

200 16 773 IV
SCJ/FRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. Juli 2017

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. Juni 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1968 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) arbeitete als ... und ... im C._____, als sie am 14. Juli 2014 einen Herzstillstand erlitt. Am 4. September 2014 meldete sie sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung und am 30. September 2014 zum Leistungsbezug an (Akten der IV [AB] 1 und 4). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Mit Mitteilung vom 11. November 2015 sprach sie der Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form von Berufsberatung zu (AB 41). Zudem holte sie ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Infektiologie, Kardiologie, Neuropsychologie, Psychiatrie sowie Rheumatologie) bei der MEDAS D._____ ein (MEDAS-Gutachten vom 18. Januar 2016; AB 45.1). Am 1. März 2016 sprach sie der Versicherten Arbeitsvermittlung zu (AB 53). Mit Vorbescheid vom 19. Mai 2016 stellte sie die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem IV-Grad von 15% in Aussicht (AB 60). Dagegen erhob die Versicherte Einwand und reichte einen Bericht von Dr. med. E._____, Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, sowie einen Bericht von Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (AB 65 S. 1 ff.), ein. Nachdem die IVB eine Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eingeholt hatte (AB 67), verfügte sie am 30. Juni 2016 dem Vorbescheid entsprechend die Abweisung des Rentenbegehrens (AB 69).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 1. September 2016 Beschwerde und stellte folgende Anträge:

Die Verfügung vom 30. Juni 2016 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und zur neuen Beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Eventualiter sei der Beschwerdeführerin eine IV-Rente in angemessener Höhe zuzusprechen.

-unter Entschädigungsfolge-

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Oktober 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 30. Juni 2016 (AB 69). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente.

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

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

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

2.2 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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.4 Um den IV-Grad 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 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im Bericht des Spitals G._____ vom 15. Juli 2014 (AB 17 S. 6 ff.) diagnostizierten die Ärzte einen Herzkreislauf-Stillstand mit erfolgreicher Reanimation am 14. Juli 2014 sowie einen kardiogenen Schock bei Myocardinfarkt. Die Ärzte führten aus, die Beschwerdeführerin sei am Arbeitsplatz kollabiert und sei direkt durch die anwesenden Pflegefachpersonen und den Heimarzt reanimiert worden. Ein AED sei vorhanden gewesen und es sei insgesamt dreimal defibrilliert worden, beim Eintreffen der Ambulanz habe die Beschwerdeführerin bereits wieder einen selbständigen Kreislauf gehabt. Sie sei intubiert und direkt ins Spital G._____ transportiert worden, wo eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt und sie mit Stents behandelt worden sei. Der postinterventionelle Verlauf habe sich unkompliziert gestaltet, die Beschwerdeführerin sei stets hämodynamisch stabil und ohne Herzrhythmusstörungen geblieben (S. 7).

3.1.2 Die Beschwerdeführerin war vom 24. Juli bis am 6. August 2014 zur kardialen Rehabilitation in der Rehaklinik H._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 12. August 2014 (AB 11 S. 10 ff.) führten die Ärzte aus, die Beschwerdeführerin habe ihre Leistungsfähigkeit steigern können und habe an einer Rauchstopp- sowie Ernährungsberatung und Herzschulung teilgenommen. Sie spüre noch eine gewisse Unsicherheit und mache sich grosse Sorgen wegen ihrer Prognose und auch wegen der Arbeits-

fähigkeit in der Zukunft. Sie habe in einem guten Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (S. 11).

3.1.3 Der behandelnde Kardiologe, Dr. med. E. _____, führte im Bericht vom 19. April 2015 (AB 21 S. 2 ff.) aus, die Beschwerdeführerin habe am 20. November 2014 unter atypischen Thoraxbeschwerden gelitten. Das Echo sowie die Ergometrie hätten aber ein sehr gutes Leistungsvermögen ergeben. Die Prognose sei gut. Aus rein kardiologischer Sicht bestehe ab dem 19. Dezember 2014 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 3). Aus kardiologischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit zumutbar. Aus gesamtheitlicher Sicht könne er die Zumutbarkeit nicht beurteilen. Durch eine psychologische Begleitung liessen sich Einschränkungen gegebenenfalls vermindern (S. 4).

3.1.4 Der Hausarzt, Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 12. Juni 2015 (AB 27 S. 1 ff.) aus, es habe sich eine Änderung in der Diagnosestellung ergeben. Die Leukozytose unklarer Genese sowie der Zufallsbefund Hepatitis B und C serologisch positiv seien abzuklären (S. 2). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Die Beschwerdeführerin befinde sich in der Reintegration in die Arbeitswelt (S. 3).

3.1.5 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 18. Januar 2016 (AB 45.1) basiert auf Untersuchungen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Infektiologie, Kardiologie, Neuropsychologie, Psychiatrie sowie Rheumatologie. Im polydisziplinären Konsens stellten die Gutachter insbesondere folgende Diagnosen (S. 23 f.):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Koronare Herzkrankheit mit überlebtem plötzlichem Herztod am 14. Juli 2014 (ICD-10 I.25)
- Chronisch rezidivierendes Thorakolumbalsyndrom (ICD-10 M54.5)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Status nach Hepatitis B
- Status nach Hepatitis C

- Status nach intravenösem Drogenkonsum
- Leukozytose unklarer Ursache (ICD-10 D72.8)
- Rezidivierende akute eitrige Bronchitis
- Cephalosporinallergie (ICD-10 Z88.1)
- Lactose-Intoleranz gemäss Unterlagen (ICD-10 E73)

Aus rein allgemeininternistischer Sicht konnte keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (AB 45.1 S. 7).

In psychiatrischer Hinsicht führte Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, die Beschwerdeführerin habe eine verminderte psychische und physische Belastbarkeit berichtet. Sie habe darüber geklagt, dass sie sich gegenüber den Patienten nicht mehr so gut abgrenzen könne. Diese subjektiv geklagte, verminderte Belastbarkeit lasse sich nicht durch eine psychiatrische Störung begründen. Sie arbeite zu 50% und mache sich Sorgen um die Zukunft. Diese Belastungen liessen sie gelegentlich schlecht schlafen, direkte Funktionseinschränkungen im Alltag bestünden nicht. Es seien keine Hinweise auf irreversible geistige oder psychische Schäden nach vorübergehendem Heroinkonsum 1994/1995 feststellbar. Sie sei belastet durch die ungewisse berufliche und wirtschaftliche Zukunft. Diese Belastungen hätten aber keine direkt negativen funktionellen Folgen im Alltag (S. 10). Insbesondere fänden sich keine Hinweise für eine depressive Störung. Der Herzstillstand sei lebensbedrohlich gewesen, nur durch Glück habe sie ihn überlebt. Es sei denkbar, dass sie aufgrund dieses Erlebnisses vermehrt Zugang zu ihrer eigenen Verletzlichkeit und Endlichkeit habe und daher mehr Mühe habe, sich gegenüber den Patienten abzugrenzen. Dies begründe aber weder eine psychische Störung noch eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. In der angestammten wie auch in einer angepassten Arbeitstätigkeit bestehe eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 12).

In rheumatologischer Hinsicht führte Dr. med. K. _____, Fachärztin für Rheumatologie, aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein chronisch rezidivierendes Thorakolumbalsyndrom bei myostatischer Insuffizienz. Aktuell sei die Beschwerdeführerin diesbezüglich weitestgehend beschwerdefrei. Die Beweglichkeit der LWS sei nur leichtgradig eingeschränkt. Es finde sie eine ISG-Funktionsstörung links, die für die Beschwerden in diesem

Bereich mitverantwortlich sei. Auf den hier durchgeführten Röntgenaufnahmen zeigten sich degenerative Veränderungen im Sinne einer Osteochondrose Th12/LWK1, die für die rezidivierenden Beschwerden in diesem Bereich mitverantwortlich sein könnten. Aufgrund der degenerativen Veränderungen im thorakolumbalen Übergangsbereich seien schwere Tätigkeiten nicht zumutbar. Für eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Die derzeit ausgeübte Tätigkeit in ... entspreche dem zumutbaren Leistungsprofil und sei demnach vollschichtig zumutbar (S. 15).

In neuropsychologischer Hinsicht wurde eine minime kognitive Störung diagnostiziert. Für von aussen getaktete Aufgaben (geteilte Aufmerksamkeit) bestehe eine Leistungslimitierung im Sinne einer Tendenz zu kognitiven vorschnellen Reaktionen und einer eingeschränkten Reaktionszeit für visuelle Stimuli. Auf dem Gebiet der kognitiven Fluenz finde sich eine mengenmässige Reduktion bei der phonetischen Fluenz bei gleichzeitig erhaltener semantischer Wortflüssigkeit. Somit finde sich diagnostisch eine minime kognitive Beeinträchtigung. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit zu 10% beeinträchtigt (S. 18).

In der infektiologischen Beurteilung wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei vor 17 Jahren während eines Jahres iv-drogenabhängig gewesen. Sie habe damals ausschliesslich Heroin konsumiert und zwar gemäss eigenen Angaben nicht strikte mit eigenem sterilem Material. 1999 habe sie den Konsum definitiv gestoppt und seither keinen Rückfall mehr erlitten. Es sei deshalb wahrscheinlich, dass sie sowohl die Hepatitis B als auch die Hepatitis C in dieser Zeitperiode erworben habe. Gemäss Serologie sei die Hepatitis B abgeheilt und gemäss HBs-Antikörper bestehe eine Immunität. Die Hepatitis C sei ebenfalls spontan abgeheilt. Die Leukozytose, die seit 2014 bekannt sei, sei im Mai 2015 abgeklärt worden. Von Seiten der Infektiologie sei die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsfähig (S. 20).

In kardiologischer Hinsicht wurde ausgeführt, es bestehe eine koronare Herzkrankheit, die sich mit einem akuten Vorderwandinfarkt, kardiogenem Schock, Vorhofflimmern und Reanimation am 14. Juli 2014 erstmalig manifestiert habe. Die Beschwerdeführerin habe erfolgreich reanimiert und zügig invasiv abgeklärt und revaskularisiert werden können. Sie sei seither

frei von Angina pectoris-Beschwerden und wieder normal körperlich leistungsfähig geworden, es bestünden aber aufgrund der heutigen Befragung und in den Berichten der bisher betreuenden Ärzte doch Hinweise auf ein leichtes mnestisches Defizit. Die Belastungs-Untersuchung ergebe eine altersentsprechend normale körperliche Leistungsfähigkeit mit adäquatem Blutdruck-Verhalten ohne Arrhythmie und Ischämie-Zeichen. Aufgrund der kardiologischen Untersuchungsbefunde bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als ... (S. 22).

Im polydisziplinären Konsens führten die Gutachter aus, bei der Beschwerdeführerin könne eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90% in der aktuell ausgeübten Tätigkeit und in jeder anderen körperlich leichten bis mittelschweren, geeigneten Tätigkeit festgestellt werden. Für körperlich belastende Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit (S. 25).

3.1.6 Im Bericht vom 17. Mai 2016 (AB 62) diagnostizierte Dr. med. E._____ eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach akutem Myokardinfarkt mit überlebtem plötzlichem Herztod. Er führte aus, die Beschwerdeführerin sei aus rein somatisch-kardiologischer Sicht mit ergometrisch bestimmtem überdurchschnittlich gutem Körper- und Kreislaufleistungsvermögen erfreulicherweise trotz schwerem lebensbedrohendem kardiovaskulärem Ereignis normal und sogar überdurchschnittlich gut leistungsfähig. Die echokardiographisch bestimmte Herzfunktion sei bei nur umschriebener kleinflächiger Myokardinfarktnarbe global normal. Somit bestehe unbestrittenerweise eine Arbeitsfähigkeit von 100% aus somatisch-kardiologischer Sicht. Weiter führte der Kardiologe aus, eine PTBS könne nicht ignoriert werden (S. 1).

3.1.7 Dr. med. F._____ diagnostizierte im Bericht vom 4. Juni 2016 (AB 65) eine PTBS nach überlebtem plötzlichem Herzstillstand mit depressiven Einbrüchen und psychofunktionellem Syndrom (ICD-10 F43.1) sowie serologisch positiv auf Hepatitis B und C. Der Psychiater führte aus, die Beschwerdeführerin wirke verunsichert, verängstigt und verzweifelt, ihre Gedanken seien auf existenzielle Prozesse eingeengt. Die Stimmung sei depressiv, nicht schwingungsfähig. Sie sei emotional beeinträchtigt und deutlich vermindert belastbar. Sie fürchte sich fast panisch vor einem definitiven Wiedereinstieg in ihren Beruf als ... und begehre bei diesbezüglichen

chen Konfrontationsversuchen erstaunlich vehement auf. Diagnostisch handle es sich um eine protrahiert aufgetretene PTBS mit begleitenden depressiven Einbrüchen, psycho-funktionellem Syndrom und ernsthafter suizidaler Bedrohung. Offenbar habe die Sitzung vom 16. Februar 2016, anlässlich welcher der Beschwerdeführerin am Arbeitsplatz die Ergebnisse der multidisziplinären Begutachtung eröffnet worden seien, ein Trigger-Ereignis dargestellt. Er erachte die Arbeitsfähigkeit aus aktueller psychiatrischer Sicht im Beruf als ... leistungsmässig als unter 40%. Das vorliegende psychiatrische Problem beziehe sich dabei auf die Arbeit mit beeinträchtigten betagten Menschen, wo sich die Beschwerdeführerin auskenne und Freude empfinde und der Arbeit in ..., wo bei ihr traumabedingte Ängste aufkämen und erfahrungsgemäss weiterhin zu erwarten seien. Eine angepasste Arbeit im ... erachte er deshalb für sie prognostisch als aussichtslos und aus therapeutischer Sicht als Hemmnis (S. 7).

3.1.8 Im Bericht vom 16. Juni 2016 (AB 67) gab die RAD-Ärztin, med. pract. L. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, an, am MEDAS-Gutachten könne weiterhin festgehalten werden. Der betreuende Kardiologe bringe keine neuen medizinischen Fakten vor. Der von ihm hinzugezogene Psychiater sei sehr empathisch und bringe ebenso wenig neue Fakten vor, sondern schlage verständlicherweise aufgrund seiner erhobenen Anamnese mit belastender familiärer Situation in der Kindheit der Beschwerdeführerin eine traumaspezifische Psychotherapie vor. Die Kindheitstraumen seien jedoch auch dem begutachtenden Psychiater laut dessen ausführlichen psychiatrischen Anamneseerhebung bekannt gewesen, so dass es sich um eine wohlwollende Beurteilung des externen Psychiaters gegenüber seiner zukünftigen Patientin hinsichtlich des gleichen medizinischen Sachverhalts handle (S. 2).

3.1.9 Im Bericht vom 29. Juli 2016 (Beschwerdebeilage [BB] 3) kritisierte Dr. med. F. _____ das MEDAS-Gutachten. Er führte aus, der psychiatrische Gutachter habe das mögliche Vorhandensein einer PTBS nicht diskutiert, obschon diese in weit über 10% der Fälle nach Herzinfarkt mit Herzstillstand vorkomme, häufiger bei Frauen als bei Männern. Die Beschwerdeführerin erbringe entgegen den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters nicht mehr die Leistung, die von einer ... zu erwarten sei. Der Hin-

weis des Gutachters auf das Freizeitverhalten der Beschwerdeführerin wirke suggestiv und sachlich ungenau. Hinter dem vom Gutachter aufgezählten Freizeitverhalten verberge sich eigentlich ein für die PTBS typisches soziales Rückzugsverhalten (S. 3). Er selber mache bei der Beschwerdeführerin für die PTBS typische Feststellungen: Zunehmend habe es ab Herbst 2015 verzweifelte Abgrenzungsversuche bei beruflicher Überforderung bei leistungsorientierten und gewissenhaften Persönlichkeitszügen verbunden mit Angst, den lieb gewonnenen Beruf zu verlieren, gegeben. Den letztendlichen Beschluss zu kündigen habe sie sowohl als erlösend als auch belastend erlebt. Während ihrer Arbeit im Februar und März 2016 fänden sich dissoziative Symptome im Berufsstress verbunden mit Existenzangst. Sie leide an Intrusionen. Wie Zwangsgedanken komme es über sie her, wie und wo der Infarkt aus heiterem Himmel eingetreten sei und wie sie hilflos eingesunken sei (S. 4). Das im DSM-IV als für die PTBS typisch vorhandene Hyperarousal sei bei der Beschwerdeführerin feststellbar. Er stellte fest, dass eine um 24 Monate protrahierte und wahrscheinlich bereits chronifizierte PTBS nach Herzinfarkt vom 14. Juli 2014 mit mehrmaligem Herzstillstand am Arbeitsplatz vorliege (ICD-10 F43.1; S. 5). Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, bei Annahme der halben Leistung, was den Schilderungen von Vorgesetzten und der Beschwerdeführerin entspreche, ergebe sich bei zeitlicher Reduktion von 35% und mehr eine im angestammten Beruf vorhandene medizinisch theoretische Arbeitsunfähigkeit von fast 70% (S. 6).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen

beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 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 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der Verfügung vom 30. Juni 2016 (AB 69) im Wesentlichen auf das MEDAS-Gutachten vom 18. Januar 2016 (AB 45.1). Dieses Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor) und überzeugt. Insbesondere basieren die Beurteilungen auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigen die beklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Insoweit kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu.

3.3.1 Betreffend den somatischen Gesundheitszustand ist unbestritten und aufgrund der Akten erstellt, dass sich die Beschwerdeführerin nach dem akuten Myokardinfarkt vom 14. Juli 2014 gut erholt hat und aus kardiologischer Sicht keine Einschränkung mehr besteht. Der kardiologische Gutachter wie auch der behandelnde Kardiologe attestieren aus rein somatisch-kardiologischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (AB 45.1 S. 22; 62). Ebenfalls unbestritten ist, dass auch die weiteren somatischen Diagnosen keinen nennenswerten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben.

3.3.2 Bestritten ist die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters, Dr. med. J._____, wonach keine psychiatrische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt (AB 45.1 S. 12; Beschwerde S. 4 ff.). Soweit die Beschwerdeführerin unter Berufung auf die beiden Berichte des behandelnden Psychiaters, Dr. med. F._____, vom 4. Juni und 29. Juli 2016 (AB 65 S. 5 ff. und BB 3 S. 3 ff.) geltend macht, sie leide an einer

chronifizierten PTBS, welche im MEDAS-Gutachten nicht erkannt worden sei, kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Denn nach einer sorgfältigen Anamneseerhebung präsentierten sich die vom psychiatrischen Gutachter erhobenen Befunde als durchgängig unauffällig (AB 45.1 S. 7 ff.). Er hat nachvollziehbar ausgeführt, dass es zwar denkbar sei, dass die Beschwerdeführerin seit dem Myocardinfarkt vermehrt Zugang zu ihrer eigenen Verletzlichkeit und Endlichkeit habe und daher mehr Mühe habe, sich gegenüber den Patienten abzugrenzen. Dass dies aber weder eine psychiatrische Störung noch eine Arbeitsunfähigkeit begründet, überzeugt (AB 45.1 S. 12). Die RAD-Ärztin teilt die gutachterliche Einschätzung, wonach die Beschwerdeführerin an keiner krankheitswertigen psychischen Störung leidet (AB 67 S. 2). Damit war zumindest im Zeitpunkt der Begutachtung im Januar 2016 nicht von einer PTBS auszugehen.

Soweit der behandelnde Psychiater Kritik am MEDAS-Gutachten übt und geltend macht, es sei im Anschluss an die Bekanntgabe der Ergebnisse des Gutachtens zu einer zusätzlichen iatrogenen Traumatisierung gekommen (BB 3 S. 5), so ist dies jedenfalls in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht unbeachtlich. Es bestehen keine Hinweise darauf, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in der Zeit nach der Begutachtung vom Januar 2016 bis zur angefochtenen Verfügung im Juni 2016 in rentenrelevanter Weise verschlechtert haben könnte. Weiter ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Zudem ist auf die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten Experten andererseits hinzuweisen. Diese lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Da Letzterer hier keine wichtigen Aspekte benannt hat, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, führt die Divergenz in den Beurteilungen nicht zur Notwendigkeit weiterer medizinischer Abklärungen (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

3.3.3 Die neuropsychologische Untersuchung hat eine minime kognitive Beeinträchtigung ergeben. In diesem Zusammenhang wurde vom neuropsychologischen Gutachter einleuchtend dargelegt, dass deshalb die Arbeitsfähigkeit um 10% beeinträchtigt ist (AB 45.1 S. 18).

3.3.4 Im Sommer 2015 führte die Beschwerdeführerin bei ihrem Arbeitgeber einen Arbeitsversuch durch mit dem Ziel, das Arbeitspensum während 6 Wochen von zwei auf fünf Arbeitseinsätze pro Woche zu steigern (AB 24 S. 3; 30 S. 12). Als Fernziel wurde ein 50% Pensum als ... definiert (AB 24 S. 4; 30 S. 11). In der Standortbestimmung vom 27. Oktober 2015 wurde der Arbeitsversuch diskutiert und beurteilt. Die Beschwerdeführerin selbst schätzte ihre Arbeitsfähigkeit als ... auf 50-60%, die ... erwog, dass die Arbeitsfähigkeit einem 60% Pensum entspreche (AB 39 S. 2 f.). Die MEDAS-Gutachter attestieren der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit und in jeder anderen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit eine höhere Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90% (AB 45.1 S. 24 f.). Diebesbezüglich haben sie auf die deutliche Diskrepanz zwischen der medizinisch-theoretischen Beurteilung sowie der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin verwiesen. Die Ursache für diese Selbstlimitierung sei unklar und könne jedenfalls nicht auf eine entsprechende psychiatrische Diagnose zurückgeführt werden (AB 45.1 S. 25). Es ist durchaus nachvollziehbar, dass sich die Beschwerdeführerin nach ihrem Myokardinfarkt der Arbeit als ... subjektiv nicht mehr bzw. nur noch in einem reduzierten Umfang gewachsen fühlt und sich deshalb beruflich verändern will (AB 47 S. 2 f.). Aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht ist indessen die verbleibende Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten zu beachten, die gemäss MEDAS-Gutachten für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten 90% beträgt.

3.3.5 Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin somit zu Recht auf das voll beweiskräftige interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 18. Januar 2016 abgestellt, gemäss welchem eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90% in der angestammten Tätigkeit und in jeder anderen körperlich leichten bis mittelschweren, adaptierten Tätigkeit besteht. Das Pensum kann vollschichtig umgesetzt werden mit leicht reduziertem Rendement (AB 45.1 S. 24 f.).

Nachfolgend ist der IV-Grad mittels Einkommensvergleichs zu ermitteln.

4.

4.1

4.1.1 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).

4.1.2 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 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). 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 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wo-

bei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222). Unter Berücksichtigung des Wartejahres und der Anmeldung im September 2014 (AB 4) ist der frühest mögliche Rentenbeginn hier in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf Juli 2015 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

4.3 Es ist unbestritten und aufgrund der Akten erstellt, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit weiterhin im ... tätig wäre. Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen gestützt auf das Jahreslohnkonto 2013 (AB 13.2) des ehemaligen Arbeitgebers der Beschwerdeführerin, C._____, ermittelt und auf das Jahr 2015 aufindexiert (AB 69). Der Bruttolohn lag 2013 bei Fr. 93'062.-- (AB 13.2). Die Lohnentwicklung im Gesundheits- und Sozialwesen betrug 2014 +0.0% und 2015 +0.3% (Bundesamt für Statistik [BFS], Nominallohnindex, Frauen 2011 - 2015, T1.2.10, Zeile Q), so dass für das Jahr 2015 ein Valideneinkommen von Fr. 93'341.20 (Fr. 93'062.-- + 0.3%) resultiert.

4.4 Da die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, hat die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen anhand der LSE 2014, Tabelle TA1, Frauen, Zeile Gesundheits- und Sozialwesen, berechnet. Allerdings ist nicht das Kompetenzniveau 4 ("Tätigkeiten mit komplexer Problemlösung und Entscheidungsfindung, welche ein grosses Fakten- und theoretisches Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen"), sondern Kompetenzniveau 3 ("Komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen") heranzuziehen, da dieses das Tätigkeitsgebiet sowie den Ausbildungsstand der Beschwerdeführerin genauer widerspiegelt. Angepasst an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit und aufindexiert auf das Jahr 2015 resultiert ein hypothetisches Jahresgehalt von Fr. 79'269.70 (Fr. 6'348.-- x 12 / 40 x 41.5 [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit, Zeile Q, 2015] + 0.3% [2015]). Unter Berücksichti-

gung der Arbeitsfähigkeit von 90% (Fr. 79'269.70 – 10%) resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 71'342.70.

Da die medizinischen Einschränkungen bereits im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils bzw. der angepassten Tätigkeit berücksichtigt worden sind, ist ein behinderungsbedingter Abzug nicht vorzunehmen (Entscheid des Bundesgerichts vom 5. Juli 2011, 8C_261/2011, E. 7.3). Weiter ist festzustellen, dass auch keine invaliditätsfremden Gründe für einen Abzug vom Tabellenlohn vorliegen (Schweizerin, im hier massgebenden Zeitpunkt 47 Jahre alt).

4.5 Bei der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 93'341.20 und des Invalideneinkommens von Fr. 71'342.70 resultiert ein IV-Grad von gerundet 24% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 f. S. 123). Es besteht damit kein Anspruch auf eine IV-Rente.

4.6 Die angefochtene Verfügung vom 30. Juni 2016 (AB 69) ist nicht zu beanstanden und die Beschwerde daher 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.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.