

200 15 298 IV
SCJ/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. September 2015

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 5. März 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1970 geborene und seit 1991 überwiegend als ... tätige A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im März 2009 unter Hinweis auf Schmerzen, Schwindel, Erschöpfung, Ängste, Konzentrations- und Schlafstörungen, Absenzen, ein instabiles Nervensystem, plötzliches Zittern, Versagensängste sowie Abgrenzungsprobleme bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 3; 19 S. 10). Die IVB holte erwerbliche und medizinische Unterlagen ein, veranlasste eine Arbeitsmarktlich-Medizinische Abklärung (AMA, act. II 25; 37), gewährte Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (act. II 36) und sprach ihr ein Arbeitstraining in der freien Wirtschaft zu (act. II 46), welches indes scheiterte (Protokoll, Eintrag vom 7. Juli 2010 [in den Gerichtsakten]). Nachdem die IVB die Versicherte durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) hatte untersuchen lassen (act. II 42) und weitere Arztberichte eingeholt hatte, verneinte sie mit Verfügung vom 27. Mai 2010 (act. II 64) bei einem Invaliditätsgrad von 38% einen Rentenanspruch. Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 22. September 2011 (act. II 81) insoweit gut, als es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung und anschliessenden Neuverfügung zurückwies (VGE IV/2010/686, E. 3.3).

Inzwischen hatte die Versicherte im Rahmen eines Einsatzprogramms ... des C. _____ eine 50%-Beschäftigung angetreten, welche bis Dezember 2013 dauerte (Akten der IVB, [act. IIA], 135.2 S. 11 und 15).

B.

Im September 2012 liess die IVB die Versicherte in der MEDAS Ostschweiz (nachfolgend MEDAS) polydisziplinär begutachten (Expertise vom 23. Januar 2013 [act. IIA 105.1]). Gestützt auf die Einschätzungen der

Dres. med. E. _____ und F. _____, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, beide RAD, welche den psychiatrischen Teil des Gutachtens als unzulänglich qualifizierten (act. IIA 111 S. 2 f.; 117 S. 2), gab die IVB sodann bei lic. phil. X. _____, Neuropsychologe FSP, und Dr. med. H. _____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine neuropsychologische respektive eine weitere psychiatrische Begutachtung in Auftrag (Expertisen vom 25. Oktober 2014 [act. IIA 135.1] und 27. Oktober 2014 [act. IIA 136.1]). Mit Vorbescheid vom 23. Januar 2015 (act. IIA 141) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 35% die Ablehnung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Hiergegen liess die Versicherte Einwand erheben (act. IIA 144), woraufhin die IVB eine Stellungnahme des RAD einholte (act. IIA 147). Am 5. März 2015 verfügte sie wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt (act. IIA 148).

C.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, mit Eingabe vom 25. März 2015 Beschwerde erheben und den folgenden Antrag stellen:

Es sei der Beschwerdeführerin in Abänderung der Verfügung vom 5. März 2015 eine angemessene Rente auszurichten;

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

In der Begründung lässt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vorbringen, es sei nicht klar, weshalb ein zusätzliches Gutachten angefordert worden sei, obschon bereits „ein ausgiebiges Gutachten mit klarem Resultat“ vorgelegen habe. Das von der IVB gewählte Vorgehen erwecke den Eindruck, dass die Begutachtung solange wiederholt werde, bis ein der Auftraggeberin genehmes Resultat vorliege. Jedenfalls sei das Vorgehen rechtlich unzulässig (S. 4, Ziff. 4). Der Beschwerdeführerin sei sodann nicht klar, welchen Anforderungen das MEDAS-Gutachten nicht genügt habe, so dass ein weiteres Gutachten angeordnet worden sei. Richtigerweise hätten der MEDAS Zusatzfragen gestellt werden sollen. Im Falle der nicht befriedigenden Beantwortung dieser Fragen hätte nach Rücksprache mit der Beschwerdeführerin allenfalls ein Zusatzgutachten respektive Gegengut-

achten in Auftrag gegeben werden können. Bei Differenzen zwischen Erst- und Zweitgutachten hätte das Zweitgutachten dem Erstgutachter zur Kommentierung vorgelegt werden müssen (S. 5 f., Ziff. 6). Nachdem die Ergebnisse der Gutachten derart auseinanderklafften, sei von Seiten des Verwaltungsgerichts ein Obergutachten in Auftrag zu geben (S. 6, Ziff. 7).

Mit Beschwerdeantwort vom 28. April 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. In der Begründung macht sie im Wesentlichen geltend, die Beschwerdeführerin habe gegen die erneute Begutachtung nicht opponiert, weshalb die diesbezüglich im Beschwerdeverfahren nun erhobenen Einwände Treu und Glauben widersprüchen. Im Übrigen habe das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS erhebliche Mängel aufgewiesen, weshalb eine erneute Begutachtung dringend indiziert gewesen sei.

Mit Schreiben vom 13. Mai 2015 ersuchte der Instruktionsrichter die Beschwerdegegnerin, die Berechnung des auf Fr. 29'008.-- bezifferten Invalideneinkommens detailliert und in nachvollziehbarer Weise darzulegen und sich zur Frage der Berechnung des Valideneinkommens unter dem Aspekt der Parallelisierung der Vergleichseinkommen zu äussern.

Mit Eingabe vom 2. Juni 2015 nahm die Beschwerdegegnerin Stellung und macht geltend, das Invalideneinkommen betrage bei korrekter Berechnung Fr. 30'264.--. Ferner habe die Beschwerdeführerin kein für die Parallelisierung relevantes unterdurchschnittliches Einkommen erzielt.

Mit Schreiben vom 25. Juni 2015 reichte die Beschwerdeführerin einen Austrittsbericht der Klinik I. _____ vom 18. Juni 2015 zu den Akten (Akten der Beschwerdeführerin [act. I], 4), wobei sie an ihren beschwerdeweise gestellten Anträgen festhält. Ergänzend macht sie geltend, der Vorwurf des Verhaltens wider Treu und Glauben sei unangebracht, sei es der Beschwerdeführerin doch nicht zumutbar, die Qualität eines MEDAS-Gutachtens zu beurteilen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 2. Juli 2015 gab der Instruktionsrichter den Parteien im Lichte der mit Entscheid des Bundesgerichts (BGer) vom 3. Juni 2015, 9C_492/2014, zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundla-

ge präzisierten bzw. geänderten Rechtsprechung Gelegenheit zur Stellungnahme respektive zur Anpassung ihrer Rechtsbegehren.

Mit Eingabe vom 17. Juli 2015 hält die Beschwerdeführerin an ihren beschwerdeweise geltend gemachten Rechtsbegehren fest. Auch die neue Rechtsprechung ändere nichts daran, dass zwei sich widersprechende Gutachten vorlägen, wobei sich dasjenige von Dr. med. H._____ auf die bisherige Praxis der Überwindbarkeitsvermutung stütze und die entsprechenden Ausnahmekriterien prüfe, wobei er zu anderen Schlüssen als die MEDAS gelange. Es erscheine deshalb umso angebrachter, ein neues Gutachten erstellen zu lassen.

Mit Stellungnahme vom 30. Juli 2015 hält die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen fest, die (in BGer 9C_492/2014 formulierten) Indikatoren liessen sich gestützt auf das Gutachten von Dr. med. H._____ ohne weiteres prüfen, weshalb weitere medizinische Abklärungen nicht indiziert seien. Im Übrigen stehe vorliegend die Persönlichkeitsstörung, nicht jedoch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund.

Mit prozessleitender Verfügung vom 5. August 2015 gewährte der Instruktionsrichter den Parteien die Möglichkeit zur Einreichung von Schlussbemerkungen. Während die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 21. August 2015 darauf verzichtete, hielt die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 24. August 2015 fest, gemäss Angaben der behandelnden Psychiaterin habe die stationär-psychiatrische Behandlung in der Klinik I._____ zu keiner grossen Veränderung der Beschwerdeführerin geführt, weshalb sich die Frage stelle, wie Dr. med. H._____ eine Arbeitsfähigkeit von 80% attestieren können, zumal der letzte Arbeitsversuch gescheitert sei. Allenfalls dränge sich ein Belastbarkeitstraining auf, nachdem lediglich so die reale Belastbarkeit der Beschwerdeführerin geprüft werden könne.

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 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 5. März 2015 (act. IIA 148). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin 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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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).

2.3 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).

3.

3.1 Mit VGE IV/2010/686 vom 22. September 2011 (act. II 81) hob das Verwaltungsgericht eine erste rentenabweisende Verfügung vom 27. Mai 2010 (act. II 64) auf und wies die Sache zur weiteren Abklärung und neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurück. Aufgrund der Anmeldung vom 10. März 2009 (act. II 3 S. 8) sowie unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Wartefrist (Art. 29 Abs. 1 IVG) beginnt der potentielle Rentenanspruch im September 2009.

Zum Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 27. April 2009 (act. II 17) eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1), eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) sowie eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1 [S. 1]), alle seit der Jugend bestehend. Es handle sich um ein äusserst komplexes Geschehen mit früheren Traumatisierungen und anhaltenden Störungen, nicht unerheblichem Kompensationsvermögen und immer wieder neuen Traumatisierungen (S. 3). Aufgrund der anhaltenden psychopathologischen Veränderungen, wie negative Gedanken, Kontrollverlust erleben, Depersonalisationswahrnehmungen, das Gefühl wie ferngesteuert zu sein, Flash-backs und Ähnlichem, sei der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar. Auch eine Tätigkeit im ... erscheine gegenwärtig bis auf weiteres nur bedingt verantwortbar. Eine angepasste Tätigkeit sollte nicht schwerpunktmässig mit ... verbunden sein. Die Beschwerdeführerin fühle sich für den sozialen Bereich geeignet und weise hier durchaus Ressourcen auf. Problematisch wäre – da sie oft sehr weitschweifig und sprunghaft sei – eine Arbeitsstelle ohne klare Abgrenzung der Aufgaben (S. 2).

3.1.2 Im Abklärungsbericht AMA vom 8. Oktober 2009 (act. II 37) wurde betreffend das Zumutbarkeitsprofil festgehalten, aus der psychischen Problematik der Beschwerdeführerin ergebe sich aufgrund der reduzierten allgemeinen Belastbarkeit ein zumutbares Gesamtarbeitspensum von 60%. Arbeiten mit hohen Anforderungen an Konzentration, Wahrnehmung und

Aufmerksamkeit, sowie solche, die hohe Eigenverantwortung erforderten, sollten vermieden werden; das Gleiche gelte für Tätigkeiten mit Zeitdruck sowie für Nacharbeit. Die Beschwerdeführerin benötige einen klar strukturierten Rahmen mit wenig sozialem Kontakt. Die bisherige Tätigkeit im ... sollte aufgrund anhaltender psychopathologischer Veränderungen wie negativer Gedanken, Kontrollverlustängsten, Depersonalisationswahrnehmungen, das Gefühl, ferngesteuert zu sein, Flashbacks u. ä. nicht mehr ausgeübt werden. Wegen der Halswirbelsäulenproblematik seien Überkopparbeiten und Zwangshaltungen der Wirbelsäule zu meiden. Aufgrund des Schwindels seien Arbeiten mit Absturzgefahr sowie alle Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an das Gleichgewichtssystem kontraindiziert. Auch das Führen eines betrieblichen Fahrzeuges sei aus diesem Grund nicht zumutbar. Das Heben und Tragen von Lasten sei bis 5kg zumutbar (S. 9).

3.1.3 Dr. med. J. _____ führte mit Bericht vom 22. März 2010 (act. II 59 S. 3 ff.) folgende psychiatrischen Diagnosen auf (S. 4):

- Posttraumatische Belastungsstörung, chronifiziert (ICD-10 F43.1) mit immer wiederkehrenden Dissoziationen;
- Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) mit ängstlich unsicheren und abhängigen Zügen;
- Rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1);
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4);
- ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10 F90), klinisch, testpsychologisch und ex iuvantibus bestätigt

Gegenwärtig sei die Beschwerdeführerin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht vermittelbar. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit müsse selbst in einer angepassten Tätigkeit als momentan deutlich unter 50% beschrieben werden; es sei von einer mindestens 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Aufgrund des nun langjährigen und chronifizierten Verlaufs, insbesondere der Entwicklung und Beobachtungen in den letzten Monaten, könne im genannten Ausmass auch auf eine entsprechende Erwerbsunfähigkeit geschlossen werden (S. 3). Es sei jedoch fraglich, ob es überhaupt eine Tätigkeit gebe, die dem genannten Anpassungsprofil entspreche (S. 6).

3.1.4 Im MEDAS-Gutachten vom 23. Januar 2013 (act. IIA 105.1) wurden folgende Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 40):

- Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom, ICD-10 F90.0
- PTBS, ICD-10 F43.1
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4
- Panvertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach wiederholten HWS-Distorsionen (anamnestisch) 1987, 1991, 1994 und 04/2008 ohne radikuläre Symptomatik bei radiologisch altersentsprechend unauffälligem Befund (19.09.2012)

Ferner wurden folgende Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgehalten:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, ICD-10 F33.4
- Verdacht auf periphere Nervenläsion Mai 2006 mit Hypästhesie/Allodynie Versorgungsgebiet cutaner Ast N. femoralis, N. genitofemoralis, N. inguinalis sowie N. cutaneus femoris lateralis bei Status nach Femoralhernienrepair 05/2006 rechts, Status nach Revision 10/2007

Nach Angaben der Beschwerdeführerin ständen seit ca. 7-8 Jahren panvertebrale Rückenschmerzen im Vordergrund, die insbesondere bei zu langem Sitzen aufträten. Weiterhin beschreibe sie ausstrahlende Schmerzen im Bereich der rechten Schulter. Auch beständen permanente Schmerzen in der rechten Leistenregion. Ebenfalls habe die Beschwerdeführerin seit dieser Zeit eine Überempfindlichkeit im Bereich des ventralen Oberschenkels bemerkt. Insbesondere bei Belastung und Anstrengung träten zudem Leistenschmerzen auf (S. 13). Die Beschwerdeführerin gebe an, sich mit diesen jedoch im Alltag gut arrangiert zu haben und sie diese im privaten wie beruflichen Alltag nicht einschränkten. Weiterhin werde ein intermittierend auftretender Schwindel beschrieben. Auch bei schnellen Kopfdrehungen könne dieser Schwindel ausgelöst werden. Es bestehe keine begleitende Übelkeit oder Erbrechen. Aufgrund der mehrmaligen Schleudertraumata verspüre sie ebenfalls Schmerzen der Nackenmuskulatur bei zu schneller Kopfdrehung. Im Sommer 2008 habe sie einen „Nervenzusammenbruch“ mit Zittern, Schwitzen und Schwindelgefühl erlitten. Weiterhin beschreibe die Beschwerdeführerin einen Müdigkeits- und Erschöpfungszustand, sie könne sich oftmals nur für eine kurze Zeit voll kon-

zentrieren, oft fehle die Aufmerksamkeit. Zudem habe sie Angst zu versagen und Erwartungen nicht zu erfüllen. Auch ständen Zukunftsängste im Vordergrund (S. 13 f.).

Aus orthopädischer Sicht bestehe eine Druckdolenz im Bereich der gesamten Wirbelsäule ohne wesentliche funktionelle Einschränkung. Es liessen sich weder an den oberen noch unteren Extremitäten Schonungszeichen feststellen. Die Beweglichkeit der einzelnen Wirbelsäulenabschnitte sei zufriedenstellend. Der Druckschmerz am rechten Rippenbogen ventral und im Sternoklavikularbereich sei zunächst keiner Pathologie zuzuordnen; der klinische Befund sei ansonsten unauffällig. Zusammenfassend könne hier die Diagnose eines panvertebralen Schmerzsyndroms bei Status nach wiederholten HWS-Distorsionen gestellt werden. Es finde sich jedoch keine radikuläre Symptomatik bei radiologisch unauffälligem Befund (S. 42 f.). Eine künftige Arbeitstätigkeit sollte keine „schwerst hebenden Tätigkeiten“ beinhalten. Als ... sollte die Beschwerdeführerin lediglich gelegentlich, nicht jedoch häufig schwere Koffer tragen. Gegen Tätigkeiten, wie sie „üblicherweise Frauen zugemutet“ würden, beständen aus orthopädischer Sicht keine wesentlichen Einschränkungen (S. 34).

Von neurologischer Seite zeige sich eine persistierende Allodynie/Hypästhesie im Bereich des ventralen und lateralen Oberschenkels rechts. In der klinisch neurologischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin diffuse Sensibilitätsstörungen des Oberschenkels geschildert. Sie gebe jedoch an, sich mit diesen im Alltag gut arrangiert zu haben und dass sie diese im privaten wie beruflichen Alltag nicht einschränkten, so dass sich hieraus keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe (S. 43).

Von internistischer Seite ergäben sich sowohl klinisch wie auch in sämtlichen Tests im Laborscreening keine nennenswerten pathologischen Befunde (S. 43).

In psychiatrischer Hinsicht weise die Beschwerdeführerin vor allem „durch das ADS, aber auch durch die [PTBS] schwere Handicaps auf“ (S. 26). Beide Erkrankungen könnten mittels Willensanstrengung nicht überwunden werden (S. 27). Die Arbeitsfähigkeit sei für alle Tätigkeiten im ersten Arbeitsmarkt zu 100% eingeschränkt. In Frage komme nur noch eine Tätig-

keit im geschützten Rahmen (S. 44), welche die Beschwerdeführerin maximal mit einem Pensum von 50% durchführen könne. Die aktuelle Tätigkeit im geschützten Bereich in der C. _____ sei optimal (S. 45).

3.1.5 Im neuropsychologischen Gutachten vom 25. Oktober 2014 (act. IIA 135.1) hielt lic. phil. X. _____ unter Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Folgendes fest: „Vor dem Hintergrund der psychiatrischen Diagnosen (siehe entsprechendes Gutachten) dekompenzierte Aufmerksamkeitsdefizit- /Hyperaktivitätsstörung (F90.9)“. Aus streng neuropsychologischer Sicht seien die meisten kognitiven und intellektuellen Funktionen, inklusive der Lernfähigkeit, nicht eingeschränkt. Diese könnten allerdings aufgrund der gestellten Diagnose nicht voll genutzt werden. Mit Bezug auf die Tätigkeit als ... bestehe eine um 50% reduzierte Leistungsfähigkeit (S. 9). Eine andere Tätigkeit (mit vermehrten Pausen, der Möglichkeit langsamer, aber präziser zu arbeiten sowie mit einer klar vorgegebenen Struktur und wenig Zeitdruck) sei vorbehaltlich der definitiven Einschätzung durch den Arzt zu sechs Stunden täglich mit einer Leistungsminderung von 10% möglich (S. 10).

3.1.6 Im psychiatrischen Gutachten vom 27. Oktober 2014 (act. IIA 136.1) hielt Dr. med. H. _____ unter Berücksichtigung der Ergebnisse der neuropsychologischen Begutachtung von lic. phil. X. _____ (act. IIA 135.1) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 18):

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), bestehend seit 2008
- Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional unreifen, instabilen, impulsiven, abhängigen und ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61), bestehend seit der Adoleszenz
- Dekompensierte Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ICD-10 F90); die Störung bestehe seit dem Kindesalter und sei im Jahre 2008 vor dem Hintergrund der anderen psychischen Störungen zunehmend dekompenziert

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. H. _____ einen Verdacht auf Alkoholabusus, schädlicher Gebrauch, fest (S. 18).

In der Beurteilung führte der Gutachter im Wesentlichen aus, die Beschwerdeführerin biete spätestens seit Ende des Jahres 2008 alle gefor-

der Symptome einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (S. 19). Rückblickend sei davon auszugehen, dass sie bis zu ihrem letzten Unfallereignis am 7. Februar 2008 keinerlei derart ausgeprägte psychische Symptomatik geboten habe, die sie in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt habe. Erst nach dem Auffahrunfall mit dem diagnostizierten Schleudertrauma habe die Beschwerdeführerin dann – eindeutig reaktiv – ein überaus weites Spektrum psychoneurotischer und anxiodepressiver Symptome entwickelt, wobei Anfang 2008 die Diagnose einer Anpassungsstörung zu stellen gewesen wäre. Nach Überschreiten des für die fragliche Diagnose geltenden Zeitkriteriums von sechs Monaten hätten sich die Symptome der Anpassungsstörung chronifiziert und seien in das Vollbild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung übergegangen (S. 22), womit die nach dem Unfall reaktiv aufgetretenen anxiodepressiven Symptome nicht im Sinne einer depressiven Episode oder aber einer rezidivierenden depressiven Störung zu interpretieren seien (S. 23).

Mit Bezug auf die Persönlichkeitsstörung sei es eine bekannte Tatsache, dass sowohl die Prognose einer somatoformen Störung als auch schon das Risiko, eine solche Störung zu entwickeln, entscheidend von der Primärpersönlichkeit des Betroffenen abhängen. Unter diesem Aspekt fielen eine ganze Reihe recht pathologisch anmutender Persönlichkeitszüge der Beschwerdeführerin auf, die sich vor allem durch eine hohe emotionale Unreife und Instabilität, Impulsivität und ängstlich-vermeidende Züge auszeichneten (S. 24). Unabhängig davon, ob diagnostisch von einer echten Persönlichkeitsstörung oder lediglich akzentuierten Persönlichkeitszügen auszugehen sei, scheine unbestreitbar, dass es vor allem diese bereits prämorbid eindeutig vorhandene pathologische Persönlichkeitsorganisation gewesen sei, welche der Beschwerdeführerin die Überwindung ihrer diversen Belastungen in der Vergangenheit und zuletzt auch die adäquate Verarbeitung der Folgen ihres Auffahrunfalles massiv erschwert bzw. bisher verunmöglicht habe (S. 27). Hinsichtlich der PTBS sei sodann festzustellen, dass – sollte die Beschwerdeführerin im Anschluss an den sexuellen Missbrauch in der Jugend oder den schweren Unfall vom Februar 1994 eine PTBS entwickelt haben, was in Anbetracht der vorliegenden Aktenlage durchaus möglich erscheine – diese mittlerweile lange als abgeklungen und ausgeheilt anzusehen sei (S. 30).

Ferner sei bei der Beschwerdeführerin von einer ADHS auszugehen (S. 31). Wie im neuropsychologischen Gutachten ausgeführt, sei diese über lange Jahre als gut kompensiert und damit kaum als beeinträchtigend anzusehen; erst unter den diversen Belastungen seit 2008 mit der Entwicklung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und zunehmender Dekompensation der Persönlichkeitsstörung hätten sich die Ressourcen der Beschwerdeführerin immer mehr geschwächt und sie sei auch nicht mehr in der Lage gewesen, ihre ADHS-bedingten Defizite zu kompensieren, so dass die Symptome ihres ADHS sich wieder verstärkten und damit auch zunehmenden Einfluss auf ihre Leistungsfähigkeit hätten (S. 32).

Die medikamentöse Compliance erscheine in Anbetracht der Ergebnisse der Laboruntersuchung ungenügend. Eine stationäre, psychosomatisch ausgerichtete Behandlung mit anschliessender Tagesstrukturierung (Tagesklinik, Atelier etc.) zur Durchbrechung des pathogenen häuslichen Umfeldes sei empfehlenswert. Derartige Therapiemassnahmen seien vollumfänglich zumutbar (S. 34).

Zusammenfassend werde das Zustandsbild der Beschwerdeführerin bereits seit längerem nicht nur durch die somatoforme Schmerzstörung, sondern ganz erheblich und praktisch überwiegend durch ihre emotional unreifen, instabilen, impulsiven, dependenten und ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszüge geprägt; die Persönlichkeitsstörung sei als zunehmend dekompensiert anzusehen. Im Verlauf der Jahre hätten sich dabei, nicht zuletzt auch infolge der praktisch vollständigen Entpflichtung durch den Lebensgefährten, eine erhebliche Dekonditionierung und Regression eingestellt, die hingegen nicht mit einer massgeblichen, krankheitsimmanenten Verschlechterung des Zustandsbildes gleichzusetzen sei. Vielmehr handle es sich bei einer Dekonditionierung um einen grundsätzlich reversiblen Zustand. Darüber hinaus bestehe auch ein unübersehbarer Wunsch nach Anerkennung des bisherigen Leidens und des vermeintlich erlittenen Unrechts; diese krankheitsfremden Faktoren und Aspekte reichten nicht aus, um hierdurch eine vollständige Invalidisierung medizinisch-psychiatrisch zu begründen (S. 35).

Aus rein psychiatrischer Sicht sei jede dem Alter und Ausbildungsstand entsprechende Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt nach Abschluss einer

psychiatrischen Behandlung zunächst nur zu vier Stunden täglich (50%) zumutbar, mit einer progressiven Steigerung auf sechs Stunden täglich (ca. 80%) im Verlauf von maximal sechs Monaten (S. 38). Als gut angepasst sei eine einfache, gut strukturierte, praktische Tätigkeit, ohne hohe Anforderungen an die Sozialkompetenzen und die Eigenorganisation, mit Berücksichtigung auch der körperlichen Beeinträchtigungen anzusehen (S. 40). Es sei eine initiale Leistungsminderung bei Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess von rund 30% zu berücksichtigen, ausser bei einer Wiederaufnahme der Tätigkeit als ...; diese Tätigkeit scheine in Anbetracht der Befunde nicht mehr indiziert oder wäre zumindest initial mit einer höheren Leistungsminderung von 50% verbunden, wie im neuropsychologischen Gutachten ausgeführt. Im Verlaufe der Zeit und mit Einarbeitung und Routineerwerb sei nach sechs Monaten noch von einer Leistungsminderung von maximal 20% auszugehen (S. 38).

3.1.7 Vom 1. März bis 30. April 2015 befand sich die Beschwerdeführerin zur stationären Behandlung in der Klinik I._____. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 18. Juni 2015 (act. I 4) wurde im Wesentlichen festgehalten, am Austrittstermin sei die Beschwerdeführerin insgesamt psychisch stabiler und in ihrer depressiven Symptomatik teilremittiert gewesen. Zwar habe sie bestimmte Verhaltensmuster ihres persönlichen Erlebens im Alltag in Ansätzen als dysfunktional erkennen können, sie habe jedoch Mühe gehabt, darin enthaltene selbstschützende Elemente zu bewahren und beide jeweils klar voneinander abzugrenzen. Ebenfalls verbessert hätten sich die kognitiven Funktionen. Die Beschwerdeführerin sei am 30. April 2015 in psychisch und somatisch ausreichend stabilisiertem Zustand in ihr angestammtes häusliches Umfeld entlassen worden (S. 4 f.).

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 anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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).

3.3 Der angefochtenen Verfügung vom 5. März 2015 (act. IIA 148) lagen die somatischen Teilgutachten der MEDAS sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H. _____ – welches seinerseits die Ergebnisse des neuropsychologischen Gutachtens von lic. phil. X. _____ berücksichtigt – zugrunde.

Die orthopädischen, neurologischen und internistischen Teilgutachten des MEDAS-Gutachtens vom 23. Januar 2013 (act. IIA 105.1) erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2. hiervor) und erbringen mit Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Gegenteiliges wird denn auch nicht vorgebracht und es liegen keine medizinischen Berichte im Recht, welche Zweifel an dieser Einschätzung aufkommen liessen. Während in neurologischer und internistischer Hinsicht keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit resultieren (act. IIA 105.1 S. 43), erachtete die orthopädische Teilgutachterin körperliche „Schwerstarbeiten“ als unzumutbar, mittelschwere Tätigkeiten mit auch „gelegentlichem schwerem Heben“ dagegen ohne wesentliche Einschränkung als zumutbar (S. 34).

3.4 Mit Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand bringt die Beschwerdeführerin vor, die Ergebnisse des Gutachtens von Dr. med. H. _____ und des MEDAS-Gutachtens klafften auseinander. Richtiger-

weise hätten der MEDAS bzw. dem psychiatrischen Teilgutachter Zusatzfragen gestellt werden müssen; das von der Beschwerdegegnerin gewählte Vorgehen einer weiteren psychiatrischen Begutachtung sei unzulässig. Mit dieser Argumentation macht die Beschwerdeführerin die Einholung einer unzulässigen „second opinion“ geltend.

3.4.1 Nach Vorlage des MEDAS-Gutachtens ersuchte die Beschwerdegegnerin den RAD, insbesondere zum Ergebnis des psychiatrischen Teilgutachtens (act. IIA 107) Stellung zu nehmen, woraufhin Dr. med. E. _____ (RAD) mit an den Chefarzt der MEDAS gerichtetem Schreiben vom 10. Juni 2013 (act. IIA 111 S. 2 f.) erhebliche Qualitätsmängel des psychiatrischen Teilgutachtens monierte. Soweit aus den Akten ersichtlich, blieb eine Antwort der MEDAS in der Folge aus. Nach einer weiteren Anfrage der Beschwerdegegnerin hielt Dr. med. F. _____ (RAD) mit ärztlichem Bericht vom 28. März 2014 (act. IIA 117) fest, der psychiatrische Teil des Gutachtens sei „qualitativ unbrauchbar“ und eine erneute psychiatrische Begutachtung sei nötig. Am 1. April 2014 (act. IIA 120) orientierte die Beschwerdegegnerin den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, dass eine weitere psychiatrische Abklärung erforderlich sei. Tags darauf erfolgte die entsprechende schriftliche Mitteilung zuhanden des Rechtsvertreters (act. IIA 121), welcher keine Einwände erhob. Am 25. Juli 2014 informierte Dr. med. H. _____ die Beschwerdegegnerin dahingehend, es sei zusätzlich eine neuropsychologische Untersuchung bei lic. phil. X. _____ indiziert (act. IIA 125), woraufhin die Beschwerdegegnerin den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin auch über diese Abklärung orientierte (act. IIA 128) und Letzterer wiederum keine Einwände erhob. In der Folge unterzog sich die Beschwerdeführerin beiden Begutachtungen.

3.4.2 Rechtsprechungsgemäss hat die versicherte Person gestützt auf Treu und Glauben Einwendungen möglichst bald nach Kenntnisnahme der massgebenden Kenndaten der Begutachtung zu erheben. Hierzu gehören u.a. materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich, so etwa der Einwand, es handle sich um eine unnötige „second opinion“ (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 275).

Die verfahrensmässige Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin rund um die Anordnung der Gutachten ist nicht zu beanstanden. Insbesondere wur-

de die Beschwerdeführerin korrekt ins Verfahren miteinbezogen; Gegenteiliges wird denn auch nicht vorgebracht. Zudem opponierte die stets anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt gegen die vorgeesehenen Begutachtungen, weshalb die nach Vorlage des Gutachtens von Dr. med. H._____ nunmehr – und insbesondere im Beschwerdeverfahren – erhobene Rüge einer unzulässigen „second opinion“ verspätet erfolgt.

3.4.3 Davon abgesehen, war eine erneute psychiatrische Begutachtung auch sachlich geboten: Zwar ist das Einholen einer sog. „second opinion“ unzulässig, wenn es sich um eine Expertise handelt, welche der Versicherungsträger trotz eines bereits in einem Gutachten umfassend festgestellten Sachverhalts einholt, weil ihm die Schlussfolgerungen des Erstgutachtens nicht passen (vgl. SVR 2007 UV Nr. 33 S. 112 E. 4.2). Eine derartige Konstellation ist hier jedoch nicht gegeben: Vielmehr erachteten die RAD-Ärzte Dres. med. E.._____ und F._____ – beide verfügen über den psychiatrischen Facharzttitel – das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS als qualitativ mangelhaft bzw. „unbrauchbar“, wobei die im Schreiben von Dr. med. E.._____ vom 10. Juni 2013 (act. IIA 111 S. 2 f.) erhobene, im Übrigen überzeugende und in der Folge unwidersprochen gebliebene Kritik sowohl formale wie auch fachliche Aspekte des Teilgutachtens beschlägt. Insbesondere aber überzeugt die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht: So attestierte der psychiatrische Teilgutachter der MEDAS sowohl für die angestammte Arbeit als ... als auch für sämtliche Verweistätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. IIA 105.1 S. 27 f.), was er vor allem mit einer „ADS“ sowie einer PTBS – bei welchen es sich um „sehr schwere Erkrankungen“ handle, die nicht überwunden werden könnten (S. 27) – begründet. Zwar haben auch die Dres. med. J._____ und H._____ eine ADHS diagnostiziert und sie grundsätzlich als relevant für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beurteilt (act. II 59 S. 3 f.; IIA 136.1 S. 31). Indes geht aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin die darauf zurückgeführten Beschwerden offenkundig bis ins Jahr 2008 zu kompensieren vermochte bzw. in der Lage war, die Schule sowie eine Ausbildung zu absolvieren und anschliessend über viele Jahre auch vollzeitig diversen Tätigkeiten, zumeist als ..., nachzugehen. Insofern fehlt es an einer Plausibilisierung der vom psychiatrischen Teilgutachter der MEDAS ab März 2009 (act. IIA 105.1 S. 28) postulierten, hochgradigen

Arbeitsunfähigkeit (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297), welcher es umso mehr bedurft hätte, als im Abklärungsbericht AMA – die entsprechenden Erhebungen und Untersuchungen erfolgten im August 2009 (act. II 37 S. 1) und eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes war seither nicht eingetreten – eine Arbeitsfähigkeit von 60% attestiert worden war. Das Gesagte gilt grundsätzlich auch mit Bezug auf die PTBS, wobei insoweit zusätzlich zu berücksichtigen ist, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der geschilderten, potentiell PTBS-relevanten Ereignisse in der Vergangenheit – zweifacher sexueller Missbrauch sowie ein Verkehrsunfall im Jahre 1994 (S. 11) – nie in psychiatrischer Behandlung war. Zwar wird in der Fachliteratur darauf hingewiesen, dass in gewissen Fällen die Symptomatik einer PTBS erst mit erheblicher, zum Teil mehrjähriger Verzögerung auftritt. Für die Prüfung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche sind jedoch Konstellationen mit Berücksichtigung von einem erst lange nach den traumatischen Ereignissen beginnenden Krankheitsverlauf ausser Acht zu lassen, weshalb eine PTBS in solchen Fällen als nicht erstellt gilt (Entscheid des BGer vom 26. Juni 2013, 9C_228/2013, E. 4.1.2 f.) und folglich auch keine Invalidität zu begründen vermag, was sowohl rechtlich wie – mit Blick auf das bereits genannte Plausibilisierungserfordernis – auch im versicherungsmedizinischen Kontext und damit auch durch den Gutachter zu berücksichtigen ist.

Nachdem vorliegend insbesondere den psychischen Einschränkungen potentiell invalidisierender Charakter zukommt, war gestützt auf das psychiatrische Teilgutachten keine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit möglich. Da die Beschwerdegegnerin jedoch nach Massgabe des Untersuchungsgrundsatzes gehalten ist, den Sachverhalt soweit zu ermitteln, um über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden zu können, das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS indes die höchstrichterlichen Anforderungen an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts offensichtlich nicht erfüllt(e) (vgl. E. 3.2 vorne) und auch eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung mittels Zusatzfragen in Anbetracht der grundsätzlichen Unzulänglichkeit des nämlichen Teilgutachtens entgegen der Beschwerdeführerin nicht in Frage kam, war eine erneute fachärztliche Untersuchung indiziert und es kann nicht von einer unzulässigen „second opinion“ gesprochen werden.

Bei diesem Ergebnis war die Beschwerdegegnerin schliesslich auch nicht gehalten, das Gutachten von Dr. med. H. _____ der MEDAS bzw. dem psychiatrischen Teilgutachter zur Stellungnahme zu unterbreiten, umso weniger, als bereits die Kritik von Dr. med. E. _____ – soweit ersichtlich zumindest mit Bezug auf den vorliegenden Fall – unbeantwortet geblieben war.

Demnach hat die Beschwerdegegnerin grundsätzlich zu Recht eine neuerliche psychiatrische Begutachtung angeordnet.

3.5 Dr. med. H. _____ hielt unter Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nebst einer kombinierten Persönlichkeitsstörung und einer dekompenzierten Aufmerksamkeitsdefizit- /Hyperaktivitätsstörung auch eine somatoforme Schmerzstörung fest (act. IIA 136.1 S. 18) und prüfte die Frage nach der zumutbaren Willensanstrengung zur Überwindung anhand der Foersterkriterien (S. 20 ff.).

3.5.1 Im zur Publikation vorgesehenen Entscheid vom 3. Juni 2015, 9C_492/2014, hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung betreffend psychosomatische Gesundheitseinschränkungen präzisiert bzw. – mit Blick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit – geändert und insbesondere die seit BGE 131 V 49 bestehende Vermutung, der versicherten Person sei eine Willensanstrengung zuzumuten, mit welcher sie die Folgen einer somatoformen Schmerzstörung überwinden könne, aufgegeben (E. 3.5).

An die Stelle des bisherigen Regel/Ausnahmemodells tritt ein strukturiertes Beweisverfahren. Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3) und es ist die Aufgabe der sachverständigen Person, das Leistungsvermögen anhand der einschlägigen Indikatoren einzuschätzen (E. 5.2.2).

Schliesslich verlieren nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (E. 8).

3.5.2 In seinem Gutachten hielt Dr. med. H._____ fest, das Zustandsbild der Beschwerdeführerin werde bereits seit längerem nicht nur durch die somatoforme Schmerzstörung, sondern ganz erheblich und praktisch überwiegend durch ihre emotional unreifen, instabilen, impulsiven, dependenten und ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszüge geprägt (act. IIA 136.1 S. 35). Für die Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ist demnach nicht die somatoforme Schmerzstörung entscheidend, sondern in erster Linie die Persönlichkeitsstörung sowie die ADHS, weshalb die mit BGE 9C_492/2014 präzisierte respektive geänderte und ausschliesslich auf psychosomatische Beschwerden Anwendung findende Rechtsprechung vorliegend nicht zu berücksichtigen ist.

Selbst jedoch wenn im Lichte der zusätzlich diagnostizierten Schmerzstörung die neue Praxis zu berücksichtigen wäre, könnte trotzdem auf das Gutachten abgestellt werden: So gilt es zu berücksichtigen, dass im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG folgend auch weiterhin von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (Bger 9C_492/2014, E. 3.7.2); ferner hat – grundsätzlich unabhängig von der zur Diskussion stehenden Pathologie – in jedem Fall eine sorgfältige Plausibilisierung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen (BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297; vgl. auch E. 3.4.3 vorne). Diesen allgemein geltenden Voraussetzungen für den Beweiswert ärztlicher Berichte trägt das Gutachten von Dr. med. H._____ vollumfänglich Rechnung, indem es die in Frage kommenden Diagnosen unter dem Aspekt des für die Belange der Rechtsanwendung massgebenden sozialversicherungsrechtlichen Begriffs der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) ausführlich und kritisch diskutiert und die daraus resultierenden Einschränkungen mit Blick auf die grundsätzliche Therapiefähigkeit der geltend gemachten Leiden und unter Berücksichtigung krankheitsfremder Faktoren sowie der jahrelang weitgehend uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit plausibilisiert (vgl. act. IIA 136.1 S. 34 f.). Mithin wurden im Gutachten ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), und die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung erfolgte auf

objektiver Grundlage, weshalb so oder anders auf das Gutachten von Dr. med. H. _____ abgestellt werden kann.

3.5.3 Daran ändern auch die Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts: Soweit sie geltend macht, Dr. med. H. _____ habe sich über andere behandelnde Ärzte „belehrend, beinahe herablassend“ geäussert (Beschwerde, S. 4, Ziffer 3), kann ihr nicht gefolgt werden: Die in der Beschwerde wiedergegebenen Äusserungen halten sich im Rahmen des im gutachterlichen Diskurs Üblichen und vermögen keine Zweifel an der Objektivität des Experten zu wecken. Die Beschwerdegegnerin weist sodann zu Recht darauf hin, dass es gerade die Aufgabe eines Gutachters ist, medizinische Berichte kritisch zu hinterfragen und eigene Einschätzungen dahingehend vorzunehmen, warum eine diagnostische Einordnung oder Beurteilung der Leistungsfähigkeit zu bestätigen oder zu verwerfen ist.

Am Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. H. _____ ändern auch die übrigen medizinischen Berichte nichts: Soweit Dr. med. J. _____ die Beschwerdeführerin im Bericht vom 22. März 2010 (act. II 59 S. 3 ff.) als auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht vermittelbar einstuft, ist diese Einschätzung – wie das Verwaltungsgericht bereits in VGE IV/2010/686 E. 3.2 festhielt (act. II 81 S. 11 f.) und auf welche Erwägung verwiesen werden kann – mangels substantiierter Begründung nicht schlüssig. Auch aus dem Bericht der Klinik I. _____ vom 18. Juni 2015 (act. I 4) ergeben sich keine Aspekte, welche Dr. med. H. _____ allenfalls ausser Acht liess: Insbesondere wird darin zur Frage der Arbeitsfähigkeit im vorliegend massgeblichen Beurteilungszeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 4. März 2015 keine Stellung genommen. Dass schliesslich die stationär-psychiatrische Behandlung „zu keiner grossen Veränderung der Beschwerdeführerin“ geführt habe – wie in der Stellungnahme vom 24. August 2015 unter Berufung auf die behandelnde Psychiaterin geltend gemacht wird – beschlägt einerseits einen Sachverhalt ausserhalb des vorliegend relevanten Beurteilungszeitraums; andererseits lässt sich diese Feststellung zumindest anhand des Berichts vom 18. Juni 2015 nicht verifizieren, wird darin doch im Gegenteil festgehalten, dass die Beschwerdeführerin beim Austritt psychisch stabiler war und sich die kognitiven Funktionen verbessert hätten (S. 4 f.).

3.5.4 Zusammenfassend erfüllt das Gutachten von Dr. med. H._____ die höchstrichterlichen Voraussetzungen an den Beweiswert von Expertisen (vgl. E. 3.2. hiervor). Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Der von der Beschwerdeführerin beantragten Oberbegutachtung bedarf es somit nicht, umso weniger, als vorliegend fast ausschliesslich die psychische und nicht die interdisziplinäre Beurteilung des Leistungsvermögens im Vordergrund steht (vgl. E. 3.3 vorne) und sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bis zum Verfügungserlass nicht verändert hat. Ebenso wenig erforderlich ist ein Belastbarkeitstraining (vgl. Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 24. August 2015), sahen sich die involvierten Fachärzte doch ohne weiteres in der Lage, die bei der Beschwerdeführerin vorhandenen funktionellen Ressourcen zuverlässig einzuschätzen (vgl. Entscheid des BGer vom 23. Februar 2011, 8C_976/2010, E. 5.5).

3.6 Demnach ist der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht jede dem Alter und Ausbildungsstand entsprechende Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt zunächst zu vier Stunden täglich zumutbar, mit einer progressiven Steigerung auf sechs Stunden täglich im Verlauf von maximal sechs Monaten. Im Verlaufe der Zeit und mit Einarbeitung und Routineerwerb ist nach sechs Monaten noch von einer zusätzlichen Leistungsminde- rung von maximal 20% auszugehen (act. IIA 136.1 S. 38; 40). Diese Einschränkung gilt mit Bezug auf den gesamten Beurteilungszeitraum seit September 2009 (vgl. E. 1.2 vorne), nachdem die Arbeitsunfähigkeit gemäss Dr. med. H._____ im Februar 2008 ihren Anfang genommen hatte (act. IIA 136.1 S. 38) und auch im Abklärungsbericht AMA vom 8. Oktober 2009 eine Arbeitsfähigkeit von 60% postuliert wurde (act. II 37 S. 10), wobei seither keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung eingetreten ist. Zwar versteht der Experte seine Einschätzung unter dem Vorbehalt des Abschlusses der psychiatrischen Behandlung; indessen relativiert er den Nutzen einer derartigen Therapie sehr stark, womit der Vorbehalt unbeachtlich bleibt.

Dass Dr. med. H._____ die Prognose in Bezug auf die Wiederaufnahme der Arbeit angesichts der Umstände sodann als unsicher und eher ungünstig betrachtet (S. 36), ändert nichts. Denn solange die zumutbaren

Therapieoptionen noch nicht ausgeschöpft sind und zudem die medizinische Compliance ungenügend ist (S. 34), ist auf das Leistungsprofil abzustellen, wie es in Nachachtung der Schadenminderungspflicht erwartet werden kann.

4.

4.1 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).

4.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) um maximal 25% zu kürzen, wenn persönliche und

berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität resp. Aufenthaltskategorie oder Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben und die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

4.4 Für die Bemessung des Invaliditätsgrades ist der Zeitpunkt des (potentiell) frühest möglichen Rentenbeginns im September 2009 (vgl. E. 3.1 vorne) massgebend.

4.5 Hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens ist überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass die Beschwerdeführerin als Gesunde auch fortan (in ihrer angestammten Tätigkeit) als ... beim bisherigen Arbeitgeber gearbeitet hätte (vgl. act. IIA 136.1 S. 14), zumal die Aktenlage nicht den Schluss auf eine überwiegend wahrscheinlich anderweitige berufliche Entwicklung zulässt. Gemäss Angaben im Fragebogen Arbeitgeber hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2008 ein Jahreseinkommen von Fr. 44'400.-- (act. II 10 S. 3) erzielt. Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Stellungnahme vom 2. Juni 2015, worauf verwiesen werden kann, sodann überzeugend aufzeigt, stellt dies kein für eine allfällige Parallelisierung relevantes unterdurchschnittliches Einkommen dar. Unter Berücksichtigung der statistischen Lohnerhöhungen (Bundesamt für Statistik [BFS], T1.2.05 Nominallohnindex, Frauen, 2006-2010, Abschnitt M,N,O) resultiert per 2009 somit ein massgebliches Valideneinkommen von Fr. 45'243.60 (Fr. 44'400.-- / 100 x 101.9).

4.6 Indem die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht vollständig ausschöpft, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf statistische Werte gemäss LSE 2008 abzustellen (vgl. E. 4.3 vorne). Zwar hat die Beschwerdeführerin eine Lehre als Verkäuferin absolviert (act. II 3 S. 4), diesen Beruf in der Folge jedoch nie praktiziert (act. II 5 S. 5). Auch verfügt sie über keine Weiterbildungen (act. II 37 S. 2); vielmehr arbeitete sie dem bereits Gesagten zufolge vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung grossmehrheitlich als ... (vgl. E. 4.5 hiervor), welche Tätigkeit jedoch aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in Frage kommt.

Schliesslich sind ihr gemäss Zumutbarkeitsprofil nur mehr einfach strukturierte, praktische Tätigkeiten zumutbar (act. IIA 136.1 S. 40), weshalb es sich rechtfertigt, für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Arbeiten), Totalwert, Frauen, abzustellen. Die Voraussetzungen für einen zusätzlichen behinderungsbedingten Abzug (vgl. E. 4.3) sind – wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Stellungnahme vom 2. Juni 2015 zutreffend festgehalten hat – vorliegend nicht gegeben, nachdem den leidensbedingten Einschränkungen mit der von Dr. med. H. _____ postulierten zusätzlichen 20%igen Leistungsminderung (act. IIA 136.1 S. 40) hinreichend Rechnung getragen wird und die übrigen praxisgemäss zu berücksichtigenden Faktoren offensichtlich nicht erfüllt sind.

Gestützt auf die LSE 2008 und unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Abschnitt Total) sowie der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.2.05 Nominallohnindex, Frauen, 2006-2010, Abschnitt Total) resultiert per 2009 ein massgebliches Invalideneinkommen von Fr. 30'257.55 ($\text{Fr. } 4'116.-- \times 12 \text{ Monate} / 40 \times 41.6 \text{ Wochenstunden} / 100 \times 102.1 / 41.6 \times 30 \text{ Stunden} [5 \times 6 \text{ Stunden}] \times 0.8$).

Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ergibt dies eine Erwerbseinbusse von Fr. 14'986.05 und damit einen Invaliditätsgrad von gerundet 33% ($\text{Fr. } 14'986.05 / \text{Fr. } 45'243.60 \times 100$ [zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123]), womit kein Rentenanspruch besteht (vgl. E. 2.1 vorne).

4.7 Nach dem Dargelegten erweist sich die Verfügung vom 5. März 2015 als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 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. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin (inkl. Schlussbemerkungen vom 21. August 2015)
 - IV-Stelle Bern (inkl. Schlussbemerkungen vom 24. August 2015)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öf-

fentlich-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.