

200 16 380 IV
GRD/GET/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. Oktober 2016

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Fürsprecher und Notar B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. März 2016



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Mai 2012 unter Hinweis auf seit August 2011 bestehende diverse Beschwerden (Insomnie, schwere Erschöpfung, chronische Nacken- und Kopfschmerzen mit starken Ohren- und Schädel-schmerzen, Unterarmschmerzen [„Golferarm-Entzündung“]) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 2). Im Rahmen der erwerblichen und medizinischen Abklärungen holte die IVB die Akten des Krankentaggeld- und Unfallversicherers (Letztere mit Bezug auf eine im Jahr 2006 durchgemachte fragliche Borreliose [act. II 9.1 ff.; 49.1 ff.; 26.1 ff.] sowie diverse Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (act. II 17; 39, 56) und stellte der Versicherten jeweils im Juli 2012, im Januar 2014 und im August 2014 vorbescheidweise die Ablehnung des Leistungsbegehrens mit der Begründung in Aussicht, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor (act. II 19; 40; 57). Nachdem die Versicherte auch gegen den letztgenannten Vorbescheid Einwand erhoben hatte (act. II 61), veranlasste die IVB bei der MEDAS ein polydisziplinäres Gutachten (Expertise vom 8. Mai 2015 [act. II 79.1 ff.]) und stellte der Versicherten hernach mit Vorbescheid vom 12. Juni 2015 (act. II 82) bei einem Invaliditätsgrad von 12% die Abweisung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben (act. II 89), worauf die IVB bei Dr. med. C. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, RAD [act. II 94], sowie – im Rahmen interner Zuweisung – bei Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, RAD, eine Stellungnahme einholte (act. II 93). Mit Verfügung vom 8. März 2016 (act. II 96) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt, wobei sie ergänzend festhielt, auf Eingliederungsmassnahmen bestehe kein Anspruch, da die Versicherte ihre bisherige Tätigkeit in einem fast vollen Arbeitspensum ausführen könne und sie bei der Stellensuche aus gesundheitlichen Gründen nicht beeinträchtigt sei.

B.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher und Notar B. _____, mit Eingabe vom 13. April 2016 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 8. März 2016 sei aufzuheben und die Akten seien zu einer neuen Entscheidung in der Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, verbunden mit der Anweisung, vorläufig den rechtserheblichen Sachverhalt im Rahmen einer medizinischen Begutachtung vollständig feststellen zu lassen.
2. Eventualiter: Es sei im verwaltungsgerichtlichen Verfahren eine medizinische Begutachtung der Beschwerdeführerin anzuordnen.
3. Subeventualiter: Die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern vom 8. März 2016 sei aufzuheben und es seien für die Beschwerdegegnerin geeignete berufliche Eingliederungsmassnahmen anzuordnen sowie bis Ende September 2015 eine volle IV-Rente und ab Oktober 2015 mindestens eine Dreiviertelrente zuzusprechen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

In der Begründung kritisiert die Beschwerdeführerin das MEDAS-Gutachten vom 8. Mai 2015 in diversen Punkten als unvollständig und nicht nachvollziehbar (S. 6 ff.); zudem seien die Einschätzungen der Gutachter teilweise das Resultat von deren Voreingenommenheit (S. 4, Ziffer 4; S. 7 Ziffer 13; S. 9 Ziffer 21). Ferner genüge die Beurteilung der Leistungsfähigkeit durch die Beschwerdegegnerin den bundesgerichtlichen Anforderungen nicht und es fehlten die massgeblichen medizinischen Feststellungen, welche eine Prüfung der Standardindikatoren (nach Massgabe von BGE 141 V 281) erlaubten (S. 10, Ziffer 23). Namentlich sei es unzulässig, wenn der RAD basierend auf einem unvollständigen Gutachten eine eigene (ungenügende) Aktenbeurteilung vornehme (S. 10, Ziffer 25 f.), weshalb eine Neubeurteilung durch eine andere Gutachterstelle zu erfolgen habe (S. 12, Ziffer 1). Im Weiteren sei sie – die Beschwerdeführerin – entgegen dem MEDAS-Gutachten weder aktuell noch in der Vergangenheit (seit Juli 2011) in der Lage gewesen, auf dem primären Arbeitsmarkt in ihrer angestammten Tätigkeit im kaufmännischen Bereich zu 90% erwerbstätig zu sein (S. 4, Ziffer 3). Gemäss Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH vom 8. Juli 2015 (Akten der Beschwerdeführerin, [act. I], 3) sei aktuell höchstens eine 40%-Tätigkeit im angestammten kaufmännischen Beruf zumutbar (S. 5, Ziffer 9). Insgesamt stehe fest, dass sie bis Ende Juli 2015 mindestens zu 70%, danach min-

destens zu 60% arbeitsunfähig gewesen sei (S. 6, Ziffer 11). Demnach habe sie bis Ende September Anspruch auf eine volle IV-Rente (S. 12, Ziffer 2). Zudem resultiere bei korrekter Vornahme des Einkommensvergleichs – unter Zugrundelegung einer 40%igen Arbeitsfähigkeit – ab Oktober 2015 bei einem Invaliditätsgrad von 68% ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (S. 11 f., Ziffer 1 ff.). Schliesslich habe die Beschwerdeführerin bereits vor einigen Jahren eine ... begonnen und seit März 2015 angesichts der eingetretenen Arbeitslosigkeit einen Kurs für ... absolviert. Entsprechend beantrage sie Unterstützung in der Eingliederung durch die Finanzierung der ...ausbildung (S. 5, Ziffer 9 f.).

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Mai 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde unter Auferlegung der Verfahrenskosten zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Mit Eingabe vom 17. Juni 2016 liess die Beschwerdeführerin Schlussbemerkungen einreichen, wobei sie an ihren beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren sowie dargelegten Standpunkten festhält.

Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 20. Juni 2016 auf die Einreichung von Schlussbemerkungen, wobei sei an ihren mit Beschwerdeantwort vom 17. Mai 2016 gestellten Rechtsbegehren festhält.

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 8. März 2016 (act. II 96). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente sowie auf berufliche Eingliederungsmassnahmen.

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

2.1.1 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). 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).

2.1.2 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 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Sodann kommt es invalidenversicherungsrechtlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Massgebend ist in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. März 2016, 9C_634/2015, E. 6.1; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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.

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

3.1.1 Vom 21. bis 28. November 2006 war die Beschwerdeführerin aufgrund eines hochgradigen Verdachts auf eine Neuroborreliose im Spital N._____ hospitalisiert, wobei sich der Allgemeinzustand nach Beginn der antibiotischen Therapie deutlich besserte (act. II 26.10 S. 12).

In seinem zuhanden des Unfallversicherers verfassten Gutachten vom 6. Juni 2007 (act. II 26.10 S. 1-5) hielt Prof. Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Infektiologie, FMH, fest, es sei korrekt gewesen, während der Krankheitsphase bis Februar 2007 eine Lyme-Borreliose anzunehmen; erst die Untersuchung bei ihm habe nun die Diagnose als wenig wahrscheinlich erscheinen lassen. Aktuell ergäben sich keine Hinweise für eine chronische bakterielle Erkrankung, eine chronische Lyme-Borreliose oder eine chronische virale Erkrankung (S. 4). Bei dieser Beurteilung sei auch berücksichtigt worden, dass eine antibiotische Therapie durchgeführt worden sei (act. II 26.7 S. 1).

3.1.2 Der Psychosomatiker Dr. med. G._____, Facharzt für Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 31. Oktober 2011 (act. II 3 S. 8) eine schwere Erschöpfungsdepression mit Schlafstörung, wechselnden Schmerzen im Gesichtsbereich sowie eine komplexe psychosoziale Belastungssituation.

3.1.3 Mit Bericht vom 16. Dezember 2011 (act. II 13 S. 9 f.) hielt Dr. med. H._____, Fachärztin für Neurologie FMH, fest, sie interpretiere die chronifizierten, von occipital ausstrahlenden Kopfschmerzen im Rahmen der nach wie vor ausgeprägten Burn-out-Symptomatik (S. 10).

Im Bericht vom 23. Januar 2012 (act. II 13 S. 6 f.) hielt sie nach Durchführung eines MRI's des Schädels (act. II 13 S. 8) ergänzend fest, es zeigten sich keinerlei Hinweise auf pathologische Veränderungen (S. 6).

3.1.4 Dr. med. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 15. Juni 2012 (act. II 15 S. 4-6) eine „Rekonvaleszenz bei mittelgradiger depressiver Episode (ängstlich-depressiver Erschöpfungszustand/Burn-out) vor dem Hintergrund psychosozialer Belastungssituation bei leistungsorientierter hochsensibler Persönlichkeit“ (ICD-10 F43.21/Z73.0 [S. 5]).

3.1.5 Mit Bericht vom 19. Juni 2012 (act. II 13 S. 1-5) hielt Dr. med. E. _____ fest, die Beschwerdeführerin leide an Affektinkontinenz, starker Erschöpfung sowie an sehr geringer psychischer Belastbarkeit; auch das Konzentrationsvermögen sei eingeschränkt (S. 3). Es bestünden objektiv keine pathologischen Befunde. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem 22. August 2011 100%, ab dem 2. April 2012 80% (S. 2).

3.1.6 Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 4. Dezember 2012 (act. II 49.3 S. 4 f.) eine Erschöpfungsdepression als Folge eines chronischen Schmerzsyndroms (S. 5). Im Zentrum des Denkens der Beschwerdeführerin stünden ihre Beschwerden, welche sie auf die Borreliose und die damalige medikamentöse Behandlung zurückführe (S. 4). Die Prognose betreffend die Arbeitsfähigkeit sei infaust; es sei gelungen, die Arbeitsfähigkeit auf 30% zu steigern; die Beschwerdeführerin wolle gerne mehr arbeiten, schaffe dies aber kräftemässig noch nicht (S. 5).

3.1.7 Dr. med. K. _____, Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 22. Februar 2013 (act. II 37 S. 1 f.) im Wesentlichen chronifizierte cervicocephale Schmerzen, ein chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes sowie ein weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom. In der Beurteilung hielt sie fest, es fänden sich druckdolente Facettengelenke im Bereich der HWS und Tendomyosen der paravertebralen Nacken- und Schultergürtelmuskulatur mit Triggerpunkten. Weiter finde sie höchstens leichtgradige degenerative Veränderungen im Bereich der BWS und LWS mit weitgehend normalen

klinischen Untersuchungsbefunden (S. 1). Ebenso beständen keine Hinweise auf eine entzündliche rheumatische Erkrankung. Auffällig seien die deutliche Stressintoleranz und die Schmerzzunahme durch geringste Reize. Sie beurteile die Hauptbeschwerden im Rahmen einer zunehmenden Schmerzkrankheit bei veränderten Funktionen des Nervensystems (S. 2).

3.1.8 Die RAD-Ärztin Dr. med. L. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrer Stellungnahme vom 12. Dezember 2013 (act. II 39) fest, die Beschwerdeführerin zeige anhaltende, sich verstärkende und ausweitende Schmerzen, wobei sie gemäss Aktenlage auf „ihre Krankheit“ (Borreliose) fixiert sei, obschon diese mehrmals untersucht worden und abgeheilt sei. Hinzu kämen psychosoziale Belastungsfaktoren, wie finanzielle Schwierigkeiten, die einen anhaltenden ungünstigen Einfluss auf das Schmerzgeschehen hätten. Aufgrund der Persönlichkeit, Schmerzentwicklung und Psychodynamik im Verlauf liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine hypochondrische Störung gemäss ICD-10 F45.2 vor, bei der die anhaltende Überzeugung, an einer körperlichen Krankheit zu leiden bei nicht ausreichender körperlicher Erklärung durch die medizinischen Befunde und die Weigerung, die Symptome keiner körperlichen Krankheit zuzuordnen, erfüllt seien. Zudem habe sie 2011 unter verschiedenen Belastungen (Arbeit, finanzieller Druck) ein Erschöpfungssyndrom gemäss ICD-10 Z73 durchgemacht, das mehrfach beschrieben und objektiviert worden sei, ohne dass ausreichende Symptome für eine depressive Episode nach ICD-10 vorgelegen hätten und aktuell objektiviert worden seien. Die anhaltende Müdigkeit und Kraftlosigkeit sei entweder der hypochondrischen Störung oder einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0), nicht aber einem Fatigue-Syndrom zuzuordnen, da entsprechende somatisch objektivierbare Befunde fehlten, die für diese Diagnose vorausgesetzt würden. Die oben genannten Störungen seien psychiatrische Störungen, die behandelbar und mit einem entsprechenden Training überwindbar seien (S. 4).

3.1.9 Mit Bericht vom 5. März 2014 (act. II 45 S. 2 ff.) hielt die seit Oktober 2012 behandelnde Ärztin Dr. med. M. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen eine Angststörung (ICD-10 F41.0 und 41.1) sowie eine seit 2011 bestehende Burn-out-Symptomatik und Er-

schöpfungsdepression (ICD-10 Z73) bei seit Jahren vorliegenden akzentuierten Persönlichkeitszügen (emotional instabil vom Borderlinetyp) sowie chronischem Schmerzsyndrom fest (S. 2). In der zusammenfassenden Beurteilung hielt sie fest, bei der psychisch vorbelasteten (Angststörung), aber dennoch arbeitsfähigen Beschwerdeführerin sei es durch externe Zusatzfaktoren somatischer (Borreliose, Schmerzsyndrom) und psychosozialer Natur (jahrelange Überforderungssituation als Alleinerziehende) im Jahre 2011 zur psychischen Dekompensation in Form einer Erschöpfungsdepression mit Aktivierung der latent vorhandenen Angststörung gekommen. Die anschliessend erfolgten psychotherapeutischen und medikamentösen Therapien hätten bisher zu einer bescheidenen Verbesserung des psychischen Zustandes geführt, sodass eine tiefprozentige Arbeitsleistung (aktuell 30%) wieder möglich geworden sei (S. 6). Von einer Erhöhung „auf vermutlich 50% oder mehr“ sei auszugehen, wenn es gelinge, die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Umgebung schrittweise zu erhöhen (S. 7).

3.1.10 Im polydisziplinären – die Fachdisziplinen Psychiatrie, Rheumatologie, Innere Medizin und Neurologie umfassenden – MEDAS-Gutachten vom 8. Mai 2015 (act. II 79.1 ff.) wurden die folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen festgehalten (S. 16):

1. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

1. Chronisches tendomyotisches zervikovertebrales Syndrom bei mässigen degenerativen Veränderungen der unteren Halswirbelsäule

2. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

2. Dysthymia F34.1
3. Zustand nach längerer depressiver Reaktion im Sinne einer Anpassungsstörung F43.21
4. Somatisierungsstörung F45.0
5. Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen und histrionischen Anteilen
6. Tendomyotisches lumbovertebrales Syndrom
7. Beginnender Spreizfuss beidseits, zusätzlich rechts Mortonneuralgie nicht ausgeschlossen

8. Verdacht auf Laktoseintoleranz

9. Zustand nach Appendektomie und Leistenhernienoperation

In der Synthese aus allen untersuchten Fachgebieten hielten die Gutachter fest, aus rheumatologischer Sicht ergebe sich aufgrund der Befunde eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10%. Hinweise für Spätfolgen einer Neuroborreliose hätten sich nicht gezeigt. In der internistischen Untersuchung hätten keine Gesundheitsstörungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können. Aufgrund der serologischen Befunde und der Diagnosekriterien habe bei der Versicherten nie eine Borreliose vorgelegen, womit ihre Beschwerden auch nicht auf ein sogenanntes „Post-Treatment Lyme Disease Syndrome“ zurückgeführt werden könnten. In neurologischer Hinsicht seien die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen keinem organischen Substrat zuzuordnen und die Belastbarkeit für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei insoweit nicht eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht beständen bei der Beschwerdeführerin akzentuierte Persönlichkeitszüge im histrionisch-narzisstischen Bereich, die auch während der ausführlichen Exploration deutlich zutage getreten seien. Zudem bestehe eine langjährige Dysthymia, die unter sozialen Belastungen wie beruflicher Konfliktsituation und Hausbau im Sinne einer depressiven Anpassungsstörung vorgängig dekompenziert gewesen sei. Diese Anpassungsstörung sei mittlerweile remittiert. Die Dysthymia löse zwar immer wieder zwischenmenschliche Irritationen aus, beeinträchtige aber die Arbeitsfähigkeit nicht. Eine ebenfalls diagnostizierte Somatisierungsstörung sei bereits vorgängig diagnostiziert worden. Es liege hier kein entsprechender primärer Krankheitsgewinn vor, auch kein nachgewiesener sozialer Rückzug oder eine Beeinträchtigung der Alltagsfähigkeiten. Die erwähnten Diagnosen einer Dysthymie und akzentuierter Persönlichkeitszüge erreichten das Stadium einer deutlichen Komorbidität nicht, so dass hier der Somatisierungsstörung kein unüberwindlicher Charakter zugesprochen werden könne. Der Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht die Durchführung einer Arbeit zu 100% zumutbar.

Aus interdisziplinärer Sicht stelle sich weder in psychiatrischer, internistischer noch neurologischer Hinsicht eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit dar. Entsprechende Funktionsstörungen hätten nicht validiert werden

können. Dies stehe in einem gewissen Gegensatz zur Auffassung der Beschwerdeführerin selbst, die sich nur als zu 30% einsetzbar betrachte. Entsprechende leistungsmindernde Kriterien hätten hier jedoch nicht herausgearbeitet werden können. Lediglich im rheumatologischen Bereich stelle sich aufgrund eines tendomyotischen, zervikovertebralen Syndroms eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10% dar (S. 17).

Mit Bezug auf das Zumutbarkeitsprofil hielten die Gutachter fest, einschränkend für die Problematik der Halswirbelsäule seien lange, einseitige statische Belastungen, Durchzug und Reklinationsbewegungen und -haltungen. Mit einem ergonomisch gut eingerichteten Arbeitsplatz und an den Bildschirm angepasster Variluxbrille könne die Belastbarkeit sicher verbessert werden. Genügend Pausen und sogar eine wechselbelastende Tätigkeit seien von Vorteil.

In der bisherigen Tätigkeit als KV-Angestellte bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 90%, unter Beachtung des Zumutbarkeitsprofils bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Retrospektiv seien keine längerfristigen, höhergradigen Arbeitsunfähigkeiten festzustellen (S. 18). Eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe nicht (S. 19).

3.1.11 Mit zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin verfasstem Bericht vom 8. Juli 2015 (act. I 3) hielt Dr. med. E. _____ fest, entgegen dem Gutachten könne aufgrund der Aktenlage der hochgradige Verdacht auf eine Frühmanifestation einer early disseminated Lyme disease nicht von der Hand gewiesen werden. Weil die Diagnose einer akuten Borreliose nicht verworfen werden könne, seien somit viele der Beschwerden, an denen die Beschwerdeführerin auch heute noch leide, mindestens teilweise als Manifestation einer Post-Lyme disease zu interpretieren (S. 2). Hinsichtlich der im MEDAS-Gutachten attestierten Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. E. _____ fest, da bei der Beschwerdeführerin keine objektivierbaren internmedizinischen Krankheiten vorlägen, könne er diese Frage als Internist nicht beantworten. Bei Versuchen, das Arbeitspensum von 30% auf 40% zu steigern, sei es wiederholt zu Exazerbationen von Cephalaea, nuchalen Beschwerden, generalisierten Verspannungen, Druck auf der Brust und einer ausgeprägten Fatigue gekommen. Somit liege eine klare Diskrepanz zwischen den von allen Begutachtern bezifferten Arbeitsfähig-

keit von 90 bis 100% und der effektiv leistbaren Arbeitsfähigkeit vor (S. 2 f.).

3.1.12 In seiner Stellungnahme vom 13. Januar 2016 (act. II 93) hielt der RAD-Arzt Dr. med. D._____ fest, die im Schreiben von Dr. med. E._____ vom 8. Juli 2015 angeführten Sachverhalte hinsichtlich der Borreliose seien für das Jahr 2006 im Sinne einer akuten Borreliose nachvollziehbar. Damals sei eine adäquate Therapie erfolgt; unter Heranziehung der weiteren rheumatologischen, infektiologischen und neurologischen Berichte fehlten Hinweise für eine chronifizierte Borreliose beziehungsweise Neuroborreliose (S. 14).

3.2

3.2.1 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.2.2 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).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt

grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

3.3 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 8. Mai 2015 (act. II 79.1 ff.) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, dringt nicht durch:

3.3.1 Soweit sie zunächst unter Hinweis auf angeblich herablassende Bemerkungen der neurologischen und psychiatrischen Gutachterinnen eine tendenziöse Haltung derselben geltend macht (Beschwerde, S. 7, Ziffer 13 und S. 9 Ziffer 21; vgl. auch act. II 89 S. 40 f.), ist letztlich entscheidend, dass sich aus dem in allen Teilen sachlich und in angemessenem Tonfall abgefassten MEDAS-Gutachten vom 8. Mai 2015 nicht ansatzweise Anhaltspunkte für eine Voreingenommenheit der medizinischen Experten ergeben. Etwas anderes lässt sich auch nicht aus der Feststellung der begutachtenden Psychiaterin ableiten, es bestehe im Kontaktverhalten eine „Ambivalenz mit aggressiver Neigung, auch Neigung zu Entwertung der Untersucherin“ (act. II 79.2 S. 5), zumal sie dies – entgegen der Beschwerdeführerin – sehr wohl begründet (vgl. dazu S. 4, beruflicher Werdegang). Auch gehört es – mit Blick auf die unterschiedliche Natur des Behandlungsauftrags eines therapeutisch tätigen Facharztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext andererseits – gerade zu den wesentlichen Aufgaben des (psychiatrischen) Gutachters, den Befund umfassend und objektiv zu erheben, wozu insbesondere und naheliegenderweise die Dokumentation des Verhaltens des Exploranden anlässlich der Begutachtung gehört. Wenn die psychiatrische Gutachterin aufgrund ihrer Untersuchungen und Beobachtungen deshalb akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen und histrionischen Anteilen feststellte (S. 6), kann allein daraus keineswegs auf eine allfällige Voreingenommenheit respektive Befangenheit der Expertin geschlossen werden, umso weniger, als auch die behandelnde Psychiaterin die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin als akzentuiert beschrieb (vgl. act. II 45 S. 2).

3.3.2 Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, „die Fragen einer durchgemachten Borreliose und deren Auswirkungen“ seien weder im MEDAS-Gutachten noch vom RAD genügend abgeklärt worden (Beschwerde, S. 8, Ziffer 17).

Es trifft zwar zu, dass die Beschwerdeführerin selber ihre Beschwerden massgeblich auf die Folgen einer ihres Erachtens durchgemachten Borreliose zurückführt (vgl. act. II 49.3 S. 4). Eine solche Annahme findet indes in den medizinischen Akten keine hinreichende Stütze. Dabei ist namentlich zu berücksichtigen, dass bereits Prof. Dr. med. F. _____ im zuhanden des Unfallversicherers erstellten Gutachten vom 6. Juni 2007 gestützt auf eigene serologische Untersuchungen die Diagnose einer Lyme-Borreliose rückblickend stark anzweifelte respektive als „wenig wahrscheinlich“ taxierte (act. II 26.10 S. 4). Entsprechend hat der Unfallversicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen aufgrund des gemeldeten, indes nie mit dem erforderlichen Beweisgrad erstellten Zeckenstichs (vgl. auch act. II 89 S. 12), abgelehnt (act. II 26.4 S. 5-7; 26.3), wogegen die Beschwerdeführerin – soweit aus den Akten ersichtlich – kein Rechtsmittel ergriffen hat. Auch aus den in der Folgezeit verfassten medizinischen Berichten ergeben sich keine hinreichenden fachärztlichen Hinweise, welche eine zufolge einer durchgemachten Borreliose bedingte chronifizierte gesundheitliche Einschränkung belegen würden. Vielmehr wurden die Beschwerden psychischen Ursachen bei komplexer psychosozialer Belastungssituation zugeschrieben (vgl. act. II 13 S. 10 f; 45 S. 6). Auch wenn der RAD-Arzt Dr. med. D. _____ festhält, dass die im Bericht von Dr. med. E. _____ vom 8. Juli 2015 angeführten Sachverhalte hinsichtlich der Borreliose für das Jahr 2006 im Sinne einer akuten Borreliose nachvollziehbar seien, ändert dies nichts an der Tatsache, dass der RAD und die Gutachter der MEDAS darin einig gehen, dass die seit Jahren geltend gemachte und auch heute geklagte Beschwerdeproblematik nicht mit einer chronifizierten Neuroborreliose zu erklären ist (vgl. act. II 93 S. 14; 79.1 S. 17). Soweit Dr. med. E. _____ in seinem Bericht vom 8. Juli 2015 (act. I 3) – im Gegensatz zu den Gutachtern der MEDAS und dem RAD – deshalb mit Bezug auf die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden von einer early disseminated lyme disease ausgeht respektive insoweit von einem „hochgradigen Ver-

dacht“ spricht (act. I 3 S. 2), erweist sich ein solcher Sachverhalt im Lichte der übrigen Aktenlage nicht als mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, wobei offen bleiben kann, ob ein „hochgradiger Verdacht“ beweisrechtlich überhaupt mit dem nämlichen Beweisgrad gleichzusetzen wäre. Da sich im Fachgebiet der Inneren Medizin im Übrigen keine Erkrankungen fanden und Gegenteiliges auch nicht geltend gemacht wird, erweist sich die im internistischen Teilgutachten attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in Verweistätigkeiten (act. II 79.4 S. 6) als nachvollziehbar und schlüssig.

3.3.3 Die Beschwerdeführerin moniert im Weiteren, die psychiatrische Gutachterin habe auf tatsachenwidrige Feststellungen abgestellt, indem sie im Rahmen ihrer Beurteilung als letztes Behandlungsdatum bei Dr. med. M._____ den 3. März 2013 statt den 3. März 2014 zugrunde gelegt habe (Beschwerde, S. 8, Ziffer 18). Insoweit steht zunächst fest und ist auch unbestritten, dass dies nicht auf eine Nachlässigkeit der Gutachterin zurückzuführen ist, sondern Dr. med. M._____ selber im Bericht vom 5. März 2014 (act. II 45 S. 2 ff.) als Datum der letzten Kontrolle den 3. März 2013 angegeben hat (S. 2). Dass dies offensichtlich nicht den Tatsachen entspricht, ergibt sich ohne weiteres aus den von der Beschwerdeführerin ins Recht gelegten Rückforderungsbelegen (act. II 97 S. 46-60, insbesondere S. 56). Indessen ist nicht ersichtlich, dass die begutachtende Psychiaterin diesem Umstand bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wesentliche Bedeutung beigemessen hätte, hat sie doch vielmehr und ausschlaggebend auf die sehr gering ausgeprägte Psychopathologie abgestellt (vgl. act. II 79.2 S. 7), wobei das Datum der letzten Behandlung bei Dr. med. M._____ – wenn überhaupt – offensichtlich eine untergeordnete Rolle spielte. Dass die Gutachterin sodann bei Dr. med. M._____ nicht weitere Verlaufsberichte eingeholt hat, schmälert den Beweiswert ihres Gutachtens ebenso wenig, verfügte sie doch bereits, wie dargelegt, über einen ausführlichen Bericht vom 5. März 2014. Davon abgesehen, ergaben sich im Rahmen der Begutachtung keine offenen oder strittigen Fragen, welche allenfalls eine Rücksprache mit der behandelnden Psychiaterin erforderlich gemacht hätten. Sodann liegen keine psychiatrischen Berichte im Recht, welche sich zum MEDAS-Gutachten respektive zum psychiatrischen Teilgutachten äussern, geschweige denn, dessen Ergebnisse in Zweifel zie-

hen, weshalb auch insoweit kein Anlass besteht, die darin getroffenen Einschätzungen in Frage zu stellen.

3.3.4 Ferner decken sich die Feststellungen im MEDAS-Gutachten in rheumatologischer Hinsicht weitgehend mit jenen von Dr. med. K. _____ im Bericht vom 22. Februar 2013 (act. II 79.3 S. 6 und 37 S. 1 f.), indem keine Hinweise auf eine entzündliche rheumatische Erkrankung gefunden werden konnten. Die im Gutachten aufgrund eines chronischen tendomyotischen zervikovertebralen Syndroms attestierte 10%ige Arbeitsunfähigkeit erweist sich demnach als schlüssig und wird auch nicht (substanziert) in Frage gestellt. Schliesslich leuchtet auch die aus neurologischer Sicht für sämtliche Tätigkeiten attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit (act. II 79.5 S. 6) ohne weiteres ein, hat doch schon eine früher durchgeführte neurologische und bildgebend unterstützte Untersuchung keine Hinweise auf einen pathologischen Befund ergeben (act. II 13 S. 6 ff.).

3.3.5 Zusammenfassend werden weder konkrete Indizien geltend gemacht noch nennen die Berichte der behandelnden Ärzte Aspekte, welche gegen die Zuverlässigkeit des polydisziplinären Gutachtens vom 8. Mai 2015 sprechen, weshalb darauf abgestellt werden kann. Der rechtserhebliche Sachverhalt erweist sich demnach als hinreichend abgeklärt, womit es der in der Beschwerde (eventualiter) beantragten Begutachtung nicht bedarf.

3.4 Gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 8. Mai 2015 besteht in somatischer Hinsicht eine Arbeitsfähigkeit von 90% in der bisherigen Tätigkeit als ... bzw. eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit mit einem ergonomisch gut eingerichteten Arbeitsplatz und an den Bildschirm angepasster Variluxbrille (act. II 79.1 S. 18). Diese Einschätzung gilt – nachdem sich der Gesundheitszustand in somatischer Hinsicht seit der Anmeldung zum Leistungsbezug im Mai 2012 nicht wesentlich verändert hat – für den gesamten Beurteilungszeitraum.

3.5 In psychischer Hinsicht besteht für sämtliche Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (act. II 79.1 S. 17). In Anbetracht der Tatsache, dass die zu den psychosomatischen Leiden zählende Somatisierungsstörung unter den „Diagnosen ohne Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit“ aufgelistet wurde, erübrigt sich grundsätzlich eine Prüfung nach Massgabe von BGE 141 V 281. Indessen ändert sich – wie nachfolgend zu zeigen ist – am Ergebnis auch dann nichts, wenn die gutachterlich attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in Anwendung der gemäss BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 297 f. im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren rechtlich überprüft wird.

Die Beschwerdeführerin rügt in diesem Zusammenhang, die psychiatrische Gutachterin attestiere eine Somatisierungsstörung, erachte diese jedoch als überwindbar, wofür jegliche Begründung fehle. Insbesondere genüge dies „vor dem Hintergrund der neuesten bundesgerichtlichen Rechtsprechung“ den Anforderungen an ein medizinisches Gutachten nicht (Beschwerde, S. 8 f., Ziffer 19).

3.6

3.6.1 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2).

Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die

funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

3.6.2 Intertemporalrechtlich gilt es zu beachten, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten ihren Beweiswert nicht per se verlieren. Mit Blick auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen bei der Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens (vgl. E. 3.6.1 vorne) ist jedoch in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten, gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten, eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

3.7 Zunächst steht zwar fest, dass das polydisziplinäre Gutachten vom 8. Mai 2015 vor dem vom 3. Juni 2015 datierenden BGE 141 V 281 erging, weshalb die damit einhergehende Präzisierung und Änderung der Rechtsprechung hinsichtlich psychosomatischer Beschwerden auch nicht berücksichtigt werden konnte. Entscheidend ist jedoch, dass die Schlussfolgerung der begutachtenden Psychiaterin, wonach keine psychiatrische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne, nicht in erster Linie gestützt auf die mit BGE 141 V 281 aufgegebenen Försterkriterien, sondern insbesondere basierend auf der sehr bescheidenen Befundlage (act. II 79.2 S. 5 ff.) sowie in ausführlicher Diskussion der übrigen und teilweise zu anderen diagnostischen Ergebnissen gelangenden psychiatrischen Einschätzungen (act. II 79.2 S. 7 f.) erfolgte. Zudem berücksichtigte sie in Nachachtung der gesetzlichen Vorgaben (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG) ausschliesslich funktionelle Ausfälle, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung darstellen (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307). Gestützt auf diese Feststellungen wurde die Somatisierungsstörung in der Synthese aus allen untersuchten Fachgebieten – in zusätzlicher Würdigung der im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung immer und für alle

Leiden zu berücksichtigenden übrigen Lebens- und Aktivitätsbereiche (BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297; vgl. act. II 79.1 S. 17) – als „überwindbar“ (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. E. 2.1.2 vorne) qualifiziert.

3.8 Entgegen der Beschwerdeführerin wurden damit die mit BGE 141 V 281 aufgestellten normativen Rahmenbedingungen erfüllt, weshalb die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung im MEDAS-Gutachten auch einer rechtlichen Überprüfung unter Berücksichtigung der massgeblichen Indikatoren (vgl. E. 3.6.2) ohne weiteres standhält:

In der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ sind zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ im MEDAS-Gutachten – bei gering ausgeprägter Psychopathologie und bescheidener, lediglich eine die Arbeitsfähigkeit (in der angestammten Tätigkeit) im Umfang von 10% einschränkender somatischer Befundlage – insgesamt kaum relevante Beeinträchtigungen auszumachen und es besteht zur diesbezüglichen Invalidisierungsüberzeugung der Beschwerdeführerin eine erhebliche Diskrepanz (vgl. act. II 79.2 S. 7). Insbesondere ist eine chronifizierte Neuroborreliose nicht erstellt (vgl. E. 3.3.2 vorne). Auch liegt mit der Dysthymie keine schwere, persönliche Ressourcen raubende Komorbidität vor, zumal sie nicht in Verbund mit einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung auftritt, an welcher Rechtsprechung BGE 141 V 281 denn auch nichts geändert hat (vgl. Entscheid des BGer vom 19. Januar 2016, 9C_146/2015, E. 3.2). Gleiches gilt mit Bezug auf die übrigen aufgeführten Diagnosen. Sodann hat unter regelmässiger psychotherapeutischer Behandlung auch subjektiv eine gewisse Besserung des psychischen Gesundheitszustandes eingesetzt, was auch die Beschwerdeführerin einräumt (vgl. Beschwerde, S. 5, Ziffer 8), weshalb keine Behandlungsresistenz vorliegt. Dies trifft aus objektiver Sicht umso mehr zu, konnte doch anlässlich der Begutachtung eine eigentliche Depression nicht mehr festgestellt werden, womit nicht von einer schweren und therapeutisch nicht mehr angehbaren psychischen Störung ausgegangen werden kann. Sodann lassen auch die Komplexe „Persönlichkeit“ und „Sozialer Kontext“ keinen Schluss auf eine relevante Leistungsminderung zu: Die von der begutachtenden Psychiaterin festgestellten akzentuierten Persönlichkeitszüge mit narzisstischen und histrionischen Anteilen (act. II 79.1 S. 16) limitieren die Beschwerdeführerin

nicht in einem invalidisierenden Ausmass, zumal – wie bereits dargelegt – eine eigentliche und krankhafte Persönlichkeitsstörung ausgeschlossen werden konnte (act. II 79.2 S. 7), was sich mit den Feststellungen der behandelnden Ärzte deckt. Auch anderweitig lassen sich keine Hinweise auf eine das Funktionspotential einschränkende bzw. erheblich ressourcenhemmende Persönlichkeit entnehmen (S. 5 f.); insbesondere erachtet die behandelnde Psychiaterin Dr. med. M._____ die Beschwerdeführerin auch als teamfähig (vgl. act. II 45 S. 7). Schliesslich lebt die Beschwerdeführerin in einer Partnerschaft, hat Kontakte mit Kolleginnen und Bekannten, pflegt ihre Hobbies, fährt Auto und erledigt die Einkäufe für die Familie (vgl. act. II 79.2 S. 3 f.), weshalb weder der soziale Bereich noch das Aktivitätenniveau Rückschlüsse auf (invalidisierende) Funktionseinbussen zulassen. Bei diesem Ergebnis braucht die von der Beschwerdeführerin aufgeworfene Frage nach der Zulässigkeit der durch den RAD erfolgten Indikatorenprüfung (vgl. Beschwerde, S. 10, Ziffer 25) nicht beantwortet zu werden.

3.9 Mit Bezug auf den retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit wurde im MEDAS-Gutachten weiter festgehalten, dass längerfristige, höhergradige „Arbeitsunfähigkeitszeiten“ nicht festzustellen seien (act. II 79.1 S. 18). Soweit die Frage nach dem Vorliegen einer allfälligen Invalidität (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG; vgl. E. 2.2 vorne) betreffend, ist dies nach der Aktenlage korrekt: Zwar hat Dr. med. E._____ ab August 2011 eine 100%ige und ab April 2012 eine 80%ige bzw. bis auf weiteres eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. act. II 13 S. 2; 49.3 S. 11 und 13; 49.1 S. 6). Invalidenversicherungsrechtlich sind indes ausschliesslich funktionelle Ausfälle zu berücksichtigen, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG; vgl. auch E. 3.7 vorne). Insoweit steht fest, dass die geklagten Beschwerden in der Vergangenheit massgeblich auf eine komplexe psychosoziale Belastungssituation zurückzuführen waren (act. II 13 S. 11; 15 S. 5; 45 S. 6), welche zwar in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einfluss, in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht jedoch unbeachtlich zu bleiben hat (BGE 130 V 352 E. 2.2.5 S. 355). Entsprechend sprach die RAD-Ärztin Dr. med. L._____ den geklagten Beschwerden in ihrer Stellungnahme vom 12. Dezember 2013 (act. II 39) den invalidisierenden Cha-

rakter ab (S. 4). Ebenso wenig stellt die weiter in den Akten dokumentierte Burn-out-Symptomatik (vgl. act. II 45 S. 2) eine Invalidität im Rechtssinne dar (Entscheid des BGer vom 3. Februar 2016, 9C_645/2015, E. 4.1). Sodann hat die begutachtende Psychiaterin – in Übereinstimmung mit der Aktenlage (vgl. act. II 15 S. 5) – zwar festgehalten, dass die langjährige Dysthymie zwischenzeitlich auch zu einer längeren depressiven Reaktion dekompenziert habe (act. II 79.2 S. 7). Selbst wenn allein dadurch eine über ein Jahr dauernde Arbeitsunfähigkeit von über 40% zu begründen wäre – was dem Gesagten zufolge indes nicht der Fall ist – liesse sich insoweit keine Invalidität begründen, da nach geltender Rechtsprechung leicht- bis mittelgradige depressive Störungen einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (Entscheid des BGer vom 24. August 2016, 8C_399/2016, E. 4.2), welche Voraussetzung vorliegend dem Dargelegten zufolge nicht gegeben ist (vgl. E. 3.8 vorne) respektive allfällige depressive Symptome anlässlich der Begutachtung nicht mehr nachweisbar waren (act. II 79.2 S. 7). Demnach erweist sich auch die Feststellung im MEDAS-Gutachten, wonach auch rückblickend keine längerdauernde, sich zu einer Invalidität verdichtete Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat, als beweiskräftig und eine (rentenbegründende) Invalidität ist auch für die Zeit vor der MEDAS-Begutachtung nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt.

3.10 Zusammenfassend ist für den gesamten Beurteilungszeitraum in psychischer Hinsicht von einer für sämtliche Tätigkeiten uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen (vgl. E. 3.8 f.); in somatischer Hinsicht besteht eine 90%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... respektive eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.4 vorne).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung vom 8. März 2016 (act. II 96) die Invalidität zu Recht nach Massgabe der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG) berechnet. Dabei ermittelte sie das Valideneinkommen auf der Grundlage des bei der O. _____

zuletzt respektive im Jahr 2011 erzielten Verdienstes (act. II 18 S. 2), was korrekt ist (vgl. BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Entgegen der Beschwerdeführerin hat dabei keine Umrechnung auf die (statistisch) durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit zu erfolgen (vgl. Entscheid des BGer vom 23. Dezember 2015, 9C_422/2015, E. 3.3), zumal keine Hinweise dahingehend bestehen noch solche geltend gemacht werden, dass die Beschwerdeführerin wegen der Wochenarbeitszeit von 41 Stunden ohne Behinderung einen wesentlich unter dem branchenüblichen Verdienst liegenden Lohn erzielt hätte. Sodann hat die Beschwerdegegnerin – nachdem die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft respektive keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht – bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf statistische Werte gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) des Jahres 2010 abgestellt (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593), wobei sie der Berechnung Tabelle TA1, Ziffer 65, Frauen, Anforderungsniveau 3 zugrunde legte, was ebenso wenig zu beanstanden ist, sind der Beschwerdeführerin entgegen ihrer in der Beschwerde vertretenen Auffassung und gestützt auf das im MEDAS-Gutachten erstellte Zumutbarkeitsprofil (act. II 79.1 S. 19) doch weiterhin auch kaufmännische Tätigkeiten im ...bereich möglich. Schliesslich ermittelte die Beschwerdegegnerin im Einkommensvergleich – unter Berücksichtigung einer 10%igen Arbeitsunfähigkeit – einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 12%.

An diesem Ergebnis änderte auch nichts, wenn die dem Gesagten zufolge korrekt zugrunde gelegten Vergleichseinkommen unter Berücksichtigung des potentiellen Rentenbeginns im Jahr 2012 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. c i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG) der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasst würden, wobei auf den Nominallohnindex gemäss der entsprechenden Erhebung des BFS abzustellen wäre (vgl. Entscheid des BGer vom 10. Mai 2013, 8C_67/2013, E. 3.3.5): Diesfalls bezifferte sich das Valideneinkommen auf Fr. 80'943.60 (Fr. 79'920.-- / 101.5 x 102.8 [vgl. BFS, T1.2.10 Nominallohnindex, Frauen 2011-2015, Abschnitt K]). Das Invalideneinkommen beliefe sich unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit (BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 77) und einer Arbeitsunfähigkeit von 10% auf Fr. 70'943.90 (Fr. 6'159.-- x 12 / 40 x 41.5

[BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziffer 65] / 100 x 102.8 [BFS, a.a.O] x 0.9), womit aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen eine Erwerbseinbusse von Fr. 9'999.70 und damit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von unverändert 12% resultierte.

4.2 Nach dem Dargelegten erweist sich die mit Verfügung vom 8. März 2016 erfolgte Verneinung eines Rentenanspruchs als rechtens und die Beschwerde ist insoweit abzuweisen.

5.

5.1 Zu prüfen ist schliesslich der Anspruch auf berufliche Massnahmen. Die Beschwerdeführerin spezifiziert ihr entsprechendes, subeventualiter gestelltes Rechtsbegehren hinsichtlich der konkret angebehrten Eingliederungsmassnahme nicht näher. In der Beschwerde hält sie hierzu jedoch fest, die Beschwerdeführerin habe bereits vor einigen Jahren eine ... begonnen und angesichts der seit März 2015 eingetretenen Arbeitslosigkeit einen Kurs für ... absolviert. Entsprechend beantrage sie Unterstützung in der Eingliederung, beispielsweise durch die Finanzierung der ...ausbildung (S. 5 f., Ziffer 10). Die Beschwerdegegnerin hat mit der Begründung, die Beschwerdeführerin könne ihre bisherige Tätigkeit weiterhin in einem fast vollen Arbeitspensum ausführen, weshalb sie bei der Stellensuche aus gesundheitlichen Gründen nicht eingeschränkt sei, einen Anspruch auf berufliche Massnahmen global abgelehnt (act. II 96 S. 3).

5.2 Zu den im Lichte der beschwerdeweisen Vorbringen in Betracht fallenden Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art gehören die Umschulung, die Arbeitsvermittlung und die Berufsberatung (Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG).

5.2.1 Gemäss Art. 17 IVG besteht Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbes-

sert werden kann (Abs. 1). Der Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit ist die Wiedereinschulung in den bisherigen Beruf gleichgestellt (Abs. 2).

Als invalid im Sinne von Art. 17 IVG gilt, wer nicht hinreichend eingegliedert ist, weil der Gesundheitsschaden eine Art und Schwere erreicht hat, welche die Ausübung der bisherigen Erwerbstätigkeit ganz oder teilweise unzumutbar macht. Dabei muss der Invaliditätsgrad ein bestimmtes erhebliches Mass erreicht haben; nach der Rechtsprechung ist dies der Fall, wenn die versicherte Person in den ohne zusätzliche berufliche Ausbildung noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbseinbusse von etwa 20% erleidet, wobei es sich um einen blossen Richtwert handelt (BGE 130 V 488 E. 4.2 S. 490, 124 V 108 E. 2b S. 110; SVR 2010 IV Nr. 24 S. 74 E. 4).

5.2.2 Ferner haben arbeitsunfähige Versicherte, welche eingliederungsfähig sind, Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes und begleitende Beratung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihres Arbeitsplatzes (Art. 18 Abs. 1 IVG). Zwar genügt zur Begründung eines Anspruchs auf Arbeitsvermittlung der Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG; sie muss sich nicht zur Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG) oder gar zur Invalidität (Art. 8 ATSG) verdrückt haben (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 215, Rz. 3 und 6). Indes liegt eine zur Begründung des Anspruchs vorausgesetzte leistungsspezifische Invalidität im Sinne von Art. 18 Abs. 1 lit. a IVG nur vor, wenn die Behinderung Probleme bei der Stellensuche verursacht (Entscheid des BGer vom 12. Januar 2016, 8C_641/2015, E. 2).

5.2.3 Sodann haben Versicherte, die infolge Invalidität in der Berufswahl oder in der Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit behindert sind, Anspruch auf Berufsberatung (Art. 15 IVG). Die spezielle Invalidität im Sinne dieser Bestimmung liegt in der gesundheitlich bedingten Behinderung in der Berufswahl oder in der Ausübung der bisherigen Tätigkeit der an sich zur Berufswahl fähigen versicherten Person (BGE 114 V 29 E. 1a S. 29).

5.3 Zunächst besteht bei einem Invaliditätsgrad von 12% (vgl. E. 4.1 vorne) kein Anspruch auf Umschulung (vgl. E. 5.2.1 vorne). Umstände,

welche ein Abweichen vom Richtwert einer zumindest 20%igen Invalidität rechtfertigen würden, sind weder ersichtlich noch werden solche geltend gemacht. Insbesondere steht der Beschwerdeführerin – unter Berücksichtigung des einzig massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarktes – ein genügend breites Spektrum an Tätigkeiten offen, die ihrem medizinischen Zumutbarkeitsprofil entsprechen. Mit Blick auf den weiter in Frage kommenden Anspruch auf Arbeitsvermittlung (vgl. E. 5.2.2 vorne) ist sodann weder ersichtlich noch wird geltend gemacht, dass der Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen eine Stellenbewerbung verunmöglicht wäre oder einem potentiellen Arbeitgeber die besonderen Möglichkeiten und Grenzen der Beschwerdeführerin erläutert werden müssten, damit sie überhaupt eine Chance hat, den gewünschten Arbeitsplatz zu erhalten. Schliesslich ergeben sich aus den medizinischen Akten sowie gestützt auf die entsprechenden Ausführungen in der Beschwerde (vgl. S. 5 f., Ziffer 10) keine Hinweise, wonach die Beschwerdeführerin infolge ihres Gesundheitsschadens unfähig ist, sich beruflich neu zu orientieren (vgl. E. 5.2.3 vorne), weshalb auch der Anspruch auf Berufsberatung zu verneinen ist.

5.4 Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung vom 8. März 2016 (act. II 96) auch insoweit als rechtens. 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. 800.--, zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

6.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher und Notar B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - 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 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.