

200 18 736 IV  
KOJ/IMD/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 18. April 2019**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Imhasly

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_ GmbH, C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. September 2018



## Sachverhalt:

### A.

Die 1987 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 1. Juni 2016 unter Hinweis auf Angst, Depression und einen Lupus erythematodes bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen. Gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS D.\_\_\_\_\_ (MEDAS) vom 6. Juli 2018 (AB 75.1) stellte sie mit Vorbescheid vom 12. Juli 2018 (AB 77) die Verneinung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 20 % in Aussicht. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (AB 82) und einer diesbezüglichen Stellungnahme durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 85) verfügte die IVB am 28. September 2018 (AB 86) wie angekündigt.

### B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch B.\_\_\_\_\_ GmbH, C.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 8. Oktober 2018 Beschwerde mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 28. September 2018 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei eine Rente der IV anzuerkennen.
3. Eventualiter sei ein neues Gutachten in Auftrag zu geben.
4. Subeventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
5. Subsubeventualiter seien die Eingliederungsmassnahmen wieder aufzunehmen.
6. Es sei ein Abzug von 20 % auf dem Tabellenlohn vorzunehmen.
7. Es sei ein zweiter Schriftenwechsel zu veranlassen.
8. Der Beschwerdeführerin sei der Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolge –.

Mit Eingabe vom 24. Oktober 2018 zog die Beschwerdeführerin das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 8. November 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 12. November 2018 wies der Instruktionsrichter den Antrag auf Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels ab. Gleichzeitig schrieb er das Verfahren betreffend Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege vom Geschäftsverzeichnis ab.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich – siehe jedoch sogleich E. 1.2 – einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 28. September 2018 (AB 86). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung. Soweit die Beschwerdeführerin

mit dem Rechtsbegehren 5 darüber hinaus die Wiederaufnahme von Eingliederungsmassnahmen beantragt, ist auf die Beschwerde nicht einzutreten, da die Beschwerdegegnerin darüber nicht verfügt hat (BGE 125 V 413 E. 1a S. 414).

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

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

## **2.**

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

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers

gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

**2.2.1** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.2.2** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine selbstständige, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst

wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

**2.2.3** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3 S. 298) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

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

**2.4** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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).

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

### **3.**

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

**3.1.1** Im Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2015 (AB 24) betreffend Hospitalisation vom 21. September bis 12. Oktober 2015 wurden eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2), ein diskoider Lupus erythematodes (ICD-10: L93.0) und unklare rezidivierende Abdominalbeschwerden diagnostiziert. Die Zuweisung zum freiwilligen Aufenthalt sei aufgrund einer depressiv-ängstlichen Krise ohne Suizidgedanken, mit hohem Leidensdruck, im Rahmen der Erkrankung an systemischem Lupus mit zunehmenden Paniksymptomen und psychosozialer Belastungssituation erfolgt. Die depressive Grundsymptomatik habe sich während des Aufenthaltes deutlich verringert.

**3.1.2** Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 22. Juli 2016 (AB 17) wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.0), eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01), Probleme durch negative Kindheitserlebnisse

und Probleme bei der elterlichen Erziehung (ICD-10: Z61.3, Z61.6, Z62.3, Z62.4, Z73.1) sowie ein chronisch diskoider Lupus erythematoses (ICD-10: L93.0) diagnostiziert. Vom 2. Mai bis 29. Juli 2016 habe sich die Patientin in teilstationärer Behandlung befunden. Seit dem 21. April 2016 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die weitere Prognose sei unklar. Die Patientin bringe inzwischen eine grosse Motivation mit, an ihren Schwierigkeiten zu arbeiten, was sich wahrscheinlich positiv auf die Behandlung auswirken werde. Sie könne ihre Leistungsfähigkeit nicht realistisch einschätzen, was eine grosse Gefahr von Überschätzung und folglich Überforderung bedeute. Angesichts des bisherigen (chronifizierenden) Verlaufs sei davon auszugehen, dass eine Tätigkeit zu 100 % auf dem freien Arbeitsmarkt in der Zukunft nicht mehr möglich sein werde. Sie benötige am Arbeitsplatz eine zuverlässige, engmaschige bzw. regelmässige Betreuung.

In einem weiteren Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 9. September 2016 (AB 18) wurde festgehalten, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sei bis und mit 31. Juli 2016 bescheinigt worden.

Dem Bericht desselben Spitals vom 29. Dezember 2016 betreffend neuropsychologischer Untersuchung (AB 29 S. 6 ff.) ist zu entnehmen, dass die Patientin ab Januar 2016 zunächst ein bis zwei Monate in einem Lebensmittelladen als stellvertretende Leiterin zu 100 % gearbeitet habe. Noch in der Probezeit sei deutlich geworden, dass sie dieses Pensum nicht durchstehen könne. Die bei der Testung festgestellten Defizite seien vereinbar mit einer leichten kognitiven Störung, welche im Zusammenhang mit der psychiatrischen Auffälligkeit stehen dürfte.

Im Verlaufsbericht vom 21. Februar 2017 (AB 31) hielten die Ärzte des Spitals F. \_\_\_\_\_ fest, der Gesundheitszustand habe sich seit Austritt aus der Tagesklinik im Sommer 2016 sukzessive verschlechtert. Sowohl die psychische wie auch die körperliche Verfassung seien im Moment schlecht, was zu einer deutlich eingeschränkten Leistungsfähigkeit führe. Die depressive Symptomatik habe über die letzten Monate zugenommen, die Angstsymptomatik habe leicht abgenommen. Das Behandlungsziel sei, den aktuellen Zustand zu erhalten und einer weiteren Verschlechterung vorzubeugen. Mit einer vollständigen Remission der Erkrankung sei aufgrund des bisherigen Verlaufs in nächster Zeit nicht zu rechnen.

**3.1.3** Im Bericht des Spitals G.\_\_\_\_\_ vom 3. April 2017 (AB 44 S. 2 ff.) wurde festgehalten, aufgrund der subjektiv beklagten wie auch der testdiagnostisch ermittelten kognitiven Defizite sei eine ausführlichere neurokognitive Standarduntersuchung durchgeführt worden. Im Vergleich zu entsprechenden Alters- und Bildungsnormen seien unauffällige neurokognitive Leistungen mit Ausnahme von leichten Einschränkungen im Bereich der Aufmerksamkeitsteilung und einem Planungstest erzielt worden. Da diese Kombination von Befunden keinem bekannten neurologischen Krankheitsbild zuzuordnen sei, dürften die Befunde am ehesten einer Normvariante entsprechen. Aus diesem Grund lasse sich für das Fachgebiet Neurologie/Neuropsychologie keine eigenständige Diagnose ableiten und die subjektiven Klagen dürften am ehesten nicht-zerebraler Ursache sein.

**3.1.4** Am 28. Juni 2017 (AB 40) berichtete die psychiatrische Klinik E.\_\_\_\_\_ über eine Hospitalisation vom 19. Mai bis 8. Juni 2017. Seit Beginn der Behandlung in der Tagesklinik H.\_\_\_\_\_ 2016 habe sich die psychiatrische Symptomatik verschlechtert. Die Patientin sei antriebs-, appetit-, freud- und motivationslos und erschöpft. Es bestehe eine eingeschränkte Konzentration.

**3.1.5** Im MEDAS-Gutachten vom 6. Juli 2018 (AB 75.1) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 21):

- Systemischer Lupus erythematodes, Erstdiagnose 11/14
- zuletzt ohne immunmodulierende Basistherapie seit 12/16
- keine neurologische Beteiligung
- Verdacht auf sekundäres Antiphosphorlipidsyndrom
- unter Therapie mit Salicylat
- ohne thromboembolische Komplikationen
- Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22).

Aus allgemein-internistischer Sicht ergäben sich keine Diagnosen oder Leiden mit Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 15, 19).

Aus internistisch-rheumatologischer Sicht müsse konstatiert werden, dass die Beschwerdesymptomatik nicht ganz einzuordnen sei, da der psychische Zustand die somatische Situation beeinträchtigt habe. Aktuell ergebe sich keine wesentliche Aktivität seitens des seit 2014 bekannten systemischen Lupus erythematodes, auch wenn prinzipiell laborchemisch die Hinweise für das Vorliegen einer Autoimmunerkrankung persistierten. Die Kri-

terien für eine Basistherapie erschienen zum jetzigen Zeitpunkt nicht erfüllt, so dass aktuell lediglich von einer milden Krankheitsaktivität ausgegangen werde könne. Für die abdominale Beschwerdesymptomatik habe im Rahmen apparativ-diagnostischer Untersuchungen kein organisches Korrelat nachgewiesen werden können (S. 64 f.). Die Versicherte sei prinzipiell in der Lage, einer Arbeit im ... vollschichtig nachzugehen. Im Hinblick auf das Vorliegen einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung wäre prinzipiell mit einer Einschränkung der Leistung von ca. 20 % zu rechnen, insbesondere auch, da die Versicherte eventuell etwas stresslabiler sei. Hier könnte es dann bei zu viel Stress zu einem Erkrankungsschub seitens des Lupus kommen (S. 66).

Die psychische Symptomatik sei seit Ausbruch der Erkrankung 2014 und den Befunden 2016 rückläufig. Heute könne eine wesentliche Angstsymptomatik ebensowenig beobachtet werden wie eine affektive Störung. Selbst sehe sich die Versicherte psychiatrischerseits auf einem guten Weg und sie wünsche sich eine berufliche Wiedereingliederung. Das Aktivitätsniveau sei nicht mehr erkennbar eingeschränkt. Das hohe therapeutische Aktivitätsniveau sei mit dem heutigen psychiatrischen Befund allein nicht mehr zu rechtfertigen. Die Versicherte besitze ganz erhebliche gesunde Persönlichkeitsanteile, welche sich zusammen mit den Ressourcen heute auch im Lebensalltag zeigen würden. Die Versicherte sei gut in den Lebensalltag integriert, ihr Tag sei ausgefüllt. Aufgrund der vorliegenden früheren Befundberichte müsse von einem deutlichen psychiatrischen Therapieerfolg gesprochen werden. Die bisherige Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht vollschichtig zumutbar (S. 50 f.). Angesichts der im neuropsychologischen Gutachten auch dokumentierten Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten (Lernbehinderung) könne die Fähigkeit, komplexere Situationen rasch und sicher zu erfassen und entsprechend darauf zu reagieren, vermindert sein. Die Kritikfähigkeit sei reduziert, die Versicherte habe sprachliche und rechnerische Probleme. Es könne zu Verkennen von sozialen Situationen, zu externer Attribution von Fehlern und zu falscher Einordnung von negativen Rückmeldungen kommen. Entsprechend könnten unter Stress- und Belastungssituationen auch eine erhöhte Labilisierbarkeit der Affekt- und Selbstwertregulation bestehen, weshalb solche Situationen im Rahmen des Arbeitsumfeldes vermieden werden sollten (S. 52; vgl.

auch AB 75.2 S. 11). Laut Vorbefunden müsse eine Arbeitsunfähigkeit bis 31. Juli 2016 angenommen werden, von 31. Juli 2016 bis 31. Juli 2017 habe eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % bestanden, seither liege keine Arbeitsunfähigkeit mehr vor (S. 52).

Die neuropsychologische Teilbegutachtung habe folgende, allerdings nicht valide Resultate ergeben: Einschränkungen von Visuo-Konstruktion, der Aufmerksamkeit, des verbalen Gedächtnisses, des nonverbalen Gedächtnisses, der Exekutivfunktionen, der Sprache und des Rechnens. Die gezeigten Leistungen seien nicht vollumfänglich valide. Ein gut standardisierter Symptomvalidierungstest sei auffällig. Er zeige Resultate, die am ehesten denjenigen von leicht dementen Probanden glichen. Weiter zeige sich in den Tests im Vergleich zur Voruntersuchung vom letzten Sommer eine deutliche Verschlechterung der Leistungen, ohne dass eine Verschlechterung neurologisch oder psychiatrisch begründet werden könnte. Im Gegenteil stellten die Gutachter keine Diagnosen, die starken Einfluss auf die kognitiven Funktionen ausüben könnten. Weiter sei auch die klinische Beobachtung teilweise nicht mit den Resultaten vereinbar. Teile der Resultate seien aber glaubwürdig, wenn auch nicht sicher im gezeigten Ausmass. Testdiagnostisch habe sich eine schwere Lernbehinderung gezeigt. Würde diese zusammen mit den sprachlichen und rechnerischen Problemen zum Nennwert genommen, müsste man zum Schluss gelangen, dass eine EFZ-Ausbildung eine dauerhafte Überforderung dargestellt hätte. Eine leichte Lernbehinderung sei durchaus glaubhaft. Es liege somit eine Verdeutlichung (bewusstseinsfern) von schon immer bestehenden Problemen und Aggravation (bewusstseinsnah) von weiteren Einschränkungen vor. Zu diagnostizieren sei eine nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten (Lernbehinderung, ICD-10: F81.9), welche seit Kindheit bestehe (AB 75.2 S. 9 f.). Die Diagnose einer AD(H)S sei nicht zu stellen; weder retrospektiv noch aktuell fänden sich ausreichend viele und ausreichend ausgeprägte Symptome. Die Kernsymptome (Hyperaktivität, Impulsivität, Aufmerksamkeitsdefizite) seien gar nicht erfüllt (AB 75 S. 11). In der Tätigkeit als ... bestehe keine relevante Einschränkung der Leistungsfähigkeit (AB 75.2 S. 12).

Aus neurologischer Sicht seien aktuell im klinisch-neurologischen Status, wie bereits auch im Spital G.\_\_\_\_\_, keinerlei Auffälligkeiten feststellbar. Der sensomotorische Status sei völlig unauffällig, der Reflexstatus regelrecht, der Hirnnervenstatus unauffällig und es sei keine Augenbeteiligung erkennbar. Die seitens der Versicherten hochgradig angegebenen subjektiven Schwächegefühle und Leistungsminderungen seien aus neurologischer Sicht, auch in Kenntnis der Diagnose des Lupus erythematodes, nicht nachvollziehbar. Zusammenfassend ergäben sich aus rein neurologischer Sicht gegenwärtig keinerlei Hinweise für eine Manifestation des SLE, weder im Sinne einer zentralen neurologischen noch einer peripher neurologischen Störungssymptomatik (S. 20).

In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, idealerweise arbeite die Versicherte in einer wechselbelastenden Tätigkeit im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und sitzender Tätigkeit. Zudem sollte keine Arbeit in vermehrter Sonnenexposition durchgeführt werden, ebenso wenig wie Arbeiten in Nässe, Kälte und Zugluft. Prinzipiell wäre wünschenswert, dass eine Tätigkeit ohne grossen Stress gefunden werde, daher seien auch Arbeiten in Wechselschicht nicht ratsam. Die bisherige Tätigkeit als ... im ...bereich entspreche in etwa einer angepassten Tätigkeit (wenige Anforderungen an Rechnen und präzise Sprache, nicht übermässig viel Verantwortung). In Wechselwirkung der leichten psychischen Störung mit der seit Kindheit bestehenden Lernbehinderung sowie der somatischen Erkrankung des systemischen Lupus erythematodes (wenn auch derzeit mit geringer Aktivität) bestehe eine erhöhte Stressanfälligkeit, welche eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 20 % begründe, nicht aber eine Minderung der Zeitpräsenz erkläre (S. 24 f.).

**3.1.6** In der Stellungnahme vom 31. August 2018 (AB 85) empfahl der RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der Verwaltung, auf das MEDAS-Gutachten vom 6. Juli 2018 (AB 75.1) abzustellen. Dieses enthalte eine umfangreiche Darlegung der Vorbefunde. Die Befunderhebung in den einzelnen Teilbereichen sei umfangreich und ausführlich. Die zusammenfassende respektive interdisziplinäre Beurteilung sei schlüssig und überzeuge.

**3.2** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

**3.3** 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).

**3.4** Das MEDAS-Gutachten vom 6. Juli 2018 (AB 75.1) erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt vollen Beweis. Die Experten haben sich in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den geklagten Beschwerden auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen auch gestützt auf die eigenen Untersuchungen in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neuropsychologie, Neurologie und Psychiatrie getroffen. Die Ausführungen in der Beur-

teilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nachvollziehbar begründet. Die beschwerdeweise vorgebrachte Kritik an der Expertise und dabei insbesondere am neuropsychologischen Teilgutachten (AB 75.2) verfängt nicht, zumal keine wesentlichen Aspekte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

**3.4.1** Die Rügen bezüglich des neuropsychologischen Teilgutachtens stimmen mit denjenigen überein, welche bereits im Vorbescheidverfahren erhoben worden sind (AB 82). Hierzu hat der RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ am 31. August 2018 (AB 85) ausführlich Stellung genommen. Er hat überzeugend dargelegt, dass der Teilgutachter die Einschätzung von Verdeutlichungstendenz und Aggravation (vgl. AB 75.2 S. 10) nicht einzig – wie gerügt (AB 82 S. 4) – aufgrund des Beschwerdenuvalidierungstests WMT (Word Memory Test) getroffen hat, sondern dass er auch Auffälligkeiten bei der Selbstbeurteilung von Symptomen aus dem Bereich des ADHS dargelegt und diese vor allem an klinischen Beispielen abgeglichen und erklärt hat, warum man von einem verdeutlichenden bzw. aggravierenden Verhalten ausgehen muss. Ebenso nachvollziehbar und schlüssig hat der RAD-Arzt ausgeführt, weshalb der neuropsychologische Teilgutachter gestützt auf die Ergebnisse der angewandten Instrumente (Wender Utah Rating Scale [WURS-k], Conners Adult ADHD Rating Scales [CAARS]) zu Recht kein ADHS diagnostiziert hat. Mit diesen Ausführungen setzt sich die Beschwerdeführerin nicht auseinander, vielmehr wiederholt sie wortwörtlich die vom RAD-Arzt entkräfteten Argumente und stellt dessen Darlegungen als Parteibehauptung dar (Beschwerde S. 4, 8 ff.). Offensichtlich nicht zu folgen ist der Schlussfolgerung der Beschwerdeführerin, wonach das neuropsychologische Teilgutachten als nicht valide und beweisuntauglich betrachtet werden müsse, da die Begutachtung nicht valide Resultate ergeben habe (Beschwerde S. 8 unten).

**3.4.2** Soweit die Beschwerdeführerin eine "unrichtige Rechtsanwendung in den Gutachten" rügt und geltend macht, die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 sei nicht beachtet worden (Beschwerde S. 4), bleibt man-

gels erläuternder Ausführungen dazu unklar, was sie den Gutachtern explizit vorwirft, zumal "Rechtsanwendung" nicht zu den Aufgaben eines Gutachters gehört (zu den Aufgaben vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195; SVR 2017 IV Nr. 75 S. 231 E. 4.1.1). Sollte die Beschwerdeführerin der Ansicht sein, die Gutachter hätten sich nicht zu den in BGE 141 V 281 definierten Standardindikatoren geäußert, ist dies aktenwidrig (vgl. AB 75.1 S. 26 f. mit Verweisen).

**3.4.3** Die vom psychiatrischen Teilgutachter erwähnte Diagnose Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22 [AB 75.1 S. 49]) hat seit Juli 2017 keine Auswirkung mehr auf die Arbeitsfähigkeit (AB 75.1 S. 25, 52). Sodann liegen gestützt auf die schlüssigen, plausibel begründeten Ausführungen im psychiatrischen und im neuropsychologischen Teilgutachten klare Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 in Form von Verdeutlichungstendenz und Aggravation vor (vgl. E. 2.2.2 hiervor). Des Weiteren steht das hier interessierende psychische Geschehen in Zusammenhang mit der Diagnose des Lupus erythematoses (AB 75.1 S. 50 Ziff. 7.2), ist mithin reaktiver Natur, während die seit Kindheit bestehenden Lernschwierigkeiten die Arbeitsfähigkeit nicht einschränken (AB 75.2 S. 11 f.). Damit ist ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden ohne weiteres zu verneinen; eine Indikatorenprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 269) erübrigt sich.

**3.4.4** Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 12 f.) überzeugt das von den Gutachtern definierte Zumutbarkeitsprofil. Es berücksichtigt nicht nur die rheumatologischen Beschwerden, sondern wurde umfassend im interdisziplinären Konsens erstellt (AB 75.1 S. 17 ff.). Dabei ist namentlich auch den psychiatrischen Befunden Rechnung getragen worden (AB 75.1 S. 25).

**3.4.5** Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweismassnahmen kann in antizipierter Beweismässigkeit (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2) verzichtet werden.

#### 4.

**4.1** Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222). Nach einer vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit zwischen April 2015 und Ende Oktober 2015 (AB 3 S. 6 ff.) ist der Beginn des Wartejahres (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) auf den 21. April 2016 festzusetzen, mit vorerst vollständiger Arbeitsunfähigkeit bis 16. Februar 2017 gemäss Spital F. \_\_\_\_\_ (AB 9 S. 3, 17 S. 5, 31 S. 4) bzw. einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % vom 31. Juli 2016 bis 31. Juli 2017 gemäss MEDAS-Gutachtern (AB 75.1 S. 52). Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte im Juni 2016 (AB 1 S. 7). Damit fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf den Ablauf des Wartejahres, mithin den 1. April 2017. Auf diesen Zeitpunkt hin ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

**4.2** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). 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 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

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

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

**4.4** Die Beschwerdegegnerin hat den Einkommensvergleich dergestalt vorgenommen, als sie das Validen- und das Invalideneinkommen auf der Grundlage desselben Tabellenlohns gemäss Tabelle T17 der LSE 2014, Ziffer 52 Verkaufskräfte, Total, Frauen, bestimmt und diese auf das Jahr 2018 (korrekt wäre 2017 [vgl. E. 4.1 hiervor]) indexiert hat (AB 86 S. 1). Ob die Wahl dieser Tabelle unter Berücksichtigung, dass grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden sind (BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297) und die Tabelle T17 der (aktuellsten) LSE 2016 anders als diejenige der LSE 2014 nur den Espace Mittelland und nicht die gesamte Schweiz abbildet, korrekt war, kann offen bleiben. Da die bisherige Tätig-

keit der Beschwerdeführerin zugleich eine adaptierte Tätigkeit darstellt (AB 75.1 S. 25), erübrigt sich eine frankenmässige Festlegung der beiden Vergleichseinkommen (vgl. auch E. 4.5 hiernach).

Ein Abzug vom Tabellenlohn ist entgegen der Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht vorzunehmen, sind doch die rechtsprechungsgemäss hierfür erforderlichen Kriterien zweifellos nicht erfüllt (vgl. dazu E. 4.3 hiervor). Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, ein Abzug von 20 % sei aufgrund der "multiplen kognitiven Einschränkungen" gerechtfertigt (Beschwerde S. 14), ist mit der Beschwerdegegnerin (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 10) darauf hinzuweisen, dass die diagnostizierte Lernbehinderung im interdisziplinären Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt worden ist (AB 75.1 S. 24 f.) und deshalb von vornherein nicht zu einem zusätzlichen Abzug berechtigen kann (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2). Zudem wären Abzüge wegen invaliditätsfremder Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) nicht zu beachten, da sie auch bei der Festsetzung des – ebenfalls statistisch erhobenen – Valideneinkommens zu berücksichtigen wären (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5).

**4.5** Es resultiert ein Invaliditätsgrad von 20 %, da der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit bzw. Leistungsverminderung (hier 20 % [vgl. E. 3.1.5 hiervor]) unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (hier 0 %) entspricht, wenn Validen- und Invalideneinkommen aufgrund des gleichen Tabellenlohns bestimmt werden (Entscheid des BGer vom 4. Februar 2015, 9C\_888/2014, E. 2). Folglich besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.3 hiervor).

Für den Zeitraum zwischen Ablauf des Wartejahres im April 2017 (vgl. E. 4.1 hiervor) und Ende Juli 2017 hat der psychiatrische Teilgutachter gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte eine Arbeitsunfähigkeit von bis zu 50% attestiert (AB 75.1 S. 52). Da den psychischen Beschwerden allerdings keine invalidisierende Wirkung zuzuerkennen ist (vgl. E. 3.4.3 hiervor), besteht auch kein Anspruch auf eine befristete Invalidenrente.

**4.6** Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 28. September 2018 (AB 86) im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

## **5.**

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

**5.2** Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- B. \_\_\_\_\_ GmbH C. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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