

200 18 399 IV
KOJ/TOZ/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. November 2018

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
vertreten durch B. _____, lic. iur. C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. April 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1963 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 16. November 2015 unter Hinweis auf Rückenbeschwerden, eine Arthrose in verschiedenen Gelenken und in den Fingergelenken, einen Diabetes mellitus sowie ein psychisches Leiden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Antwortbeilagen der Invalidenversicherung [AB] 1 und 42 S. 2). Gestützt auf Abklärungen im medizinischen, erwerblichen und häuslichen Bereich (insb. eine polydisziplinäre Expertise der D. _____ [MEDAS] vom 11. November 2016 [AB 38.1] und einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 20. Januar 2017 [AB 43]) ermittelte die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) in Anwendung der gemischten Methode (Erwerb: 60 %; Haushalt: 40 %) einen Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 15 % (AB 43 S. 11 Ziff. 8). Mit Vorbescheid vom 26. Januar 2017 (AB 44) stellte sie eine Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte am 13. Februar 2017 (ergänzt am 3. März 2017; AB 45 und 49) Einwand. Hierauf tätigte die IVB weitere medizinische Abklärungen (u.a. Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes [RAD] vom 23. Juni und 28. September 2017 [AB 62 und 69]) und holte eine Stellungnahme des Bereichs Abklärungen vom 13. November 2017 (AB 76) ein. Gestützt darauf stellte sie mit Vorbescheid vom 21. November 2017 (AB 78) der Versicherten bei einem nach Massgabe der gemischten Methode (Erwerb: 60 %; Haushalt: 40 %) ermittelten IV-Grad von 15 % die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand vom 1. Dezember 2017 (ergänzt am 12. Januar 2018; AB 79 und 81) fest und verneinte - nach Einholung weiterer Stellungnahmen des RAD vom 16. März 2018 (AB 86 f.) und eines neuen Abklärungsberichts Haushalt/Erwerb vom 20. März 2018 (AB 90) - mit Verfügung vom 30. April 2018 (AB 91) einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch lic. iur. C._____, B._____, am 23. Mai 2018 Beschwerde. Sie beantragt, der ergangene Verwaltungsakt sei aufzuheben und es seien Rentenleistungen zu gewähren. Es seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen und es sei eine erneute Abklärung vor Ort (Haushaltabklärung) durchzuführen.

Mit Beschwerdeantwort vom 25. Juni 2018 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 30. April 2018 (AB 91). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

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

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

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird

für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der IV-Grad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293, 144 I 21 E. 2.1 S. 23).

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 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Dem Bericht des Zentrums E. _____ vom 4. März 2016 (AB 17) sind als Diagnosen unter anderem ein Diabetes mellitus Typ II, eine Hyperlipidämie, eine Adipositas Grad I, ein rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom und ein reaktiv depressives Zustandsbild mit chronifizier-

ter Insomnie zu entnehmen (AB 17 S. 1). In der aktuellen gesundheitlichen Verfassung sei die polymorbide Beschwerdeführerin aus medizinischen Gründen nicht in der Lage, eine Arbeitsleistung von mehr als 40 % zu erbringen. Körperlich schwere Tätigkeiten seien vor allem aufgrund der degenerativen Befunde des Bewegungsapparates derzeit und auch in Zukunft nicht mehr möglich (AB 17 S. 2).

3.1.2 Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 1. April 2016 (AB 19) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bei Status nach sexuellem Missbrauch als Kind, zahlreiche körperliche Beschwerden und Probleme in der primären Bezugsgruppe (ICD-10 Z63.0) oder eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0; AB 19 S. 2 Ziff. 1.1). Die bisherige Tätigkeit (als ... bei der G. _____ und als ...; AB 19 S. 3 Ziff. 1.4) sei ihr zu vier Stunden pro Tag zumutbar, dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 50 %. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von zwei bis vier Stunden pro Tag (AB 19 S. 4 Ziff. 1.7). Die Prognose sei eher ungünstig (AB 19 S. 3 Ziff. 1.4).

3.1.3 Im polydisziplinären (allgemeininternistisch-rheumatologisch-psychiatrischen) Gutachten der MEDAS vom 11. November 2016 (AB 38.1) wurden als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen, eine kalzifizierende Periarthropathie der linken Schulter mit einer AC-Gelenksreizung und einer beginnenden Omarthrose sowie Fingerarthralgien bei degenerativen Veränderungen (Dupuytren'sche Formationen II, III, V rechts und III links) genannt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32), aktuell unvollständig remittiert, differenzialdiagnostisch eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), ein Diabetes mellitus Typ II und eine Adipositas (BMI [Body-Mass-Index] 29kg/m²; AB 38.1 S. 16 Ziff. III). Die internistische Untersuchung habe keine wesentlichen Auffälligkeiten und keine Hinweise auf eine kardiale oder pulmonale Insuffizienz ergeben (AB 38.1 S. 13). In rheumatologischer Hinsicht zeige sich ein chronisch erlebtes Körpersyndrom, welches nicht einem systemisch entzündlichen oder anderweitig differenzierten rheumatologischen Krankheitsbild zugeordnet werden könne. Es finde sich

ein Mischbild von referred-pain Symptomatik, pseudoradikulären Sensationen sowie funktionell-myotendinotisch geprägten Beschwerden. Die Kriterien für eine Fibromyalgiesymptomatik seien nicht erfüllt; vier von fünf Waddelzeichen seien positiv gewesen und es liege eine überwiegend willkürlich getriggerte sowie durchaus auch demonstrativ wirkende muskuläre Dysbalance vor (AB 38.1 S. 12 f.). Als Therapieoptionen würden eine medizinische Trainingstherapie, Entspannungsmassnahmen und ein Training rückengerechter Verhaltensweisen empfohlen (AB 38.1 S. 16 Ziff. IV.3). Aus rheumatologischer Sicht bestehe sowohl in den bisherigen als auch in angepassten Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 20 % (AB 38.1 S. 12), bedingt durch einen vermehrten Pausenbedarf (zur Sicherstellung/Ermöglichung der Ausführung von Lockerungs-, Dehnungs- und Gymnastikübungen) und/oder ein verlangsamtes Arbeitstempo (als Folge der Einhaltung ergonomischer Empfehlungen; AB 38.3 S. 10 f.). In psychiatrischer Hinsicht stünden bei diagnostizierter mittelgradiger depressiver, aktuell unvollständig remittierter Episode zahlreiche äussere Belastungsfaktoren im Vordergrund, so dass differentialdiagnostisch auch eine Anpassungsstörung auszumachen sei. Die Kriterien für eine Somatisierungsstörung seien aber nicht erfüllt. Die Beschwerdeführerin weise eine erhebliche Resilienz auf. Sie habe bewiesen, dass sie persönliche Probleme bewältigen könne: sie habe während zweier problematischer Ehen drei Kinder grossgezogen und kümmere sich um ihren hochbetagten, tadelnden Vater, welcher mit ihr und ihrem Partner im Haus lebe. Die depressive Störung bzw. die Anpassungsstörung zeige somit eine deutliche Remissionstendenz mit noch verbleibenden therapeutischen Optionen (AB 38.1 S. 13). Vergleiche man den von Dr. med. F. _____ im Jahr 2015/2016 erhobenen psychopathologischen Befund mit der derzeitigen Situation, so scheine die Beschwerdeführerin bei Behandlungsbeginn beim Psychiater am Tiefpunkt gewesen zu sein. Dennoch sei es zu keinem dauerhaften Aussetzen der beruflichen Tätigkeiten in dieser Zeit gekommen (AB 38.1 S. 11). Derzeit liege kein psychischer Gesundheitsschaden im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne mit einer andauernden Beeinträchtigung vor, welche durch therapeutische Massnahmen nicht ausreichend behoben werden könne (AB 38.1 S. 14 Ziff. I.2). Als mobilisierbare Ressourcen seien die beruflichen Tätigkeiten und das stabile familiäre Umfeld (Partner, Kinder,

Enkelkinder) der Beschwerdeführerin zu nennen (AB 38.1 S. 15 f. Ziff. I.8 und II.5). Sollte aus psychiatrischer Sicht die Remissionstendenz nicht anhalten, so könnten weitere therapeutische Massnahmen wie eine (teil-)stationäre Behandlung, eine Anpassung der Pharmakotherapie oder eine Instruktion bezüglich Umgangsstrategien mit Belastung (z.B. Pflege des Vaters) erwogen werden (AB 38.1 S. 16 f. Ziff. IV.3). Polydisziplinär bestehe sowohl in den bisherigen als auch in angepassten Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 20 %. Hinsichtlich des retrospektiven Verlaufs der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer leidensadaptierten Tätigkeit hielten die Gutachter fest, es möge im Rahmen der Krise in der zweiten Jahreshälfte von 2015 zu einer zeitweisen Einschränkung der quantitativen und qualitativen Leistungsfähigkeit gekommen sein, jedoch sei eine differenzierte Beurteilung nicht möglich, da keine psychiatrischen Krankschreibungen vorlägen (AB 38.1 S. 18 Ziff. VI).

3.1.4 Vom 21. Februar bis 10. März 2017 hielt sich die Beschwerdeführerin zur stationären Behandlung in den psychiatrischen Diensten H._____ auf. Im Austrittsbericht vom 16. März 2017 (AB 51) wurde als psychiatrische Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere Episode (ICD-10 F33.2), genannt (AB 51 S. 2). Die Beschwerdeführerin habe über multiple finanzielle und soziale Belastungen, insbesondere über die sehr aufwändige Betreuung ihres Vaters berichtet. Aus diesem Grund sei ein Standortgespräch mit den Familienangehörigen (dem Partner und ihren drei Kindern) über die in Betracht kommenden Entlastungsmöglichkeiten geführt worden (AB 51 S. 3). Die Ärzte bescheinigten eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit vom 21. Februar bis 17. März 2017 (AB 52 S. 5).

3.1.5 Die MRI-Untersuchung der LWS vom 18. April 2017 (AB 55 S. 2) ergab eine Wurzelkompression S1 links rezessal auf Höhe LWK5/SWK1 im Rahmen einer chronischen, links paramedianen bis lateralen, diskret nach kaudal umgeschlagenen Bandscheibenprotrusion, eine Osteochondrose LWK3 bis SWK1 mit Anzeichen einer Aktivierung auf Höhe LWK5/SWK1 links, eine intraspongiöse Bandscheibenprotrusion in der Deckplatte LWK5 und eine Bandscheibendegeneration LWK3 bis SWK1. Die radiologische Untersuchung sei zur Standortbestimmung durchgeführt worden.

3.1.6 Dr. med. F._____ verwies im Bericht vom 3. Juli 2017 (AB 67 S. 4 bis 7) auf die von den psychiatrischen Diensten H._____ gestellte Diagnose, wobei zur Zeit bloss eine leichte bis mittelgradige depressive Episode vorliege (AB 67 S. 5 Ziff. 3 und 5). Die Beschwerdeführerin fühle sich weiterhin krank und hadere mit ihrem Schicksal (keine glückliche Kindheit, keine Ausbildung, zwei Scheidungen, Pflege des an Demenz erkrankten Vaters; AB 67 S. 4 Ziff. 1), welches bis anhin sicher nicht einfach gewesen sei. Derzeit kämpfe sie mit der Invalidenversicherung (AB 67 S. 5 Ziff. 5). Das psychische Leiden lasse sich schlecht objektivieren (AB 67 S. 6 Ziff. 7). Es sei davon auszugehen, dass psychosoziale Faktoren einen Einfluss auf das aktuelle Zustandsbild hätten (AB 67 S. 6 Ziff. 8). Die gegenwärtige Behandlung finde ein- bis zweimal monatlich statt (AB 67 S. 5 Ziff. 6). Die Beschwerdeführerin könne die bisherige Tätigkeit als ... mit einem Arbeitspensum von 10 % weiterhin ausüben, jedoch seien körperlich schwere Arbeiten kaum mehr möglich (AB 67 S. 6 Ziff. 10).

3.1.7 Im Verlaufsbericht des Zentrums E._____ vom 17. Juli 2017 (AB 66) wurde ein verschlechterter Gesundheitszustand bei unveränderter Diagnose festgehalten. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert (AB 66 S. 2 Ziff. 1 f. und S. 3 Ziff. 11).

3.1.8 Dr. med. F._____ gab im Verlaufsbericht vom 31. Juli 2017 (AB 67 S. 2 f.) einen stationären Gesundheitszustand bei unveränderter Diagnose an (AB 67 S. 2 Ziff. 1 f.). Körperlich leichteste Arbeiten seien der Beschwerdeführerin zu zwei bis drei Stunden pro Tag zumutbar (AB 67 S. 3 Ziff. 14).

3.1.9 Hierzu nahm der RAD-Arzt Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, am 28. September 2017 Stellung (AB 69) und führte aus, dass das MRI-Bild der LWS vom 18. April 2017 keine traumatisch bedingte Veränderung der Wirbelkörper zeige resp. eine relevante Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes infolge eines Sturzes im Januar 2017 nicht ausgewiesen sei. Der radiologische Befund allein reiche nicht aus, um eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen; ausschlaggebend seien durch eine klinische Untersuchung zu objektivierende funktionelle Einschränkungen. Im Verlaufsbericht des Zentrums E._____ vom 17. Juli 2017 (AB 66) seien aber - verglichen mit dem

Zeitpunkt vor dem Sturzereignis - keine zusätzlichen Einschränkungen beschrieben worden. In psychiatrischer Hinsicht habe sich im Vergleich zur Begutachtung durch die MEDAS keine relevante Veränderung ergeben. Die von Dr. med. F. _____ im Bericht vom 3. Juli 2017 festgehaltene Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode stimme mit derjenigen des psychiatrischen Gutachters der MEDAS überein (AB 69 S. 3).

3.1.10 Im Bericht vom 8. Februar 2018 (AB 83 S. 2 f.) hielt Dr. med. F. _____ eine mittelgradige depressive Episode fest. Angesichts der Biografie der Beschwerdeführerin müsse davon ausgegangen werden, dass es sich um eine rezidivierende Erkrankung handle (ICD-10 F33.1). Zu erwähnen sei der sexuelle Missbrauch durch ihre Brüder, als die Beschwerdeführerin noch ein Kind gewesen sei. Diese Traumatisierung habe auch heute noch ihre Bedeutung. In der Zwischenzeit habe die Beschwerdeführerin weitere Schicksalsschläge erlitten, welche aber von der Invalidenversicherung nicht gewürdigt werden könnten. Je nach Vorliegen der äusseren Belastungsfaktoren gehe es der Beschwerdeführerin unterschiedlich gut (AB 83 S. 2 Ziff. 1). Die bisherige Tätigkeit im ... könne die Beschwerdeführerin kaum mehr ausüben. Sowohl das Tragen der ... als auch das regelmässige Treppensteigen dürften ihr schwer fallen. In dieser Tätigkeit liege somit keine Arbeitsfähigkeit mehr vor. Die Stelle beim ... habe die Beschwerdeführerin mittlerweile verloren (AB 83 S. 2 f. Ziff. 2). Bezüglich einer angepassten Tätigkeit bestünden keine realistischen Chancen auf dem ersten Arbeitsmarkt; die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, eine vernünftige Arbeitsleistung zu erbringen (AB 83 S. 3 Ziff. 3).

3.1.11 Stellung nehmend dazu führte der RAD-Arzt Dr. med. J. _____ (im Medizinalberuferegister [vgl. www.medregom.admin.ch] ohne anerkannten Facharztstitel verzeichnet) am 16. März 2018 aus, dass sich die depressive Symptomatik reaktiv im Verlauf seit der Begutachtung im Jahr 2016 kurzzeitig verstärkt habe, jedoch seit dem Austritt aus den psychiatrischen Diensten H. _____ im März 2017 eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode und damit ein Status ante (wie bei der Begutachtung) vorlägen. Psychosoziale Faktoren spielten eine relevante Rolle bei der Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik. Die Therapie sei

nicht als *lege artis* zu bewerten. Durch therapieoptimierende Massnahmen könne mit einer wesentlichen Besserung der depressiven Symptomatik gerechnet werden (AB 87 S. 5). Unter Verweis auf das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS sei das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung und -akzentuierung auszuschliessen (AB 87 S. 6). Der RAD-Arzt kam zum Schluss, dass aus rein psychiatrischer Sicht weiterhin auf die bisherige Beurteilung des RAD abgestellt werden könne (AB 87 S. 6 Ziff. 2).

Zum selben Schluss gelangte der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ am 16. März 2018 hinsichtlich der somatischen Seite, wonach weiterhin auf die bisherige Beurteilung des RAD abgestellt werden könne und deshalb weitere medizinische Abklärungen nicht notwendig seien (AB 86 S. 3 Ziff. 1 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 Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2018 (AB 91) massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten

der MEDAS vom 11. November 2016 (AB 38.1), bestätigt durch die Berichte des RAD vom 28. September 2017 und 16. März 2018 (AB 69 und 86 f.), gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Wie sich nachfolgend ergibt, sind die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet. Auch stehen die einzelnen Fachbeurteilungen in Übereinstimmung untereinander und flossen in die interdisziplinäre Beurteilung ein, so dass - für den Zeitpunkt der Begutachtung - darauf abzustellen ist; dies wird im Übrigen von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten (vgl. Beschwerde). Demnach besteht sowohl in den bisherigen als auch in angepassten Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 20 % (AB 38.1 S. 18 Ziff. VI). Diese Einschätzung gilt, entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde, S. 3 f. Ziff. 2), auch für die Zeit nach der Begutachtung bis zum für die Beurteilung massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2018 (AB 91; vgl. E. 3.4 f. hiernach).

3.4 Soweit die Beschwerdeführerin mit Verweis auf den Bericht der psychiatrischen Dienste H. _____ vom 16. März 2017 (AB 51 S. 2) eine seit der Begutachtung eingetretene wesentliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes postuliert (vgl. Beschwerde, S. 3 Ziff. 2), hat der RAD-Arzt Dr. med. J. _____ im Bericht vom 16. März 2018 (AB 87) schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass sich die gutachterlich diagnostizierte depressive Symptomatik reaktiv im Verlauf seit der Begutachtung durch die MEDAS im Jahr 2016 zwar kurzzeitig verstärkt hat, jedoch seit dem Austritt aus den psychiatrischen Diensten H. _____ im März 2017 erneut - wie zum Zeitpunkt der Begutachtung - eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode vorliegt. Diese Beurteilung findet in den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. med. F. _____ vom 3. Juli 2017, 31. Juli 2017 und 8. Februar 2018 ihren Rückhalt, wonach

wieder eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode besteht (AB 67 S. 5 Ziff. 5, AB 67 S. 2 Ziff. 1 und AB 83 S. 2 Ziff. 1). Die von den psychiatrischen Diensten H. _____ diagnostizierte schwere depressive Episode hat demnach höchstens einige Monate gedauert, damit einhergehend war auch die von verschiedenen Ärzten für diesen Zeitraum attestierte volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (vgl. AB 52 S. 2 bis 5). Des Weiteren geht aus der Beschreibung des psychischen Verlaufs der Beschwerdeführerin im Bericht der psychiatrischen Dienste H. _____ deutlich hervor, dass das Beschwerdebild in nicht unerheblichem Masse von multiplen finanziellen und sozialen, mithin invaliditätsfremden psychosozialen (Faktoren) mitbestimmt wird (AB 51 S. 3).

Auch aus den Berichten von Dr. med. F. _____ vom 3. Juli 2017, 31. Juli 2017 und 8. Februar 2018 (AB 67 S. 4 bis 7, AB 67 S. 2 f. und AB 83 S. 2 f.) lässt sich eine wesentliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin für die Zeit nach dem Gutachten vom 11. November 2016 nicht ableiten. Zunächst enthalten diese Berichte keine Befunde oder funktionellen Einschränkungen, welche nicht bereits im Rahmen der Begutachtung durch die MEDAS berücksichtigt worden wären. Des Weiteren ist nicht ersichtlich und wird von Dr. med. F. _____ auch nicht begründet, inwiefern sich das von ihm stets gleich beschriebene Beschwerdebild in seiner Beschaffenheit oder seinem Ausmass substantiell verändert hätte. Im Gegenteil, gingen doch - wie der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ zutreffend ausgeführt hat (AB 69 S. 3) - sowohl der psychiatrische Gutachter der MEDAS als auch der behandelnde Psychiater von keinem schwerwiegenden psychischen Geschehen aus (AB 38.1 S. 13 und AB 67 S. 5 Ziff. 5, AB 66 S. 2 Ziff. 1 und AB 83 S. 2 Ziff. 1). Im Einklang damit steht auch die geringe Behandlungsfrequenz von ein bis zwei Sitzungen im Monat (AB 67 S. 5 Ziff. 6), wobei im Juli 2017 offenbar gar kein Arztbesuch stattgefunden hat (vgl. AB 67 S. 3 Ziff. 10). Mit Blick darauf kann nicht von einem hohen Leidensdruck der Beschwerdeführerin gesprochen werden. Sodann stellten sowohl der psychiatrische Gutachter wie auch der behandelnde Psychiater erhebliche invaliditätsfremde psychosoziale Belastungsfaktoren fest (AB 38.1 S. 13 und AB 67 S. 6 Ziff. 8). In diesem Zusammenhang wies Dr. med. F. _____ darauf hin, dass sich das psychische Zustandsbild der Beschwerdeführerin je nach

Vorliegen der Belastungsfaktoren verändert (AB 83 S. 2 Ziff. 1). Dies deckt sich auch mit der Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. J. _____ im Bericht vom 16. März 2018 (AB 87), wonach der kurzfristige Anstieg der Schwere der depressiven Störung als reaktives Geschehen auf die psychosozialen Belastungsfaktoren zu sehen sei (AB 87 S. 5). Was schliesslich die Arbeitsfähigkeitseinschätzung des behandelnden Psychiaters angeht (AB 83 S. 3 Ziff. 3), gilt es auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte 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). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

Aus den vorstehenden Ausführungen ergibt sich, dass nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass es in der Zeit nach der Begutachtung durch die MEDAS (AB 38.1) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2018 (AB 91) zu einer relevanten Veränderung resp. Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes gekommen ist. Gestützt auf die Beurteilungen der RAD-Ärzte Dr. med. I. _____ vom 28. September 2017 und Dr. med. J. _____ vom 16. März 2018 (AB 69 S. 3 und AB 87 S. 6 Ziff. 2) kann weiterhin auf die gutachterliche psychiatrische Einschätzung der MEDAS mit der ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung abgestellt werden. Damit erübrigen sich diesbezüglich weitere medizinische Abklärungen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.5 Anhaltspunkte für eine nach der Begutachtung im hier zu überprüfenden Zeitraum (bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2018; AB 91) eingetretene wesentliche Veränderung bzw. Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes können sodann weder dem MRI-Bericht betreffend die LWS vom 18. April 2017 (AB 55

S. 2) noch dem Verlaufsbericht des Zentrums E. _____ vom 17. Juli 2017 (AB 66) entnommen werden. Der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ hat im Bericht vom 28. September 2017 (AB 69) ausführlich und nachvollziehbar dargelegt, dass das besagte MRI-Bild vom 18. April 2017 keine traumatisch bedingte Veränderung der Wirbelkörper zeige resp. eine relevante Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes infolge eines Sturzes im Januar 2017 nicht ausgewiesen sei. Weiter hat er einleuchtend und schlüssig begründet, dass der radiologische Befund allein keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöge (AB 69 S. 3) und im Verlaufsbericht des Zentrums E. _____ vom 17. Juli 2017 (AB 66) - verglichen mit dem Zeitpunkt vor dem Sturzereignis - keine zusätzlichen funktionellen Einschränkungen beschrieben worden seien. Hierfür sprechen auch die Umstände, dass im betreffenden Verlaufsbericht des Zentrums E. _____ eine Begründung für die angegebene Gesundheitsverschlechterung gänzlich fehlt und eine Arbeitsunfähigkeit nicht attestiert wurde (AB 66 S. 3 Ziff. 11).

Anhaltspunkte, dass weitere abklärungsbedürftige bzw. somatische Befunde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen, sind weder ersichtlich noch werden solche von der Beschwerdeführerin geltend gemacht. Damit erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) die beantragten weiteren Abklärungen (vgl. Beschwerde, S. 4).

4.

4.1 Es steht zu Recht ausser Frage, dass die Beschwerdeführerin als Teilzeiterwerbstätige (Erwerbsbereich: 60 %; Haushaltbereich: 40 %) zu qualifizieren ist (vgl. AB 90 S. 4 Ziff. 3.3) und damit die gemischte Invaliditätsbemessungsmethode zur Anwendung gelangt (vgl. E. 2.3 hiervor). Aufgrund der Akten (vgl. AB 9 S. 1, AB 12 S. 3, AB 14 S. 3 Ziff. 2.9 und AB 90 S. 4 Ziff. 3.2) besteht kein Anlass zu einer abweichenden Einschätzung. Dies wird im Übrigen von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten (vgl. Beschwerde).

4.2 Zu prüfen ist die Einschränkung der Beschwerdeführerin im Haushalt.

4.2.1 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63).

Den ärztlichen Schätzungen der Arbeitsfähigkeit kommt kein genereller Vorrang gegenüber den Abklärungen der Invalidenversicherung im Haushalt zu. So wenig wie bei der Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG kann beim Betätigungsvergleich nach Art. 28a Abs. 2 IVG auf eine medizinisch-theoretische Schätzung der Invalidität abgestellt werden. Massgebend ist die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, was unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse im Einzelfall festzustellen ist. Die von der Invalidenversicherung eingeholten Abklärungsberichte im Haushalt stellen eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung dar. Nach der Rechtsprechung bedarf es des Beizuges eines Arztes, der sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (SVR 2005 IV Nr. 21 S. 84 E. 5.1.1).

4.2.2 Der auf der Erhebung vor Ort (17. Januar 2017) basierende Abklärungsbericht vom 20. März 2018 (AB 90) überzeugt und erfüllt die Kriterien der Beweistauglichkeit (vgl. E. 4.2.1 hiervor) vollumfänglich. Er enthält eine eingehende Abklärung der Wohnverhältnisse sowie der im Haushalt anfallenden Tätigkeiten. Weiter hält er in angemessener Ausführlichkeit die Aussagen der Beschwerdeführerin zu den einzelnen Haushaltstätigkeiten, mit Einschluss der behinderungsbedingten Einschränkungen, fest; hierbei berücksichtigt er die massgeblichen Diagnosen und die sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen sowie die seit Herbst 2017 bestehende veränderte Lebenssituation der Beschwerdeführerin (Trennung von ihrem Lebenspartner; AB 90 S. 3 Ziff. 2) und die seit Jahren - aus invaliditätsfremden Gründen - erbrachte Mithilfe der nicht im selben Haushalt wohnenden erwachsenen Kinder (AB 76 S. 3 und AB 90 S. 9 f.). Damit stellt der Abklärungsbericht vom 20. März 2018 (AB 90) eine zuverlässige Grundlage zur Beurteilung der Beeinträchtigung in den einzelnen Aufgabenbereichen im Haushalt dar. Gestützt darauf liegt im Aufgabenbereich als Hausfrau eine Invalidität von 6.3 % bzw. gewichtet (Anteil der Haushaltstätigkeit von 40 %; vgl. E. 4.1 hiervor) von 2.52 % vor (AB 90 S. 11 f.).

4.2.3 Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, vermag daran aus folgenden Gründen nichts zu ändern:

Zunächst stehen im hier zu beurteilenden Fall die Ergebnisse der Abklärung vor Ort nicht im Widerspruch zu den gutachtlichen und RAD-ärztlichen Einschätzungen bzw. zu den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen; die von den Ärzten attestierte volle Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 20 % (AB 38.1 S. 18 Ziff. VI), bedingt durch einen vermehrten Pausenbedarf (zur Sicherstellung/Ermöglichung der Ausführung von Lockerungs-, Dehnungs- und Gymnastikübungen) und/oder ein verlangsamtes Arbeitstempo (als Folge der Einhaltung ergonomischer Empfehlungen; AB 38.3 S. 10 f.), wurde bei der Abklärung der im Haushalt anfallenden körperlich schweren Tätigkeiten bzw. bei der Gartenarbeit angemessen berücksichtigt (AB 90 S. 10).

Sodann gilt es in diesem Zusammenhang zu beachten, dass bei der Bewältigung des eigenen Haushalts in der Regel mehr Spielraum und Flexibilität

für die Einteilung sowie die Ausführung der Arbeit besteht als im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses. Mit häuslichen Aufgaben betraute Versicherte haben denn auch Verhaltensweisen zu entwickeln, welche die Auswirkungen der Behinderung reduzieren und ihnen eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltsverrichtungen ermöglichen. Vermag die versicherte Person wegen ihrer Beeinträchtigung gewisse Tätigkeiten lediglich noch mühsam und mit viel höherem Zeitaufwand zu meistern, so muss sie in erster Linie ihre Arbeit entsprechend gliedern, wobei sie die durch den gesundheitsbedingten Wegfall der erwerblichen Beschäftigung gewonnene Zeit auf die Aufgaben im Haushalt zu verwenden hat (Entscheid BGer vom 12. Juli 2018, 9C_671/2017, E. 4.4.4). Vorliegend steht der Beschwerdeführerin wegen der mittlerweile intensivierten Spitex-Betreuung des pflegebedürftigen Vaters (vgl. Beschwerde, S. 5) mehr Zeit für den Haushalt zur Verfügung; damit bleibt genügend Zeit für eine schadenmindernde Einteilung, Planung sowie leidensangepasste (hier vor allem rückschonende) Erledigungsweise der einzelnen Verrichtungen (vgl. AB 76 S. 3).

Was die seit Herbst 2017 veränderte Lebenssituation der Beschwerdeführerin (Trennung von ihrem Lebenspartner; AB 90 S. 3 Ziff. 2) resp. die von der Abklärungsperson angerechnete Mithilfe des Lebenspartners bei verschiedenen Hausarbeiten (alltägliche Reinigungsarbeiten in der Küche, Staubsaugen, Wechseln der Bettwäsche und Bodenpflege; AB 90 S. 8 f. Ziff. 7) angeht, so übersieht die Beschwerdeführerin bei ihrer sinngemässen Argumentation, mit dem Auszug des Lebenspartners aus dem gemeinsamen Haushalt habe sich die Einschränkung zufolge des Wegfalls der Schadenminderungspflicht des Lebenspartners vergrössert (vgl. Beschwerde, S. 5), dass der Auszug des Lebenspartners aus dem gemeinsamen Haushalt auch dazu geführt hat, dass nur noch die in einem Einpersonenhaushalt anfallenden Arbeiten verrichtet werden müssen, was einen spürbaren Minderaufwand nach sich zieht. Mit Blick darauf und auf die medizinisch zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist die Beschwerdegegnerin somit zu Recht davon ausgegangen, dass hinsichtlich der Einschränkung im Haushalt keine entscheidend ins Gewicht fallende Veränderung stattgefunden hat (vgl. AB 89 S. 2). Hinzu kommt, dass eine

krankheitsbedingte Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt von mindestens 70 % (ungewichtet) vorliegen müsste, damit eine rentenbegründende Invalidität gegeben wäre (vgl. E. 5.4 hiernach). Eine solche ist nach Lage der Akten nicht ausgewiesen. Vor diesem Hintergrund erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) weitere Erhebungen vor Ort.

5.

5.1 Zu prüfen ist im Folgenden, wie es sich mit der Invalidität im Erwerbsbereich verhält. Ausgehend von der zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer Leistungsminderung von 20 % sowohl in den bisherigen als auch in angepassten Tätigkeiten (vgl. E. 3.3 ff. hiervor) ist der IV-Grad mittels Einkommensvergleichs zu bestimmen.

Es ist darauf hinzuweisen, dass auf den 1. Januar 2018 Art. 27^{bis} IVV um die Absätze 2 bis 4 ergänzt wurde (vgl. AS 2017 7581 f.) und damit die gemischte Methode anders als bisher gehandhabt wird. Das neue Berechnungsmodell bringt insoweit eine Änderung mit sich, als das Teilzeit-Valideneinkommen nunmehr auf eine (hypothetische) Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet und der IV-Grad erst dann gewichtet wird (vgl. Art. 27^{bis} Abs. 2 ff. IVV). Nach der Rechtsprechung kann die Invaliditätsbemessung nach dem neuen Berechnungsmodell im Hinblick auf eine einheitliche und rechtsgleiche Behandlung der Versicherten erst ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Bestimmung am 1. Januar 2018 erfolgen (Entscheid des BGer vom 8. August 2018, 8C_145/2018, E. 6.2).

5.1.1 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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf

Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

5.1.2 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 LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

5.2 Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der Anmeldung vom 16. November 2015 (AB 1) und in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung) der 1. Mai 2016. Der Einkom-

mensvergleich ist auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

5.3 Da die Beschwerdeführerin keine berufliche Ausbildung abgeschlossen (AB 1 S. 5 Ziff. 5.2 f.) und häufig wechselnde, verschiedene Tätigkeiten ohne Berufskennnisse (AB 10 S. 2), zuletzt Tätigkeiten als ... bei der G._____ und als ... ausgeübt hat (AB 10 S. 2 und AB 14 S. 2 f. Ziff. 1 und 2.7), ist beim Valideneinkommen vom Tabellenlohn bzw. vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn für Frauen bei einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Tabelle TA1 der LSE 2016, Kompetenzniveau 1, Total) auszugehen; damit wird ein breites Spektrum möglicher Stellen im Gesundheitsfall abgebildet.

Das Invalideneinkommen ist mit Blick auf das ärztlich attestierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.3 ff. hiervor) und den Umstand, dass die Beschwerdeführerin keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, aufgrund desselben Tabellenlohns zu ermitteln.

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung; diesfalls entspricht der IV-Grad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Entscheid des BGer vom 30. Juli 2012, 8C_365/2012, E. 7 mit Hinweis).

Da die invaliditätsbedingten Einschränkungen bereits mit der um 20 % reduzierten Leistungsfähigkeit (vgl. E. 3.3 ff. hiervor) berücksichtigt wurden und keine weiteren Gründe, die zu einer Einkommenseinbusse führen könnten, ersichtlich sind (vgl. E. 5.1.2 hiervor), rechtfertigt sich vorliegend kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn. Ein Abzug rechtfertigt sich zudem bereits deshalb nicht, weil hier sowohl Validen- als auch Invalideneinkommen aufgrund der LSE festzusetzen sind und invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5).

Demnach könnte die Beschwerdeführerin bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 100 % und einer Leistungsminderung von 20 % noch 80 % des hypothetischen Valideneinkommens (bzw. des LSE-Tabellenlohnes)

erzielen, womit ein IV-Grad im erwerblichen Bereich von 20 % resultiert. Bei einem Erwerbsanteil von 60 % im Validitätsfall (vgl. E. 4.1 hiervor) ergibt dies einen gewichteten IV-Grad von 12 %.

5.4 Bei einer gewichteten Einschränkung von 12 % im Erwerbsbereich und einer solchen von 2.52 % im Haushaltsbereich (vgl. E. 4.2.2 f. hiervor) resultiert ein IV-Grad von insgesamt gerundet 15 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

5.5 Auch mit Blick auf Art. 27^{bis} Abs. 3 IVV (vgl. E. 5.1 hiervor) ändert sich nichts am Ergebnis, da auch bei einer Hochrechnung des hypothetischen Valideneinkommens auf 100 % die Leistungsminderung und damit der IV-Grad im erwerblichen Bereich ebenfalls 20 % beträgt.

6.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 30. April 2018 (AB 91) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

7.

7.1 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.

7.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (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 Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - 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.