012 (AB 87) geltend, es sei weder eine endokrinologische noch eine internistische Abklärung notwendig, da ihre Einschränkungen aufgrund einer psychischen Erkrankung aufgetreten seien. Ausserdem möchte sie die psychiatrische Abklärung durch ihre Therapeutin Dr. med.

E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vornehmen lassen.

Am 12. September 2012 wurde die IVB vom SuisseMED@P-Team darüber informiert, dass der Begutachtungsauftrag der MEDAS F._____ zugestelt worden sei (AB 90). Mit Verfügung vom 13. September 2012 hielt die IVB an einer Begutachtung in den drei betreffenden Fachgebieten fest und machte die Versicherte auf die Mitwirkungspflicht und die Folgen bei deren Verletzung aufmerksam (AB 89).

Mit Schreiben vom 21. September 2012 (AB 92) teilte die MEDAS F._____ der Versicherten mit, dass die geplante Begutachtung durch die besagte Gutachterstelle erfolgen werde. Über die Namen der begutachtenden Ärzte und den Zeitpunkt der Begutachtung wurde die Versicherte mit zwei Schreiben der IVB und der MEDAS F._____ je vom 4. Oktober 2012 informiert, wobei die IVB der Versicherten eine zehntägige Einwandsfrist gegen die begutachtenden Ärzte einräumte (AB 93, 96). Diese Frist liess die Versicherte unbenutzt verstreichen. Das MEDAS-Gutachten wurde in der Folge am 31. Dezember 2012 erstattet (AB 100.1 – 100.4).

Aufgrund eines Wohnortswechsels der Versicherten delegierte die IVB die Stellenvermittlung an die IV-Stelle des Kantons ... (AB 86) und gewährte der Versicherten ein Job-Coaching sowie einen Arbeitsversuch vom 19. November 2012 bis 17. Februar 2013 (AB 95, 103). Am 25. Februar 2013 schloss die IVB die beruflichen Massnahmen ab (AB 107).

Im Auftrag der IVB klärte die IV-Stelle des Kantons ... den Status der Versicherten ab. Der zuständige Abklärungsdienst hielt am 15. April 2013 fest (AB 113/3), seit dem Jahr 2000 sei von einem Status von 100 % Erwerbstätigkeit auszugehen.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte die IVB mit Verfügung vom 13. Mai 2014 den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, da kein IV-relevanter Gesundheitsschaden vorliege (AB 116, 118, 121, 127).

C.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt und Notar lic.iur. B._____, am 13. Juni 2014 Beschwerde und beantragte, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine ganze Rente spätestens ab 1. September 2012 auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Juli 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 4. August 2014 reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin aufforderungsgemäss eine Kostennote ein. Gleichzeitig machte er zusätzliche Ausführungen in der Sache selbst und beantragte die Einholung einer ergänzenden gutachterlichen Beurteilung zur Frage, ob tatsächlich (langfristig) vom Bestehen einer eher leichten (depressiven) Episode ausgegangen werden dürfe.

Mit Eingabe vom 19. September 2014 informierte die Beschwerdeführerin das Gericht über den Verlust einer seit 1. November 2013 inne gehaltenen Arbeitsstelle mit einem 30 %-Pensum (vgl. AB 122) per 30. September 2014.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über

die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 13. Mai 2014 (AB 127), mit welcher der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zufolge Fehlens eines invalidisierenden Gesundheitsschadens abgewiesen worden ist. Streitig ist einzig der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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 Er-

werbsmöglichkeit 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). 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 Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

2.3 Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss

eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

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 132 V 93 E. 4 S. 99).

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 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Dr. med. G._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 7. Oktober 2006 (AB 4/5 ff.) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, zuletzt schwere depressive Episode F33.2 m/b. Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge im Sinne einer selbstunsicheren und abhängigen Persönlichkeit (F60.6, F60.7), bestehend seit mindestens 2000, die Persönlichkeitszüge seien sicher vorbestehend. Dr. med. G._____ führte aus, aufgrund starker Stimmungsschwankungen habe sich die Beschwerdeführerin den Belastungen des Arbeitsalltags als ... zeitweise nicht gewachsen gefühlt, bei Auftreten einer ausgeprägten depressiven Phase habe sie unter massiven Insuffizienzgefühlen, Selbstzweifeln und ungenügender Abgrenzungsfähigkeit gegenüber den geschilderten Leiden der ihr als zuständige Bezugsperson anvertrauten ... gelitten. Das Arbeitstempo sei vermutlich reduziert gewesen, unvorhergesehene ... hätten bei der Beschwerdeführerin Panikgefühle ausgelöst, aufgrund der ausgeprägten Affektlabilität sei sie nicht mehr in der Lage gewesen, auf zwischenmenschliche Konflikte im Arbeitsteam adäquat zu reagieren. Ab Mai 2006 sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund ausgeprägter Depressivität und latenter Suizidalität gänzlich aufgehoben gewesen.

3.2 Im Zusammenhang mit dem Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik H._____ vom 31. Mai bis 20. Oktober 2006 führten die behandelnden Ärzte im Bericht vom 4. Dezember 2006 (AB 13; vgl. auch Bericht vom 13. Oktober 2006 [AB 8/2 – 4]) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: Rezidivierende depressive Störung, ggf. schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2); Verdacht auf Dysthymia (F34.1); akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden und anankastischen Zügen (F48.9). Es wurde weiter festgehalten, die Beschwerdeführerin sei in ihrer Tätigkeit als ... zu 100 % arbeitsunfähig. Nach kurzer Eingewöhnungszeit nach Klinikaustritt werde es der Beschwerdeführerin möglich sein, bis zu maximal 50 % einer einfachen Tätigkeit in der

freien Wirtschaft für die Zeit der Stabilisierung (zirka 12 Monate) nachzugehen. Die tägliche Arbeitsdauer sollte nicht mehr als 4.5 Stunden betragen.

3.3 Im Zusammenhang mit der Untersuchung vom 15. Oktober 2007 diagnostizierte die beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IVB tätige Dr. med. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie für Anästhesiologie, im Untersuchungsbericht vom 18. Oktober 2007 (AB 37) das Folgende: F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit Teilremission, so dass im Moment zumindest noch eine mittelgradige depressive Episode vorliege, dies unter ausreichender psychopharmakologischer Behandlung. Dr. med. I. _____ hielt fest, im Bericht der Klinik H. _____ vom Dezember 2006 sei eine schwere depressive Episode ausgewiesen. Diese sei nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin weise von der Person her und seitens der Entwicklung eine erhöhte Disposition auf, an einer Depression zu erkranken. Die in der heutigen Untersuchung feststellbaren objektiven psychiatrischen Befunde zeigten eine nicht voll remittierte schwere Depression im Stadium der Ausprägung einer mittelschweren. Typisch für den Verlauf sei auch, dass der Antrieb noch deutlich nachhinke in der Gesamtbesserung gegenüber den Befunden der Affektivität. Typisch sei auch, dass für kürzere Zeiten unter Willensanstrengung Leistung erbracht werden könne, während das volle Leistungsprofil nicht erreicht werden könne.

3.4 Im Bericht vom 29. Juni 2012 (AB 78) erwähnte die Psychiaterin Dr. med. E. _____, der Gesundheitszustand sei stationär und führte die folgenden Diagnosen auf: Bipolare affektive Störung II, aktuell leichte depressive Episode F31.8; Verdacht auf Dysthymia F34.1; akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden und anankastischen Zügen F48.9; St.n. Morbus Basedow (2005). Dr. med. E. _____ hielt fest, aufgrund der deutlich reduzierten Belastbarkeit mit Erschöpfung, Stimmungsschwankungen, Rückzugsverhalten und Angespanntheit bei erhöhter Belastung, müsse das zukünftige Arbeitspensum als ... angepasst werden. Insbesondere sei die zeitliche Belastbarkeit herabgesetzt. Es sei von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit mit einer Präsenz zu 60 % auszugehen, damit das langsamere Arbeitstempo sowie die Notwendigkeit vermehrter Pausen berücksichtigt werden könnten.

3.5 Das MEDAS-Gutachten vom 31. Dezember 2012 basiert auf internistischen, psychiatrischen und endokrinologischen Untersuchungen (AB 100.1 – 100.4). Es wurden die folgenden Diagnosen festgehalten (AB 100.1/20):

Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)
- Dysthymie (ICD-10 F34.1)
- Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen, ängstlich-vermeidenden und anankastischen Zügen (ICD-10 Z73.1)

Weitere Diagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

- Morbus Basedow, ED 22. April 2003
 - St. n. totaler Thyreoidektomie bds. am 6. Mai 2005
 - unter Substitution mit Euthyrox 100 µg aktuell euthyreote Stoffwechsellage

Die Gutachter hielten in der Gesamtbeurteilung fest (AB 100.1/22 f.), bei der internmedizinischen Untersuchung habe sich ein unauffälliger Befund gezeigt, es habe kein erhöhter Puls festgestellt werden können. Erwähnenswert seien eine Mundschleimhauttransplantation vor etwa 20 Jahren und eine noch leicht hyperämische Narbe im Kragenschnittbereich nach Thyreoidektomie von 2005 gewesen. Bezüglich der Schilddrüse sei eine endokrinologische Untersuchung durchgeführt worden, die unter Substitution mit Euthyrox 100 µg aktuell eine euthyreotische Stoffwechsellage ergeben habe. Lokalsymptome in Form von Dyspnoe oder Globusgefühl seien verneint worden. Aus rein endokrinologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei der psychiatrischen Untersuchung habe das Bild einer sogenannten Double Depression, also einer Komorbidität einer rezidivierenden depressiven Störung und einer Dysthymia festgestellt werden können, wobei die rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mit einer leichten Episode vorliege. Ferner seien auch akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich vermeidenden und anankastischen Merkmalen diagnostiziert worden, wie schon im Bericht von Dr. med. E. _____ vom 29. Juni 2012 und im Arztbericht der psychiatrischen Klinik H. _____ vom 4. Dezember 2006, damals allerdings noch mit einer schweren depressiven Episode. Die aktuelle Medikation habe die Symptome etwas abgemildert, eine entsprechend Diagnose einer Persönlichkeitss-

törung könne derzeit nicht gestellt werden. Eine bipolare affektive Störung, wie von Dr. med. E. _____ am 29. Juni 2012 diagnostiziert, habe nicht festgestellt werden können, da sich keinerlei Anhaltspunkte für eine hypomane oder manische Episode ergeben hätten. Unter Beachtung der psychischen Entwicklung und der daraus resultierenden Defizite, wie dies auch in den psychiatrischen Vorbefunden weitgehend übereinstimmend beschrieben worden sei, müsse man sagen, dass diese Defizite derart ausgeprägt seien, dass es lediglich zu einer teilweisen Verbesserung des psychischen Zustandsbildes und zu keiner vollständigen Remission habe kommen können. Aufgrund der kaum vorhandenen psychischen Ressourcen könne eine berufliche Aktivität nur im Rahmen einer fehlenden Belastung durch eine Arbeitstätigkeit und im Rahmen einer stabilen schützenden Beziehung ausgeübt werden. Nach dem Gespräch mit der Beschwerdeführerin bezüglich der Einschätzung ihrer Arbeitsfähigkeit, müssten die dissimulativen Tendenzen und auch die abweichenden Persönlichkeitszüge zur gerechten Beurteilung mit berücksichtigt werden. Es sollte beachtet werden, dass die Präsenzzeit um 10 bis 20 % höher liegen sollte als die Arbeitsfähigkeit, damit das langsame Arbeitstempo kompensiert werden könne. Für den erlernten Beruf der ... sei die Beschwerdeführerin bleibend nicht mehr arbeitsfähig. Für den zuletzt erlernten Beruf der ... sei sie zeitlich zu 50 bis 60 % arbeitsfähig mit einem maximalen Rendement von 30 % (30 % bezogen auf eine volle normale Leistung, d.h. innerhalb der 50 bis 60 % Zeitpräsenz könne etwa die halbe Leistung erbracht werden). Auch in einer körperlich leichten Verweistätigkeit sei die Beschwerdeführerin durch das ausserordentlich komplizierte und erheblich invalidisierende Krankheitsbild nicht in der Lage, mehr als 50 bis 60 % zu arbeiten (Präsenz bei einer Leistung von maximal 30 %), dies auf dem ersten Arbeitsmarkt. Allerdings sei ein wohlwollendes Arbeitsumfeld nötig, das den Einschränkungen der Beschwerdeführerin Rechnung trage.

4.

4.1 Das MEDAS-Gutachten vom 31. Dezember 2012 (AB 100.1 – 100.4) erfüllt hinsichtlich der gestellten Diagnosen die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 hier-vor). Das Gutachten beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, zudem ist es in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtend und enthält begründete Schlussfolgerungen. Die Gutachter begründeten zudem überzeugend und schlüssig, weshalb keine Persönlichkeitsstörung (vgl. die diesbezüglich beschwerdeweise vorgebrachte Kritik, Beschwerde S. 8) und auch keine bipolare affektive Störung vorliegt. Dazu wurde im psychiatrischen Teilgutachten festgehalten (AB 100.3/7 f.), es sei möglich, dass die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit die Kriterien einer emotional instabilen Persönlichkeit vom Borderline-Typ erfüllt habe. Unter der aktuellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und vor allem unter stimmungsstabilisierender Medikation mit einem antidepressiv wirksamen Mittel sei es zu einer Abmilderung von abweichenden Persönlichkeitszügen gekommen, so dass momentan die Diagnose einer entsprechenden Persönlichkeitsstörung nicht gestellt werden könne. Die emotionale Instabilität der Beschwerdeführerin biete eine Erklärung für eine von übrigen Berichten deutlich abweichende diagnostische Feststellung im Bericht von Dr. med. E. _____ vom 29. Juni 2012, wonach die Beschwerdeführerin an einer bipolaren affektiven Störung leiden sollte. Da sich bei der Beschwerdeführerin anamnestisch keinerlei Anhaltspunkte für eine hypomane oder manische Episode ergäben, könne bei ihr keine bipolare affektive Störung diagnostiziert werden (vgl. auch AB 100.1/22).

4.2 Die Beschwerdeführerin hingegen sieht das MEDAS-Gutachten als vollständig unverwertbar an, zumindest komme der Expertise ein erheblich geschmälerter Beweiswert zu, wobei sie dies mit formellen Mängeln beim Verfahren zur Erteilung des Gutachterauftrags begründet (Beschwerde S. 5 ff.). So sei der Auftrag bei SuisseMED@P vor der rechtskräftigen Erledigung der Einwendungen der Beschwerdeführerin bzw. sogar vor Erlass der die Begutachtung anordnenden Verfügung erteilt worden. Zudem sei noch

während der laufenden Beschwerdefrist dem Begutachtungsinstitut der Auftrag erteilt sowie die Mitteilung bezüglich der vorgesehenen Begutachtungspersonen vorgenommen worden. Die Begutachtung selber sei auf einen Zeitpunkt angesetzt gewesen, in welchem die Frist für Einwendungen gegen die Begutachtungspersonen noch gelaufen sei.

4.3 Die Anordnung einer Begutachtung durch die Verwaltung gestaltet sich wie folgt: Die IV-Stelle teilt der versicherten Person in einem ersten Schritt mit, dass eine Expertise eingeholt werden soll; zugleich gibt sie ihr die Art der vorgesehenen Begutachtung (poly- oder mono- bzw. bidisziplinär) sowie die vorgesehenen Fachdisziplinen und Gutachterfragen bekannt. In diesem Stadium kann die versicherte Person erst einmal (nicht personenbezogene) materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich oder gegen Art oder Umfang der Begutachtung vorbringen (Beispiele: unnötige second opinion, unzutreffende Wahl der medizinischen Disziplinen). Ausserdem hat sie Anspruch, sich zu den Gutachterfragen zu äussern (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 275, 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258). In einem zweiten Verfahrensschritt teilt die IV-Stelle der versicherten Person die durch SuisseMED@P zugeteilte Gutachterstelle (bzw. bei mono- und bidisziplinären Expertisen die von ihr ausgewählten Gutachter) und die Namen der Sachverständigen mit jeweiligem Facharzttitel mit. Mit der Bezeichnung der Sachverständigen kommt die Möglichkeit (materieller oder formeller) personenbezogener Einwendungen hinzu (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.2 S. 355, 138 V 271 E. 1.1 S. 274, 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 257).

4.4 Die Beschwerdegegnerin ist grundsätzlich im Sinne der vorstehenden Ausführungen gemäss Erwägung 4.3 vorgegangen (vgl. AB 83, 89, 93). Es trifft aber zu, dass sie den Auftrag zur Auslosung einer Gutachterstelle an SuisseMED@P vor der am 13. September 2012 erfolgten verfügungsweisen Festlegung einer Begutachtung mit drei Fachdisziplinen erteilt hat (vgl. AB 90); zudem wurden noch während der laufenden Beschwerdefrist die Begutachtung bei der MEDAS F. _____ in Auftrag gegeben (vgl. AB 94) und die Mitteilung der Namen der Gutachterpersonen vorgenommen (AB 93). Mit der Beschwerdegegnerin ist jedoch festzuhalten (vgl. Beschwerdeantwort S. 2), dass dies die volle Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens nicht zu schmälern vermag, da bei

einer allfälligen Beschwerdeerhebung gegen die Verfügung vom 13. September 2012, welche jedoch nicht erfolgt ist, der Gutachterauftrag hätte gestoppt werden können. Ausserdem war die Begutachtung entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin nicht auf einen Zeitpunkt angesetzt, in welchem die Frist für Einwendungen gegen die Begutachtungspersonen noch lief. Die gutachterlichen Untersuchungen erfolgten am 26. Oktober und 1. November 2012 (vgl. AB 100.1/2), mithin nach Ablauf der mit Schreiben vom 4. Oktober 2012 (AB 93) gesetzten zehntägigen Einwandfrist bezüglich der Gutachterpersonen.

4.5 Nach dem Ausgeführten ist das MEDAS-Gutachten vom 31. Dezember 2012 (AB 100.1 – 100.4) in diagnostischer Hinsicht voll beweiskräftig, womit der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt ist, so dass auf weitere Abklärungsmassnahmen verzichtet werden kann (sog. antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

5.

5.1 Gemäss MEDAS-Gutachten vom 31. Dezember 2012 ist die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht nicht eingeschränkt (vgl. AB 100.1/20 und 22). Die von den Gutachtern attestierte Reduktion der Arbeitsfähigkeit wird allein mit den bestehenden psychischen Beschwerden begründet (vgl. AB 100.1/20 und 22 f.). Bei der Frage, ob im Rahmen der Invaliditätsbemessung auf die von den MEDAS-Gutachtern attestierte Arbeitsfähigkeit von zeitlich 50 bis 60 % bei einem maximalen Rendement von 30 % (AB 100.1/23) abgestellt werden kann, ist zu berücksichtigen, dass es gemäss Rechtsprechung in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen, somit auch bei Depressionen, keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachtlich) befassten Arztpersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 194). Sache des (begutachtenden)

Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195; vgl. auch E. 2.4 hiervor). Folglich ist im Rahmen einer rechtlichen Würdigung zu beurteilen, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer im Sozialversicherungsrecht anerkannten Arbeitsunfähigkeit führt (vgl. E. 2.2 hiervor).

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht (Beschwerde S. 9), es handle sich hier nicht um einen Fall einer Schmerzverarbeitungsstörung mit Anwendung der entsprechenden Überwindbarkeitspraxis, ist festzuhalten, dass eine depressive Störung unbestrittenermassen für sich keinen pathogenetisch (ätiologisch) unklaren syndromalen Zustand darstellt, bei welchem die Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen (Frage der Zumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung) zur Anwendung gelangen würde (vgl. SVR 2014 IV Nr. 12 S. 48 E. 3.2 und S. 49 E. 4.2.3; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. Januar 2013, 8C_217/2012, E. 5.3.1). Indes ist es wie erwähnt – auch bei Depressionen – keineswegs allein Sache der Arztperson, abschliessend und verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer im Sozialversicherungsrecht anerkannten Arbeitsunfähigkeit führt, zumal zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine Korrelation besteht und die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist sowie unausweichlich Ermessenszüge trägt (vgl. wiederum BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 194 f.).

5.2

5.2.1 Bei der Beschwerdeführerin wurde unter anderem eine Dysthymie diagnostiziert (AB 100.1/20); tritt eine solche nicht zusammen mit anderen Befunden wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung auf, kommt sie nach der Rechtsprechung nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich; sie ist allein somit regelmässig nicht invalidisierend (SVR 2011 IV Nr. 17 S. 45 E. 2.2.2). Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung haben die Gutachter hier schlüssig und überzeugend verneint (vgl. AB 100.1/22, AB 100.3/7 f.).

5.2.2 Weiter ist eine leichte depressive Episode allein – eine solche wurde auch vorliegend diagnostiziert (AB 100.1/20) – rechtsprechungsgemäss grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität (Art. 4 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 8 ATSG) zu begründen, zumal bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (vgl. Entscheide des BGer vom 25. Januar 2010, 9C_260/2009, E. 2.3, und vom 4. April 2007, I 251/06, E. 3.3.1). Eine rezidivierende depressive Störung (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 176 ff.) unterscheidet sich von einer depressiven Episode hauptsächlich hinsichtlich ihrer Dauer, nicht aber bezüglich der Schwere der Erkrankung (vgl. Entscheid des BGer vom 14. August 2013, 9C_917/2012, E. 3.2). Dass eine depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert wurde, ändert aber nichts daran, dass diesbezüglich rechtsprechungsgemäss ebenso wenig eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens vorliegt (vgl. Entscheid des BGer vom 26. Juni 2014, 8C_104/2014, E. 3.3.4).

5.2.3 Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass sogenannte Z-Kodierungen – hier die diagnostizierte Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen, ängstlich-vermeidenden und anankastischen Zügen (ICD-10 Z73.1) – nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fallen (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 45 E. 2.2.2.2).

5.2.4 Auch der Umstand, dass vorliegend mehrere im Sinne der IV nicht krankheitswertige psychische Auffälligkeiten diagnostiziert wurden, führt nicht dazu, dass diese zusammen eine IV-relevante psychische Störung ergeben.

5.2.5 Zum Argument, wonach das während der Begutachtung angetroffene günstige Zustandsbild lediglich durch die zufriedenstellende Partnerschaft und die fehlende Belastung einer beruflichen Tätigkeit bedingt sei, ist mit der Beschwerdegegnerin (Verfügung vom 13. Mai 2014 [AB 127]) festzuhalten, dass – hier ohnehin nicht bestehende – Partnerschaftskonflikte (bzw. eine allenfalls fehlende Partnerschaft) und berufliche Belastungen oder Überforderungen psychosoziale Umstände darstellen, welche grundsätzlich nicht IV-relevant sind (vgl. E. 2.3 hiavor).

5.3 Nach dem Ausgeführten ergibt sich, dass die auf psychischen Beschwerden basierende, gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit (AB 100.1/20 und 22 f.) aus rechtlicher Sicht unberücksichtigt zu bleiben hat; es liegt demnach kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. An dieser rechtlichen Würdigung vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass die Ausbildungsstätte, in welcher die Beschwerdeführerin die Umschulung zur ... absolviert hat, nach Ausbildungsabschluss im Jahr 2012 nicht von einer vollen, sondern von einer Arbeitsfähigkeit im Umfang von 80 % bei einer Leistung von steigerungsfähigen 60 % in der freien Wirtschaft ausgegangen ist (AB 84/2).

Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 13. Mai 2014 nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

6.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

6.2 Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt 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 Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.