

200 17 922 IV  
KOJ/LUB/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 6. September 2018**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Lüthi

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt und Notar B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. September 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1959 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im September 2010 unter Hinweis auf ein Unfallereignis vom 16. Februar 2010 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 22). Die IVB tätigte Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht. Dabei gewährte sie Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Ausbildungskurses (Lehrgang für ...; AB 55). Mit Mitteilung vom 14. August 2012 schloss sie die beruflichen Massnahmen ab (AB 60) und holte einen Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 12. September 2012 (AB 63 S. 3 f.) ein. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 65) wies die IVB mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 30. Oktober 2012 den Anspruch auf (weitere) Leistungen der IV ab (AB 68).

### **B.**

Im Oktober 2014 gelangte die Versicherte mit einem neuen Leistungsgesuch an die IVB (AB 81). Als gesundheitliche Beeinträchtigungen gab sie unfallbedingte Beschwerden an (AB 93). Die IVB nahm wiederum erwerbliche und medizinische Erhebungen vor, insbesondere liess sie die Versicherte auf Empfehlung des RAD polydisziplinär begutachten (Gutachten der C. \_\_\_\_\_ [MEDAS] vom 20. Juni 2017 inklusive Teilgutachten in den Bereichen Psychiatrie und Rheumatologie [AB 243.1 – 243.5] sowie Gutachten des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 1. März 2017 im ausgegliederten Bereich Neurootologie [AB 225.1]). Mit Vorbescheid vom 6. Juli 2017 stellte die IVB bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 6 % die Abweisung des Leistungsgesuchs hinsichtlich einer Invalidenrente in Aussicht (AB 245). Nach erhobenem Einwand (AB 248) verneinte sie mit Verfügung vom 18. September 2017 entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch (AB 250).

**C.**

Mit Eingabe vom 19. Oktober 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt und Notar B. \_\_\_\_\_, Beschwerde und stellte die folgenden Anträge:

- «1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 18. September 2017 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. a) Es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen ab wann rechtens nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens zuzusprechen.  
  
b) Eventualiter: Die Beschwerdesache sei zur Durchführung einer Arbeitsplatzabklärung (Klärung der Frage, wieviel die Versicherte im kleinen Pensum in der ... verdient respektive in der Lage ist zu verdienen) und zur Neu Beurteilung an die IV-Stelle Bern zurückzuweisen.
3. Den Gutachtern der MEDAS sei gerichtlich die Frage zu stellen, ob die Versicherte in dem im Gutachten vom 20. Juni 2017 (Ziff. 5.5 «Prognose», Seite 54 des Gutachtens) beschriebenen „kleinen Pensum in der ...“ als optimal eingegliedert zu gelten hat.
4. Es sei gestützt auf Art. 30 Abs. 3 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK eine öffentliche Verhandlung mit Publikums- und Presseanwesenheit durchzuführen.
5. Vor der Eröffnung des materiellen Endentscheides sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung zu geben (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV).
6. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

U.K.u.E.F.»

In ihrer Beschwerdeantwort vom 15. Dezember 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 27. Dezember 2017 wies der Instruktionsrichter die Anträge der Beschwerdeführerin gemäss Rechtsbegehren Ziff. 3 der Beschwerde und auf Durchführung einer Parteibefragung (vgl. Beschwerde S. 12 f.) ab.

Mit Eingabe vom 28. März 2018 reichte die Beschwerdeführerin verschiedene Unterlagen zu den Akten und teilte mit, dass sie an der Durchführung einer öffentlichen Schlussverhandlung festhalte. Zudem nahm sie im Sinne einer Replik unaufgefordert zur Beschwerdeantwort Stellung und beantragte die gerichtliche Befragung zweier Gutachter der MEDAS. Mit prozessleitender Verfügung vom 17. April 2018 stellte der Instruktionsrichter ein Doppel dieser Eingabe der Beschwerdegegnerin zu und wies den Antrag auf gerichtliche Befragung ab.

Mit Duplik vom 15. Mai 2018 hielt die Beschwerdegegnerin an den in der Beschwerdeantwort gestellten Rechtsbegehren und vorgebrachten Standpunkten fest.

An der öffentlichen Schlussverhandlung vom 27. August 2018 bestätigte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin im Wesentlichen die gestellten Rechtsbegehren und nahm hierzu im Rahmen des Plädoyers Stellung. Weiter reichte er dem Gericht eine aktualisierte Kostennote ein.

## **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 Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich einzutreten (vgl. E. 1.2 hiernach).

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 18. September 2017 (AB 250). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente. Soweit die Beschwerdeführerin Ansprüche auf weitere Leistungen der Invalidenversicherung geltend macht, ist auf die Beschwerde nicht einzutreten, da die Beschwerdegegnerin allein über den Rentenanspruch verfügt hat (BGE 125 V 413 E. 1a S. 414).

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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).

**2.2.1** Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 428, BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418, E. 7.2 S. 429).

**2.2.2** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe

nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

**2.2.3** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen las-

sen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standard-indikatoren 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 S. 308).

**2.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.4** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

**2.5** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

### **3.**

**3.1** Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung vom Oktober 2014 (AB 81) eingetreten und hat den Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 18. September 2017 (AB 250) materiell geprüft. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 30. Oktober 2012 (AB 68) und der Verfügung vom 18. September 2017 (AB 250) eine Veränderung in den

tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiavor).

**3.2** Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der Verfügung vom 30. Oktober 2012 (AB 68) massgeblich auf den Bericht der RAD-Ärztin med. pract. Gisela Liefke, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 12. September 2012 (AB 63 S. 3 f.), worin diese als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikovertebrales Syndrom (ICD-10 M54.2; myofasziale Befunde zervikal und am Schultergürtel bei muskulärer Dysbalance, subokzipitale Tendomyosen, beginnende Chondrose C5/6, chronische Kopfschmerzen, keine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik) festhielt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie den Verdacht auf Persönlichkeit mit selbstunsicheren und differentialdiagnostisch (DD) emotional instabilen Zügen (ICD-10 Z73.1), DD den Verdacht auf Zylothymia, den Verdacht auf undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45), Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44.2; kein Hinweis auf organisches Korrelat der Beschwerden, Verdacht auf vordergründig funktionelle Überlagerung) und einen St. n. leichtgradigem Halswirbelsäulen(HWS)-Distorsionstrauma im Rahmen des Unfallereignisses vom 16. Februar 2010 (aufgrund der Aktenlage und Eigenanamnese ohne Hinweise auf begleitende milde traumatische Hirnverletzung; AB 63 S. 3). Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestünden aktuell keine relevanten geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen. Die passageren Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien bedingt durch die unfallkausale schwere Anpassungsstörung. In körperlicher Hinsicht bestehe aus rein muskuloskelettaler Sicht eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 %. Dies gelte sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... sowie als Mitarbeiterin im .... Diese Einschätzung könne auch für die Tätigkeit als ... angenommen werden. Für die Tätigkeit als ... dagegen sei keinerlei Einschränkung der Leistungsfähigkeit anzunehmen. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit, ohne HWS-Zwangshaltungen, ohne längerdauernde Arbeiten mit gebeugtem Kopf oder Überkopf, ohne repetitive HWS-Rotation sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vom 15. Juni bis 12. Juli 2010, eine Arbeitsfähigkeit von 75 % vom 13. Juli bis 9. August

2010 und eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ab 10. August 2010 zumutbar (AB 63 S. 4).

**3.3** Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 30. Oktober 2012 (AB 68) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.3.1** Im Bericht vom 24. November 2014 (AB 91 S. 1 – 3) diagnostizierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein zervikocephales Syndrom nach Akzelerations-/Dezelerationstrauma, ein zervikobrachiales Syndrom, eine Vertigo, einen Tinnitus und einen Glomus caroticum-Tumor (AB 91 S. 1). Die gelernte ... arbeite zurzeit in einem Pensum von 35 % als ... und in der .... Ein höheres Pensum sei medizinisch nicht möglich. Es bestünden insbesondere körperliche Einschränkungen durch die Schmerzen im Bereich des Nackens, aber auch die psychische Beeinträchtigung sei relevant. Durch die körperlichen Beschwerden seien keine intensiven körperlichen Arbeiten möglich, das Arbeitstempo sei deutlich reduziert. Die Patientin brauche viele Pausen (AB 91 S. 2). Es könne höchstens mit einem Halten der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden, eine Verbesserung sei nicht möglich. Die momentane Arbeit sei sicherlich nicht ideal (AB 91 S. 3).

**3.3.2** Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, nannte am 11. Dezember 2014 als Diagnose den Verdacht auf einen Glomus-Tumor Ohr rechts mit Mastoiditis (AB 98 S. 2). Für die Tätigkeit als ... und ... attestierte er eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 26. November bis 31. Dezember 2014.

**3.3.3** Im Austrittsbericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 29. Januar 2015 (AB 112 S. 2 f.) über die Hospitalisation vom 12. bis 15. Januar 2015 diagnostizierten die behandelnden Ärzte einen Glomus tympanicum-Tumor, Fish Stadium B rechts, mit Sekretretention im Mastoid. Als durchgeführte Therapien erwähnten sie eine Embolisation sowie eine konservative Mastoidektomie, Tumorentfernung im Mittelohr rechts (AB 112 S. 2).

**3.3.4** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vermerkte im Verlaufsbericht vom 9. April 2015 (AB 118 S. 2 ff.), der Gesundheitszustand sei stationär und habe sich seit der letzten Diagnosestellung nicht verändert. Als Diagnosen mit Ein-

fluss auf die Arbeitsfähigkeit lägen ein Glomus tympanicum-Tumor, Fish Stadium B rechts mit Sekretretention im Mastoid, ein zervikocephales Syndrom nach Akzelerations-/Dezelerationstrauma, ein zervikobrachiales Syndrom, ein Tinnitus und eine Vertigo vor (AB 118 S. 1). Mit einer Verbesserung sei kaum zu rechnen. Langfristig sei wahrscheinlich mit einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % zu rechnen. Als gelernte ... und aktuell im ... bestehe eine gesundheitlich begründete Arbeitsunfähigkeit von 60 % ab 9. März bis 6. April und von 80 % ab 7. April 2015 bis dato (AB 118 S. 2).

**3.3.5** Am 17. November 2015 berichtete Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ über einen stationären Gesundheitszustand. Die Patientin gebe an, rechts weniger zu hören (AB 159 S. 1). Die Ausübung einer Arbeitstätigkeit sei aus HNO-Sicht möglich (AB 159 S. 2).

**3.3.6** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ verzeichnete im Verlaufsbericht vom 26. November 2015 (AB 161), dass sich der Gesundheitszustand verbessert habe und bestätigte die von ihm am 9. April 2015 gestellten Diagnosen. Die Patientin leide rezidivierend noch an Kopfschmerzen sowie an Schmerzen im Bereich des Nackens und okzipital. Die Schwindelproblematik sei persistent (AB 161 S. 2). Momentan scheine eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zu 80 bis 100 % möglich, mit gewissen anhaltenden Einschränkungen sei aber zu rechnen. Die gesundheitlich begründete Arbeitsunfähigkeit betrage 30 % ab 19. Oktober 2015 bis dato (AB 161 S. 3).

Am 27. Mai 2016 (AB 187 S. 2 ff.) hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien zum Bericht von November 2015 unverändert (AB 187 S. 2). Mit einer Verbesserung könne nicht gerechnet werden. Die aktuelle Tätigkeit (...) sei bis zu einem maximalen Pensum von 70 % zumutbar (AB 187 S. 3).

**3.3.7** Im neurootologischen (Teil-)Gutachten des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 1. März 2017 (AB 225.1), welches im Rahmen der polydisziplinären Untersuchung bei der MEDAS ausgegliedert worden war, führte PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, als Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit einen posttraumatischen Schwindel mit/bei otolithischer Dysfunktion bds., mittel- bis hochgradiger, hochbetonter, senso-

rineuraler Schwerhörigkeit rechtsbetont, chronischem Tinnitus Grad 2 bds. kompensiert, einen St. n. Glomus tympanicum-Tumor Fish Stadium B rechts mit/bei präoperativer Embolisation, St. n. Tumorentfernung rechts und ein chronisches zervikovertebrales Syndrom mit/bei Spannungskopfschmerzen und Verdacht auf funktionelle Überlagerung auf (AB 225.1 S. 4 f.). Ohne Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er einen St. n. depressiven Episoden 2009, den Verdacht auf undifferenzierte Somatisierungsstörung, eine Myopie/Astigmatismus, einen St. n. Hysterektomie, einen St. n. Tonsillektomie, einen St. n. Sectio caesarea, einen St. n. Magenulcus und einen St. n. atypischen Gesichtsschmerzen links (AB 225 S. 5). Die Arbeit im ... oder als ... sei bei stehender und laufender Tätigkeit nicht geeignet. Bei intermittierender Schwindelsensation sowie eingeschränkter Hörfähigkeit sei das Arbeiten in einer lärmigen ... mit einer Minderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit verbunden. Das Arbeiten als ... oder in der ... sei prinzipiell aus neurootologischer Sicht möglich. Die Minderung der Arbeitsfähigkeit sei mit maximal 10 % zu bemessen. In einer angepassten Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit aus otologischer und neurootologischer Sicht zu 100 % gegeben. Bei einem angepassten Arbeitsplatz müssten die Hörsituation sowie die Schwindelsensationen bei raschen Kopfbewegungen und Lageänderungen berücksichtigt werden (AB 225.1 S. 8).

**3.3.8** Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Sprechstundenbericht für Kniechirurgie vom 3. Mai 2017 (AB 239) eine beginnende mediale und femoropatellar betonte Gonarthrose links. Die Patientin habe am 24. April 2017 ihre Arbeit als ... sowie ... vollumfänglich aufgenommen. Knien sei aktuell noch nicht möglich. MR-tomographisch zeige sich eine Meniskusläsion bei intakten Kreuzbändern. Die Knorpelschäden seien jedoch fortgeschritten. Aktuell sei die Patientin deutlich beschwerdeärmer.

**3.3.9** Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 20. Juni 2017 (AB 243.1) führten die Dres. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Rheumatologie, als Diagnosen mit wesentlicher Ein-

schränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), eine Gonalgie links, eine Schwerhörigkeit bds. (Hörgeräte-Trägerin) und eine hochgradige Myopie (Dioptrien-Unterschied zwischen den Augen, eventuell reduziertes Stereosehen) auf. Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, erwähnten sie einen posttraumatischen Schwindel, eine Orthostase bei labilen Blutdruckwerten, ein chronisches zervikovertebrales Syndrom mit leichtem myofaszialem Reizzustand hochzervikal und im Bereiche des Schultergürtels bei muskulärer Dysbalance, einen St. n. nach lumbalem Schmerzsyndrom, einen St. n. Hashimoto-Thyreoiditis 2016, eine Unterfunktion der Schilddrüse und anamnestisch eine Penicillin-Allergie (unsicher; AB 243.1 S. 51 f.). In der zuletzt vollzeitig ausgeübten Tätigkeit als ... in der ... betrage die Arbeitsfähigkeit 40 %; die Einschränkungen basierten auf der psychiatrischen Beurteilung. Eine Tätigkeit in der ... sei aus rheumatologischen Gründen nur noch zu 30 % möglich; die Versicherte könne nicht ausschliesslich eine stehend-gehende Tätigkeit ausüben, zudem bestünden auch Einschränkungen wegen der Schwerhörigkeit. Eine körperlich leichte, teilweise mittelschwere adaptierte Tätigkeit sei der Versicherten zu 50 % zumutbar, bspw. auch die von ihr aktuell in einem Kleinpensum ausgeübte Berufsarbeit in ... und .... Die Haupteinschränkung basiere hier ebenfalls auf dem psychiatrischen Leiden. Bezüglich Realisierung der 50 %-igen Arbeitsfähigkeit müssten folgende einschränkende Kautelen berücksichtigt werden: Die Versicherte sei Hörgeräteträgerin, zusätzlich leide sie an einem Tinnitus. Bei einer Arbeitstätigkeit müsse auf diese Einschränkungen Rücksicht genommen werden. Sie könne nicht in lärmiger Umgebung arbeiten und auch nicht in einer Umgebung, wo auf akustische Signale geachtet werden müsse. Die Versicherte leide vor allem an anfallsmässigem Schwindel, bspw. bei raschen Kopfbewegungen, und auch mit einer orthostatistischen Komponente. Sie dürfe nicht an sie potenziell gefährdenden Maschinen beschäftigt werden (AB 243.1 S. 53).

Im rheumatologischen Teilgutachten hielt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, fest, in Zusammenschau der angegebenen Beschwerden, der Aktenlage sowie der erhobenen klinischen und der aktuellen bildgebenden Befunde sei ein sehr diskretes zervikovertebrales Schmerzsyndrom mit leichtem myofaszialem Reizzustand im Bereich der Nacken-

/Schulterpartie bei nur leichtgradiger Einschränkung der HWS-Beweglichkeit ohne Anhalt für eine Segmentinstabilität und ohne klinische Hinweise für eine radikuläre Reiz- und/oder sensomotorische Ausfallsymptomatik zu diagnostizieren. Die deutlich gezeigte Einschränkung hinsichtlich Extension der HWS bzw. Reklination des Kopfes finde keine hinreichende Erklärung und sei als schmerzbedingte Selbstlimitierung zu werten, wobei kein Schmerzkorrelat an der HWS zu objektivieren sei. Zum Zeitpunkt der Untersuchung zeige die Versicherte eine Gonalgie links mit positiver Meniskustestung medial und Zeichen einer medialen Gon- und femoropatellären Reizsymptomatik mit leichter Beeinträchtigung des Beugevermögens (AB 243.5 S. 14).

Im psychiatrischen Teilgutachten hielt med. pract. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, weder in Bezug auf den Unfall noch in Bezug auf die belastenden Erlebnisse in der Kindheit und der Jugend liessen sich Symptome feststellen, die auf eine posttraumatische Belastungsstörung hinweisen würden (AB 243.3 S. 9). Es erscheine nach Aktenlage, aber auch auf Basis der Angaben der Explorandin überwiegend wahrscheinlich, dass 2009 und 2010 depressive Phasen vorgelegen hätten, deren Schweregrad jedoch höchstens leichtgradig gewesen sei. Im 2011 sei keine Depression mehr belegbar gewesen und danach auch nicht mehr aufgeführt worden. Die Explorandin gebe somatische Beschwerden an, die in ihrem Ausmass jedoch nicht ausreichend somatisch erklärt werden könnten. Sie stellten die Haupteinschränkung v.a. auch im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit dar. Es sei seit 2011 nicht zu einer Verschlechterung gekommen, sondern eine Diagnose, die damals noch nicht zu stellen gewesen sei, sei spätestens 2012 als erfüllt anzunehmen, die Somatisierungsstörung. Eine auffällige Persönlichkeitsstruktur zeige sich sicher; die Kriterien für eine abhängige Persönlichkeitsstörung seien jedoch nicht erfüllt, so dass von akzentuierten Persönlichkeitszügen auszugehen sei (AB 243.3 S. 11). Die festgestellten Erkrankungen erreichten einen Schweregrad, der einen mittleren Einfluss auf die funktionelle Leistungsfähigkeit habe. Die bisherige Therapie sei teilweise angemessen. Gemäss psychiatrischen Abklärungen bestünden weitere Therapieoptionen, mit denen relevante Besserungen des Gesundheitszustandes erwartet werden könnten. Die beklagten Leiden wirkten sich konsistent in vergleichbaren Lebensbe-

reichen aus. Aus gutachterlicher Sicht sei er vom Bestehen der geltend gemachten Behinderungen überzeugt. Die Explorandin verfüge nicht über genügend Ressourcen, um die aus somatischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit zu realisieren (AB 243.3 S. 12).

**3.4** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismündigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

**3.5** Das neurootologische (Teil-)Gutachten vom 1. März 2017 (AB 225.1) sowie das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 20. Juni 2017 (AB 243.1) erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die einzelnen Teilbeurteilungen stehen zudem untereinander in Übereinstimmung und sind auch in die polydisziplinäre Beurteilung eingeflossen. Inso-

weit kommt den Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

Die Gutachter der MEDAS haben in schlüssiger Weise aufgezeigt, dass die Beschwerdeführerin mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), einer Gonalgie links, einer Schwerhörigkeit bds. (Hörgeräteträgerin) und einer hochgradigen Myopie (Kontaktlinsenträgerin, Dioptrien-Unterschied zwischen den Augen, ev. reduziertes Stereosehen) leidet (AB 243.1 S. 51 f.).

**3.6** Angesichts der seit der Vergleichsverfügung vom 30. Oktober 2012 (AB 68) von der MEDAS neu gestellten somatischen Diagnosen (Gonalgie, Schwerhörigkeit bds. und hochgradige Myopie) ist eine revisionsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes zu Recht unbestritten, so dass eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs vorzunehmen ist (vgl. E. 2.5 hiervor).

**3.7** Zu prüfen ist, ob den erstellten psychischen Gesundheitsschäden (vgl. E. 3.5 hiervor) invalidisierende Wirkung zukommt.

Wohl hat sich der psychiatrische Gutachter med. pract. L. \_\_\_\_\_ – wie die Beschwerdeführerin insoweit zutreffend ausführt (vgl. Beschwerde S. 12) – zu den Indikatoren geäußert (AB 243.3 S. 12). Dies entbindet Verwaltung und Gericht jedoch nicht davon, die Rechtsfrage nach dem Vorliegen einer Invalidität auf der Grundlage der medizinischen Tatsachenfeststellungen frei zu prüfen. Rechtsprechungsgemäss liegt es nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Die Frage, ob und in welchem Umfang die Feststellungen in einem medizinischen Gutachten anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf die Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, ist rechtlicher Natur und damit frei überprüfbar. Darum kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer Expertise abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert gänzlich einbüsst. Darin liegt weder eine

Geringschätzung der ärztlichen Beurteilung noch eine gerichtliche Kompetenzanmassung, sondern es ist notwendige Folge des rein juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit und Invalidität (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Juni 2018, 8C\_74/2018, E. 5.1).

Zunächst sind – unter der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) – die Indikatoren zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ näher zu betrachten. Massgeblich sind demnach die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, der Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. die -resistenz und allfällige Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 298 ff.).

**3.7.1** Zum Indikator „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome“ ist festzuhalten, dass diese nicht übermässig ist. Med. pract. L.\_\_\_\_\_ bezeichnete die Einschränkungen als leicht bis mittelgradig (AB 243.3 S. 12 oben), was im Lichte des geschilderten Tagesablaufs bzw. der Aktivitäten überzeugt. Die Beschwerdeführerin gab an, dass sie nach dem Frühstück in den Garten gehe und dort diversen Aktivitäten nachgehe. Sie treffe sich auch mit Kolleginnen oder ihre Tochter komme zu Besuch. Seit kurzem gehe sie auch zu einem Gemeinschaftsnachmittag, wo gebetet und gesungen werde sowie Vorträge angeboten würden. Abends schaue sie fern oder stricke Socken und gehe gegen 22:00 Uhr zu Bett (AB 243.3 S. 6). Gegen eine erhebliche Ausprägung spricht sodann die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin – jedenfalls im hier massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (vgl. auch E. 3.7.7 [in fine] hiernach) – seit mehreren Jahren nicht mehr in fachärztlicher Behandlung steht.

**3.7.2** Betreffend den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass der psychiatrische Gutachter der MEDAS die bisherige Therapie einzig als teilweise angemessen beurteilt. Er empfiehlt u.a. eine störungsspezifische Behandlung der Somatisierungsstörung im Rahmen einer Psychotherapie und bei ausbleibenden Verbesserungen den Beginn einer ambulanten psychiatrischen Ergotherapie (AB 243.3 S. 12 f.). Die Beschwerdeführerin nahm vom 26. März bis 24. April 2015 an einer arbeitsmarktlichen Massnahme (AMM) teil. Im entsprechenden Abschlussbericht AMM vom 5. Mai

2015 wurde festgehalten, dass das Engagement und der Einsatzwille der Beschwerdeführerin sehr hoch gewesen seien und sie aufgrund der vorhandenen Kompetenzen im ersten Arbeitsmarkt vermittelbar sei (AB 152 S. 4). Zwar erfolgte am 7. April 2015 eine Reduktion des ursprünglichen Pensums von 100 % auf 80 %, dennoch wurde eine schrittweise Erhöhung des Pensums nicht ausgeschlossen. Zudem wurde ebenfalls eine therapeutische Begleitung als wichtig erachtet, um die psychische Widerstandsfähigkeit zu stärken (AB 152 S. 3). Vor diesem Hintergrund verbietet sich die Annahme einer Behandlungs- bzw. Eingliederungsresistenz, was aufgrund der Bedeutung dieses Indikators (vgl. Entscheid des BGer vom 15. März 2017, 8C\_14/2017, E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299) stark zu gewichten ist.

**3.7.3** Zu prüfen ist weiter, ob psychische oder somatische Komorbiditäten bzw. begleitende krankheitswertige Störungen, welche der Beschwerdeführerin Ressourcen rauben (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.), vorhanden sind. Gemäss BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 430 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (Entscheid des BGer vom 9. Mai 2018, 9C\_899/2017, E. 4.2.3). Med. pract. L. \_\_\_\_\_ führte aus, dass sich eine auffällige Persönlichkeitsstruktur zeige. Eine abhängige Persönlichkeitsstörung schloss er jedoch explizit aus und er diagnostizierte lediglich akzentuierte Persönlichkeitszüge (abhängig; ICD-10 Z73). Mit Blick darauf, dass nach der Einschätzung des psychiatrischen Gutachters die Somatisierungsstörung klar im Vordergrund steht (AB 243 S. 9 oben und S. 11 Mitte), kommt den akzentuierten Persönlichkeitszügen einzig eine untergeordnete Bedeutung zu. Dies widerspiegelt sich auch in seinen Ausführungen, wonach trotz aller Probleme und Verhaltensmuster, die auf eine abhängige Persönlichkeitsstruktur hinweisen, die Beschwerdeführerin es immer wieder geschafft habe Arbeit zu finden; sie scheine lebenslang motiviert dafür gewesen zu sein und dies bis heute (AB 243.3 S. 9). Emotional instabile Züge konnte er keine feststellen (AB 243.3 S. 11). Sodann handelt es sich bei der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung (AB 243.3 S. 9) lediglich um eine Verdachtsdiagnose, welche überdies nicht mehr aktuell (Diagnose: „St. n. ...“) und somit schon aus diesem Grund nicht relevant ist. Weiter

verneinte med. pract. L. \_\_\_\_\_ eine posttraumatische Belastungsstörung (AB 243.3 S. 9). Die somatischen Beeinträchtigungen wirken sich bei einer angepassten Tätigkeit nicht wesentlich auf die Arbeitsfähigkeit aus; eine solche ist vollzeitlich zumutbar (vgl. E. 3.8 hiernach). Die MEDAS-Gutachter haben die hälftige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit denn auch vornehmlich mit dem psychischen Geschehen begründet. So führten sie aus, dass die Haupteinschränkung hier ebenfalls auf dem psychiatrischen Leiden basiere (AB 243.1 S. 53 Ziff. 5.2). Unter diesen Umständen sind die begleitenden psychischen und somatischen Störungen, an welchen die Beschwerdeführerin leidet, nicht als derart ausgeprägt anzusehen, dass diesen eine wesentlich ressourcenhemmende Wirkung beizumessen wäre und sie gegen eine vollständige Arbeitsfähigkeit sprechen würden.

**3.7.4** Dafür, dass der Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegenstehen würde, bestehen keine Anhaltspunkte. Abgesehen davon, dass sich bei der Beschwerdeführerin eine akzentuierte Persönlichkeit mit abhängigen Zügen (ICD-10 Z73) zeigt, welche, wie bereits erwähnt, nicht wesentlich ins Gewicht fällt (vgl. E. 3.7.3 hiervor), sind weder die Kriterien für eine abhängige Persönlichkeits- noch diejenigen für eine Borderlinestörung erfüllt (AB 243.3. S. 11). Anlässlich der psychiatrischen Exploration waren keine Hinweise auf Wahnsymptome, Halluzinationen oder Ich-Störungen vorhanden (AB 243.3 S. 8). Vielmehr verfügt die Beschwerdeführerin über zahlreiche mobilisierbare Ressourcen. So ist sie in der Kontaktfähigkeit zu Dritten wie auch in der Wegefähigkeit nicht eingeschränkt (AB 243.1 S. 12). Diese stellen ebenso wie ihre Arbeitsmotivation (AB 152 S. 4, AB 243.3 S. 9), ihre Ausbildung zur ... sowie die langjährigen und vielseitigen Berufserfahrungen in verschiedenen Berufszweigen (... , ... , ... und ...; AB 33.2, AB 243.1 S. 48) mobilisierbare Ressourcen dar.

**3.7.5** Der Komplex „sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt ebenfalls, dass die Beschwerdeführerin über mobilisierbare Ressourcen verfügt. Ein ausgeprägter Rückzug aus dem sozialen Leben ist nicht erkennbar und wird auch im Gutachten ausdrücklich verneint (AB 243.3 S. 8). Die Beschwerdeführerin geht ausserhäuslichen Aktivitäten (zwei

Teilzeitarbeitsstellen, Gemeinschaftsnachmittag, Besuchen von Kolleginnen, Einkaufen) nach und verfügt familienintern über eine intakte und tragende Beziehung zu ihrer Tochter sowie über einige soziale Kontakte zu Kolleginnen (AB 243.1 S. 48, AB 243.3 S. 6). Einen anderen Schluss lassen auch die mit Eingabe vom 28. März 2018 eingereichten Schreiben mit Angabe über die Anzahl Besuche nicht zu (Beschwerdebeilagen [BB] 18 – 22).

**3.7.6** Des Weiteren ist in der Kategorie „Konsistenz“ in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.), entgegen der nicht näher begründeten Feststellung des psychiatrischen Gutachters (AB 243.3 S. 12), eine Ungleichmässigkeit ersichtlich. Die Beschwerdeführerin verfügt über einen geregelten und aktiven Tagesablauf. Wie bereits dargelegt, pflegt sie den zur Wohnung gehörenden Garten, besucht Kolleginnen oder erhält von diesen wie auch von der Tochter Besuch, nimmt an einem Gemeinschaftsnachmittag teil und schaut abends fern oder strickt. Überdies führt sie selbständig den drei Zimmer umfassenden Haushalt, besorgt die Einkäufe und erledigt die administrativen Angelegenheiten selbst (AB 243.1 S. 6). Dieses von der Beschwerdeführerin geschilderte Aktivitätsniveau steht in Widerspruch zu der von med. pract. L. \_\_\_\_\_ lediglich attestierten 50 %-igen Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit (AB 243.3 S. 12); die beschriebenen Aktivitäten übersteigen die bei einer hälftigen Arbeitsunfähigkeit zu erwartenden Einschränkungen deutlich und sind insoweit inadäquat (vgl. Entscheid des BGer vom 9. Mai 2018, 9C\_899/2017, E. 4.2.5).

**3.7.7** Der ebenfalls zur Kategorie „Konsistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) gehörende Indikator „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck“ ist als nicht erfüllt zu betrachten. Die Beschwerdeführerin nimmt seit Jahren keine fachärztliche Behandlung mehr in Anspruch. Die von ihr erwähnten psychologischen und seelsorgerischen Sitzungen entsprechen keiner fachärztlichen, d.h. psychiatrischen Behandlung und bei Dr. med. E. \_\_\_\_\_, welcher eine psychotherapeutische Beratung seit 2015 bestätigt (BB 26), handelt es sich um einen Facharzt für Allgemeine Innere Medizin. Nicht gefolgt werden kann den be-

schwerdeführerischen Ausführungen, wonach es sich bei den therapeutischen Optionen nicht um fachärztliche Behandlungen handeln solle (vgl. Eingabe vom 28. März 2018 S. 3 oben), zumal andere als fachspezifische Behandlungen aus medizinischer Sicht nicht geeignet sind, auf das diagnostizierte psychische Leiden einzuwirken. Schliesslich ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin die psychotherapeutische Behandlung bei Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Eingabe vom 28. März 2018 S. 3 unten S. 4 oben), offenbar erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung aufgenommen hat; anderes ist jedenfalls aus den Akten nicht ersichtlich und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Die aufgenommene Behandlung bei der besagten Psychiaterin hat deshalb vorliegend unberücksichtigt zu bleiben (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140).

**3.7.8** Die Gesamtbetrachtung der Indikatoren – namentlich mit Blick auf die gering ausgeprägten diagnoserelevanten Befunde und Komorbiditäten, die verschiedenen vorhandenen Ressourcen, die aktenkundigen Diskrepanzen – ergibt, dass in psychischer Hinsicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden bzw. keine Invalidität im Rechtssinne vorliegt. Daran vermögen auch die Vorbringen in der Beschwerde (S. 9 ff.) nichts zu ändern, namentlich soweit die Beschwerdeführerin sich auf Angaben von Eingliederungsfachleuten beruft. Wenn keine Inkonsistenzen zwischen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der MEDAS-Gutachter und den Ergebnissen der berufspraktischen Erprobung bestehen, heisst das nicht, dass der invalidisierende Gesundheitsschaden zu bejahen ist, hat doch die Indikatorenprüfung gesamthaft zu erfolgen. Auch wenn der Beschwerdeführerin weder fehlende Kooperation und Motivation noch Selbstlimitierung oder Aggravation entgegengehalten werden, lässt dies noch nicht auf einen invalidisierenden Gesundheitsschaden schliessen. Sodann ist für die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit (vorbehältlich der Berücksichtigung rechtlicher Gesichtspunkte) ohnehin eher auf die Angaben der Ärzte bzw. Gutachter abzustellen, nicht diejenigen der beruflichen Eingliederungsfachleute (vgl. Entscheid des BGer vom 4. Juli 2008, 9C\_833/2007, E. 3.3.2). Erhebliche Diskrepanzen zwischen den jeweiligen Einschätzungen, welche Zweifel an der ärztlichen Einschätzung wecken würden, liegen hier ohnehin nicht vor, zumal auch von medizinischer Seite eine hälftige Arbeitsfähigkeit attestiert

wird, dies jedoch aus psychischen Gründen, welche indessen unter rechtlichen Aspekten bei der Festsetzung der Erwerbsfähigkeit und damit des Invaliditätsgrads der Beschwerdeführerin nicht berücksichtigt werden können.

**3.8** In Anbetracht dieser Ausgangslage sind damit für das Zumutbarkeitsprofil einzig die somatisch bedingten Einschränkungen massgebend, die durch die Gonalgie, die Schwerhörigkeit (die Beschwerdeführerin trägt Hörgeräte) und die Myopie begründet sind (AB 243.1 S. 52). In somatischer Hinsicht erlauben diese Beschwerden gemäss den Gutachtern die vollzeitliche Ausübung angepasster leichter bis mittelschwerer Tätigkeiten, wobei den Einschränkungen betreffend Gehör und Schwindel Rechnung zu tragen ist (AB 243.1 S.31, 46 f. und S. 53 Ziff. 5.2). So hielt der rheumatologische Gutachter Dr. med. K.\_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführerin könnten jegliche körperlich leichten und mittelschweren Tätigkeiten in vorzugsweise wechselnden Körperpositionen ganztags und ohne Leistungseinschränkung zugemutet werden (AB 243.5 S. 15) und der neurootologische Gutachter PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ führte aus, die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei zu 100 % gegeben; beim angepassten Arbeitsplatz seien (immerhin) die Hörsituation sowie die Schwindelsensationen bei raschen Kopfbewegungen und Lageänderungen zu berücksichtigen (AB 225.1 S. 8).

**3.9** Der Sachverhalt ist rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweissmassnahmen kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) verzichtet werden. Namentlich erübrigt sich die beantragte Befragung der Gutachter gemäss Rechtsbegehren Ziff. 3 der Beschwerde: Im Gutachten der MEDAS vom 20. Juni 2017 halten die Dres. med. I.\_\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_\_ im Zusammenhang mit der Realisierung einer adaptierten Tätigkeit explizit fest, dass die Beschwerdeführerin nicht in lärmiger Umgebung bzw. in einer Umgebung, wo auf akustische Signale geachtet werden müsse, arbeiten könne (AB 243.1 S. 53). Damit ist evident, dass eine Tätigkeit in der ... für die Beschwerdeführerin nicht geeignet ist, sie an einem solchen Arbeitsplatz mithin nicht optimal eingegliedert ist. Soweit die Beschwerdeführerin in der Schlussverhandlung das Fehlen beruflicher Abklärung- und Eingliederungsmassnahmen moniert, ist darauf

hinzuweisen, dass es grundsätzlich zulässig ist, den Rentenbescheid unabhängig von allfälligen Eingliederungsmassnahmen zu fällen, wenn ein rentenbegründender Invaliditätsgrad bereits ohne Durchführung der Eingliederungsmassnahmen nicht gegeben ist (vgl. statt vieler Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 20. Mai 2015, 8C\_187/2015, E. 3.2.1).

#### 4.

**4.1** Mit Bezug auf die Invaliditätsbemessung macht die Beschwerdeführerin geltend, dass bei der Verwertbarkeit der verbleibenden Arbeitsfähigkeit nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden dürfe und die Restarbeitsfähigkeit auch bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage in der betroffenen Tätigkeit wirtschaftlich nicht mehr verwertbar sei (vgl. Beschwerde S. 8, 13 f.).

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln. Dieser theoretische und abstrakte Begriff dient dazu, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Ein ausgeglichener Arbeitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtssprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2017 IV Nr. 64 S. 201 E. 4.1, 2008 IV Nr. 62 S. 205 E. 5.1). Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit

zu verwerten und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276; ZAK 1991 S. 320 E. 3b).

Zu prüfen ist damit vorab die Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

**4.2** Das Bundesgericht stellt hohe Hürden an die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit kurz vor dem AHV-Rententalter stehender Versicherter (vgl. Entscheid des BGer vom 30. Dezember 2015, 9C\_847/2015, E. 4.1 und 4.3). Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460; SVR 2016 IV Nr. 58 S. 192 E. 4.2.2).

Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Massgeblicher Stichtag für die Beantwortung der Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter ist der Zeitpunkt, in welchem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit feststeht. Dies

ist der Fall, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462).

**4.3** Der massgebende Zeitpunkt für die Beurteilung der Zumutbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist vorliegend die polydisziplinäre Begutachtung vom 20. Juni 2017 (AB 243.1). Der Beschwerdeführerin mit Jahrgang 1959 verbleibt bei einem damaligen Alter von 57 Jahren und 8 Monaten noch eine mehr als sechsjährige Aktivitätsdauer bis zum Erreichen des AHV-Alters von 64 Jahren (Art. 21 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG; SR 831.10]). Der Zugang zum Arbeitsmarkt kann unter Berücksichtigung der strengen bundesgerichtlichen Praxis (vgl. Entscheid des BGer vom 27. September 2010, 8C\_482/2010, E. 4.2 f.) und mit Blick auf das massgebende Zumutbarkeitsprofil, wonach der Beschwerdeführerin leichte Tätigkeiten unter Berücksichtigung der Hörbehinderung (keine lärmige Umgebung) und des Schwindels (keine Bedienung von die Beschwerdeführerin gefährdenden Maschinen; AB 243.1 S. 53) vollzeitlich zumutbar sind (vgl. E. 3.8 hiavor) sowie die in Frage kommenden leichten Hilfsarbeitertätigkeiten, die auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden (BGer 8C\_482/2010, E. 4.2), nicht verneint werden. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin über einen Lehrabschluss als ... verfügt (AB 33.2 S. 22) und in der ... eine mehrjährige Berufserfahrung in verschiedenen Betrieben erworben hat (AB 33.2 S. 5 ff.). Bevor die Beschwerdeführerin alsdann die Tätigkeit als ... und ... aufgenommen hat, war sie in der ... tätig. Dieser berufliche Verlauf mit unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern spricht für eine Vielseitigkeit und Anpassungsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

Nach dem Dargelegten ist die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit zu bejahen und im Folgenden zu prüfen, wie es sich mit der Invalidität im Erwerbsbereich verhält.

## **5.**

**5.1** 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; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

**5.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). 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 143 V 295 E. 2.2 S. 297). 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, wobei 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).

**5.3** 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 E. 4.1 S. 223, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300). Aufgrund der im Oktober 2014 erfolgten Neuanmeldung (AB 81) ist der (hypothetische) Beginn des Rentenanspruchs auf Mai 2015 festzusetzen (Art. 29 Abs. 1 IVG).

**5.4** Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin, der ..., bei welcher sie vollzeitlich als Mitarbeiterin in der ... tätig war, ermittelt. Dies ist nicht zu beanstanden, da keine Hinweise dafür vorliegen, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit nicht weiterhin diese Tätigkeit ausüben würde. Die Anstellung bei der ... wurde denn auch aus gesundheitlichen Gründen gekündigt (AB 27 S. 5). Dies ergibt – ausgehend von dem im Jahr 2010 erzielten Einkommen von Fr. 49'153.-- (Fr. 3'781.-- x 13 Mt.; AB 27 S. 3) und auf das massgebende Jahr 2015 aufgerechnet – ein Valideneinkommen von Fr. 50'969.-- (Fr. 49'153.-- / 124.5 x 129.1; Bundesamt für Statistik [BFS], Nominallohnindex 1993-2015 [T1.93], Sektor Produktion).

**5.5** Für das Invalideneinkommen kann – entgegen der Argumentation der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 14 f.) – nicht auf das effektiv im Rahmen der ... erzielte Einkommen abgestellt werden, da, wie bereits dargelegt, es sich hierbei nicht um die bestmögliche Verwertungsoption handelt (vgl. E. 3.9 hiavor). Die Beschwerdeführerin schöpft mit dieser Tätigkeit ihre verbleibende Arbeitsfähigkeit nicht in zumutbarer Weise aus, weshalb die Beschwerdegegnerin korrekterweise auf die Tabellenlöhne der LSE abgestellt hat. Soweit die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend macht (vgl. Beschwerde S. 15), kann ihr nicht gefolgt werden. Die Beschwerdegegnerin hat hinreichend begründet, weshalb und inwiefern auf die LSE abzustellen ist und die Beschwerdeführerin konnte dagegen fundiert Beschwerde erheben. Gestützt auf das medizinische Zumutbarkeitsprofil sind der Beschwerdeführerin körperlich leichte Tätigkeiten zumutbar (vgl. E. 3.8 hiavor), womit dem Invalideneinkommen praxisgemäss der Wert Total von Tabelle TA1 der LSE 2014, Kompetenzniveau 1, Frauen, zugrunde zu legen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 11. Januar 2018, 9C\_621/2017, E. 2.3.1). Mit Blick auf die vorhandenen Einschränkungen (Schwerhörigkeit, Schwin-

del und Tinnitus [vgl. E. 3.8 hiervor]) ist der von der Beschwerdegegnerin ermessensweise vorgenommene behinderungsbedingte Abzug vom Tabellenlohn im Umfang von 10 % (AB 250 S. 1) vom Gericht nicht zu beanstanden. Ein höherer Abzug vom Tabellenlohn ist angesichts der in einer leichten Verweisungstätigkeit weiterhin zumutbaren 100%-igen Arbeitsfähigkeit nicht gerechtfertigt. Auch die weiteren möglichen Aspekte (vgl. E. 5.2 hiervor) wirken sich hier nicht lohnmindernd aus. Insbesondere besitzt die Beschwerdeführerin das Schweizer Bürgerrecht (AB 22 S. 1) und hat noch eine relativ lange Aktivitätsdauer vor sich (vgl. E. 4.3 hiervor). Zudem werden Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt (Entscheid des BGer vom 15. September 2016, 8C\_482/2016, E. 5.4.3 mit Hinweisen). Damit resultiert – angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit im Jahr 2015 (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) sowie nach Vornahme der Indexierung (BFS, T1.2.10 Nominallohnindex, Frauen, 2011 - 2016, Total) – ein hypothetisches Einkommen mit Gesundheitsschaden von Fr. 48'647.-- (Fr. 4'300.-- x 12 Mt. / 40 h x 41.7 h / 103.6 x 104.1 x 0.9).

**5.6** Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ergibt sich ein aufgerundeter (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) und rentenausschliessender (vgl. E. 2.3 hiervor) Invaliditätsgrad von 5 % ([Fr. 50'969.-- ./ Fr. 48'647.--] / Fr. 50'969.-- x 100). Selbst wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin von dem von ihr geltend gemachten Valideneinkommen von Fr. 52'651.-- ausgegangen und darüber hinaus bei der Berechnung des Invalideneinkommens der von ihr geforderte maximal zulässige Tabellenlohnabzug im Umfang von 25 % gewährt würde (vgl. Beschwerde S. 8, 16), resultierte ebenfalls ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 23 % ([Fr. 52'651.-- ./ Fr. 40'539.--] / Fr. 52'651.-- x 100).

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 18. September 2017 (AB 250) rechtmässig. Die Beschwerde ist abzuweisen.

## **6.**

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'000.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**6.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- 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 und Notar B.\_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 27. August 2018)
- IV-Stelle Bern (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 27. August 2018)
- 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.