

200 18 372 IV
SCI/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. Oktober 2018

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. April 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1985 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurde, nachdem sie im Oktober 1989 in die Schweiz eingereist war, im Juni 1990 unter Hinweis auf ein Geburtsgebrechen (Klumpfuss beidseits) bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug für Minderjährige angemeldet (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1.1 S. 21 ff.). In der Folge wurde mit Verfügung vom 21. September 1990 (AB 1.1 S. 17) ein Anspruch auf medizinische Massnahmen im Zusammenhang mit dem Fussleiden verneint, da die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Auf ein weiteres Gesuch um IV-Leistungen wurde mit Verfügung vom 10. Februar 1993 (AB 1.1 S. 4) nicht eingetreten, da keine neuen Tatsachen geltend gemacht worden seien. Diese Verfügungen blieben unangefochten.

Im weiteren Verlauf sprach die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) der Versicherten Hilfsmittel zu (orthopädische Änderungen/Schuhzurichtungen an Konfektionsschuhen oder orthopädischen Spezialschuhen resp. orthopädische Massschuhe; Verfügungen vom 12. März 2003 und 29. Juni 2004, Mitteilung vom 6. Juni 2014; AB 9, 25, 43).

B.

Gemäss Unfallmeldung vom 8. Mai 2013 (AB 87.6) erlitt die Versicherte am 7. Mai 2013 einen Auffahrunfall. Als betroffener Körperteil wurde der Rücken und als Art der Schädigung „Nacken, Arme, Schleudertrauma“ angegeben. Die C. _____ AG (C. _____) als zuständiger Unfallversicherer richtete bezüglich dieses Ereignisses die gesetzlichen Versicherungsleistungen aus. Mit Verfügung vom 3. September 2013 (AB 87.2 S. 52 ff.) stellte sie diese per 2. August 2013 ein, da die weiterhin geklagten Beschwerden in keinem Kausalzusammenhang zum besagten Ereignis stünden. Eine hiergegen erhobene Einsprache (AB 87.2 S. 42 ff.) wurde mit Entscheid vom 18. Dezember 2013 (AB 87.2 S. 34 ff.) abgewiesen. Die dagegen er-

hobene Beschwerde (AB 87.2 S. 25 ff.) wies das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 17. April 2014, UV/2014/118 (AB 87.2 S. 1 ff.), ab. Dieses Urteil blieb unangefochten.

C.

Am 18. August 2014 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf ein seit dem Unfall vom Mai 2013 bestehendes Schleudertrauma sowie Erschöpfungsdepressionen bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 51). Daraufhin führte die IVB medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei holte sie auf Anraten des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 119) ein polydisziplinäres (psychiatrisches, orthopädisches, internistisches, neurologisches und neuropsychologisches) Gutachten von den Fachärzten des D._____ (D._____ AG; MEDAS) ein (Expertise vom 7. November 2017; AB 153.1). Zudem fand vom 6. Juni bis 5. Dezember 2017 ein Aufbautraining statt (AB 136 und 150). Mit Mitteilung vom 4. Januar 2018 (AB 158) schloss die IVB die beruflichen Massnahmen ab, da die vereinbarten Ziele in der durchgeführten Integrationsmassnahme mehrheitlich nicht hätten erreicht werden können.

Im weiteren Verlauf stellte die IVB mit Vorbescheid vom 22. Januar 2018 (AB 160) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 27% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Mit diesem Vorbescheid zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden (AB 165). Mit Verfügung vom 10. April 2018 (AB 167) verneinte die IVB einen Rentenanspruch.

D.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 11. Mai 2018 Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 10. April 2018 sei aufzuheben.

2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin seit 1. März 2015 mindestens eine halbe IV-Rente auszurichten.
3. Eventualiter seien der Beschwerdeführerin Eingliederungsmassnahmen vorgängig der Abweisung des Leistungsbegehrens zuzusprechen.
4. Subeventualiter sei die Sache zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

In der Beschwerdeantwort vom 13. Juni 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Erwägungen:

1.

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

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 10. April 2018 (AB 167). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

Vorliegend nicht Streitgegenstand bildet ein allfälliger Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (Beschwerde S. 2 Ziff. I 3), da die Beschwerdegegnerin hierüber in der angefochtenen Verfügung nicht befunden hat. Diesbezüglich ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

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).

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

ten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Die Anerkennung eines rentenbegründenden IV-Grades 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 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

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

3.

3.1 Bezüglich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin finden sich in den umfangreichen medizinischen Akten im Wesentlichen folgende Angaben:

3.1.1 Der Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, wies die Beschwerdeführerin im Bericht vom 16. April 2012 (AB 103 S. 243 f.) an die psychiatrischen Dienste F. _____ für eine begleitende Therapie weiter. Nebst der Bewältigung der bestehenden alltäglichen Schwierigkeiten (Schulden, Probleme bei der Führung des Haushaltes, Arbeitsverlust) erschienen ihm auch psychotherapeutische Massnahmen notwendig. Er habe noch selten einen Fall erlebt, bei dem die Selbstwahrnehmung derart verzerrt und die Fähigkeit, nach aussen zu blenden, derart perfekt sei (S. 244).

3.1.2 Im Bericht der psychiatrischen Dienste F. _____ zum Erstgespräch vom 9. Mai 2012 (AB 103 S. 235 f.) wurde eine längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) vor dem Hintergrund psychosozialer Belastungen (wirtschaftliches Fiasko, hohe Schuldenanhäufung), differentialdiagnostisch eine bipolar affektive Störung, diagnostiziert. Es sei der Aufbau eines therapeutischen Bündnisses vereinbart worden. Eine zusätzliche Unterstützung bezüglich der Schulden durch eine Sozialarbeiterin lehne die Beschwerdeführerin ab (S. 236).

3.1.3 Auf Veranlassung der C. _____ wurde die Beschwerdeführerin durch Dr. med. G. _____, Facharzt für Rheumatologie und für Physikalische Medizin und Rehabilitation, untersucht. Dieser diagnostizierte im Gutachten vom 6. August 2013 (AB 87.3) im Wesentlichen einen Status nach Beschleunigungstrauma am 7. Mai 2013 mit/bei unauffälliger Neurologie, keinen ossären Läsionen an der HWS, unauffälligem MRI der HWS und des Schädels vom 15. Mai 2013, unauffälliger Beweglichkeit der oberen und unteren Extremitäten sowie sehr gut erhaltener Beweglichkeit der Hals- und gesamten Wirbelsäule; weiter namentlich eine juvenile myoklone Epilepsie, angeborene Klumpfüsse beidseits, einen Status nach psychischer Störung sowie Behandlung 2012 sowie eine klassische Form von Weichteilrheumatismus (S. 7 f.). Die beklagten Nackenbeschwerden und

Schmerzen im Bereich des Schultergürtels, die Schmerzausstrahlung in den linken Arm sowie die Schmerzen im lumbalen Bereich seien im weitesten Sinn dem generalisierten Weichteilrheumatismus zuzuordnen. Auch die Druckdolenzen im paravertebralen Bereich seien im Rahmen der generalisierten Fibromyalgie einzustufen. Somit bestünden keine Befunde, die dem Unfall vom 7. Mai 2013 zugerechnet werden könnten (S. 8 f. Ziff. 4). Das Beschleunigungstrauma vom 7. Mai 2013 schein eher von milder Natur gewesen zu sein. Nebst dem Beschleunigungseffekt, welcher kaum gravierend gewesen sei, dürften die Schmerzen von kurzer Dauer gewesen sein. Die Beschwerdeführerin sei sowohl in ihrer bisherigen Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit ab sofort (ab 1. August 2013) voll arbeitsfähig (S. 10 Ziff. 7.4 und 8).

3.1.4 Vom 19. November bis 24. Dezember 2013 und vom 27. Dezember 2013 bis 21. Februar 2014 befand sich die Beschwerdeführerin in der psychiatrischen Klinik H._____ in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 21. Februar 2014 (AB 46.2 S. 8 ff.) wurde eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bei Verdacht auf ADS im Erwachsenenalter (ICD-10 F90) diagnostiziert. Anlass für die stationäre Behandlung sei eine seit Januar 2013 bestehende erhebliche psychische Erschöpfungssymptomatik aufgrund starker Arbeitsüberlastung. Diese manifestiere sich in Energie- und Lustlosigkeit, vermehrten Fehlern bei der Arbeit sowie Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Ebenso berichte die Beschwerdeführerin über Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit (S. 8). Zudem leide sie seit dem Unfall von Mai 2013 unter starken Kopfschmerzen und Schmerzen resp. einem Taubheitsgefühl ulnar in beiden Armen (S. 9). Unter Medikation sei es sukzessive zu einer Verbesserung im Psychostatus gekommen. Zeitgleich habe mit den durchgeführten Behandlungen und Therapien eine deutliche Reduktion der Schmerzsymptomatik erzielt werden können (S. 15). Es wurde eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 19. November 2013 bis 9. März 2014 attestiert (S. 17).

3.1.5 Dr. med. I._____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 10. Juni 2014 (AB 56 S. 3 f.) eine juvenile Myoklonus-Epilepsie und einen Status nach mittelgradiger depressiver Episode (S. 3). Die Beschwerdeführerin sei bezüglich der Epilepsie weiterhin anfallsfrei. Ein Jahr

nach dem letzten Anfallsereignis könne die Fahreignung wieder bestätigt werden (S. 4).

3.1.6 Auf Veranlassung des Krankentaggeldversicherers der Beschwerdeführerin fand eine bidisziplinäre (psychiatrische und neurologische) Begutachtung durch Dr. med. J._____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, in der D._____ AG statt. In der Expertise vom 23. September 2014 (AB 72.2) wurden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit zwanghaft-perfektionistischen, dependenten Zügen (ICD-10 F61) diagnostiziert. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine HWS-Distorsion QTF II, eine primär generalisierte Epilepsie und eine somatoforme Schmerzstörung mit zervikozepalem Schmerzsyndrom nach HWS-Distorsion (ICD-10 F45.4) aufgeführt (S. 8 lit. F). Aus neurologischer Sicht hätten weder strukturelle Läsionen noch Ausfallerscheinungen festgestellt werden können. Die angegebenen Nacken- und linksbetonten Schulterbeschwerden sowie die Sensibilitätsveränderungen am linken Arm hätten sich nicht objektivieren lassen. Die ausgeprägte Krankheits- und Behindertenüberzeugung der Beschwerdeführerin lasse sich objektiv nicht bestätigen. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% in der angestammten Tätigkeit (S. 6 lit. D Ziff. 1 und S. 8 lit. G). Aus psychiatrischer Sicht sei unter Berücksichtigung der psychiatrischen Anamnese mit bereits schon früher vorhandenen depressiven Symptomen von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen. Es gelinge der Beschwerdeführerin nicht, angemessen eigene Grenzen wahrzunehmen, vor dem Hintergrund ihrer Persönlichkeitsstruktur trete eine permanente Selbstüberforderung auf. Sie habe das Unfallgeschehen dysfunktional verarbeitet und es habe sich daraus eine somatoforme Schmerzstörung entwickelt. Die Arbeitsfähigkeit sei dadurch allerdings nicht beeinträchtigt, da die Foerster-Kriterien nicht hinlänglich erfüllt seien. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit resultiere hingegen aus der rezidivierenden Depression und der dekompensierenden Persönlichkeitsstörung. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit im angestammten Bereich von 50%. Aus bidisziplinärer Sicht bestehe aufgrund der psychia-

trischen Einschränkungen eine Arbeitsfähigkeit von 50% ohne Leistungsminderung (S. 8 f.).

3.1.7 Im Bericht der psychiatrischen Dienste F. _____ vom 19. März 2015 (AB 83.2) wurden eine Persönlichkeitsstörung mit zwanghaft-perfektionistischen Zügen (ICD-10 F60.5), eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), ein Verdacht auf eine Bindungsstörung bei Status nach frühkindlicher Deprivation sowie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 2. Februar 2015 in der Akkuttagesklinik in teilstationärer Behandlung (S. 1). Die Konzentrationsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei lediglich leicht eingeschränkt. Sie zeige jedoch ein Verhalten mit zwanghaften und perfektionistischen Zügen, welches sie, neben der aktuellen depressiven Symptomatik, in ihren alltäglichen Aufgaben ausbremse. Die Prognose sei schwierig. Derzeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von ca. 20% (S. 2).

3.1.8 Im Bericht des Spitals L. _____, vom 7. Juli 2015 (AB 103 S. 154 ff.) wurden namentlich eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1), eine anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), diagnostiziert (S. 154). Die Beschwerdeführerin sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen seien im Gespräch nicht feststellbar, würden aber von der Beschwerdeführerin als extrem bezeichnet. Ängste bestünden bis auf Vertrauensschwierigkeiten und Zukunftsängste nicht. Dagegen bestünden Ich-Störungen im Rahmen der „Blockaden“; wenn die Beschwerdeführerin nach Perfektion suche, oder wenn sie sehr belastet sei, dann fühle sie sich wie „neben sich“. Wenn sie an den Unfall denken müsse und wieder Angst bekomme, spüre sie die Schmerzen genau „wie damals“ und habe den Eindruck sie erlebe den Unfall wieder. Sie habe Durchschlafprobleme, vor allem aufgrund wiederholter Alpträume über die Ereignisse um den Unfall herum und die Schmerzen, welche sie in der Nacht aufweckten. Sie sei tagsüber sehr müde. Im Affekt sei sie niedergestimmt und bedrückt (S. 155).

3.1.9 Dr. med. E. _____ diagnostizierte im Bericht vom 2. Oktober 2016 (AB 103 S. 1 ff.) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine ADHS des Erwachsenen, eine Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und anankastischen Anteilen, eine extreme Verdrängungstendenz, ein kleines Selbstwertgefühl, eine PTBS nach HWS-Distorsion, rezidivierende chronische Zervikalgien bei Status nach HWS-Distorsionstrauma sowie eine Myoklonus-Epilepsie (S. 1 Ziff. 1.1). Körperlich bestünden nach wie vor eine Adipositas, eine myoklonische Epilepsie, eine Gangstörung und in erster Linie Beschwerden seitens der HWS. Im Vordergrund stünden jedoch die psychischen Probleme. Neben einer suffizienten Psychotherapie brauche die Beschwerdeführerin wahrscheinlich eine Arbeits-Wiedereingliederung in einer geschützten Institution. Falls sie wieder eingegliedert werden könne, sei ihr eine sehr gute Leistung auf ihrem Gebiet zuzutrauen (S. 3 Ziff. 1.7 f.). Zumutbar seien rein sitzende und wechselbelastende Tätigkeiten mit Rotation im Sitzen/Stehen und einer Gewichtslimite für Heben/Tragen von 5kg. Dies zu vier Stunden am Tag. Dabei seien das Konzentrationsvermögen, die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit eingeschränkt (S. 5).

3.1.10 Im Bericht der Psychiatrie M. _____ vom 19. Dezember 2016 (AB 107) wurden (aus psychiatrischer Sicht) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Anteilen (ICD-10 Z73.1) und ein Verdacht auf eine ADS (ICD-10 F90.0) diagnostiziert (S. 1 Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin habe bisher gut funktionieren können bei neuen, herausfordernden, kreativen Aufgaben sowie bei allen Aufgaben, die Kontakt mit Kunden und Gespräche beinhalten. Dagegen bestünden grosse Defizite bei Routineaufgaben, Planung, Merkfähigkeit und organisatorischen Aufgaben, was immer wieder zu Problemen am Arbeitsplatz und zu Stellenwechsel sowie einer Arbeitsunfähigkeit seit 2013 geführt habe. Zudem überfordere sich die Beschwerdeführerin und habe zu viele Aufgaben übernommen. Neben dem leide sie an multiplen körperlichen Beschwerden, welche aufgrund von nötigen Arztbesuchen zusätzlich zu Absenzen am Arbeitsplatz geführt hätten (S. 4 Ziff. 1.7). Mit der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit könne gerechnet werden. Dabei werde eine schrittweise Re-Integration eventuell mit

vorgeschaltetem Belastbarkeitstraining und einem langsamen Wiedereinstieg empfohlen (Beginn 40% bis max. 60%; S. 5 Ziff. 1.9).

3.1.11 Im weiteren Verlauf wurde die Beschwerdeführerin durch die Fachärzte der MEDAS D. _____ AG polydisziplinär begutachtet. In der Expertise vom 7. November 2017 (AB 153.1) wurden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.0/F33.1), und kongenitale Klumpfüsse beidseits diagnostiziert. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden namentlich eine Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen, zwanghaften und abhängigen Persönlichkeitsanteilen (ICD-10 Z73), psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54), ein panvertebrales Schmerzsyndrom, eine bilaterale Gonarthrose, eine Adipositas und eine primär generalisierte Epilepsie aufgeführt (S. 25 lit. D).

In der psychiatrischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin über seit dem Verkehrsunfall von Mai 2013 bestehende, ausgeprägte Konzentrationsprobleme geklagt. Während der Untersuchung habe sie sich in kognitiver Hinsicht (jedoch) nicht auffallend beeinträchtigt gezeigt. In der daraufhin erfolgten neuropsychologischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin in allen überprüften kognitiven Bereichen (Aufmerksamkeit, visuelle Wahrnehmung, Gedächtnis, exekutive Funktionen, Intelligenz) durchschnittliche bis weit überdurchschnittliche Leistungen gezeigt, was massiv diskrepant zu ihren Angaben sei. Bezüglich der geschilderten Schmerzsymptomatik, welche nicht ausreichend organmedizinisch erklärbar sei, bestehe eine psychogene Überlagerung der Schmerzen. Ferner lägen Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltefähigkeit, Flexibilität, Umstellungs- sowie Selbstbehauptungsfähigkeit vor. Leistungsmindernd sei insbesondere eine Antriebsminderung in dem Sinne, dass es immer wieder „zu inneren Blockaden“ komme. Insofern seien Tätigkeiten, die wenig Eigenantrieb und Eigeninitiative erforderten, also vorstrukturierte, regelmässige Tätigkeiten, am besten geeignet. In einer solchen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80%. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... sei viel Eigenantrieb, Eigenmotivation und Initiative erforderlich, weshalb die Arbeitsfähigkeit auf 60% festzusetzen sei (S. 26 f.). Aus orthopädi-

scher Sicht bestehe wegen der Klumpfuss-Problematik eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei noch in der Lage leichte, wechselbelastende Tätigkeiten zu verrichten. Überwiegend sitzende Tätigkeiten ohne Möglichkeit der Wechselbelastung toleriere sie wegen dann auftretender Rückenbeschwerden nicht mehr. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 5kg bis maximal 8kg limitiert (S. 27). Wegen der Befunde im Bereich der Kniegelenke und beider Füsse seien keine Arbeiten kniend, hockend, oder Aufenthalt auf unebenem Gelände, Gerüsten und Leitern, zumutbar. Tätigkeiten, welche regelmässiges Umhergehen, Treppensteigen und andere, die Füsse und die Beine statisch besonders belastende Tätigkeiten beinhalten würden (z.B. Ausendienst-Tätigkeit), seien ebenfalls nicht geeignet. Die allgemeine Mobilität sei im Wesentlichen bei dem bilateralen Klumpfuss beeinträchtigt. Bei Berücksichtigung der orthopädisch bedingten Einschränkungen des Belastungsprofils bestehe jedoch für die bisherige Tätigkeit als ... oder eine entsprechende Verweistätigkeit aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Aus internistischer und neurologischer Sicht ergebe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 28).

Aus polydisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass in der angestammten Tätigkeit unter Berücksichtigung orthopädischen Belastungsprofils eine Arbeitsfähigkeit von 60% bestehe. Die Arbeitsfähigkeit für eine Verweistätigkeit mit geringeren geistigen Anforderungen als bei der bisherigen Tätigkeit betrage 80% (S. 29 f.).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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).

3.3 Die MEDAS-Gutachter haben sich in ihren ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das polydisziplinäre Gutachten vom 7. November 2017 (AB 153.1) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1). Auf diese Gutachten ist – wie nachfolgend dargelegt wird – abzustellen.

3.4

3.4.1 In somatischer Hinsicht haben die MEDAS-Gutachter einlässlich begründet, dass die Beschwerdeführerin an kongenitalen Klumpfüssen beidseits, einer bilateralen Gonarthrose, einer Adipositas und einer primär generalisierten Epilepsie leidet, wobei nur Erstere Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (AB 153.1 S. 25 lit. D). Ferner haben sie schlüssig dargelegt, dass (aus somatischer Sicht) in der angestammten Tätigkeit eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit besteht (S. 27 f.). Diese Beurteilung ist nicht nur in sich nachvollziehbar und überzeugend, sondern sie steht im Einklang mit den vorliegenden medizinischen Akten. So stellten sowohl Dr. med. G. _____ im Gutachten vom 6. August 2013 (AB 87.3 S. 10 Ziff. 7.4 und 8) als auch die Dres. med. J. _____ und K. _____ in der Expertise

vom 23. September 2014 (AB 72.2 S. 6 lit. D Ziff. 1 und S. 8 lit. G) aus somatischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit fest. Darüber hinaus wurde im rechtskräftigen Urteil VGE UV/2014/118, E. 4.1 (AB 87.2 S. 13 f.), bereits ausführlich dargelegt, dass im Zusammenhang mit dem harmlosen Auffahrunfall vom 7. Mai 2013 keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat.

Soweit die MEDAS-Gutachter aufgrund der bestehenden Klumpfuss-Problematik eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt haben (AB 153.1 S. 27), geht aus den Akten ohne weiteres hervor, dass dieser Gesundheitsschaden die Beschwerdeführerin weder in ihrer Ausbildung resp. Weiterbildung noch in der Tätigkeit als ... bei der N._____ GmbH beeinträchtigt hat und beeinträchtigt, womit in der angestammten Tätigkeit keine qualitative Einschränkung ausgewiesen ist. Ob dieser Gesundheitsschaden aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht überhaupt zu beachten wäre, d.h. ob die leistungsspezifischen versicherungsmässigen Voraussetzungen überhaupt erfüllt wären, da die Beeinträchtigung bereits vor der Einreise der Beschwerdeführerin in die Schweiz bestanden hat (vgl. diesbezüglich bereits die beiden rechtskräftigen Verfügungen vom 21. September 1990 und 10. Februar 1993; AB 1.1 S. 4 und S. 17), muss damit vorliegend nicht abschliessend geprüft werden.

Dass der diagnostizierten Epilepsie keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuzuschreiben ist, steht ferner im Einklang mit der Beurteilung des behandelnden Neurologen. Insbesondere hat er der Beschwerdeführerin im Bericht vom 10. Juni 2014 (AB 56 S. 3 f.) die Fahreignung wieder bestätigt (vgl. auch AB 70). Unter diesen Umständen kann hier offen bleiben, ob der im November 2003 geäusserte Verdacht auf eine juvenile Myoklonus-Epilepsie begründet und die damals begonnene medikamentöse Therapie indiziert war, zumal die Beschwerdeführerin ab 2006 neurologisch symptom- und medikamentenfrei war und das Schädel MRI schon 2003 keine Pathologie ergab (vgl. insbesondere AB 103 S. 253 ff.). Demnach kann auch offen bleiben, ob der von der Beschwerdeführerin und den behandelnden Ärzten auf den Auffahrunfall festgelegte Beginn der Epilepsie begründet ist (AB 56 S. 1 ff.).

Und letztlich ist auch im Zusammenhang mit der bestehenden Adipositas keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Diese stellt denn auch gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. August 2008, 8C_74/2008, E. 2.2).

3.4.2 Aus psychiatrischer Sicht wurde im Gutachten unter Bezug der klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10 (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 f.) einlässlich begründet, dass die Beschwerdeführerin (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode, leidet (AB 153.1 S. 25). Diese Beurteilung ist nachvollziehbar und überzeugend, stimmt mit den wesentlichen Erkenntnissen der früher befassten Ärzte überein und wird denn auch nicht bestritten. Darauf ist abzustellen.

Daran ändert nichts, dass sowohl im bidisziplinären D._____ AG-Gutachten vom 23. September 2014 (AB 72.2 S. 8 lit. F), als auch im Bericht der psychiatrischen Dienste F._____ vom 19. März 2015 (AB 83.2 S. 1) und im Bericht des Spitals L._____ vom 7. Juli 2015 (AB 103 S. 154) eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden ist. Denn der MEDAS-Psychiater hat sich in seiner Beurteilung mit dieser Diagnose auseinandergesetzt und dargelegt, weshalb die diagnostischen Anforderungen einer Persönlichkeitsstörung mit tiefgreifenden Verhaltensmustern, welche in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend seien, nicht erfüllt sind. Bezüglich der bestehenden Persönlichkeitsproblematik diagnostizierte er eine Persönlichkeitsakzentuierung, welcher er jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumass (AB 153.2 S. 8 Ziff. 4 und S. 11).

Soweit im Bericht des Spitals L._____ vom 7. Juli 2015 (AB 103 S. 154) im Zusammenhang mit dem Verkehrsunfall vom 7. Mai 2013 eine PTBS diagnostiziert worden war, steht dies in eklatantem Widerspruch zum objektiv allein banalen Unfallgeschehen und kann damit bereits deshalb nicht bestätigt werden (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 208). Dabei ist insbesondere auffällig, dass die behandelnden Psychiater resp. Psychologen trotz der

sehr bescheidenen Befunde (AB 103 S. 155) allein auf die Schilderungen und Behauptungen der Beschwerdeführerin abgestellt haben. So steht die Aussage der Beschwerdeführerin, dass sie „wenn sie an den Unfall denken müsse und wieder Angst bekomme, spüre sie die Schmerzen genau wie damals und habe den Eindruck sie erlebe den Unfall wieder“ (S. 155), der Tatsache entgegen, dass sie aufgrund des Unfalls gar keine (objektiven) Verletzungen davon getragen hatte (vgl. diesbezüglich die gerichtlichen Ausführungen in VGE UV/2014/118, E. 4.1; AB 87.5 S. 13 f.). Auch in dieser Hinsicht ist dem MEDAS-Gutachten zu folgen (AB 153.2 S. 9).

3.4.3 Zu klären bleibt die Relevanz der erhobenen psychischen Störungen und dabei insbesondere die Massgeblichkeit der gutachterlich attestierten Einschränkung. Rechtsprechungsgemäss liegt es – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 5 Ziff. 7) – 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 resp. muss aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer Expertise abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert gänzlich einbüsste. 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 BGer vom 25. Juni 2018, 8C_74/2018, E. 5.1).

Im Zusammenhang mit dem Ausschlussgrund der Aggravation (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. unter Hinweis auf BGE 131 V 49) ist vorab augenfällig, dass im Rahmen der Exploration eine deutliche Diskrepanz zwischen den Selbstangaben der Beschwerdeführerin und den erhobenen Befunden bestanden hat. Die von der Beschwerdeführerin behaupteten kognitiven Defizite, auf deren Basis sie eine fehlende Verwertbarkeit in der angestammten

Tätigkeit wie auch massive Einschränkungen in jeder anderen Tätigkeit und der Lebensgestaltung behauptet, konnten insbesondere in der neuropsychologischen Abklärung nicht nur nicht bestätigt, sondern gar ausdrücklich ausgeschlossen werden (AB 153.1 S. 26 und 153.6 S. 5 f.). Überzeugend hat der MEDAS-Psychiater die grossen Diskrepanzen für nicht mehr vollständig mit dem Krankheitsgeschehen erklärbar gehalten. Die genaueren Hintergründe dieser Diskrepanzen seien schwierig einzuschätzen. Zum einen spiele hier mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Insuffizienzerleben bei einer Persönlichkeitsproblematik mit hohen Ansprüchen an eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten und aktuell depressiver Symptomatik eine Rolle; zum anderen seien die Diskrepanzen aber so ausgeprägt, dass eingeschätzt werde, dass auch von Aggravation auszugehen sei (AB 153.2 S. 12 oben). Darüber hinaus enthält der Bericht der psychiatrischen Dienste F._____ vom 9. Mai 2012 wie auch bereits die erste Einschätzung des Hausarztes (AB 103 S. 235 f. und S. 243 f.) Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin gegenüber ihren Ärzten in ihrer Selbstdarstellung nicht zutreffende Angaben gemacht hat. So will sie sehr viel Geld in einer Anstellung bei O._____ verdient haben (S. 235 und S. 243). Anlässlich der D._____ AG-Begutachtung vom 5. September 2014 führte sie eine Anstellung bei der P._____ an, wo sie in der internen ...abteilung und parallel dazu im Bereich ... tätig gewesen sei (AB 72.4 S. 5 Ziff. 2.5). Diese Angaben können jedoch weder mit dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK; AB 58) noch mit denjenigen im Lebenslauf der Beschwerdeführerin selbst (AB 157 S. 12 f.) bestätigt werden. In letzterem gab sie von Dezember 2010 bis März 2011 eine Anstellung beim eigenständigen ...unternehmen Q._____ GmbH, ..., zu 60% an, welche allein ein Co-Branding unter anderem mit der P._____ führt (vgl. www.....ch). Aus dem IK-Auszug ergibt sich für diese Zeit der Eintrag eines ...-Unternehmens mit einem Einkommen von insgesamt Fr. 5'203.-- für vier abgerechnete Monate (AB 58 S. 3). Insoweit sind von der Beschwerdeführerin auch keine entsprechenden Arbeitszeugnisse aktenkundig gemacht worden. Schliesslich befand sich die Beschwerdeführerin – entgegen ihren Angaben, dass eine psychische Problematik seit dem Unfall vom 7. Mai 2013 bestehe (vgl. u.a. AB 65 S. 1 Ziff. 1) – bereits seit Mai 2012 in psychiatrischer Behandlung. Ob sich aufgrund der erheblichen Anzeichen für eine Aggravation bzw. gar eine mögliche Simulation die Annahme einer

massgebenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung verbietet, kann hier letztlich offen bleiben, sprechen die Standardindikatoren doch – wie nachfolgend dargelegt wird – ohnehin gegen eine funktionelle Auswirkung der rezidivierenden depressiven Störung.

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298). Zum Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome fällt zunächst auf, dass die im Rahmen der psychiatrischen Untersuchungen erhobenen Befunde bescheiden ausgefallen sind. So zeigte die Beschwerdeführerin namentlich keine erschwerte Auffassung, keine eingeschränkte Konzentration, kein beeinträchtigt Gedächtnis und keine Antriebsminderung. Einzig die affektive Schwingungsfähigkeit war reduziert. Es bestand eine bedrückte Grundstimmung (AB 153.2 S. 6 f.). Sodann wird das depressive Beschwerdebild erheblich durch – invaliditätsfremde – psychosoziale Faktoren (Eheprobleme, finanzielle Probleme) beeinflusst (vgl. insbesondere AB 153.2 S. 10 f.). Darüber hinaus ist die Behandlung des psychischen Gesundheitsschadens von grossen Unterbrüchen gezeichnet, was gegen eine starke Ausprägung der Symptomatik spricht. Die ab Mai 2012 in den psychiatrischen Diensten F._____ durchgeführte Therapie (AB 103 S. 235 f.) wurde gemäss Eintrag in der Krankengeschichte des Hausarztes Dr. med. E._____ abgebrochen (die Beschwerdeführerin hätte sich im Dezember 2012 wieder melden müssen, hat dies jedoch nicht getan; Eintrag vom 1. März 2013; AB 103 S. 45). Im weiteren Verlauf erfolgte ab Dezember 2013 – und damit rund ein Jahr nach dem Abbruch der letzten Therapie – wieder eine mehrwöchige psychiatrische (stationäre) Behandlung in der psychiatrischen Klinik H._____ (AB 46.2 S. 8), ohne dass die Therapie im Anschluss – soweit aus den Akten ersichtlich ist – weitergeführt worden wäre. Erst ab August 2014 fand eine ambulante psychiatrische Behandlung in den psychiatrischen Diensten F._____ statt und ab dem 2. Februar 2015 begab sich die Beschwerdeführerin in deren Tagesklinik (AB 72.5 S. 1). Bezüglich der teilstationären Behandlung fällt auf, dass die Beschwerdeführerin das Therapiesetting nicht eingehalten hat. Vielmehr blieb sie den Therapien regelmässig fern mit der Begründung, wichtige Angelegenheiten wahrnehmen zu müssen (AB 83.2 S. 2). Nach ihrem Austritt am

27. März 2015 (AB 88 S. 2) erfolgte eine sehr beschränkte Behandlung im Spital L._____ mit vier Terminen in den Monaten April bis Juni 2015 (AB 103 S. 154). Rund eineinhalb Jahre später im November 2016 begab sich die Beschwerdeführerin erneut in die psychologische Betreuung in der Psychiatrie M._____ (AB 107 S. 2). In Würdigung dieser Umstände und insbesondere auch unter Berücksichtigung der festgestellten Anzeichen für eine Aggravation erweisen sich die diagnoserelevanten Befunde somit nicht als sonderlich ausgeprägt.

Betreffend den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) spricht die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin die Behandlung immer wieder über längere Zeit unterbrochen hat, gegen das Vorhandensein eines erheblichen Leidensdrucks. Zudem wurden die Eingliederungsmassnahmen aufgrund der häufigen Absenzen der Beschwerdeführerin (39 Fehltage zwischen dem 6. Juni und 5. Dezember 2017; AB 157 S. 7 und 9) abgebrochen (Verfügung vom 4. Januar 2018; AB 158) und im Zeitpunkt der Begutachtung erfolgte keine Medikation mehr (AB 153.2 S. 4, 13). Damit ist weder eine Behandlungs- noch eine Eingliederungsresistenz zu erstellen. Eine massgebende Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) besteht nicht. Die diagnostizierte Persönlichkeitsakzentuierung und die psychologischen Faktoren wurden vom MEDAS-Psychiater als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt (AB 153.1 S. 25), womit auch keine Wechselwirkungen zu berücksichtigen sind. Was schliesslich den somatischen Gesundheitsschaden (Klumpfüsse beidseits; vgl. E. 3.4.1 hiervor) anbelangt, werden im MEDAS-Gutachten keine über die objektivierbaren somatischen Einschränkungen hinausgehenden Wechselwirkungen festgehalten.

Dafür, dass der Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegensteht, bestehen keine Anhaltspunkte. Insbesondere liegt keine Persönlichkeitsstörung vor, sondern allein akzentuierte Persönlichkeitszüge, welche als Z-Diagnose nicht invalidisierend sind (Entscheid des BGer vom 31. Oktober 2017, 9C_541/2017, E. 3.3). Zudem verfügt die Beschwerdeführerin mit ihrer guten Ausbildung und der Berufserfahrung in verschiedenen Berufszweigen über gute Ressourcen.

Der Komplex sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass die Beschwerdeführerin über mobilisierbare Ressourcen verfügt. Sie hat eine intakte Tagesstruktur und pflegt einen sehr guten und regelmässigen Kontakt mit ihrer Familie. Zudem ist sie in den Jahren 2015 und 2016 mehrfach in die Ferien verreist (AB 153.2 S. 4).

Nach dem Dargelegten fehlt es in der Gesamtbetrachtung am erforderlichen funktionellen Schweregrad der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung. So zeigt die Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 im Komplex Gesundheitsschaden (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Komorbidität; Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. -resistenz) keine negative Beeinflussung. Selbst unter Berücksichtigung der akzentuierten Persönlichkeitszüge im Komplex Persönlichkeit ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Bereich des sozialen Kontexts über genügend Ressourcen für eine medizinisch zumutbare Willensanstrengung zur Bewältigung dieser Defizite verfügt. Eine Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) erübrigt sich vor diesem Hintergrund (vgl. Entscheid des BGer vom 21. April 2016, 9C_367/2015, E. 4).

3.5 Demnach lassen die zu berücksichtigenden Indikatoren nicht den Schluss auf invalidisierende Funktionseinbussen im rechtlichen Sinne zu. In der Folge ist die Einschätzung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit (aus psychiatrischer Sicht) im MEDAS-Gutachten vom 7. November 2017 (AB 153.1) invalidenversicherungsrechtlich nicht massgeblich.

3.6 Zusammenfassend ist weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen, weshalb sich die Durchführung eines Einkommensvergleichs (grundsätzlich) erübrigt. Da der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als ... weiterhin ohne Einschränkung zumutbar ist, besteht kein Anspruch auf eine IV-Rente.

Selbst wenn jedoch der Verlust der Anstellung bei der N._____ GmbH damals als aus medizinischer Sicht begründet und deshalb – der Beschwerdegegnerin folgend – ein Einkommensvergleich vorzunehmen wäre,

würde sich am Ergebnis – entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin – nichts ändern:

4.

4.1

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.1.2 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 Lohnstrukturhebungen (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 höchst-

tens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300; 129 V 222). Da der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als ... weiterhin ohne zeitliche Einschränkung zumutbar ist (vgl. E. 3.6 hier vor), war sie nicht im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG während eines Jahres durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig. Weil die Beschwerde aber – wie nachfolgend dargelegt – selbst unter der Annahme eines erfüllten Wartejahres abzuweisen ist, kann der Einkommensvergleich vorliegend – ausgehend von der Anmeldung zum Leistungsbezug im August 2014 (AB 51) und in Berücksichtigung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG – auf das Jahr 2015 hin festgelegt werden.

4.3

4.3.1 Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen ausgehend von der Anstellung der Beschwerdeführerin bei der N._____ GmbH berechnet (AB 167 S. 2), was grundsätzlich nicht zu beanstanden ist. Die Angaben der N._____ GmbH, die gerichtsnotorisch im Verbund mit Mitarbeitern Angaben getätigt hatte, die wohlwollend als zumindest unklar zu beurteilen waren (vgl. Urteile des Verwaltungsgerichts vom 14. Januar 2016, BV/2015/867, und vom 5. April 2017, UV/2015/672), werfen auch für die Lohnabrechnungen (AB 87.5 S. 1 ff.) im vorliegenden Fall Fragen auf, da diese nicht in Übereinstimmung zu den Angaben im IK (AB 58) der Beschwerdeführerin stehen:

Vorab ergeben die Lohnabrechnungen für das Jahr 2012 ein Einkommen von insgesamt Fr. 138'556.88 (Fr. 11'682.67 [März 2012] + Fr. 6'188.42 [April 2012] + Fr. 6'359.08 [Mai 2012] + Fr. 13'371.96 [Juni 2012] + Fr. 18'115.20 [Juli 2012] + Fr. 8'945.06 [August 2012] + Fr. 7'292.74 [September 2012] + Fr. 20'550.29 [Oktober 2012] + Fr. 23'532.81 [November 2012] + Fr. 22'518.65 [Dezember 2012]; AB 87.5 S. 3 – S. 12). Dieses fällt

somit um fast Fr. 20'000.-- tiefer aus als das im IK-Auszug für 2012 aufgeführte Einkommen von Fr. 157'068.-- (AB 58 S. 3). Ferner stehen die Angaben der Arbeitgeberin (AB 81 S. 2 Ziff. 2.1) und diejenigen im IK-Auszug (AB 58 S. 3), dass die Beschwerdeführerin ab Januar 2012 für die N._____ GmbH tätig gewesen sein soll, im Widerspruch zum Umstand, dass sich in den Akten eine Lohnabrechnung der N._____ GmbH für die Beschwerdeführerin bereits für Juni 2011 für „Provision gem. Beilage“ in der Höhe von Fr. 7'017.78 befindet (AB 87.5 S. 13). Zudem findet sich in der Lohnabrechnung März 2012 (AB 87.5 S. 12) der Hinweis auf einen „Bonus 2011“ und es wurde ein „Allgemeiner Abzug 2011 / mit BVG“ in der Höhe von Fr. 4'319.15 vorgenommen. Damit müsste davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin bereits im Jahr 2011 für die N._____ GmbH tätig war, ohne dass diese Tätigkeit je einer Ausgleichskasse gemeldet worden ist und damit auch nicht verabgabte wurde.

Bezüglich der Lohnabrechnungen des Jahres 2012 bestehen weitere Inkonsistenzen. So wurden für April und Mai 2012 Löhne aufgeführt, die für den behaupteten Jahreslohn viel zu tief waren (Fr. 6'188.42 und Fr. 6'359.08; AB 87.5 S. 10 f.). Erst ab Juni 2012 wurde dann ein hoher Lohn ausgewiesen. Dabei wurde jedoch ein „Storno ...“ in der Höhe von Fr. 2'801.66 vorgenommen, womit der Lohn auf Provisionsbasis im Ergebnis wiederum deutlich tiefer ausfiel (AB 87.5 S. 9). Auch die Abrechnung von Juli 2012 (AB 87.5 S. 8) wirft Fragen auf, da sich darauf Bussen, Abzüge und Gutschreibungen finden, die ausserhalb der sozialversicherungsrechtlichen Beitragspflicht aufgeführt werden. In der Lohnabrechnung Oktober 2012 (AB 87.5 S. 5) fällt auf, dass keine AHV-Beiträge abgezogen wurden, womit unklar ist, welche Grundlage die Lohnzahlungen tatsächlich hatten. Und schliesslich fällt auf, dass alle Lohnabrechnungen angeblich am 14. Februar 2013 erstellt worden sind. Dabei wird ab Juli 2012 eine Adresse der Beschwerdeführerin in ... (AB 57.5 S. 8 – S. 13) und ab August 2012 eine in ... (AB 87.5 S. 1 – S. 7) aufgeführt, dies obwohl sie gemäss den Angaben in der Zentralen Personenverwaltung (ZPV) bis Ende März 2012 in ... und anschliessend in ... gemeldet war.

All diese Fragen resp. Unklarheiten müssen vorliegend jedoch nicht abschliessend geklärt werden, da selbst wenn das Valideneinkommen zu Gunsten der Beschwerdeführerin ausgehend von den Lohnangaben im IK-Auszug per 2012 von Fr. 157'068.-- (AB 58 S. 3) ermittelt würde, was auf das massgebende Jahr 2015 aufgerechnet ein Einkommen von Fr. 162'110.05 ergäbe (Fr. 157'068.-- : 102.8 x 106.1; [Bundesamt für Statistik {BFS}, Nominallöhne Frauen 2011 – 2017, Tabelle T1.2.10, lit. K]), kein Anspruch auf eine IV-Rente besteht (vgl. E. 4.3.3 hiernach).

4.3.2 Da die Beschwerdeführerin keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen gestützt die Tabellenlöhne (LSE 2014) zu ermitteln (vgl. E. 4.1.2 hiervor).

Ausgehend von der Tatsache, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als ... weiterhin voll zumutbar ist (vgl. E. 3.6 hiervor), ist es vorliegend – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 7 f. Ziff. 6) – nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen gestützt auf die Ziffer 65 (Versicherungen), Kompetenzniveau 4, Tabelle TA1, festgelegt hat, zumal die Beschwerdeführerin einen Bachelor of Science BFH in ... mit Vertiefung in ... besitzt (AB 157 S. 15) und sie damit durchaus in der Lage ist, „Tätigkeiten mit komplexer Problemlösung und Entscheidungsfindung, welche ein grosses Fakten- und theoretisches Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen“, auszuüben. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Frauen beträgt Fr. 9'470.--. Auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.3 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [BUA], Ziff. 65) und das massgebende Jahr 2015 aufgerechnet, resultiert daraus ein Einkommen von Fr. 118'449.70 (Fr. 9'470.-- : 40 x 41.3 x 12 : 105.1 x 106.1 [BFS, Nominallöhne Frauen 2011 – 2017, Tabelle T1.2.10, lit. K]) im Jahr.

Ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.1.2 hiervor) ist hier nicht gerechtfertigt und wurde von der Beschwerdegegnerin auch nicht vorgenommen.

4.3.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 162'110.05 und einem Invalideneinkommen von Fr. 118'449.70 resultierte ein IV-Grad von gerundet 27% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Es besteht folg-

lich auch bei der bestmöglichen Betrachtungsweise zu Gunsten der Beschwerdeführerin kein Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. E. 2.2 hiavor).

4.4 Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung als korrekt, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist, soweit darauf einzutreten ist.

5.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Vorliegend besteht kein 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. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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