

200 18 644 IV
KOJ/BOC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Juli 2019

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Bossert

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. Juli 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 8. Juli 2014 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an, dies unter Hinweis auf die folgenden Beschwerden: Alkoholabhängigkeit mit Folgeschäden (Schwindel, Doppelbilder), seit zehn Monaten abstinent, Polyneuropathie, rezidivierende schwere Depressionen bei traumatischen Erfahrungen in der Kindheit, Migräne, arterielle Hypertonie und Gehstörungen (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und führte ein Erstgespräch durch (act. II 10 - 12, 17, 20 f., 25, 29, 34, 36). Am 4. Juni 2015 erteilte sie sodann Kostensprache für ein Belastbarkeitstraining vom 1. Juni bis 23. August 2015 in der Stiftung D. _____ (act. II 41, 50). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren schloss die IVB die beruflichen Massnahmen mit Verfügung vom 4. November 2015 ab (act. II 56, 59). Weiter liess die IVB die Versicherte polydisziplinär durch die MEDAS E. _____ (MEDAS) begutachten (Expertise vom 2. Juni 2016 [act. II 71.1]). Da es Hinweise für eine nicht stabile Alkoholabstinenz gab, empfahlen die Gutachter eine nochmalige Begutachtung in zirka drei Monaten, dies unter der Voraussetzung einer zwischenzeitlich dokumentierten stabilen Abstinenz (act. II 71.1/57). Dieser Empfehlung schloss sich der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) an (act. II 72).

Daraufhin forderte die IVB die Versicherte mit Schreiben vom 10. Juni 2016 zur Mitwirkung auf, wonach sie im Vorfeld der Nachbegutachtung einen stationären Entzug mit nachfolgender mindestens dreimonatiger Entwöhnungsbehandlung anzutreten habe. Die IVB sei regelmässig über die Alkoholtests sowie CDT-Kontrollen zu informieren. Sollte sie dieser Aufforderung nicht fristgerecht nachkommen, könne die IVB aufgrund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen (act. II 74). Nachdem die Versicherte mit Unterstützung ihrer behandelnden Psychiaterin, Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, dagegen Einwände erhoben hatte (act. II 75), hol-

te die IVB auf Empfehlung des RAD eine Stellungnahme bei den MEDAS-Gutachtern ein, welche am 3. August 2016 erstattet wurde (act. II 77 f., 82). Da die IVB einen stationären Entzug nach wie vor als angezeigt erachtete, forderte sie die Versicherte mit Schreiben vom 8. August 2016 (act. II 84) unter Hinweis auf die gleichen Bedingungen wie gemäss Schreiben vom 10. Juni 2016 (act. II 74) zur Mitwirkung auf. Mit Schreiben vom 4. September 2016 (act. II 85) fragte die Versicherte mit Hilfe ihrer behandelnden Psychiaterin Dr. med. F. _____ an, ob eine dreimonatige tagesklinische Behandlung ausreichend sei, was die IVB nach Rücksprache mit dem RAD (act. II 86) verneinte. In der Folge wurde die Versicherte mit Schreiben vom 6. Oktober 2016 (87) abermals zur Mitwirkung aufgefordert, dies wiederum unter Hinweis auf die bereits mit Schreiben vom 10. Juni und 8. August 2016 festgelegten Bedingungen (act. II 74, 84). Daraufhin weilte die Versicherte vom 1. November 2016 bis 31. Januar 2017 stationär in der Klinik G. _____ (act. II 103). Das im Anschluss daran erstellte MEDAS-Gutachten wurde am 20. Oktober 2017 erstattet (act. II 123.1).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren und Einholung von RAD-Stellungnahmen verneinte die IVB mit Verfügung vom 17. Juli 2018 den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung, da aus medizinischer Sicht kein objektivierbarer Gesundheitsschaden ausgewiesen sei (act. II 124, 129 - 144).

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch lic. iur. C. _____ vom B. _____, am 11. September 2018 Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Arbeitsfähigkeit medizinisch näher abzuklären und sodann sei der Rentenanspruch erneut zu prüfen, unter Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 9. November 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 15. Januar 2019 bestätigt die Beschwerdeführerin sinngemäss das gestellte Rechtsbegehren und stellt einen Bericht von Prof. Dr.

med. H._____, Facharzt für Neurologie, ... Spital I._____, in Aussicht. Daraufhin setzte der Instruktionsrichter der Beschwerdeführerin mit prozessleitender Verfügung vom 23. Januar 2019 Frist bis 22. Februar 2019, den erwähnten Bericht einzureichen. Der entsprechende Bericht vom 22. Januar 2019 ging am 29. Januar 2019 beim Gericht ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 29. Januar 2019 gab der Instruktionsrichter der Beschwerdegegnerin unter Beilage des Berichts von Prof. Dr. med. H._____ vom 22. Januar 2019 Gelegenheit zur Einreichung einer Duplik, wobei darin namentlich zum Vorbringen der Beschwerdeführerin, der RAD habe sich zur detaillierten Kritik von Dr. med. F._____ am MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2017 nur ungenügend geäußert und es seien weitere Abklärungen angezeigt, Stellung zu nehmen sei.

Mit Duplik vom 29. März 2019 hält die Beschwerdegegnerin am gestellten Rechtsbegehren auf Abweisung der Beschwerde unter Beilage eines Berichtes der RAD-Ärztin Dr. med. J._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, vom 22. März 2019 fest. Diese Unterlagen wurden der Beschwerdeführerin mit prozessleitender Verfügung vom 4. April 2019 zur Kenntnis gebracht.

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 Anträ-

gen 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 Angefochten ist die Verfügung vom 17. Juli 2018 (act. II 144). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

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

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

2.

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

unfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

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

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

2.5 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).

2.6 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

2.7 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).

3.

Den Akten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Im Bericht des Spitals I. _____ vom 24. September 2014 (act. II 34/1 - 3) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt:

Chronische Gangstörung mit/bei:

- klinisch: Paraspastik, cerebellärem Syndrom mit Ataxie und Okulomotorikstörung mit Down-Beat-Nystagmus
- ätiologisch: unklar, a.e. residuell alkohol-toxisch
- leichten bis mittelschweren Lern- und Abrufstörungen, leichter exekutiver Funktionsschwäche (verbale Ideenproduktion, Handlungsplanung) bei ansonsten durchschnittlichem Leistungsprofil

Bekannte Migräne ohne Aura

Rezidivierende depressive Störung

Es wurde festgehalten, im Vergleich zu entsprechenden Alters- und Bildungsnormen bestünden materialunspezifische leichte bis mittelschwere Gedächtnisstörungen und leichte exekutive Funktionsschwächen (verbale Ideenproduktion, Handlungsplanung) bei ansonsten durchschnittlichem Leistungsprofil. Insbesondere zeigten sich unauffällige Aufmerksamkeitsleistungen. Auf der Verhaltensebene imponierte die erhöhte Antwortlatenz und die phasenweise auftretende Antriebsschwäche. Die aktuellen Gedächtnisstörungen seien nicht durch die Depression und die im MR darstellbaren kleinvolumigen cerebellären Läsionen im PICA-Stromgebiet erklärbar. Weiter könnten auch aufgrund der vorliegenden Unterlagen andere wichtige Ursachen für solche Gedächtnisstörungen (z.B. bilateraler Thalamusinfarkt, Hypoxie) ausgeschlossen werden. Unter Berücksichtigung der Anamnese seien diese am ehesten alkohol-toxisch oder allenfalls auch degenerativ (das Alter wäre dafür jedoch untypisch) zu erklären. Zur Überprüfung einer allfälligen Progredienz werde eine Verlaufsuntersuchung in einem Jahr empfohlen. Aufgrund der feststellbaren Gedächtnisstörungen dürfte eine Arbeitsaufnahme im angestammten Beruf kaum möglich sein. Eine ihren Gedächtniseinschränkungen angepasste Tätigkeit (z.B. Routinearbeiten) sollte möglich sein, was jedoch praktisch im Rahmen von IV-Massnahmen erprobt werden müsste. Im weiteren sei natürlich dringend die Alkoholabstinenz einzuhalten, da dadurch Verbesserungen der Leistungsfähigkeit zu erwarten seien.

3.2 Im Zusammenhang mit dem Belastbarkeitstraining vom 1. Juni bis 23. August 2015 in der Stiftung D. _____ wurde im Bericht vom 8. September 2015 (act. II 50) angegeben, die Beschwerdeführerin habe das vereinbarte Mindestpensum von zwei Stunden pro Tag geleistet. Es sei mittels ärztlicher Krankenschreibung ein Unterbruch von gut einer Woche erfolgt.

Während der Präsenz habe die Beschwerdeführerin mit regulärer Quantität und Qualität gearbeitet. Sie habe das Pensum nicht, wie vorgesehen, steigern können. Aufgrund der Rückmeldungen der Beschwerdeführerin sowie der Einschätzung der behandelnden Psychiaterin sei offensichtlich geworden, dass sich bereits die Mindestbelastung von zwei Stunden pro Tag zulasten des gesundheitlichen Wohlbefindens ausgewirkt habe (Übelkeit, Schwächeeinbruch, erhöhte Schmerzen, zeitweilige Krankschreibung). Die Beschwerdeführerin habe reguläre Schlüsselkompetenzen und eine hohe Motivation sowie Leistungsbereitschaft gezeigt. Eine berufliche Eingliederung könne zurzeit, aufgrund der gesundheitlichen Verminderungen, nicht weiterverfolgt werden. Das Mindestpensum habe die Beschwerdeführerin während neun von zwölf Wochen aufrechterhalten können, das Pensum habe nicht gesteigert werden können und die Stabilität in der Gesundheit habe nicht erreicht werden können. Die von der Beschwerdeführerin erlebten körperlichen Symptome deckten sich mit der Einschätzung der behandelnden Psychiaterin. Die leistungsmindernden Faktoren seien daher invaliditätsbezogen. Es seien keine nicht invaliditätsbezogenen Ursachen für die Leistungsminderung bekannt. Die Vermittelbarkeit sei nicht gegeben. Die Beschwerdeführerin sei zum heutigen Zeitpunkt nicht in der Lage, eine verwertbare Arbeitsfähigkeit zu erlangen.

3.3 Im Zusammenhang mit dem Aufenthalt in der Klinik G. _____ vom 1. November 2016 bis 31. Januar 2017 wurden im entsprechenden Austrittsbericht vom 7. Februar 2017 (act. II 103) die folgenden Diagnosen nach ICD-10 aufgeführt:

1. Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig in beschützender Umgebung abstinent, F10.21
 - anamnestisch abstinent seit 5/14
2. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, F33.0
3. Leichtes cerebelläres Syndrom (Spital I. _____ 11/14)
 - klinisch: Blickrichtungsnystagmus, leichte Ataxie
 - ätiologisch: a.e. toxisch (kein Hinweis auf metabolische, entzündliche [autoimmune] Genese)
4. Kognitive Einschränkungen
 - Neuropsychologie Spital I. _____ 09/14: Leichte bis mittelschwere Lern- und Abrufstörung, leichte Exekutivfunktionsstörung
 - Neuropsychologie Spital I. _____ 06/16: stationärer Befund, was gegen degenerative Erkrankung spricht

- MoCA von 10/14: 23/30
- 5. Status nach lakunären Kleinhirnfarkten
- 6. Arterielle Hypertonie, I10
- 7. Tabakabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch, F17.25
- 8. Episodische Migräne ohne Aura
- 9. Pityriasis versicolor November 2014
- 10. Anterolisthesis LWK5/SWK1

Die behandelnden Ärzte gaben an, die Beschwerdeführerin komme zum zweiten Mal in die Klinik G._____ (10/2013). Seit 18 Jahren sei ein übermässiger Alkoholkonsum bekannt, seit dem letzten Aufenthalt 2013 habe sie den Alkoholkonsum sistiert. Die Anmeldung sei durch ihre Psychiaterin, Dr. med. F._____ erfolgt, einerseits weil die Beschwerdeführerin Angst vor einem Rückfall habe, andererseits weil die IV eine nachgewiesene Alkoholabstinenz von einem halben Jahr verlange, da der CDT-Wert bisher immer etwas zu hoch gewesen sei. Sie wünsche sich selber durch die Hospitalisation eine Klarheit. Bis auf den bei Eintritt positiven CDT-Wert, welcher sich im Verlauf normalisiert habe, hätten sich keine objektivierbaren Hinweise für einen erhöhten Alkoholkonsum vor Eintritt ergeben. Der CDT-Wert besitze eine Spezifität von mindestens 90 %. Aus der Literatur bekannte Bedingungen für falsch positive Werte hätten bei der Beschwerdeführerin nicht vorgelegen. Rückschlüsse auf das Ausmass des Konsums vor Eintritt seien aufgrund des Wertes nicht quantifizierbar. Die Beschwerdeführerin sei am 31. Januar 2017 nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung sowie anschliessender zwölfwöchiger Entwöhnungstherapie in gegenseitigem Einvernehmen in psychisch und physisch kompensiertem Zustand in ihre bisherigen Wohnverhältnisse ausgetreten. Bei Austritt hätten keine Hinweise auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung bestanden. Die Suizidalität sei glaubhaft verneint worden.

3.4 Im MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2017 (act. II 123.1), welches auf internistischen, neurologischen, psychiatrischen und neuropsychologischen Abklärungen beruht, wurde die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (act. II 123.1/54):

- Cerebelläres Defektsyndrom mit leichtgradiger, linksseitig betonter Stand- und Gangataxie (am ehesten alkoholischer Genese)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden angegeben (act. II 123.1/54):

- Untergewicht
- Migräne ohne Aura
- Alkoholabhängigkeit, derzeit Abstinenz (ICD-10: F10.25)
- Rezidivierende depressive Störung, remittiert

Die Gutachter führten in der zusammenfassenden Konsensbeurteilung aus (act. II 123.1/50 ff.), die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch einer anderen, körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts ohne Exposition mit gefährdenden Höhen (Arbeiten auf Leitern und Gerüsten) sei nicht als namhaft limitiert anzusehen. Eine erhebliche und leistungs begründende psychiatrische Erkrankung liege nicht vor, die bestehende Ataxie schliesse Arbeiten in gefährdenden Höhen und körperlich schwere Arbeiten aus, neuropsychologisch bestünden keine konsistenten Auffälligkeiten und internistisch ergäben sich keine limitierenden Erkrankungen. Die Ataxie sei – unter nunmehr anzunehmender Abstinenz – als cerebelläres Defektsyndrom anzusehen und begründe die obgenannten qualitativen Einschränkungen hinreichend. Die Beschwerdevalidierung (neuropsychologisches Gutachten) habe Hinweise für ein verfälschendes Antwortverhalten erbracht. Hinsichtlich Alkoholabhängigkeit sei derzeit eine Abstinenz anzunehmen. Zu den Hinweisen auf ein verfälschendes Antwortverhalten gaben die Gutachter an (act. II 123.1/49), im Vergleich zur Voruntersuchung (29. März 2016) habe die Beschwerdeführerin in der aktuellen Untersuchung deutlich schwächere Leistungen gezeigt. So habe sich die verbale Lernleistung fast halbiert und vormals durchschnittliche Funktionsbereiche (Konzentration, logisches Denken) hätten nun im unterdurchschnittlichen Leistungsbereich gelegen. Gesundheitliche Umstände, die diese deutliche Verschlechterung verursacht haben könnten, seien jedoch nicht bekannt, zumal die Beschwerdeführerin eine anhaltende Alkoholabstinenz angegeben habe und das jetzige Labor keinen fortgesetzten schädlichen Konsum belege. Die selbstständige Versorgung im Alltag sowie die Fähigkeit, ein KFZ unfallfrei zu führen, sprächen gegen eine gravierende kognitive Beeinträchtigung. Ein kognitiver Leistungsabfall sei somit nicht ausreichend plausibel. Das

Beschwerdevalidierungsverfahren habe dementsprechend auch den Hinweis auf ein verzerrendes Antwortverhalten erbracht. Die formalen Ergebnisse der kognitiven Leistungstests seien somit zusammenfassend nicht ausreichend plausibel und von neuropsychologischer Seite sei keine kognitive Störung mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit attestierbar.

3.5 Dr. med. F. _____ gab in der Stellungnahme vom 26. November 2017 (act. II 129/3 - 6) zum MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2017 (act. II 123.1) an, es bestehe ein Widerspruch betreffend des verzerrten Antwortverhaltens. Gerade der Selbstbeurteilungsfragebogen (siehe unten Beck-Depressions-Inventar), der viel leichter zu verfälschen wäre, erbringe ein unauffälliges Ergebnis. Hier werde durch den 0 Score die Vermutung widerlegt, dass die Beschwerdeführerin die Symptome fälsche. Fälschungen kämen häufig in der Selbstbeurteilungsskala der Depression vor und hier sei es sogar Score 0. Ebenfalls stehe der Befund der neuropsychologischen Testung des Gutachters im Widerspruch zu dem Befund der neuropsychologischen Testung im Spital I. _____ vom 24. September 2014 (act. II 34/1 - 3). Dort sei betreffend Verhaltensbeobachtung/klinischer Eindruck folgendes angegeben worden: Insgesamt kooperativ und adäquate Anstrengungsbereitschaft, so dass davon auszugehen sei, dass die erzielten Resultate das derzeitige kognitive Leistungsvermögen gut wiedergäben. Durchwegs langsames Arbeitstempo und erhöhte Antwortlatenz, ausgeprägter bei sprachlichen Aufgabenstellungen. Der Befund des Spitals I. _____ diagnostiziere die kognitiven Defizite, spreche aber nicht von einer Verfälschungstendenz, dokumentiere sogar die adäquate Anstrengungsbereitschaft. Weiter stimme die Aussage der Gutachter nicht, wonach Eingliederungsbemühungen nicht ersichtlich seien. Die Beschwerdeführerin habe eine Integrationsmassnahme in der Stiftung D. _____ in ... probiert. Trotz der Motivation der Beschwerdeführerin habe die Massnahme aufgrund der Verschlechterung des Gesundheitszustandes abgebrochen werden müssen. Die Aussage der Gutachter betreffend der Diagnose Ataxie usw. stehe im Widerspruch mit allen Kontrolluntersuchungen aus dem Spital I. _____, wo die Beschwerdeführerin alle drei bis sechs Monate zu regelmässigen Kontrollen gehe. Die psychischen Beeinträchtigungen resultierten aus den neurologischen Krankheiten. Alleine die Gutachter sähen es als Folge der Alkoholkrankheit. Die Ärzte aus dem Spital

I. _____ gäben an, dass eine alkoholbedingte toxische Genese unwahrscheinlich sei, da keine Vernisatrophie festzustellen sei. Allenfalls sei gemeint, dass der exzessive Alkoholkonsum die präexistenten subklinischen Symptome demaskiert habe. Die Neurologen aus dem Spital I. _____ nähmen an, dass es sich eher um eine neurodegenerative Erkrankung mit langsamem progredienten Verlauf, wie z.B. MSA oder eine spinocerebelläre Affektion handle. Die erfolgreiche Behandlung der Migräne mit Topamax betone noch einmal die neurologische Qualität der Störung. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wie auch die Begründung der neurologischen Defizite durch die Gutachter stehe im Widerspruch zu den neurologischen Befunden aus dem Spital I. _____ und hier habe sie sich nur auf zwei Berichte bezogen, dabei gebe es mindestens zehn Berichte, die ausführlich die neurologischen Defizite, Doppelbilder etc. diagnostizierten und deren Ursache beschrieben. Ebenfalls stehe die Einschätzung der Gutachter betreff der Arbeitsfähigkeit im Widerspruch zum Integrationsversuch in der Stiftung D. _____. Bei Steigerung des Arbeitspensums sei es zu einer massiven Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes und Abbruch der Integrationsmassnahme gekommen. Die Einschätzung der Gutachter, dass sie trotz Doppelbildern in ihrem Beruf als ... arbeiten könne, sei ein Widerspruch in sich. Die Beschwerdeführerin benötige Unterstützung von der Sozialarbeiterin ihr Budget zu berechnen, ihre Steuererklärung auszufüllen. Sie sei gar nicht so selbständig wie im Gutachten beschrieben. Alleine im Gangbild seien die neurologischen Defizite erkennbar. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin arbeitsfähig, leider seien die neurologischen Störungen massiv und führten zu einer starken Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Hier seien Details von den neurologischen Experten aus dem Spital I. _____ einzufordern.

3.6 Im Bericht von Prof. Dr. med. H. _____ vom 24. Mai 2018 (act. II 141) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt:

1. Zerebelläres Syndrom (Stand- und Gangataxie) mit Down-Beat-Nystagmus und Doppelbilder
 - klinisch: Paraspastik, leichte cerebelläre Ataxie, monokuläre vertikale Doppelbilder bds. beim Blick nach links
 - ätiologisch: unklar DD: degenerative Ursache DD metabolisch-toxisch DD rezessive heredoatxie DD CACNA1A Mutation
 - St.n. Aethylabusus

- St.n. lakunären Kleinhirnininfarkten bds.
- 2. Unklarer dumpfer, retroaurikulärer bzw. linksokzipitaler tlw. holokranieller Kopfschmerz
 - DD Spannungskopfschmerz, DD im Rahmen Dig. 3
- 3. Bekannte Migräne ohne Aura
- 4. Rezidivierende depressive Störung
 - therapeutisch: Sequase
 - aktuell: keine Suizidgedanken, keine akute depressive Episode
- 5. Art. Hypertonie
- 6. Anterolisthesis auf Höhe LWK5/SWK1
 - klinisch: positive Laségue-Zeichen bds., Kribbelparästhesien in den Füssen
 - diagnostisch: orthopädische Mitbeurteilung empfohlen

Prof. Dr. med. H._____ berichtete, bei dieser 50-jährigen Patientin stehe differentialdiagnostisch weiterhin die residuell aethyltoxische Genese im Vordergrund. Zwei gesicherte zerebelläre Hyperintensitäten (DD a.e. ischämisch) kämen angesichts der geringen Grösse für die Klinik der Beschwerdeführerin nicht in Frage. Angesichts der, soweit eruierbar, negativen Familienanamnese und der fehlenden zerebellären Atrophie im MRI Schädel sei eine autosomal rezessive Heredoataxie diskutiert worden: Aufgrund der gleichzeitig vorliegenden Migräne und des Down-Beat-Nystagmus komme aber auch eine Mutation im CACNA 1A Gen in Betracht. In der aktuellen Verlaufskontrolle sei von einer teils gebesserten Gesamtsituation bezüglich des Schwommensehens auszugehen, teils auch aufgrund der nun mehr korrigierten Presbyopie mit der neuen Brille. Weiterhin bestünden ein Schwindel, eine Gangunsicherheit sowie ein Schwommensehen, welches auf den Down-Beat-Nystagmus im Rahmen der cerebellären Okulomotorikstörung zurückzuführen sei. Prinzipiell wäre diesbezüglich nach wie vor ein individueller Heilversuch mit dem Kaliumkanalblocker 4-Aminopyridin zu erwägen. Es sei vereinbart worden, zunächst die konservativen Massnahmen inklusive Physiotherapie fortzuführen und eine Verlaufskontrolle in drei Monaten zu planen. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit bei unklarem cerebellären Syndrom (DD neurodegenerativ, DD toxisch metabolisch) sei von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen.

3.7 In der Stellungnahme vom 6. Juli 2018 (act. II 143) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. J._____ fest, aus den im Nachgang zur polydisziplinären Begutachtung am 10. und 30. März 2017 eingereichten

Befundberichten ergäben sich keine neuen versicherungsmedizinischen Gesichtspunkte hinsichtlich der Leistungsbeurteilung im MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2017.

3.8 In der Stellungnahme vom 26. Oktober 2018 (act. II 151) führte die RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ aus, videookulographisch (5. Februar 2018 und 24. Mai 2018) sei in Primärposition ein Down-Beat-Nystagmus, welcher im Linksblick zugenommen habe, ebenfalls im Rechtsblick, festgestellt worden und der im Auf- oder Abblick weitgehend unverändert gewesen sei (stabiler Verlaufsbezug). Ansonsten sei ein normaler Neurostatus bezüglich Reflexen, Muskelkraft, Muskeltonus, Ziel- und Wechselbewegungen, Tiefensensibilität und Mobilität beschrieben worden (24. Mai 2018). Der Down-Beat-Nystagmus bestehe nach Angaben der Beschwerdeführerin seit 2013 und sei nach einer achtmonatigen Alkoholabstinenz aufgetreten. Anlässlich der Ursachenabklärung seien kernspintomografisch (cMRI nativ/mit Kontrastmittel 21. Mai 2014) zwei kleine chronische kleinvolumige cerebelläre T2-hyperintense Läsionen im PICA-Stromgebiet beschrieben worden, die am ehesten nicht rezente Ischämien entsprochen hätten. Ansonsten sei ein Normalbefund bei unauffälligem Gefässstatus und bei testpsychometrisch normalen kognitiven Leistungen (MoCA 23. Mai 2014: 30/30 Punkten) festgestellt worden. Topamax sei vermutlich zur "Behandlung des Down-Beat-Nystagmus" eingesetzt worden, dessen Ursache bisher nicht eindeutig habe geklärt werden können. Die fehlende klinische Progredienz spreche bzw. habe gegen das Vorliegen einer degenerativen Erkrankung des Nervensystems gesprochen, ebenso der normale Psychostatus, der zuletzt am 24. Mai 2018 (wach, euthym, in allen Qualitäten orientiert) bestätigt worden sei. Bezüglich des aktenanamnestisch bereits 2013 bestehenden Nystagmus und des videookulographisch (5. Februar 2018 und 24. Mai 2018) stabilen Verlaufsbezug müsse auch an einen hereditären Nystagmus gedacht werden. Der ansonsten normale Neurostatus weise auf jeden Fall auf eine Adaptation hin. Zusammengefasst könne den Einlassungen der Psychiaterin Dr. med. F. _____ in ihrem Schreiben vom 26. November 2017, dass "die neurologischen Störungen massiv" seien, nicht gefolgt werden. Auf die Ausführungen im MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2017 könne auch weiterhin abgestellt werden, was die seither erhobenen Verlaufsbezüge, die oben als bereits in der RAD-

Stellungnahme vom 6. Juli 2018 zusammengefasst und gewürdigt worden seien, begründeten. Weitere Abklärungen liessen sich aus der Befundchronologie und den aktuellen klinischen und technischen Untersuchungsbe-
funden (Stand Mai 2018) medizinisch nicht begründen.

3.9 Im Bericht vom 7. Januar 2019 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3) hielt Dr. med. F. _____ fest, die Beschwerdeführerin habe sich in der Praxis psychisch krank vorgestellt. Es habe damals eine Alkoholabhängigkeit, eine rezidivierende mittelgradige bis schwere Depression sowie eine Persönlichkeitsveränderung nach extremer Belastung in der Kindheit (Missbrauch) bestanden. Sie habe nach der stationären Behandlung in der Klinik G. _____ eine langjährige Alkoholabstinenz einhalten und den Integrationsmassnahmen der IV nachgehen können. Nach der Entlassung aus der Klinik G. _____ sei nicht nur eine psychiatrische und psychopharmakotherapeutische Behandlung, sondern auch eine intensive psychotherapeutische Behandlung zur Verarbeitung des Missbrauchs erfolgt. Der aktuelle Psychostatus einer bewusstseinsklaren, in allen vier Qualitäten orientierten Patientin mit ausgeglichener Stimmung sei nach jahrelanger engmaschiger psychiatrischer psychotherapeutischer Behandlung erfolgt. Es schliesse aber nicht eine weitere psychiatrische, psychopharmakotherapeutische und psychotherapeutische Behandlung als Erhaltungstherapie aus. Im Vordergrund stünden, wie bereits erwähnt, die kognitiven Defizite, die auch in der neuropsychologischen Testung im Spital I. _____ (act. II 34/1 - 3) festgestellt worden seien. Ebenfalls liege ein massiver Widerspruch zwischen der Einschätzung des neurologischen Status durch den RAD-Arzt (Bericht von 10. bzw. 26. Oktober 2018 [act. II 151]) und den Berichten aus dem Spital I. _____ vor. Der vom RAD als „ansonsten normal beurteilte Neurostatus“ stehe im Widerspruch zu allen neurologischen Berichten über einem Zeitintervall von vier Jahren mit regelmässigen drei- bis sechsmonatigen Kontrollen und zu der neuropsychologischen Testung im Spital I. _____ (act. II 34/1 - 3). Ebenfalls stehe die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Widerspruch zu dem Bericht von der Stiftung D. _____. Hier verweise sie auf ihre Stellungnahme vom 26. November 2017. In keinem neurologischen Bericht sei ein unauffälliger neurologischer Status attestiert worden. Die engmaschigen Verlaufskontrollen fänden nicht wegen einem hereditären Nystagmus statt.

3.10 Im Bericht vom 22. Januar 2019 (act. I 4) führte Prof. Dr. med. H._____ im Wesentlichen die gleichen Diagnosen auf wie im Bericht vom 24. Mai 2018 (act. II 141). Er gab an, hinsichtlich der Beurteilung des neurologischen Status möchte er sich Dr. med. F._____ anschliessen und hier nochmals betonen, dass es sich bei dem Down-Beat-Nystagmus um einen erworbenen Fixationsnystagmus handle und nicht, wie der Einschätzung des RAD-Arztes zu entnehmen sei, es sich hier um eine hereditäre Nystagmusform handeln könnte. Der Down-Beat-Nystagmus sei im Zusammenhang mit dem zerebellären Syndrom zu sehen und gehe einher mit einem langsamen vertikalen Augendrift nach oben sowie einer kompensatorischen Einstellsakkade, dem sogenannten Down-Beat-Nystagmus. An Begleitsymptomen seien mit dieser unwillkürlichen vertikalen Augenbewegungsstörung ein ungerichtetes Schwankschwindelgefühl sowie häufig Oszillopsien, sogenannte Scheinbewegungen der Umwelt, assoziiert. Aus diesen Symptomen lasse sich eine unmittelbare Einschränkung der Beschwerdeführerin im Alltag ableiten. In Bezug auf die Stellungnahme des RAD, Seite 4, zweiter Absatz (act. II 151/4), werde darauf hingewiesen, dass Topamax vermutlich zur Behandlung des Down-Beat-Nystagmus eingesetzt worden sei. Dies sei so nicht zutreffend, vielmehr sei Topamax für die Behandlung der Migräne verwendet worden. Therapeutische Möglichkeiten beim Down-Beat-Nystagmus seien limitiert, prinzipiell stünden verschiedene zentral wirksame Medikamente wie zum Beispiel der Kaliumkanal-Blocker 4-Aminopyridin zur Symptomkontrolle zur Verfügung. Zusammenfassend sei darauf hinzuweisen, dass bei der Beschwerdeführerin durch die zerebelläre Störung mit Down-Beat-Nystagmus von einer beträchtlichen Störung im Alltag auszugehen sei.

3.11 Die RAD-Ärztin Dr. med. J._____ führte in der Stellungnahme vom 22. März 2019 (im Gerichtsossier) aus, im Beschwerdeverfahren behaupte Dr. med. F._____ mit Schreiben vom 7. Januar 2019, dass bei der Beschwerdeführerin kognitive Defizite im Vordergrund stünden. Hiergegen sprächen die anlässlich der neuropsychologischen Begutachtung am 30. März 2017 festgestellten Hinweise für ein verfälschendes Antwortverhalten. Prof. Dr. med. H._____ behaupte im Schreiben vom 22. Januar 2019, dass bei der Beschwerdeführerin "durch die zerebelläre Störung mit Down-Beat-Nystagmus von einer beträchtlichen Störung im Alltag" aus-

zugehen sei, ohne dass diese Einschätzung im individuellen Fall objektiv hergeleitet worden sei. Aus RAD-ärztlicher Sicht ergäben sich aus sämtlichen Einlassungen im Beschwerdeverfahren keine neuen medizinischen Gesichtspunkte zum MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2017 hinsichtlich der Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens der Beschwerdeführerin. Der in Diskussion stehende Down-Beat-Nystagmus sei unter konstant gebliebener Basismedikation bereits 2014 aktenkundig gewesen. Aus interdisziplinär-gutachtlicher Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten sowie in jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch in einer anderen körperlich leichten, wechselbelastenden oder überwiegend sitzenden Tätigkeit des Allgemeinen Arbeitsmarkts ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten nicht limitiert bzw. nicht limitiert gewesen.

4.

4.1 Das MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2017 (act. II 123.1) erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 hiavor). Es ist voll beweiskräftig, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet. Folglich ist auf das Gutachten abzustellen. Gestützt darauf ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden der Beschwerdeführerin zu verneinen.

4.2 Die Einwendungen der Beschwerdeführerin ändern daran nichts: So kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung

unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. November 2010, 8C_567/2010, E. 3.2.2; vgl. auch E. 2.6 hiervor), was vorliegend jedoch nicht der Fall ist. Sodann hat die RAD-Ärztin Dr. med. J._____ die gutachterlichen Schlüsse mehrfach plausibel und überzeugend bestätigt (Berichte vom 6. Juli 2018 [act. II 143], 26. Oktober 2018 [act. II 151] und 22. März 2019 [im Gerichtsossier]). Die neurologische Testung im Spital I._____ vom September 2014 (act. II 34/1 - 3), wo leichte bis mittelschwere Gedächtnisstörungen, leichte exekutive Funktionsschwächen (verbale Ideenproduktion, Handlungsplanung), erhöhte Antwortlatenz und eine phasenweise auftretende Antriebsschwäche festgestellt wurden, wie auch die Integrationsbemühungen bei der Stiftung D._____ im Jahr 2015, wo das Pensum nicht über das zweistündige Mindestmass gesteigert und die Stabilität in der Gesundheit nicht erreicht werden konnte (act. II 50), vermögen die mehrere Jahre später erfolgten Schlüsse der MEDAS-Gutachter nicht in Frage zu stellen. Zwar ist den Erkenntnissen der Eingliederungsfachpersonen im Rahmen von beruflichen Abklärungen bezüglich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eine gewisse Aussagekraft zuzuerkennen. Solche Berichte basieren in der Regel jedoch nicht auf vertieften medizinischen Untersuchungen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die von ihnen erhobene, subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben. Die Frage nach einem organischen Korrelat der Schmerzen und der daraus resultierenden Einschränkungen lässt sich gestützt darauf nicht restlos beantworten. Das alleinige Abstellen auf primär arbeitsorientierte Evaluationen ist deshalb nicht sachgemäss, da die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache den ärztlichen Fachkräften obliegt (Entscheid des BGer vom 16. März 2017, 9C_646/2016, E. 4.2.2). Sodann hält die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F._____ ausdrücklich fest, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht arbeitsfähig ist (act. II 129/6). Soweit sie eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit mit neurologischen Störungen begründet, betrifft dies nicht ihr Fachgebiet, so dass ihr die notwendige fachliche Qualifikation zur hinreichenden Beurteilung der neurologischen Problematik fehlt (vgl. Entscheide des BGer vom 5. Februar 2014,

9C_867/2013, E. 3.2, und vom 6. September 2010, 8C_66/2010, E. 3.1). Im Übrigen tritt Dr. med. F. _____ mitunter advokatorisch auf (vgl. act. II 75), was gegen die Objektivität ihrer Angaben spricht. Zudem darf und soll das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten und behandelnden Spezialärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3; Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

Weiter sind die Berichte des Spitals I. _____ (vom 16. Juni 2017 [act. II 115], 8. September 2017 [act. II 121], 11. Oktober 2017 [act. II 129/7 f.], 19. Dezember 2017 [act. II 138/3 f.], 5. Februar 2018 [act. II 138/1 f.] und 24. Mai 2018 [act. II 141]) klar auf die Behandlung der Beschwerdeführerin fokussiert, deren Arbeitsfähigkeit wird (zum Teil mit explizitem Hinweis [vgl. act. II 115/1, 121/1]) regelmässig nicht beurteilt. Soweit punktuell eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erwähnt wird (act. II 141/3), erfolgt dies lediglich im Sinne einer Annahme und ohne spezifische Bezifferung. Dies begründet keine massgeblichen Zweifel an den gutachterlichen Feststellungen. Prof. Dr. med. H. _____ hält in der Stellungnahme vom 22. Januar 2019 (act. I 4) zwar fest, es sei von einer beträchtlichen Störung im Alltag auszugehen, er erwähnt jedoch ebenfalls weder eine Arbeitsunfähigkeit noch beziffert er eine konkrete Einschränkung im Erwerb.

Sodann ist die Genese des cerebellären Syndroms bzw. die exakte Diagnose der gesundheitlichen Störungen der Beschwerdeführerin (vgl. dazu die Ausführungen von Dr. med. F. _____ in der Stellungnahme vom 26. November 2017 [act. II 129/3 - 6]) für die Belange der Invalidenversicherung nicht entscheidend (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281), sondern vorab für die behandelnden Ärzte relevant. Wie die Beschwerdegegnerin sodann zutreffend festhält (Duplik S. 2 Ziff. 2), haben die MEDAS-Gutachter den Nystagmus und die Doppelbilder diskutiert. Sie führten diesbezüglich aus (act. II 123.1/51), aktenkundig sei die Angabe von monokulären Doppelbildern dokumentiert worden, was gegen eine biologische Plausibilität der Angaben spreche (Doppelbilder entstünden in der Regel durch einen nicht deckungsgleichen Seheindruck beider Augen auf dem Boden einer Okulo-

motorikstörung). Eine Achsendivergenz der Bulbi sei hier jedoch nicht zu erheben. Es bestehe ein Nystagmus, der wiederum geeignet sei, einen instabilen Seheindruck zu begründen, der bisweilen auch als „Doppelbilder“ bezeichnet werde. Ungeachtet dessen, seien Doppelbilder jedweder Genese nicht mit dem sicheren Führen von Kraftfahrzeugen vereinbar. Zudem gaben die Gutachter an (act. II 123.1/34), dass nur Tätigkeiten ohne besondere Anforderungen an die Augenbewegungen und Koordination zumutbar seien. Damit wurde der Nystagmus von den Gutachtern berücksichtigt.

Die Beschwerdeführerin verweist auf die sich diametral entgegenstehenden neuropsychologischen Abklärungsergebnisse des Spitals I. _____ (aus dem Jahr 2014) und diejenigen des MEDAS-Gutachtens (Beschwerde S. 4); von Seiten des Spitals I. _____ sei der Beschwerdeführerin eine gute Motivation und eine hohe Leistungsbereitschaft attestiert worden, bei kognitiven Einschränkungen, von den MEDAS-Gutachtern sei ihr hingegen ein bewusstseinsnahes verzerrendes Antwortverhalten vorgeworfen worden. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die neuropsychologische Abklärung letztlich einzig Hilfscharakter hat, da neuropsychologische Testresultate allein nicht ausreichen, um Diagnosen zu stellen und die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Die entsprechenden Untersuchungsergebnisse sind im Rahmen einer gesamthaften Beweiswürdigung nur insoweit bedeutsam, als sie überprüf- und nachvollziehbar sind und sich in die anderen (interdisziplinären) Abklärungsergebnisse schlüssig einfügen (Entscheidung des BGer vom 7. August 2009, 8C_261/2009, E. 5.2 mit Hinweis auf BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341). Mit anderen Worten bedürfen die neuropsychologischen Testresultate der neurologischen und psychiatrischen Einordnung. Aus neurologischer Sicht wurde von den MEDAS-Gutachtern eine qualitative Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit attestiert, Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an das Gleichgewicht und die Feinmotorik wurden als nicht zumutbar erachtet; hingegen sind Tätigkeiten im Sitzen sowie Tätigkeiten ohne besondere Anforderungen an die Augenbewegungen und Koordination uneingeschränkt zumutbar (act. II 123.1/34). Aus psychiatrischer Sicht liegt gemäss den Gutachtern keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychiatrische Erkrankung vor (act. II 123.1/39). Da schlüssige und überzeugende gutachterliche

Einschätzungen in den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie vorliegen, kann es letztlich offen bleiben, wie es sich mit dem bewusstseinsnahen verzerrenden Antwortverhalten der Beschwerdeführerin bei der neuropsychologischen MEDAS-Untersuchung verhält. Vor diesem Hintergrund erübrigt sich die beantragte Rückweisung zu weiteren Abklärungen; darauf ist in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2).

4.3 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin einen invalidierenden Gesundheitsschaden und damit den Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht verneint. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

5.

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

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 Bei diesem Verfahrensausgang 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.

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):
 - 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.