

200 18 22 IV
LOU/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. Juni 2019

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. November 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1980 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im August 2015 unter Hinweis auf eine psychische Krankheit, einen Bandscheibenvorfall und Kniebeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 4). In der Folge führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei gewährte sie Eingliederungsmassnahmen, namentlich ein Belastbarkeitstraining in der Abklärungsstelle C._____ vom 14. März 2016 bis 31. Januar 2017 (Mitteilungen vom 22. März, 13. Mai, 31. August, 14. Dezember 2016; act. II 36, 52, 64, 79), einen Arbeitsversuch vom 8. Mai bis 31. Juli 2017 (Mitteilung vom 5. Mai 2017; act. II 98), ein externes Coaching vom 8. Mai bis 31. Juli 2017 (Mitteilung vom 8. Mai 2017; act. II 101) und Arbeitsvermittlung (Mitteilung vom 16. Mai 2017; act. II 103). Gestützt auf eine zwischenzeitlich veranlasste interdisziplinäre Begutachtung durch die Dres. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Werner J._____, Facharzt für Rheumatologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation (Gutachten vom 17. November 2016 [inkl. interdisziplinärer Beurteilung] bzw. 20. Februar 2017; act. II 75.1, 89.1), stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 13. Juni 2017 bei einem Invaliditätsgrad von 27 % die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht (act. II 107). Dagegen erhob die Versicherte verweisend auf einen Bericht der Klinik E._____ Einwand (act. II 110, 112). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Stellungnahme vom 10. November 2017; act. II 116) verneinte die IVB entsprechend dem Vorbescheid mit Verfügung vom 15. November 2017 einen Rentenanspruch (act. II 117).

B.

Mit Eingabe vom 8. Januar 2018 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B._____, Beschwerde. Sie beantragte, die rentenablehnende Verfügung sei aufzuheben und die Sache sei zur Anord-

nung eines polydisziplinären Gutachtens an die IV-Stelle zurückzuweisen; eventualiter sei ihr eine Rente der IV ab Januar 2016 zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. März 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und liess eine Stellungnahme von Dr. med. D. _____ vom 23. Februar 2018 (act. II 124) sowie eine solche von Dr. med. J. _____ vom 26. Februar 2018 (act. II 125) einreichen.

Mit Replik vom 11. Mai 2018 liess die Beschwerdeführerin dem Verwaltungsgericht medizinische Berichte zukommen und äusserte sich zu den Stellungnahmen der beiden Gutachter.

Mit Duplik vom 15. Juni 2018 hielt die Beschwerdegegnerin verweisend auf eine beigelegte Stellungnahme des RAD vom 12. Juni 2018 an der Abweisung der Beschwerde fest.

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 einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 15. November 2017 (act. II 117). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

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). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Be-

fundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

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. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im Kurzaustrittsbericht der psychiatrischen Dienste K. _____ vom 14. April 2014 (act. II 16 S. 16 f.) wurden eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), ausgelöst durch den Suizid des ... (ICD-10 Z63.4) und den Arbeitsplatzverlust (ICD-10 Z56.0), eine soziale Phobie (ICD-10 F40.1) und eine Agoraphobie (ICD-10 F40.0) diagnostiziert (S. 16).

3.1.2 PD Dr. med. F. _____ (im Medizinalberuferegister nicht verzeichnet [vgl. www.medregom.admin.ch]; gemäss eigenen Angaben Facharzt für Neurochirurgie) führte im Bericht vom 3. Dezember 2014 (act. II 16 S. 10 f.) – nachdem er am 4. September 2014 eine mikrochirurgische Flavektomie und Fensterung L4/5 links, Entfernung der Diskushernie L4/5 links und Dekompression der Wurzel L5 und Duralsack L4/5 links durchgeführt hatte (act. II 16 S. 14 f.) – als Diagnose eine grosse mediolaterale, diskret progressive Diskushernie L4/5 links auf. Der Verlauf sei erfreulich, da keine relevanten Schmerzen bestünden und sich die eindrückliche Parese deutlich zurückgebildet habe (S. 10). Empfohlen werde der Patientin ab 1. Januar 2015 eine Stelle zu suchen, wobei die Tätigkeit als ... unter Einhaltung einer Rückenergonomie sehr günstig sei (S. 11).

3.1.3 Der Hausarzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 2. Oktober 2015 (act. II 16 S. 2-7) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, chronische Rückenschmerzen bei Status nach Operation einer Diskushernie L4/5 2014 und retropatelläre Knieschmerzen beidseits seit Mai 2015. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine leichte Anämie bei Eisenmangel (S. 2). Es bestehe eine starke Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit durch den Rücken (S. 4).

3.1.4 Am 30. Oktober 2015 führte Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik I. _____, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung seit

Jugend, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (betreffend Knie und Rücken) seit zwei Jahren (ICD-10 F. 45.41), einen Zustand nach Bandscheibenoperation und rezidivierende Arthritiden auf. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vermerkte er einen Nystagmus beidseits (ICD-10 H55; act. II 18 S. 2). Als ... bestehe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit vom 5. August bis 30. Oktober 2015. Die bisherige Tätigkeit sei maximal in einem Rahmen von 70-80 % zumutbar (max. sechs Stunden pro Tag; act. II 18 S. 4). Ab Dezember 2015 könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Umfang von 40 % gerechnet werden (act. II 18 S. 5). Am 12. November 2015 erwähnte Dr. med. H. _____ als Diagnosen eine depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F32.1), DD Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2), einen Status nach zweimaligem Bandscheibenvorfall im Bereich L4/5, Status nach Operation September 2014, einen Nystagmus und sonstige abnorme Augenbewegungen (ICD-10 F55) und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 30. November 2015 (act. II 28 S. 2, 5).

3.1.5 Im Bericht des Spitals L. _____ vom 17. Februar 2016 (act. II 60 S. 7 f.) wurden ein exazerbiertes lumboradikuläres Schmerzsyndrom rechts, eine mittelgradige depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung und ein Nystagmus unklarer Ätiologie diagnostiziert (S. 7). Bei der seit einer Woche geklagten Schmerzexazerbation finde sich klinisch eine diskrete Sensibilitätsminderung am rechten lateralen Fuss und Unterschenkel, was für eine Wurzelaffektion S1 sprechen könnte bei ansonsten unauffälligem Neurostatus (S. 2).

3.1.6 Im Bericht des Spitals L. _____ vom 19. April 2016 (act. II 89.2 S. 9-11) wurden als Diagnosen ein lumbales Schmerzsyndrom, eine mittelgradige depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (Angst und Depression gemischt, Agoraphobie) und als relevante Nebendiagnose ein horizontaler Nystagmus beidseits unklarer Ätiologie aufgeführt (S. 9). Die Beschwerden seien am ehesten im Rahmen von muskuloskelettalen Beschwerden zu beurteilen. Zudem scheine eine depressive Störung sowie eine Angstsymptomatik im Vordergrund zu stehen (S. 10).

3.1.7 Am 1. Juli 2016 diagnostizierte Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F32.0) und einen Zustand nach Bandscheibenvorfall mit Operationen (act. II 60 S. 1). Aktuell stünden bei der Patientin neben einer depressiven Symptomatik ausgeprägte Rückenschmerzen im Vordergrund, welche eine Steigerung des Arbeitspensums (von momentan drei Stunden täglich) verunmöglichten (act. II 60 S. 3).

3.1.8 Dr. med. N. _____, Facharzt für Rheumatologie, diagnostizierte im Bericht vom 2. September 2016 (act. II 89.2 S. 2-4) ein lumbospondylogenes Syndrom, eine Knieoperation 2002, eine Nasen- und Halsoperation vor Jahren, eine mittelgradige depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung, eine Agoraphobie, einen Nystagmus beidseits unklarer Ätiologie, eine leichte Anämie und Leukopenie (S. 2). Aktuell könnten weder klinisch, radiologisch noch serologisch Hinweise für eine zusätzliche entzündliche Erkrankung gefunden werden (S. 3).

3.1.9 Im psychiatrischen Gutachten vom 17. November 2016 (act. II 75.1) führte Dr. med. D. _____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine ängstlich betonte rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.0/1) auf. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte er keine fest. Anlässlich der aktuellen Untersuchung lasse sich ein Schmerzsyndrom mit praktisch andauernden Schmerzen im Bereiche der lumbo-sacralen Wirbelsäule und intermittierend auftretende Schmerzen im Bereiche des rechten Knies nachweisen. Den somatischen Akten könne entnommen werden, dass die Schmerzen im Bereich der lumbo-sacralen Wirbelsäule sich hinreichend durch körperliche Störungen erklären liessen (S. 14). Aus psychiatrischer Sicht sei festzuhalten, dass sich Belastungen nachweisen liessen, welche schwerwiegend genug seien, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen zu stehen, insbesondere eine konflikthafte Beziehung mit der Mutter aber auch der Suizid des ... im Während der Untersuchung hinterlasse die Versicherte indes nicht den Eindruck, unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen zu leiden, Mimik und Gestik deuteten lediglich selten einmal Schmerzen in der

lumbo-sacralen Wirbelsäule an. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, resp. eine chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen, lasse sich nicht diagnostizieren. Die anamnestisch eruierten Symptome der zeitweise bedrückten, manchmal auch weinerlichen und manchmal fröhlichen Stimmung, der verminderten Energie, der Vergesslichkeit, der Libidoverminderung sowie des manchmal auftretenden Gefühls einer allgemeinen Sinnlosigkeit erfüllten die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien (S. 15). Bei der Versicherten liessen sich auch Ressourcen erkennen, diesbezüglich sei insbesondere das vielseitige Interesse zu nennen, aber auch die weitgehend intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit in der Beziehung mit ihren Freundinnen, mit ihrem Freund und weitgehend auch mit ihren Geschwistern. Schwerwiegende Komorbiditäten liessen sich weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht nachweisen. In der Persönlichkeitsstruktur liessen sich vor allem unsichere, ängstliche und zur Vermeidung neigende Persönlichkeitsanteile feststellen. Insgesamt sei das Aktivitätsniveau in allen vergleichbaren Lebensbereichen als in etwa gleichem Ausmass eingeschränkt zu beurteilen. Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch lasse sich jedoch ein ausgewiesener Leidensdruck feststellen (S. 17). An Funktionseinschränkungen seien vor allem eine oft bedrückte, manchmal weinerliche Stimmung, eine verminderte Energie, sozial-phobische Ängste, eine gewisse Vergesslichkeit, eine unterschiedliche Selbstbehauptungsfähigkeit sowie zeitweise auftretende Gefühle einer Sinnlosigkeit zu nennen. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren lasse sich aus psychiatrischer Sicht insgesamt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in der aktuellen und in einer adaptierten Tätigkeit in medizinisch-theoretischer Hinsicht von 20 % begründen, dabei mitberücksichtigt sei eine gleichzeitige gewisse Verminderung der Leistungsfähigkeit. Diese Einschränkung bestehe seit Ende Oktober 2015 (S. 19).

Im rheumatologischen Gutachten vom 20. Februar 2017 (act. II 89.1) diagnostizierte Dr. med. J. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes Syndrom (Operation Diskushernie L4/5 September 2014 bei linksseitiger Ausfallsymptomatik, Flavektomie und Fensterung L4/5 links sowie eine Entfernung der Diskushernie und Dekompression der

Wurzel L5, aktuell rechtsseitige Ausstrahlungen ohne klinische Zeichen für eine Nervenwurzelirritation, degenerative Veränderung ohne Nervenwurzelkompression, Hypermobilität, aktenanamnestisch). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Knieoperation 2002 und retropatelläre Knieschmerzen beidseits seit 2015, eine Nasen- und Halsoperation vor Jahren, ein Nystagmus beidseits unklarer Ätiologie, eine leichte Anämie und Leukopenie und ein Eisenmangel (S. 21). Die Versicherte leide seit Januar 2014 an einer Lumboischialgie links. Dabei handle es sich um eine schwere Beeinträchtigung, weswegen eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar sei. Mit der im September 2014 erfolgten Operation habe der Zustand jedoch verbessert werden können, weshalb ab Januar 2015 die Arbeitsfähigkeit aus rein rheumatologischer Sicht von 50 % auf 80 % hätte schrittweise gesteigert werden können (S. 25). Im somatischen Bereich habe lediglich die Affektion an der Lendenwirbelsäule Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Eine Wechselwirkung mit anderen somatischen Diagnosen bestehe nicht (S. 28). Wegen der Wirbelsäulenproblematik werde die Versicherte wahrscheinlich andauernd in der Leistungsfähigkeit um schätzungsweise 20 % beeinträchtigt bleiben, da sie mehr Pausen benötige um zwischendurch die Position zu ändern bzw. kurz aufzustehen und kurze Strecken gehen zu können (S. 29).

In der interdisziplinären Beurteilung führten die Gutachter aus, aus rein rheumatologischer Sicht sei eine leichte adaptierte Tätigkeit mit einer Einschränkung von 20 % zumutbar, darüber hinaus könne als gemeinsame interdisziplinäre Beurteilung diejenige des psychiatrischen Gutachtens uneingeschränkt übernommen werden (act. II 75.1 S. 26).

3.1.10 Am 28. Juli 2017 diagnostizierten Dr. med. O._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. P._____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, der Klinik E._____, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6), eine ängstlich betonte, rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht bis mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.0/F33.1) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; act. II 110 S. 2). Anders als im psychiatrischen Gutachten beschrieben, sei die depressive Störung

unter anderem als Ausdruck und Folge der Persönlichkeitsstörung zu sehen. Die sozialphobischen Ängste und das damit verbundene Vermeidungsverhalten seien somit nicht der Depression zu subsumieren, sondern beständen andauernd und mehr oder weniger unabhängig von einer depressiven Symptomatik. Ebenfalls abweichend vom Gutachten seien die Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erfüllt. Die Beurteilung, dass Schmerzen, die nicht hinreichend durch eine körperliche Störung erklärbar wären, als Ausdruck der Depression zu betrachten seien, sei nicht haltbar. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren sei maximal von einer Arbeitsfähigkeit von 50-60 % auszugehen mit einer zeitgleich bestehenden Verminderung der Leistungsfähigkeit von ca. 20 % (act. II 110 S. 4).

3.1.11 In der RAD-Stellungnahme vom 10. November 2017 (act. II 116) legte Dr. med. Manfred Bode, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dar, dass sich aus dem Bericht von Dr. med. O._____ und lic. phil. P._____ keine neuen medizinischen Sachverhalte ergäben, die mit ausreichender Wahrscheinlichkeit das Vorliegen zusätzlicher neuer Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und/oder eine ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) nachwiesen. Es könne weiterhin vollumfänglich auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. J._____ und D._____ abgestellt werden; das formulierte Zumutbarkeitsprofil habe daher weiterhin Gültigkeit (S. 9).

3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 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 auf Grund 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 Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353).

3.3 Das interdisziplinäre Gutachten der Dres. med. D. _____ und J. _____ vom 17. November 2016 (act. II 75.1) bzw. vom 20. Februar 2017 (act. II 89.1) erfüllt die beweisrechtlichen Anforderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. E. 3.2 hiavor) und erbringt damit vollen Beweis.

3.3.1 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. D. _____ diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzig eine ängstlich betonte rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf bei gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.0/1; act. II 75.1 S. 14). Er setzte sich mit den früheren Berichten auseinander und legte einsichtig dar, weshalb teilweise nicht darauf abzustellen ist (act. II 75.1 S. 19 f.), und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bzw. eine chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen nicht begründet werden kann. So führte er aus, es sei bei der Untersuchung kaum eine Einschränkung durch die Schmerzen wahrnehmbar, zeitweise sei eine gewisse Dramatisierungstendenz erkennbar, aber ansonsten seien die Angaben weitgehend konsistent (act. II 75.1 S. 13). Die Beschwerdeführerin hinterlasse nicht den Eindruck unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen zu leiden, Mimik und Gestik deuteten lediglich einmal Schmerzen in der lumbo-sacralen Wirbelsäule an. Ihren Angaben zufolge träten Schmerzen vor allem belastungsabhängig auf. Eine Diskrepanz dazu ergebe sich, indem die Beschwerdeführerin lediglich einmal alle zwei bis drei Wochen zwei Tabletten eines Schmerzmittels einnehme. Zu einer Schmerzausweitung sei es nicht gekommen und die Rückenoperation habe zu einer deutlichen Verbesserung der radikulären Schmerzen in den Beinen geführt (act. II 75.1 S. 15). Dr. med. D. _____ zeigte damit schlüssig auf, dass die diagnostischen Kriterien der somatoformen Schmerzstörung (vgl. DIL-

LING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 233) nicht erfüllt sind. Die Expertise entspricht auch den Kriterien der Indikatorenprüfung (vgl. E. 2.2 hiervor) und ist vollständig sowie nachvollziehbar. Einzig hinsichtlich der früheren Aufenthalte in den psychiatrischen Diensten K._____, auf welche die Beschwerdeführerin hingewiesen hatte (act. II 75.1 S. 8), nahm der Experte keine weiteren Abklärungen vor und erachtete sie offenkundig als nicht relevant; die von ihm aufgelisteten medizinischen Unterlagen datieren erst ab 2014 (act. II 75.1 S. 3 ff.). Vorliegend kommt den früheren Berichten bei IV-Anmeldung im August 2015 (act. II 4) keine entscheidungsrelevante Bedeutung zu. Die beigebrachten Berichte der psychiatrischen Dienste K._____ vom 16. März 2011 (act II 119 S. 15-19), 13. September 2011 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] unpaginierte Seiten), 27. Oktober 2013 und 3. März 2014 (act II 119 S. 20-25) enthalten keine wichtigen Diagnosen bzw. Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Insofern erscheint die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % in jeglicher angepasster Tätigkeit, worunter auch die bisherige als ... fällt, als einleuchtend. Die Diskrepanzen in der Arbeitsunfähigkeit zu den Erfahrungen in den zahlreichen Massnahmen der Abklärungsstelle C._____ begründete der Gutachter nachvollziehbar. Als Funktionseinschränkungen nannte er eine oft bedrückte, manchmal weinerliche Stimmung, eine verminderte Energie, sozial-phobische Ängste, eine gewisse Vergesslichkeit, eine unterschiedliche Selbstbehauptungsfähigkeit sowie zeitweise auftretende Gefühle einer Sinnlosigkeit. Zudem hielt er verweisend auf den Bericht der Abklärungsstelle C._____ vom 7. Juli 2016 (act. II 61) ausdrücklich fest, dass aufgrund der aktuellen Untersuchung sich aus psychiatrischer Sicht eine höchstens 20 %-ige Arbeitsunfähigkeit begründen lasse (act. II 75.1 S. 19 f.). Mit Blick auf die Erwartungshaltung und die Selbstlimitierung sowie Fixierung auf ihre in diesem Ausmass nicht objektivierbaren Schmerzen der Beschwerdeführerin sowie gewisse Grenzen im Umgang mit Vorgesetzten, tiefe Frustrationstoleranz und Abwehrhaltung und hohe Ansprüche an eine Arbeitsstelle (vgl. act. II 61 S. 3 f., 66 S. 3 f., 82 S. 2 f., 96 S. 3 f., 111) überzeugt die Einschätzung des Experten. Sodann ist für die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit (vorbehältlich der Berücksichtigung recht-

licher Gesichtspunkte) ohnehin vorrangig auf die Angaben der Ärzte bzw. Gutachter abzustellen, nicht diejenigen der beruflichen Eingliederungsfachleute (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. Juli 2008, 9C_833/2007, E. 3.3.2). Erhebliche – nicht rein subjektiver Interpretation entspringenden – Diskrepanzen zwischen den jeweiligen Einschätzungen, welche Zweifel an der ärztlichen Einschätzung wecken würden, liegen hier ohnehin nicht vor, zumal auch von medizinischer Seite eine 20 %-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert wird.

Das rheumatologische Gutachten vom 20. Februar 2017 (act. II 89.1) vermag ebenso zu überzeugen, weshalb auch darauf abzustellen ist. Dr. med. J._____ hatte Kenntnis der Vorakten (act. II 89.1 S. 2 ff.) und setzte sich mit den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und den objektiven Befunden (act. II 89.1 S. 14 ff.) auseinander. Demnach besteht bei der Beschwerdeführerin als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes Syndrom (act. II 89.1 S. 27). Aus der gutachtlichen Beurteilung ergeben sich somatische Verbesserungen nach adäquater Behandlung. Der Experte führte zusammenfassend aus, dass die Beschwerdeführerin ab Januar 2014 an einer Lumboischialgie links (Diskushernie mit Kompression der Nervenwurzel L5 und einer entsprechenden Zehenparese) gelitten habe und mit der im September 2014 erfolgten Operation der Zustand habe verbessert werden können, weshalb aus rein rheumatologischer Sicht ab Januar 2015 eine schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 50 auf 80 % habe erfolgen können (act. II 89.1 S. 25). Dies steht auch im Einklang mit den Ausführungen der Dres. med. F._____ und N._____. Nach erfolgter Diskushernienoperation berichtete der operierende Arzt im Dezember 2014 von einem erfreulichen Verlauf, da keine relevanten Schmerzen bestanden hätten und sich die Parese deutlich zurückgebildet habe (act. II 16 S. 10). Am 2. September 2016 bemerkte der behandelnde Rheumatologe nach der eingesetzten Therapie des Hausarztes (mit Surmontil und leichten NSAR mit Vimovo) eine Besserung der Beschwerden und er konnte weder klinisch, radiologisch noch serologisch Hinweise für eine entzündliche Erkrankung finden. (act. II 89.2 S. 3). Die gutachtliche Beurteilung, wonach sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Verweistätigkeit eine Leistungsminderung von 20 % bestehe (act. II 89.1 S. 29), überzeugt. Be-

richte, welche Zweifel an dieser Einschätzung aufkommen lassen würden, liegen nicht vor.

Interdisziplinär erfolgte durch die beiden Gutachter eine knappe Festlegung der Gesamteinschränkung von 20 % (mit Verweis auf die psychiatrische Beurteilung), die indessen tatsächlich nicht ganz eindeutig formuliert ist (act. II 75.1 S. 26; vgl. E. 3.3.2 hiernach).

Mit Blick auf die umfangreichen und vielseitigen Bildungs-, Berufs- und Lebenserfahrungen und auf das in den Abklärungen der Abklärungsstelle C._____ auch festgestellte gute Qualitätsbewusstsein und den Durchhaltewillen zeigen sich bei der Beschwerdeführerin insgesamt erhebliche Leistungspotentiale und gute Ressourcen, auch wenn gewisse Einschränkungen unstreitig bestehen. Nach Eingang des umfassenden Arztberichts der Klinik E._____, vom 2. August 2017 (act. II 110) nahm der RAD-Arzt Dr. med. Bode ausführlich Stellung und legte überzeugend dar, dass an den beiden Gutachten festgehalten werden könne (act. II 116 S. 7 ff.). Darauf kann ohne weiteres verwiesen werden mit der Ergänzung, dass im Unterschied zu den beiden Gutachtern die Behandler des Ambulatoriums ganz wesentlich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abzustellen scheinen und deren Bericht die angezeigte Objektivierung vermissen lässt.

3.3.2 In der Ergänzung vom 23. Februar 2018 (act. II 124) zum psychiatrischen Gutachtens bestätigte Dr. med. D._____ einleuchtend die bisherigen Ausführungen und stellte klar, dass sich eine Addierung der (psychiatrischen und somatischen) Einschränkungen von je 20 % nicht erlaubt. So führte er aus, sollten nicht sämtliche Schmerzen hinreichend durch körperliche Störungen erklärt werden können, seien diese als Ausdruck der Depression anzusehen. Die Depression sei, zumindest zu einem Teil, als Folge der organisch bedingten Schmerzen zu betrachten. Die Beschwerdeführerin habe beispielsweise berichtet, dass ihre Energie wegen den Schmerzen vermindert sei, deswegen müsse sie immer wieder Pausen machen. Es lasse sich insgesamt eine interdependente Beziehung zwischen den organisch begründbaren Schmerzen und den depressiven Beschwerden feststellen (act. II 124 S. 1 f.). Ebenso nahm der Gutachter Stellung zum Bericht des Ambulatoriums und legte nachvollziehbar dar, dass

sich eine ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung nicht begründen lasse. Er erläuterte, dass sich auf der Objektbeziehungsebene Konstanzen nachweisen liessen, die psychosoziale Funktionsfähigkeit mit den fünf guten Freundinnen, welche sie zum Teil schon viele Jahre kenne, als intakt zu beurteilen sei, wie auch diejenige mit ihrem Freund, mit dem sie seit drei Jahren liiert sei. Zudem sei die psychosoziale Funktionsfähigkeit in der Beziehung mit ihren beiden Geschwistern als weitgehend intakt zu beurteilen und die Beschwerdeführerin sei auch fähig gewesen, ein Studium an der ... mit dem Bachelor erfolgreich zu absolvieren. Zudem sei sie in der Lage gewesen, während drei Saisons einer Tätigkeit als ... einer ... nachzugehen und im Jahr 2012 mit ihren Freundinnen zusammen ein „...“ zu eröffnen und zu führen (act. II 124 S. 2 f.). Die für eine ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung notwendige Vermeidung persönlicher Kontakte sowie die Vermeidung beruflicher und sozialer Aktivitäten, welche intensiven zwischenmenschlichen Kontakt mit sich bringen, liegen damit nicht vor (vgl. DILLING et al., a.a.O., S. 282).

Der rheumatologische Gutachter schloss sich mit der Stellungnahme vom 26. Februar 2018 (act. II 125) dem von Dr. med. D. _____ formulierten Zumutbarkeitsprofil an und begründet dies – entgegen der Darstellung in der Replik – umfassend und nachvollziehbar. Namentlich wies er darauf hin, dass bei Status nach Diskushernienoperation, ohne Zeichen einer Nervenwurzelkompression, sich im Grunde genommen eine Arbeitsunfähigkeit für eine leichte administrative Tätigkeit nicht begründen lasse. Mit der herabgesetzten Leistungsfähigkeit im Umfang von 20 % sei es der Beschwerdeführerin möglich, mehr Pausen zu machen, insbesondere die Wechselbelastung einzuhalten (act. II 125 S. 2). Dr. med. J. _____ geht damit, wie der psychiatrische Gutachter in seiner Ergänzung zutreffend ausführte, von einer Leistungsminderung von 20 % bei einem vollschichtigen Pensum aus (act. II 124 S. 1). Des Weiteren zeigte er nachvollziehbar auf, weshalb keine neurologische oder neurochirurgische Beurteilung nötig ist, da nach dem Eingriff im Jahr 2014 bei erfreulichem Verlauf keine radikulären Ausfälle mehr bestanden hätten, die bildgebende Abklärung vom 8. Februar 2016 keine Nervenwurzelkompression gezeigt habe, für die geklagte Migräne keine Basistherapie erfolge und der von der Beschwerdeführerin angegebene Schwindel sich spontan gebessert habe (act. II 124 S. 2).

Hinsichtlich des geltend gemachten und zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung erstmals vorgetragenen Augenleidens besteht keine relevante Einschränkung. Nichts anderes ergibt sich aus den Eingaben der Beschwerdeführerin vom 11. Mai 2018 betreffend med. pract. _____, Fachärztin für Ophthalmologie (vgl. act. I Bericht vom 13. April 2018). Diese erwähnte, dass anamnestisch seit früher Kindheit ein Nystagmus, welcher in der Regel nicht progredient sei, sowie eine Myopie media beidseits bestehe. Es fällt auf, dass die Beschwerdeführerin weder anlässlich der psychiatrischen noch bei der rheumatologischen Untersuchung Augenbeschwerden angegeben hatte. Aufgrund der Biographie der Beschwerdeführerin ist davon auszugehen, dass sie Arbeiten am Bildschirm verrichten musste (im Gymnasium und Studium, als ... und sowie ...; act. II 75.1 S. 9 f., act. II 89.1 S. 11-13, act II 111 S. 6). Hinweise, dass dabei Beschwerden von Seiten der Augen aufgetreten wären bzw. im Vordergrund gestanden hätten, finden sich keine in den Akten. Auch hat die Beschwerdeführerin weitere augenärztliche Untersuchungen gegenüber der behandelnden Ophthalmologin abgelehnt (act. I Mail vom 20. April 2018). Unter diesen Umständen kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Augenproblematik sich auf das interdisziplinäre Zumutbarkeitsprofil auswirkt, was auch der RAD-Arzt Dr. med. Q. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in der Stellungnahme vom 12. Juni 2018 (im Gerichtsossier) bestätigte. Desgleichen vermögen die Ausführungen der behandelnden lic. phil. R. _____, Fachpsychologin FSP, und Dr. med. S. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. April 2018 zuhanden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (act. I unpaginierte Seiten) die Einschätzung der Experten nicht in Zweifel zu ziehen, zumal der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass Hausärzte bzw. behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3, Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.3.3 Nach dem Dargelegten erweist sich der medizinische Sachverhalt als rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweismassnahmen kann in antizipierter Beweismässigkeit (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90

E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2) verzichtet werden. Damit ist ausgehend vom Zumutbarkeitsprofil, wonach (spätestens seit Ende Oktober 2015) sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten (leichten) Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % besteht, nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

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

4.2

4.2.1 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 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Für die Berücksichtigung einer beruflichen Weiterentwicklung müssen praxisgemäss konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person einen beruflichen Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Sodann genügen blosser Absichtserklärungen der versicherten Person nicht. Vielmehr muss die Absicht, beruflich weiterzukommen, durch konkrete Schritte wie Kursbesuche, Aufnahme eines Studiums, Ablegung von Prüfungen usw. kundgetan worden sein. Diese Grundsätze gelten auch für junge Versicherte. Bei der Prüfung der mutmasslichen beruflichen Entwicklung können unter Umständen aus einer besonderen beruflichen Qualifizierung im Invaliditätsfall Rück-

schlüsse auf die hypothetische Entwicklung gezogen werden, zu der es ohne Eintritt des Gesundheitsschadens gekommen wäre. Nach der Rechtsprechung ist eine solche Annahme unter anderem dann zulässig, wenn die angestammte Tätigkeit weitergeführt werden kann. Indessen darf aus einer erfolgreichen Invalidenkarriere in einem neuen Tätigkeitsbereich nicht ohne Weiteres abgeleitet werden, die versicherte Person hätte ohne Invalidität eine vergleichbare Position auch im angestammten Tätigkeitsgebiet erreicht (SVR 2018 IV Nr. 48 S. 153 E. 4.2, 2017 BVG Nr. 9 S. 38 E. 2.2.2, IV Nr. 4 S. 9 E. 4.4.3, 2010 UV Nr. 13 S. 52 E. 4.1).

4.2.2 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 pflichtgemäsem 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 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und

so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

4.3 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 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Aufgrund der im August 2015 erfolgten Anmeldung zum Rentenbezug (act. II 4) ist der (hypothetische) Beginn des Rentenanspruchs auf Februar 2016 festzusetzen (Art. 29 Abs. 1 IVG). Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich durchzuführen.

4.4 Das Valideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 15. November 2017 auf Fr. 66'586.-- festgelegt (act. II 117 S. 1). Dazu stützte sie sich auf den Lohn als ... im T. _____ im Jahr 2014 von monatlich Fr. 5'500.-- (inkl. 13. Monatslohn; Beschäftigungsgrad 100 %; act. II 32 S. 2 f.) und nahm eine Indexierung auf das Jahr 2016 vor.

Die Beschwerdeführerin hat diverse Ausbildungen erfolgreich absolviert (Wirtschaftsmittelschule, ... Matur, ... Studium mit Abschluss Bachelor in ... , ...kurs; act. II 12 , 111 S. 6). Das Studium an der ... hat sie im Jahr 2007 (vorzeitig) beendet. Gründe dazu sind nicht dokumentiert, sondern werden allein durch die Beschwerdeführerin genannt. Sie sei aufgrund ihrer psychischen Probleme (Angst usw.) nicht in der Lage gewesen, das Studium fortzusetzen. Als zeitnahestes Dokument liegt der Bericht der K. _____ vom 16. März 2011 (act. II 119 S. 15-19) vor, aus dem gewisse seit der Kindheit bekannte soziale Ängste hervorgehen, die seit Herbst 2010 wieder verstärkt aufgetreten seien. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten eine depressive Störung und den Verdacht auf soziale Phobie. Es bestand weder eine medikamentöse noch therapeutische Behandlung und als psychosozialer Faktor kam die Beendigung einer 10-jährigen Beziehung hinzu (act. II 119 S. 15 f.). Im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste K. _____ vom 13. September 2011 (act. I unpaginierte Seiten) über die teilstationäre Behandlung vom 11. April bis 15. Juli 2011 wurden als Diagnosen eine soziale Phobie (ICD-10 F40.1) und Agoraphobie (ICD-10

F40.0) gestellt, nicht mehr die Depression. Laut diesem Bericht absolvierte sie nach offenbar rebellischer Jugend und entgegen der Absicht der Eltern einen (Sprach-)Aufenthalt in ... und dann die zuvor erwähnte Ausbildungslaufbahn bis zum Studium mit Erfolg und ohne wesentliche Probleme. Das (Teil-)Studium konnte sie trotz ihrer aufkommenden Ängste und Insuffizienzgefühle mit dem Bachelor abschliessen. Sie hat danach etwa eine ... übernommen und ein „...“ mit Freundinnen aufgebaut und betrieben (act. II 75.1 S. 10, act. II 111 S. 6). Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage gewesen wäre, das Studium auch nach dem Bachelor noch mit dem Master abzuschliessen. Vielmehr erscheint überwiegend wahrscheinlich, dass sie andere Lebenspläne hatte. Andere Unterlagen, die Gegenteiliges belegen könnten, liegen nicht vor und sind nach so langer Zeit erfahrungsgemäss nicht mehr greifbar und wurden von der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin auch nicht eingebracht. Dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit als ... tätig wäre, ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; 144 V 427 E. 3.2 S. 430), war sie doch seit jeher immer wieder im ...- bzw. ... tätig, so auch im Zeitpunkt der Anmeldung bei der IV (act. II 4, 111 S. 6). Demnach ist das Abstellen für das Valideneinkommen auf die Angaben im Arbeitsvertrag mit der T. _____ AG (act. II 32 S. 2 f.) nicht zu beanstanden. Wohl verfügt die Beschwerdeführerin über die Matur, das ... und eine ... sowie ein Studium mit Bachelorabschluss und es wären ihr Tätigkeiten mit Führungsfunktion im ... grundsätzlich möglich. Solchen ging sie denn auch schon nach, so als ... der In dieser Stelle verdiente sie indes gemäss IK-Auszug Fr. 61'358.-- (act. II 10 S. 3) und somit weniger, als die Beschwerdegegnerin als Valideneinkommen beigezogen hat. Insofern ist das in der angefochtenen Verfügung ermittelte Valideneinkommen von Fr. 66'586.-- nicht zu beanstanden.

4.5 Das Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin auf Fr. 48'714.-- festgelegt. Dieses ermittelte sie – zu Recht, da die Beschwerdeführerin keine Tätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat und über ausgewiesene berufliche Erfahrungen als ... verfügt – auf der Basis der LSE 2014, Tabelle TA1, Pos. 55-56 Gastgewerbe/Beherbergung und ..., Kompetenzniveau 3, Frauen, aufgerechnet auf ein Jahr, indiziert auf

das Jahr 2016, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit und unter Berücksichtigung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Ein leidensbedingter Abzug ist – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – nicht geboten. Den behinderungsbedingten Einschränkungen trägt das medizinisch-theoretische Zumutbarkeitsprofil mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % umfassend Rechnung.

4.6 Der Einkommensvergleich ergibt, bei einem Valideneinkommen von Fr. 66'586.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 48'714.--, eine Erwerbseinbusse von Fr. 17'872.-- und damit einen Invaliditätsgrad von gerundet 27 % ($\text{Fr. } 17'872.-- / \text{Fr. } 66'586.-- \times 100 = 26.84 \%$; zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123). Folglich besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.3 hiervor). Die angefochtene Verfügung vom 15. November 2017 (act. II 117) ist damit nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende 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.
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):
 - Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (mitsamt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 18. Juli 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.