

200 14 445 IV
KOJ/BRM/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Dezember 2014

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Braune

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



gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. März 2014

Sachverhalt:

A.

Die 1972 geborene A. _____ meldete sich wegen seit April 1998 bestehenden Rückenbeschwerden erstmals am 20. März 2001 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB; act. II] 1). Die IVB holte erwerbliche (act. II 4) sowie medizinische (act. II 5) Unterlagen ein und gewährte der Versicherten mit Verfügung vom 2. Juli 2001 Berufsberatung sowie Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten (act. II 7). In der Folge sprach die IVB Leistungen für die Absolvierung des ...-Studiums (act. II 10, 16) sowie die Ausbildung für das höhere ... (act. II 25), welche sie mit dem Diplom vom 24. August 2005 abschloss (act. II 34 S. 3), zu. Bericht über die zwischenzeitlich angeordnete bidisziplinäre Begutachtung erstatteten die Dres. med. C. _____ und D. _____ im September bzw. Oktober 2003; dabei hatte sich in der interdisziplinären Beurteilung aufgrund einer Somatisierungsstörung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40% ergeben (act. II 22, 23).

Nachdem die Versicherte am 27. Juni 2006 mitgeteilt hatte, dass sie voll arbeite und keiner Unterstützung mehr bedürfe (act. II 41), stellte die IVB mit Verfügung vom 2. Oktober 2006 den erfolgreichen Abschluss der beruflichen Massnahmen sowie die rentenausschliessende Eingliederung fest (act. II 43).

B.

Unter Hinweis auf eine Erschöpfungsdepression sowie eine Schilddrüsenunterfunktion meldete sich die Versicherte am 11. Mai 2009 erneut für berufliche Integration/Rente bei der IVB an (act. II 48). Nach Einholen der üblichen erwerblichen (act. II 50, 53) sowie medizinischen (act. II 52, 57) Unterlagen prüfte die IVB den Rentenanspruch und lehnte diesen mit Verfügung vom 29. September 2011 ab (act. II 70). Diese Verfügung blieb unangefochten.

C.

Nachdem sich die Versicherte im Oktober 2011 einer Knieoperation unterzogen hatte, aber weiterhin über Knie- und Rückenschmerzen sowie eine Erschöpfungsdepression klagte, meldete sie sich am 5. März 2012 ein weiteres Mal für berufliche Integration/Rente bei der IVB an (act. II 72). Diese aktualisierte die medizinischen sowie die erwerblichen Akten und liess die Versicherte auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 105) im E._____, (MEDAS), pluridisziplinär (orthopädisch/rheumatologisch/psychiatrisch) begutachten; das Gutachten wurde am 28. Januar 2014 erstattet (act. II 117.1).

Aufgrund dieser Abklärungen stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 14. Februar 2014 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (act. II 120) und verfügte – nach Einholen einer RAD-ärztlichen Stellungnahme (act. II 129) zu dem am 6. und 17. März 2014 seitens der Versicherten erhobenen Einwand (act. II 124 und 127) – am 27. März 2014 entsprechend dem Vorbescheid (act. II 130)

D.

Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch den B._____, Rechtsanwältin Dr. iur. Z._____, am 12. Mai 2014 Beschwerde erheben mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, den Status sowie den medizinischen Sachverhalt neu abzuklären; eventualiter sei der Beschwerdeführerin eine Rente der IV zuzusprechen. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, dass das MEDAS-Gutachten – worauf die IVB die angefochtene Verfügung stütze – einerseits nicht auf vollständigen Akten basiere und auch keine neuropsychologische Untersuchung erfolgt sei, obwohl sich bereits in der Kindheit ein ADS bemerkbar gemacht habe, und es andererseits unvollständig und widersprüchlich sei, soweit auf Seite 25 festgehalten werde, es könne nach den erfolgten Eingriffen am rechten Knie und an der Wirbelsäule spätestens 6 Monate postoperativ von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, das Abweichen von den diesbezüglich attestierten Arbeitsunfähigkeiten

indessen nicht begründet werde. Ferner sei das MEDAS-Gutachten nicht schlüssig, wenn der psychiatrische Gutachter bei seiner Beurteilung, die attestierte mittelgradige rezidivierende depressive Störung könne keine vollständige Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben, übersehe, dass die Tätigkeit als ... intellektuell, sozial und psychisch ausgesprochen anspruchsvoll sei und sich die körperlichen Beschwerden psychisch auswirken könnten. Sodann überzeuge das Gutachten insofern nicht, als die zumutbare Willensanstrengung nur oberflächlich geprüft worden sei, zumal die rezidivierende depressive Störung jedenfalls eine psychische Komorbidität darstelle. Schliesslich habe sich das MEDAS-Gutachten nicht zur indizierten Brustoperation geäussert und es leuchte nicht ein, weshalb die Kniebeschwerden nicht organisch bedingt seien.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 11. Juni 2014 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde.

In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an den vertretenen Standpunkten und den gestellten Anträgen fest, die Beschwerdeführerin unter Vorlage verschiedener Arztberichte sowie anderer Unterlagen und die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf eine Stellungnahme der MEDAS vom 28. August 2014.

Eine der Beschwerdeführerin gewährte Frist zur Einreichung einer abschliessenden Stellungnahme ist in der Folge ungenutzt abgelaufen.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über

die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 27. März 2014 (act. II 130). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung, namentlich auf eine Rente. Nachzugehen ist dabei insbesondere der Frage, ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt ist.

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

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

2.

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

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1..2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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.

2.3 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).

2.4 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat

(Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; bis 31. Dezember 2011 Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

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 132 V 93 E. 4 S. 99).

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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.

3.1

3.1.1 Nach vorangegangener Ablehnung des Rentenanspruchs mittels Verfügung vom 29. September 2011 (act. II 70) hat sich die Beschwerdeführerin im März 2012 (act. II 72) erneut zum Leistungsbezug angemeldet und die Ausrichtung einer Rente beantragt. Die IVB hat im Rahmen dieser Neuanschuldung medizinische Abklärungen getroffen.

Sie ist mithin auf die Neuanschuldung eingetreten und hat eine umfassende materielle Prüfung des Leistungsanspruchs vorgenommen. Der Eintretensfrage ist daher im vorliegenden Verfahren nicht nachzugehen (vgl. BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

3.1.2 Das Eintreten besagt für sich allein jedoch nicht bereits, dass tatsächlich ein Revisionsgrund vorliegt. Ob sich die Situation tatsächlich verändert hat und falls ja, welche Auswirkungen eine solche Veränderung zeitigt, ist im vorliegenden Verfahren zu prüfen.

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung (vgl. Verfügung vom 29. September 2011, wobei sich im Ergebnis nichts änderte, wenn [unter der Annahme,

dass sich diese auch auf den Rentenanspruch bezieht] mit der Verfügung vom 2. Oktober 2006 verglichen würde) bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.1.3 Angesichts der – wie nachfolgend aufzuzeigen ist – seit der letzten materiellen Prüfung neu hinzugetretenen Diagnosen (vgl. act. II 57 S. 1, 75 S. 1, 86 S. 8, 97 S. 5 und 117.1 S. 28) mit u.a. durchgeführter Knie- sowie Diskushernienoperation ist ein Neuanmeldungsgrund ohne weiteres zu bejahen und der Leistungsanspruch frei zu prüfen.

3.2 In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.2.1 Die ursprüngliche Zusprechung von Leistungen für berufliche Massnahmen basierte auf dem bidisziplinären Gutachten der Dres. med. C._____ und D._____ aus dem Jahr 2003, wonach die Explorandin aus psychischen Gründen (Somatisierungsstörung) zu 40% in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war (act. II 22, 23).

3.2.2 In seinem Bericht vom 25. Juni 2009 hielt der behandelnde Psychiater Dr. med. G._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie ein Erschöpfungssyndrom/Neurasthenie (ICD-10: 48.0) fest und bescheinigte eine Arbeitsunfähigkeit von 54% seit 1. August 2009 bis auf weiteres (act. II 52).

3.2.3 Der Hausarzt, Dr. med. H._____, FMH Allgemeine Innere Medizin und Hämatologie, nannte am 16. Juli 2009 als Diagnosen – nebst den von anderer Seite erhobenen Diagnosen einer Depression und eines chronisch vertebralem Syndroms – eine im Jahr 2008 festgestellte Hypothyreose sowie patellae altae mit Knieschmerzen. Die Patientin sei durch abnorme Müdigkeit und Ermüdbarkeit sowie Rückenschmerzen bei längerem Stehen, Bücken oder Heben eingeschränkt. Derzeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 36% (entsprechend aktuellem Einsatz) mit langsam steigendem Pensum (act. II 57).

3.2.4 Dr. med. I. _____, FMH Rheumatologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 5. März 2012 zuhänden des Hausarztes ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (myofasziale Komponente/muskuläre Dysbalance, Haltungsanomalie [ungünstig beeinflusst durch Mammahypertrophie], degenerative Veränderungen, Status nach Diskushernienoperation L4/5 1999), Polyarthralgien (intermittierende Schulterschmerzen [gebessert auf Injektion 9/04], schmerzhafte Fingergelenke, Status nach Operation am rechten Knie 10/11), einen Status nach Erschöpfungsdepression vor drei Jahren (aktuell erneuter Schub einer Erschöpfungsdepression) sowie eine Hypothyreose (Substitution mit Euthyrox). Sobald die psychische Situation geklärt sei, müsse die aus rheumatologischer Sicht medizinisch indizierte Mammareduktionsplastik nochmals diskutiert werden. Es wurde Physiotherapie verschrieben und bis zur Nachkontrolle Ende April 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

Am 11. Mai 2012 verwies Dr. med. I. _____ auf beigelegte Berichtskopien zuhänden der Krankenversicherung der Patientin sowie des Hausarztes, wonach seit den vorangegangenen Konsultationen subjektiv und objektiv Fortschritte zu verzeichnen seien, aber immer noch Einschränkungen bestünden. Es sei praktisch unmöglich zu differenzieren, wie sich das psychische und das physische Leiden gegenseitig beeinflussten, resp. negativ beeinträchtigten. Die anzustrebende Wiederaufnahme der aus rheumatologischer Sicht zumutbaren Tätigkeit als ... sollte nach den Sommerferien möglich sein, was indessen von der psychiatrischen Situation abhängen (act. II 78).

3.2.5 Nachdem er zunächst weitere Abklärungen (HWS-MRI) veranlasst (act. II 86 S. 8 f.) sowie eine Facettengelenksinfiltration ins Auge gefasst (act. II 86 S. 6 f.) und am 6. Juni 2012 vorgenommen hatte (act. II 86 S. 5), hielt Dr. med. J. _____, FMH Orthopädische Chirurgie, in seinem Bericht vom 25. Juni 2012 zuhänden des Hausarztes als Diagnosen ein chronisch und partiell wohl auch chronifiziertes zervikales und thorakales Schmerzsyndrom (bei Diskopathie C6/7 mit Diskushernierung) sowie ein chronisches lokales lumbales Schmerzsyndrom (bei Diskopathien L3/4 und vornehmlich L4/5, Status nach intradiskaler Behandlung L4/5 vor einigen Jahren im Spital K. _____, Status nach Facettengelenksinfiltration L4/5

beidseits vom 6. Juni 2012) fest. Da es nach der Infiltration zu einer klaren Verbesserung des Beschwerdebildes lokal gekommen sei, die noch anhalte (2 Wochen später), liege ein somatisches Problem auf der Etage L4/5 vor. Deshalb komme ein entsprechender stabilisierender Eingriff in Frage, wozu die Patientin bereit wäre (act. II 86 S. 4).

3.2.6 In einem Verlaufsbericht vom 16. Juli 2012 bescheinigte Dr. med. H._____ einen verschlechterten Gesundheitszustand bei veränderter Diagnose, nämlich ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei Diskopathien L3/4 und vornehmlich L4/5 sowie eine Arbeitsfähigkeit von 60% vom 15. Januar bis 12. Februar 2012 und eine solche von 30% ab dem 13. Februar 2012 (act. II 86 S. 1 f.).

3.2.7 Der die Versicherte seit Februar 2012 behandelnde Dr. med. L._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 14. September 2012 – nebst den somatischen – als Diagnosen seines Fachgebietes eine rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), seit Jahren. Die Patientin sei wegen Konzentrationsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen, Störung der geteilten Aufmerksamkeit, verminderter Belastbarkeit, Antriebsarmut sowie Schmerzen cervical, thorakal und lumbal seit Februar 2012 bis auf weiteres als ... 100% arbeitsunfähig. Es bleibe der Erfolg der Mitte August von Dr. med. J._____ durchgeführten Operation (vgl. act. II 94 S. 3 f.) abzuwarten, von der er sich einen positiven Einfluss auf die (reaktiv?) depressive Symptomatik erhoffe (act. II 89).

3.2.8 Nach im August 2012 durchgeführter Stabilisierungsoperation mit TLIF L4/5 sowie L3 auf L5 und Schraubenwechsel L4 links (act. II 94 S. 3 f.) berichtete Dr. med. J._____ am 22. Oktober 2012 über einen insgesamt recht schönen Verlauf; es bestünden noch gewisse Restbeschwerden im Sinne von Verspannungen, die zuletzt geklagte Abstrahlung nach links sei jedoch komplett verschwunden. Nun müsse die im Vordergrund stehende HWS-Problematik angegangen werden, zunächst durch muskulären Aufbau mittels Physiotherapie und eventuell einer späteren Operation (act. II 94 S. 1 f.). Am 18. Dezember 2012 führte Dr. med. J._____ eine ventrale Diskektomie C6/7, Dekompression des Spinalkanals bds. C6/7, Cage-Interposition und ACIF-Stabilisierung C6/7 sowie ventrale Spondylodese

C6/7 durch (act. II 97 S. 5 f.) mit anschliessend unauffälligem Verlauf. Im Moment werde die Patientin am ehesten durch Kniegelenksbeschwerden beidseits gestört. Sie sei noch bis Ende März 2013 100% arbeitsunfähig; ein Wiedereinstieg in ihre ...tätigkeit sollte erst nach den Frühjahrsferien im April erfolgen (act. II 97 S. 3 f.), dies im Ausmass von 30 – 50%. Die Hauptarbeitsfähigkeit werde jetzt eher psychiatrisch bestimmt (act. II 97 S. 2 f.).

3.2.9 Im polydisziplinären Gutachten vom 28. Januar 2014 hielten die Ärzte der MEDAS als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Kniebeschwerden unter Betonung der rechten Seite, ein chronisches zerviko- und thorakovertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare radikuläre Symptomatik, chronische Beschwerden über dem Daumensattelgelenk der dominanten rechten Hand, ein chronisch rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare radikuläre Symptomatik sowie anamnestisch einen Status nach konservativ behandelter ligamentärer Läsion am lateralen oberen Sprunggelenk dreimal rechts und einmal links fest; ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine vordiagnostizierte einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung mit vorwiegender Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0), eine leichte, mikrozytäre Anämie (ICD-10: D50.8) sowie eine substituierte Hypothyreose (ICD-10: E03.9).

Aus allgemeininternistischer Sicht lägen keine Befunde oder Diagnosen vor, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (act. II 117.1 S. 13). Aufgrund der festgestellten psychischen Störungen bestehe ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit; die geklagten Schmerzen müssten vor allem aus somatischer Sicht beurteilt werden. Die Selbsteinschätzung der Explorandin, welche sich nicht arbeitsfähig fühle, könne durch die psychiatrischen Befunde nicht objektiviert werden. Die vom behandelnden Psychiater seit Februar 2012 bescheinigte volle Arbeitsunfähigkeit könne nicht nachvollzogen werden. Es bestehe zwar – wie auch der früher behandelnde Psychiater Dr. med. L. _____ diagnostiziert hatte – eine Schmerzstörung, indessen nicht im Sinne einer anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung bzw. einer Symptomausweitung. Das festgestellte ADS habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 117.1 S. 17 – 20). In der orthopädischen Beurteilung werden die Kniebeschwerden unter Betonung der rechten Seite als im Vordergrund stehend bezeichnet; ferner bestünden Schmerzen an der zervikalen und thorakalen Wirbelsäule. Die geklagten Beschwerden könnten durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründet werden. Nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck seitens des rechten Knies, doch wiesen die massiven Inkonsistenzen auf eine erhebliche nicht-organische Komponente hin. Auch die Symptomatik der zervikothorakalen Wirbelsäule sei kaum nachvollziehbar und am ehesten durch eine Protraktionsfehlhaltung von Kopf und Schulter, keinesfalls aber durch eine Neurokompression oder eine höhergradige Degeneration zu begründen. Für die angestammte sowie jede angepasste Tätigkeit (körperlich leicht unter Wechselbelastung) bestehe aus orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, das häufige Überwinden von Treppen und unebenem Grund sowie der repetitive Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb des Schulterniveaus sollte dabei vermieden werden. Auch nach den am 17. Oktober 2011 am rechten Knie sowie am 17. August und 18. Dezember 2012 an der Wirbelsäule erfolgten Eingriffen könne spätestens sechs Monate postoperativ von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (act. II 117.1 S. 25 – 27).

Aus interdisziplinärer Sicht sei die Explorandin für schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten arbeitsunfähig, für leichte bis selten mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Nach den drei durchgeführten Operationen hätten jeweils postoperative Krankenstände von (arbiträr) drei Monaten einer vollen und drei weiteren Monaten einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit bestanden; psychiatrisch sei die Arbeitsfähigkeit während der Hospitalisation aufgehoben gewesen (act. II 117.1 S. 29 f.).

3.3 Das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 28. Januar 2014 erfüllt die von der Rechtsprechung an eine Expertise gestellten Anforderungen. Insbesondere beruht es auf umfassender Kenntnis der Vorakten

und auf fachärztlichen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen sind einlässlich begründet. Das Gericht hat deshalb keinen Anlass, an der Schlüssigkeit dieses Gutachtens zu zweifeln; ihm kommt voller Beweiswert zu (vgl. E. 2.5).

Aus internistischer Sicht bestehen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Gutachten Ziff. 3.4 S. 12), was letztlich unbestritten geblieben ist. Dass sich die diagnostizierten psychischen Erkrankungen (ebenfalls) nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, wird – namentlich unter Hinweis auf psychosoziale Belastungsfaktoren wie auch jahrelange Überforderung und Erschöpfung (vgl. Gutachten Ziff. 4.1.1 S. 16) – plausibel und überzeugend begründet. Ebenso wird nach Prüfung der Foerster-Kriterien der invalidisierende Charakter der festgestellten Schmerzstörung mit einleuchtender Begründung verneint (vgl. Gutachten Ziff. 4.1.5 S. 17). In diesem Zusammenhang werden zudem die früheren psychiatrischen Einschätzungen ausführlich diskutiert und nachvollziehbar dargelegt, warum diesen nicht zu folgen ist (vgl. Gutachten Ziff. 4.1.8 S. 17 ff.). Schliesslich begründet der orthopädische Gutachter nach detaillierter Befundaufnahme schlüssig, weshalb die Beschwerdeführerin jedenfalls für leichte körperliche Verrichtungen und insbesondere auch im angestammten Beruf als Lehrerin voll arbeitsfähig ist (vgl. Gutachten Ziff. 4.2 S. 19 ff.). Die zusammenfassende Diagnoseliste (vgl. Gutachten Ziff. 5. S. 27 f.) wie auch die interdisziplinäre Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. Gutachten Ziff. 6. S. 28 f.) stimmen mit den Angaben der jeweiligen Teilgutachter überein. Auf das Gutachten ist mithin abzustellen.

Daran vermögen die Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern:

Im Zusammenhang mit der Argumentation, es fehle namentlich der neuropsychologische Untersuchungsbericht von Dr. med. X. _____ und es sei im Rahmen der Begutachtung keine neuropsychologische Untersuchung erfolgt, obwohl sich das ADS bereits in der Kindheit bemerkbar gemacht habe (Beschwerde V. Ziff. 1 S. 3), ist zunächst festzustellen, dass nicht näher ausgeführt wird und auch nicht einzusehen ist, weshalb eine solche Untersuchung zwingend nötig gewesen wäre. Neuropsychologische Untersu-

chungsergebnisse sind nach der Rechtsprechung nur soweit von Bedeutung, als sie sich in die übrigen (interdisziplinären) Abklärungsergebnisse schlüssig einfügen (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] vom 7. August 2009, 8C_261/2009, E. 5.2 mit Hinweis). Im Gutachten wurde zum ADS überzeugend Stellung genommen (vgl. Gutachten Ziff. 4.1.8 S. 19), sodass von einer weitergehenden Untersuchung keine entscheidenden Ergebnisse zu erwarten waren und deshalb davon abgesehen werden durfte.

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde V. Ziff. 2 S. 3) führt der orthopädische Gutachter einlässlich aus, dass und warum er der Knie- und Wirbelsäulenproblematik – abweichend vom behandelnden Facharzt – keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf beimisst, zumal Letzterer einer körperlich leichten Tätigkeit und damit dem definierten Zumutbarkeitsprofil entspricht (vgl. Gutachten Ziff. 4.2.4 in fine S. 24). Eine befristete Rente ist ferner bereits deshalb ausgeschlossen, weil sich die Angabe des Gutachters hinsichtlich einer vollen bzw. teilweisen Arbeitsunfähigkeit 6 Monate postoperativ (vgl. Gutachten Ziff. 4.2.6) auf die einzelnen Eingriffe bezieht und zwischen den Eingriffen (1. Eingriff: 17. Oktober 2011, 2. Eingriff: 17. August 2012 und 3. Eingriff: 18. Dezember 2012) je ein mehrmonatiger und damit wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG i.V.m. Art. 29^{ter} IVV vorliegt.

Soweit in der Beschwerde (V. Ziff. 3 S. 4) geltend gemacht wird, das psychiatrische Gutachten sei nicht schlüssig, wenn es die Beurteilung des behandelnden Psychiaters (mittelgradige rezidivierende depressive Störung, welche eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe) verwerfe, steht dies dem Beweiswert des Gutachtens nicht entgegen. 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 (vgl. Rechtsbegehren), 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 Interpre-

tation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1), was vorliegend nicht der Fall ist. Von einem medizinischen Sachverständigen, dessen Aufgabe sich klar von jener des behandelnden Arztes unterscheidet, darf und muss erwartet werden, dass er eine objektive Prüfung der medizinischen Situation der begutachteten Person vornimmt, dass er auf neutrale und gründliche Art über seine Feststellungen berichtet und dass sich seine Schlussfolgerungen auf medizinische Erwägungen stützen und nicht auf reine Werturteile. Eine solche objektive Prüfung hat der psychiatrische Gutachter vorgenommen und seine Einschätzung nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Dabei hat er nach entsprechender Diskussion auch überzeugend dargelegt, warum kein schweres psychisches Leiden im Sinn einer Komorbidität besteht, das therapeutisch nicht günstig beeinflusst werden könnte; ebenso wenig seien die Foerster-Kriterien in der nötigen Schwere, Dauer und Ausprägung erfüllt, um die Schmerzüberwindung bei der zu verlangenden Willensanstrengung als unzumutbar und die diagnostizierte Schmerzstörung damit als invalidisierend erscheinen zu lassen. Der diesbezüglich von der Beschwerdeführerin angerufene Abbruch des Kontakts zu ihren Schwestern (offensichtlich aus familiären Gründen) ist jedenfalls für sich allein nicht einem sozialen Rückzug gleichzusetzen. Anderweitige Hinweise auf einen signifikanten Verlust an sozialen Kontakten sind aus den Akten nicht ersichtlich und Entsprechendes wird auch nicht benannt. Im Übrigen weist die IVB in ihrer Beschwerdeantwort zu Recht darauf hin, dass zwar eine chronische körperliche Begleitkrankheit vorliege, diese indessen nicht das geforderte Ausmass aufweise, um als qualifiziertes Kriterium berücksichtigt zu werden, und zudem weder ein primärer Krankheitsgewinn noch ein Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung anzunehmen sei, empfehle das ABI-Gutachten doch weiterhin eine psychiatrische Behandlung.

Ob eine Brustoperation indiziert war oder nicht, hatte der (orthopädische) Gutachter – anders als dies die Beschwerdeführerin darstellt (Beschwerde V. Ziff. 5 S. 4) – angesichts seiner Befunderhebung offensichtlich nicht zu beurteilen. Dass er ferner hinsichtlich der Kniebeschwerden auf eine erhebliche nicht-organische Komponente hinwies (vgl. Gutachten Ziff. 4.2.4 S.

24), liegt darin begründet, dass zwischen den anamnestischen Schmerzschilderungen einerseits und den objektivierbaren Befunden anlässlich der gutachterlichen Untersuchung andererseits eine erhebliche Diskrepanz bestand (Gutachten Ziff. 4.2.9 S. 26) bzw. sich die geklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht vollumfänglich somatisch erklären liessen (Gutachten Ziff. 4.2.4 letzter Absatz S. 24). Dies deutete auf eine Schmerzausweitung mit psychischer Komponente hin, was sich indessen in der fachärztlichen Begutachtung durch den Psychiater als nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkend erwies.

Im Weiteren wird hinsichtlich der Rüge unter V. Ziff. 6 S. 4 der Beschwerde, es hätte nach der Geburt des Kindes der Status der Beschwerdeführerin und deren „Haushaltsfähigkeit“ aus psychischen und physischen Gründen sowie die Wechselwirkung zwischen Haushalt und Berufstätigkeit abgeklärt werden müssen, nicht substantiiert dargelegt, inwiefern diese Abklärungen entscheiderelevant sein könnten und es ist auch nicht ersichtlich, was für einen Einfluss solche Abklärungen auf die sich vorliegend stellende Frage hätte, nachdem gemäss dem schlüssigen Gutachten keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit im bisherigen Beruf (wie übrigens auch im Haushalt) festgestellt werden konnte.

Schliesslich kann die Beschwerdeführerin auch aus der replicando vorgebrachten Argumentation nichts zu ihren Gunsten ableiten. Abgesehen davon, dass einige der nunmehr angerufenen Berichte bereits bei der Begutachtung vorlagen und dort auch berücksichtigt worden sind, hat das ABI in seiner Stellungnahme vom 28. August 2014 (in den Gerichtsakten) nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass und warum der Untersuchungsbericht von Dr. med. X._____ keinen Einfluss auf das definierte Zumutbarkeitsprofil sowie die interdisziplinäre Beurteilung hat. Insbesondere schmälert auch die als widersprüchlich gerügte Bemerkung im Gutachten, die Beschwerdeführerin werde nach der Geburt der Tochter mit der Haushaltsführung sowie der Kinderbetreuung voll ausgelastet sein, obwohl ihr die Gutachter eine 100%ige Arbeitsfähigkeit als Gymnasiallehrerin attestiert hätten, den Beweiswert des Gutachtens nicht. Die Beschwerdeführerin verkennt nämlich in diesem Zusammenhang, dass die fragliche Passage in

Ziff. 4.1.7 eine Selbsteinschätzung wiedergibt, die eben gerade durch die psychiatrischen Befunde nicht objektiviert werden konnte.

Die von den Gutachtern festgestellte volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit ist demnach zu bestätigen. Damit ist – mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens – ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ausgeschlossen.

4.

Die Beschwerde erweist sich aufgrund der obigen Erwägungen als unbegründet, weshalb sie in Bestätigung der angefochtenen Verfügung abzuweisen ist.

5.

5.1 Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG).

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.—, zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.— werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.
3. Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ 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.