

200 14 864 IV
LOU/IMD/WIL/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. August 2016

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. August 2014



Sachverhalt:

A.

Die 1956 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im März 2010 unter Hinweis auf starke Schmerzen bei längerem Stehen und Sitzen erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) holte medizinische und erwerbliche Unterlagen ein und sprach der Versicherten mit Verfügung vom 29. September 2010 die Kostenübernahme für ein Arbeitstraining vom 1. September bis 31. Oktober 2010 (act. II 26) sowie mit Verfügung vom 5. Oktober 2010 für diese Zeit ein Taggeld zu (act. II 28). Mit Verfügung vom 3. Oktober 2011 verneinte die IVB einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und schloss die Eingliederungsbemühungen ab (act. II 43). Nach Einholung weiterer medizinischer Unterlagen sowie eines Abklärungsberichts Haushalt vom 17. Juli 2012 (act. II 46) stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 26. Juli 2012 (act. II 47) bei einem Status von 80 % Erwerb und 20 % Haushalt sowie einem gewichteten Invaliditätsgrad von 26 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, Einwand und beantragte die Durchführung einer interdisziplinären Begutachtung (act. II 48 S. 2). Mit Blick auf eine Ende Mai 2012 erlittene akute Aortendissektion mit entsprechender operativer Versorgung (act. II 51 S. 4 ff.) empfahl der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) in seinem Bericht vom 8. Januar 2013 (act. II 55) eine interdisziplinäre Begutachtung. Die entsprechende Begutachtung durch die C. _____ (MEDAS) erfolgte sodann im Mai/Juni 2013 (act. II 92.1-92.5). Im Juli bzw. September 2013 erteilte die IVB Kostengutsprache für ein vom 1. Juli bis 30. November 2013 dauerndes Belastbarkeitstraining (act. II 83, 91), welches jedoch frühzeitig per 12. November 2013 abgebrochen wurde (act. II 102). Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 20. Dezember 2013 (act. II 106) und in Bestätigung des Vorbescheids vom 6. Dezember 2013 (act. II 103) wurden die beruflichen Massnahmen abgeschlossen. Mit Vorbescheid vom 6. März 2014 (act. II 110) stellte die IVB der Versicherten bei gleichbleibendem Status sowie einem gewichteten Invaliditätsgrad von wiederum 26 % erneut

die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Nach dagegen erhobener Einwand (act. II 111, 113) und hierzu eingeholten Stellungnahmen des Abklärungsdienstes (act. II 116) und des RAD (act. II 118) verfügte die IVB am 7. August 2014 wie im Vorbescheid angekündigt (act. II 119).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Fürsprecher B._____, am 15. September 2014 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr sei eine Invalidenrente zuzusprechen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2014 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 10. Dezember 2014 bzw. Duplik vom 19. Januar 2015 halten die Parteien an den bisherigen Anträgen fest.

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 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 7. August 2014 (act. II 119). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

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

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

2.

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

2.2 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

2.3.1 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).

2.3.2 Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 141 V 15 E. 3.2 S. 20, 125 V 146 E. 2a S. 150).

2.4 Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollenendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Der Rentenanspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2).

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).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Mit ärztlichem Zeugnis vom 5. Februar 2010 (act. II 13 S. 8) attestierte der Hausarzt der Versicherten eine vom 8. Februar 2010 bis auf weiteres bestehende Arbeitsunfähigkeit von 50 %.

3.1.2 Im Operationsbericht des Spitals D. _____ vom 18. Mai 2010 (act. II 45 S. 11 f.) wurde ein lokales Lumbalsyndrom bei hochgradiger Spondylolisthesis L5/S1 diagnostiziert. Am 17. Mai 2010 erfolgte eine in situ-Fixation L5/S1 mit USS polyaxial und eine dorso-laterale Spondylodese mit lokalem Knochen, augmentiert mit Chronos (10 cc).

Im Bericht des Spitals D. _____ vom 20. Juli 2010 (act. II 42.2 S. 14) wurde ein Zustand nach Stabilisierung und Fusion L5/S1 bei hochgradiger Spondylolisthesis diagnostiziert. Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, die Versicherte könne ihre angestammte Tätigkeit voraussichtlich per Mitte August 2010 zu 50 % wieder aufnehmen und nach einem Monat ihr übliches Arbeitspensum verrichten.

In einem weiteren Bericht des Spitals D. _____ vom 23. November 2010 (act. II 42.2 S. 15) wurde angegeben, es liege nach wie vor eine verminderte Belastungstoleranz vor, weshalb die 50 %ige Arbeitsfähigkeit bei einer Anstellung von 60 % entsprechend einem 30 %igen Pensum bisher nicht habe erhöht werden können. Die Belastungsverträglichkeit habe somit nicht gesteigert werden können und es werde schwierig bleiben, dies mit weitergehenden Massnahmen zu erreichen.

3.1.3 Im Gutachten von Dr. med. E. _____, Facharzt für Rheuma- und Wirbelsäulenerkrankungen, vom 18. Februar 2011 (act. II 42.2 S. 9 ff.) wurde als Diagnose ein lumbosacrales Schmerzsyndrom mit spondylogenen Ausstrahlungen, insbesondere ins rechte Bein, bei deutlichen tendomyotischen Veränderungen, Triggerpunkten und deutlichen Verkürzungen im Bereich der Beckenmuskulatur und der Oberschenkelmuskulatur genannt. Die Arbeitsfähigkeit betrage aufgrund der klinischen Befunde sowie den Schilderungen der Versicherten 50 %, wobei diesbezüglich durch medizinische Massnahmen eine Verbesserung erreicht werden könne.

3.1.4 Mit ärztlichen Zeugnissen vom 2. Februar, 15. März und 24. Mai 2011 (act. II 42.2 S. 5 ff.) attestierte Dr. med. F. _____, Facharzt für Rheumatologie und physikalische Medizin FMH, eine vom 15. November 2010 bis 30. Juni 2011 bestehende Arbeitsunfähigkeit von 50 %.

Im Bericht vom 29. Juni 2011 (act. II 42.2 S. 8) führte Dr. med. F. _____ aus, die allgemeine Situation habe sich unter der eingeleiteten Therapie (physikalisch und medikamentös) derart verbessert, dass die Arbeitsfähigkeit zunehmend habe gesteigert werden können. Ab dem 1. Juli 2011 sei wiederum eine volle Arbeitsfähigkeit möglich (wie zuvor 70 %).

3.1.5 Im Bericht des Spitals D. _____ vom 4. Mai 2012 (act. II 45 S. 2 ff.) wurde eine mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehende hochgradige Spondylolisthesis L5/S1 mit chronischen lumbalen Schmerzen ohne Radiculopathie sowie eine ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehende Osteoporose diagnostiziert. In Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... wurde eine vom 16. Mai 2010 bis Mitte August 2010 dauernde 100 %ige Arbeitsunfähigkeit und eine von Mitte August bis 23. November 2010 dauernde 50 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

3.1.6 Im Operationsbericht des Spitals G. _____ vom 6. Juni 2012 betreffend die Operation vom 31. Mai 2012 (act. II 51 S. 4 ff.) wurde als präoperative Diagnose eine akute Typ A Dissektion mit cerebraler Malperfusion und hochgradiger sekundärer Aortenklappeninsuffizienz sowie einem kardiogenen Schock genannt. Es erfolgte ein Ersatz der Aortenwurzel mit einem mechanischen klappentragenden Conduit mit Reinsertion der Koronarostien sowie Ascendens- und Hemibogenersatz mit einer 28 mm

Dacron Prothese in Hypothermie und selektiv antegrader cerebraler bilateraler Hirnperfusion.

3.1.7 Im Verlaufsbericht des Spitals D. _____ vom 30. Oktober 2012 (act. II 52 S. 3) wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein Zustand nach in situ-Fixation und Fusion L5/S1 am 17. Mai 2010 bei hochgradiger Spondylolisthese bei Spondylolyse sowie ein Zustand nach thorakaler Aortenruptur am 31. Mai 2012 angegeben. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, diese sei nicht bekannt, in Bezug auf den Rücken bestehe jedoch keine Arbeitsunfähigkeit.

3.1.8 Dr. med. H. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 19. November 2012 (act. II 54) eine seit August 2012 bestehende Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22). Sie führte aus, die Versicherte sei am 31. Mai 2012 ohne jegliche Vorwarnung an ihrem Arbeitsplatz zusammengebrochen und daraufhin sofort ins Spital G. _____ geflogen worden, wo nach mehreren Untersuchungen ein Aortenriss festgestellt worden sei. Sie sei reanimiert worden und habe die darauf folgende Operation nur knapp überlebt. Die Geschehnisse seien ihr erst nach dem Rehaufenthalt bewusst geworden und hätten bei ihr Angst und Panikattacken ausgelöst. Dr. med. H. _____ attestierte eine seit 31. Mai 2012 bis auf weiteres bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % und führte aus, die Versicherte komme schnell an ihre Grenzen und sei psychisch instabil mit Tendenz zur Besserung, wobei der Besserungsprozess langsam verlaufe. In Bezug auf die bisherige Tätigkeit gab Dr. med. H. _____ an, die Versicherte fühle sich körperlich sehr schwach und leide unter Kurzatmigkeit. Es bestehe eine schnelle Ermüdbarkeit und das Planen sei ihr fast unmöglich. Zudem seien die Konzentrationsfähigkeit sowie das Durchhaltevermögen vermindert.

3.1.9 Im Bericht des Spitals G. _____ vom 4. Dezember 2012 (act. II 62 S. 3 f.) wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Akute Aortendissektion Typ A 05/2012
 - Ersatz der Aortenwurzel mit einem mechanischen, klappentragenden Conduit sowie Ascendens- und Hemibogenersatz 05/2012

- Hemisymptomatik rechts nach CVI frontal links präoperativ
- Cholezystolithiasis
- Unklare hypodense Leberläsion (am ehesten einer Zyste entsprechend)
- Status nach Operation eines Gleitwirbels 2010
- Reaktive Depression mit Angstzuständen

Es wurde ausgeführt, die körperliche Leistungsfähigkeit habe leicht verbessert werden können, aus neurologischer Sicht bestünden aber noch intermittierend auftretende Symptome mit Schwindel, Störung der Feinkoordination der rechten Hand (Zittern) sowie Flimmerskotome. Es sei mit einer vollständigen Erholung zu rechnen, jedoch benötige diese bis zu einem Jahr. Eine Wiederaufnahme der Arbeit solle erst nach einer Besserung der Beschwerden erfolgen.

3.1.10 Im Bericht des RAD vom 8. Januar 2013 (act. II 55) wurden mit Blick auf die vorangegangenen ärztlichen Berichte sich zum Teil widersprechende Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit hinsichtlich des Rückenleidens festgestellt. Da zudem neu eine psychiatrische Erkrankung mit unklarer versicherungsmedizinischer Relevanz bestehe, sei eine interdisziplinäre Begutachtung indiziert.

3.1.11 Dr. med. H. _____ bestätigte im Bericht vom 23. Januar 2013 (act. II 61 S. 2) die von ihr gestellte Diagnose im Bericht vom 19. November 2012 (vgl. E. 3.1.8 hiervor) und führte aus, der psychische Zustand der Versicherten habe sich seit Dezember 2012 – wahrscheinlich aufgrund der gut ansprechenden Medikation – deutlich verbessert. Unter dem Hinweis darauf, dass die Besserung ohne Druck der Arbeitswelt eingetreten sei, riet sie aus psychischen Gründen von einer Rückkehr an den alten Arbeitsplatz ab, zumal ihr dort ein grosses Unverständnis für ihre Krankheit entgegengebracht werde und der Gedanke an eine Wiederaufnahme der alten Arbeitsstelle bei der Versicherten ungute Gefühle und Angst auslösten. Zur Evaluierung der Belastbarkeit der Versicherten empfahl die Psychiaterin die Durchführung eines Belastbarkeitstrainings.

3.1.12 Das MEDAS-Gutachten vom 10. September 2013 (act. II 92.1-92.5) basiert auf Untersuchungen in den Fachgebieten Orthopädie, Kardio-

logie, Psychiatrie und Neuropsychologie. Unter Berücksichtigung aller Fachgebiete stellten die Gutachter folgende Diagnosen (act. II 92.1 S. 32):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, bestehend seit wann:

- Akute Aortendissektion Typ A 05/12 mit/bei
 - Ersatz der Aortenwurzel mit einem mechanischen, klappentragenden Conduit sowie Aszendens- und Hemibogenersatz 05/12
 - Hemisymptomatik rechts nach CVI frontal links präoperativ, im Verlauf keine Residuen
 - Echokardiographie 13. Mai 2013: Normale systolische LV- und RV-Funktion, unauffällige Aortenklappenprothese
 - Ergometrie 13. Mai 2013: Klinisch und elektrisch negativ, normale Leistungsfähigkeit
- Panikstörung, weitgehend vollständig remittiert (ICD-10: F 41.0), aufgetreten im August 2012
- Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2), Beginn im Juli/August 2012, sich heute in Remission befindend
- Leichte kognitive Funktionsbeeinträchtigungen, insbesondere in sprachlich-assozierten Leistungen

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, bestehend seit wann:

- Z. n. in situ-Fixation L5/S1 mit USS polyaxial und dorso-laterale Spondylodese mit lokalem Knochen und Augmentation mit chronOS bei lokalem Lumbalsyndrom bei hochgradiger Spondylolisthesis L5/S1 am 17. Mai 2010
- Arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt
- Hyperlipidämie, medikamentös behandelt

Den einzelnen Teilgutachten kann das Folgende entnommen werden:

Aus orthopädischer Sicht habe sich nach der in situ-Fixation einer Spondylolisthesis Höhe L5/S1 und der kompletten ossären Durchbauung des Spondylodese-Segmentes ein – wie sich bei der letzten dokumentierten Kontrolle ergeben habe – erfreulicher Verlauf gezeigt. Nach der operativ versorgten akuten Aortendissektion am 31. Mai 2012 sei es aufgrund der längeren trainingsfreien Periode sowie dem ebenfalls langen Liegen nach

diesem Eingriff zu einer Verschlechterung der Rückenschmerzen gekommen. Durch das Weiterführen der Dehnungs- und Kräftigungsübungen könne die aktuelle Situation aber beibehalten oder gegebenenfalls sogar verbessert werden. Die von Februar bis Mitte August 2010 bestandene vollständige Arbeitsunfähigkeit sowie die anschliessende Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % und die ab Juli 2011 vorgesehene 100 %ige Arbeitsaufnahme erscheine retrospektiv im Rahmen des stattgehabten Rückeneingriffs plausibel. Aus orthopädischer Sicht bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... im angestammten Pensum von 70 % eine volle Arbeitsfähigkeit und auch in Bezug auf die erlernte Tätigkeit als ... sowie die ausgeübte Tätigkeit als ... in der I. _____ in ... lägen keine Einschränkungen vor (act. II 92.2).

Aus kardiologischer Sicht seien keine Anhaltspunkte ersichtlich, welche eine grundsätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten. Dies gelte allerdings nur für körperlich nicht bis leicht anstrengende Arbeiten. Für körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten bestehe aus kardiovaskulärer Sicht jedoch eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit, da bei grösseren körperlichen Anstrengungen unerwünschte Blutdruckanstiege auftreten könnten, was bei einem Status nach Aortendissektion vermieden werden sollte. Da die Tätigkeit als ... und die Tätigkeit als ... in der I. _____ gemäss den Angaben der Versicherten teilweise körperlich anstrengend gewesen seien, könnten ihr diese nicht mehr zugemutet werden. Die angestammte Tätigkeit als ... sei hingegen anamnestisch nur leicht anstrengend und der Versicherten somit zumutbar (act. II 92.3).

Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit spätestens seit Januar 2013 nicht mehr als 20 % eingeschränkt, nachdem von einer weitgehenden Remission der Panikstörung ausgegangen werden könne und die Anpassungsstörung ebenfalls remittiere. Für den Zeitraum von Juli/August/September 2012 bis Ende 2012 sei jedoch aufgrund der beschriebenen Panik- und Anpassungsstörung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen (act. II 92.4).

Aus neuropsychologischer Sicht sei davon auszugehen, dass die kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen sich auch in der erlernten, praktisch ausgerichteten Tätigkeit als ... sowie in der früher ausgeübten Tätigkeit als ...

in einem ... leistungseinschränkend auswirkten. Die entsprechenden qualitativen Einschränkungen seien aus rein neuropsychologischer Sicht auf 10 % bis höchstens 20 % einzuschätzen. In der mehr praktisch ausgerichteten und insgesamt einfacheren, zuletzt ausgeübten Tätigkeit als angelebte ... sei hingegen kaum von einer relevanten Leistungseinschränkung auszugehen (act. II 92.5).

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass unter Berücksichtigung der im Rahmen der Teilgutachten erhobenen Anamnesen und Befunde sowie der Aktendaten die Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. Januar 2013 bei angepasster, leichter, wechselbelastender Tätigkeit maximal 20 % betrage (bedingt durch die psychischen und neuropsychologischen Restbefunde). Vermieden werden solle das Tragen von Lasten über 5 kg, Tätigkeiten, die langdauernde Zwangshaltungen des Rückens oder des Kopfes erforderten oder einen Anstieg der Blutdruckwerte zur Folge hätten, also z.B. Tätigkeiten mit enormem Stress. Die zuletzt ausgeübte Arbeit als ... sowie die neu begonnene Tätigkeit als ... in einem ... stellten solch angepasste Tätigkeiten dar und könnten von der Versicherten aus medizinischer Sicht weiterhin ausgeübt werden. Die erlernte Tätigkeit als ... und die früher ausgeübte Tätigkeit als ... in einem ... seien der Versicherten hingegen nicht mehr zumutbar. Rückblickend wurden aus interdisziplinärer Sicht folgende Arbeitsunfähigkeiten festgehalten (act. II 92.1 S. 40):

- Infolge Rückenleiden: 100 % von Februar bis 14. August 2010; 50 % vom 15. August 2010 bis 30. Juni 2011.
- Infolge kardialer und psychischer resp. neuropsychologischer Einschränkung: 100 % vom 31. Mai 2012 bis 31. Dezember 2012; maximal 20 % ab dem 1. Januar 2013.

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund 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 Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweismwürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat in der hier angefochtenen Verfügung vom 7. August 2014 (act. II 119) in medizinischer Hinsicht massgeblich auf die Ergebnisse der polydisziplinären Begutachtung (vgl. E. 3.1.12 hiervor) abgestellt. Das MEDAS-Gutachten vom 10. September 2013 (act. II 92.1-92.5) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 3.2 hiervor). Es ist für die streitigen Belange umfassend und beruht auf eigenen

Abklärungen der jeweiligen Spezialärzte. Weiter berücksichtigt es die geklagten Beschwerden sowie die erhobenen Befunde und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die dargelegten medizinischen Zusammenhänge leuchten ein und die Schlussfolgerungen sind begründet. Dem Gutachten kommt somit voller Beweiswert zu. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt führt zu keinem anderen Ergebnis:

3.3.1 Sie macht zunächst geltend, im psychiatrischen Teilgutachten würden die von Dr. med. H._____ festgestellten Auswirkungen der psychischen Beeinträchtigungen relativiert. Mit diesen Vorbringen verkennt die Beschwerdegegnerin, dass die Beurteilungen im psychiatrischen Teilgutachten weitgehend in Übereinstimmung stehen mit den Einschätzungen der behandelnden Psychiaterin. Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte eine remittierte bzw. sich in Remission befindliche Panik- und Anpassungsstörung und ging, basierend auf eigenen Abklärungen sowie den Berichten der behandelnden Psychiaterin, von einer von Juli bis Dezember 2012 bestehenden 100 %igen Arbeitsunfähigkeit bei einer sich zum Jahresende hin ergebenden Remissionstendenz aus. Diese Einschätzung fügt sich in das von Dr. med. H._____ dargestellte Gesamtbild ein, wonach die Prognose als gut zu beurteilen sei (act. II 54 S. 2) und die psychische Situation sich seit Dezember 2012 deutlich verbessert habe (act. II 61 S. 2). Auch hinsichtlich der gestellten Diagnosen decken sich die Angaben der behandelnden Psychiaterin und des psychiatrischen Gutachters weitgehend (vgl. E. 3.1.11 und E. 3.1.12 hiervor). Dass Dr. med. H._____ die Arbeits- und Leistungsunfähigkeit höher einschätzt, hat auf die Massgeblichkeit des Gutachtens keinen Einfluss. Während der psychiatrische Gutachter die gestellten Diagnosen und das formulierte Zumutbarkeitsprofil ausführlich begründete, wurde in den Berichten von Dr. med. H._____ – wie der RAD in der Stellungnahme vom 15. Juni 2014 (act. II 118) richtig dargelegt hat – nicht erläutert, warum trotz guter Prognose und festgestellter Verbesserung der psychischen Situation von einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Es entspricht zudem einer vom Gericht zu berücksichtigenden Erfahrungstatsache, dass behandelnde Spezialärzte ebenso wie Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen

(BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.3.2 Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, die Schlussfolgerung im orthopädischen Teilgutachten, wonach aus orthopädischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt, stehe in klarem Widerspruch zu den aus dem Belastbarkeitstraining gewonnenen Erkenntnissen und sei demnach offensichtlich falsch. Dem kann nicht gefolgt werden. Die orthopädischen Gutachter beurteilten die in vormaligen Arztberichten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % bzw. 50 % von Februar bis Ende Juni 2011 sowie die anschliessende vollständige Arbeitswiederaufnahme als nachvollziehbar und attestierten der Versicherten eine volle Arbeitsfähigkeit in der erlernten Tätigkeit als ... und der ausgeübten Tätigkeit als ... in der I. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... mit einem Pensum von 70 % beurteilten sie ebenfalls als uneingeschränkt zumutbar. Diese Einschätzung überzeugt, zumal aus orthopädischer Sicht von den behandelnden Ärzten bereits seit Juli 2011 eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert wird (vgl. E. 3.1.4 und 3.1.5 hiervor) und bei der Begutachtung im Mai 2013 ein insgesamt erfreulicher Verlauf in Bezug auf die Rückenproblematik festgestellt werden konnte. Die Beurteilung der Gutachter ist auch insofern nachvollziehbar, als – wie die Gutachter in schlüssiger Weise und mit Verweis auf die anderen Teilgutachten darlegen – die Restbeschwerden nicht auf die Rückenproblematik, sondern vielmehr auf den erlittenen Aortenriss zurückzuführen sind.

3.3.3 Schliesslich macht die Beschwerdeführerin geltend, das im polydisziplinären Gutachten definierte Zumutbarkeitsprofil widerspreche den aus dem Belastungstraining gewonnenen Erkenntnissen. Dazu ist Folgendes festzustellen: Zwar wurde in der Stellungnahme der Eingliederungsfachperson vom 27. Februar 2012 (act. II 109) ausgeführt, das Belastbarkeitstraining sei aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen worden und eine Steigerung von 30 % auf 50 % sei zur Zeit nicht möglich, jedoch basierte die entsprechende Stellungnahme einzig auf Angaben der Beschwerdeführerin und ihrer Vorgesetzten. Aus der Stellungnahme geht hervor, dass die Versicherte mit dem Hausarzt bisher keine Lösung habe finden können und die von der Psychiaterin empfohlene Schmerztherapie bisher nicht in An-

griff genommen worden sei. Den Ausführungen zum Belastbarkeitstraining liegen damit keine medizinischen Angaben zugrunde, sondern sie beruhen vielmehr auf einer berufspraktischen Beurteilung, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. August 2012, 9C_262/2012, E. 4.4). Dass das Belastungstraining zum Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung noch nicht abgeschlossen war, schadet der Massgeblichkeit des Gutachtens somit entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht.

3.3.4 Nach dem Gesagten hat sich die Beschwerdegegnerin in der hier angefochtenen Verfügung zu Recht auf das voll beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 10. September 2013 (act. II 92) gestützt und es bestand für sie kein Anlass, zusätzliche Abklärungen vorzunehmen oder ein Verlaufsgutachten einzuholen. Der Sachverhalt ist somit hinreichend erstellt, weshalb sich – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde – weitere Beweiserhebungen erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Die von der Beschwerdeführerin gerügte ungenügende Abklärung des Sachverhalts sowie die Rüge der Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör erweisen sich demnach als unbegründet.

3.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gemäss dem schlüssigen und voll beweiskräftigen MEDAS-Gutachten (act. II 92.2-92.5) infolge Rückenleidens von Februar 2010 bis 14. August 2010 eine 100 %ige und vom 15. August 2010 bis 30. Juni 2011 eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Weiter ist erstellt, dass die Versicherte vom 1. Juli 2011 bis 30. Mai 2012 vollständig arbeitsfähig war, bevor aufgrund kardialer und psychischer respektive neuropsychologischer Einschränkungen vom 31. Mai 2012 bis 31. Dezember 2012 die Arbeitsfähigkeit wiederum zu 100 % eingeschränkt war. Ab dem 1. Januar 2013 wird eine Arbeits- und Leistungsunfähigkeit von maximal 20 % attestiert. Auf dieser Grundlage ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

4.1 In Bezug auf die Berechnung des Invaliditätsgrades basiert die angefochtene Verfügung vom 7. August 2014 (act. II 119) auf dem Ab-

klärungsbericht Haushalt vom 17. Juli 2012 (act. II 46) sowie der Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 7. Februar 2014 (act. II 108 S. 3 ff.). Davon ausgehend, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit zu 80 % erwerbstätig und zu 20 % im Haushalt tätig wäre, wurde im genannten Abklärungsbericht ein Gesamtinvaliditätsgrad von gewichtet 26 % ermittelt.

Der im Abklärungsbericht festgelegte Status von 80 % Erwerb und 20 % Haushalt blieb von der Beschwerdeführerin unbestritten und es liegen keine Hinweise vor, die eine Anpassung des Status erfordern würden. Damit ist nachfolgend der Invaliditätsgrad anhand der gemischten Methode zu ermitteln (vgl. E. 2.3.2 hiervor), wobei die Invaliditätsbemessung für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit vom 1. Februar 2010 bis 30. Juni 2011 und der erneut attestierten Arbeitsunfähigkeit ab 31. Mai 2012 separat zu erfolgen hat (vgl. E. 4.2-4.4 und E. 4.5 hiernach).

4.2 Zunächst ist die Einschränkung im Erwerbsbereich zu bestimmen.

4.2.1 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).

In Bezug auf die Rückenproblematik ist eine wesentliche Arbeitsunfähigkeit ab Februar 2010 ausgewiesen; die IV-Anmeldung erfolgte im März 2010 (act. II 2). Das diesbezügliche Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war demnach im Februar 2011 erfüllt (vgl. E. 2.2 hiervor), weshalb für den Einkommensvergleich die Verhältnisse ab Februar 2011 massgebend sind.

4.2.2 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 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

Wie sich aus den Akten ergibt und im Abklärungsbericht Haushalt richtig erfasst wurde, war die Beschwerdeführerin vor der im Februar 2010 eingetretenen Arbeitsunfähigkeit zu 70 % als ... bei der J. _____, Präzisionsmechanik, tätig (act. II 13) und arbeitete zwei Mal im Monat als ... in der I. _____ (act. II 15). Gemäss dem Auszug aus dem individuellen Konto betrug das Erwerbseinkommen im Jahre 2009 bei der J. _____ Fr. 35'150.-- und bei der I. _____ Fr. 4'549.-- (act. II 64 S. 3). Dies entspricht indexiert auf das Jahr 2011 einem Valideneinkommen von Fr. 40'507.90 (Fr. 39'699 x 2604 / 2552 [vgl. Tabelle 39 des BFS, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2012, Nominallöhne, Index, Frauen, 2009 und 2011]).

4.2.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Von Februar bis Juni 2011 war die Versicherte zu 50 % arbeitsunfähig. Wird das im Abklärungsbericht Haushalt in nicht zu beanstandender Weise errechnete Invalideneinkommen von Fr. 28'009.20 (act. II 46 S. 5 Ziff. 3.8) auf das Jahr 2011 indexiert, so resultiert daraus ein Betrag von Fr. 28'579.90 (Fr. 28'009.20 x 2604 / 2552 [vgl. E. 4.2.2 hiervor]).

4.2.4 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen (vgl. E. 4.2.2 und 4.2.3 hiervor) resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 11'928.-- bzw. ein Invaliditätsgrad von gerundet 29 % (zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 f. S. 123). Damit ergibt sich für den Teilbereich Erwerbstätigkeit ein gewichteter Invaliditätsgrad von 23.5 % (29 % x 0.8).

4.3 Im Weiteren ist die Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt zu bestimmen.

4.3.1 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Mei-

nungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63).

4.3.2 Der Abklärungsbericht Haushalt vom 17. Juli 2012 (act. II 46) samt Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 7. Februar 2014 (act. II 108 S. 3 ff.) erfüllt die Anforderungen der vorerwähnten höchstrichterlichen Rechtsprechung und überzeugt. Die darin enthaltenen Feststellungen der fachkundigen Abklärungsperson basieren auf eigenen, vor Ort und in Anwesenheit der Beschwerdeführerin durchgeführten Erhebungen. Hinsichtlich der Gewichtung der Tätigkeitsbereiche ist der Bericht ausreichend detailliert und den Angaben der Beschwerdeführerin wurde angemessen Rechnung getragen. Die ebenfalls durch den Abklärungsdienst verfasste Stellungnahme vom 7. Februar 2014 erfolgte unter Berücksichtigung der neusten, im MEDAS-Gutachten dargelegten medizinischen Erkenntnisse. Auf den Abklärungsbericht Haushalt sowie die Stellungnahme ist abzustellen und es besteht kein Anlass, in das Ermessen der Abklärungsperson einzugreifen.

4.3.3 In Bezug auf den Aufgabenbereich wurde im Abklärungsbericht Haushalt in nachvollziehbarer Weise eine Einschränkung von 11 % ermittelt, was gewichtet einem Invaliditätsgrad von 2.2 % ($0.2 \times 11\%$) entspricht. Zwar wird in der Beschwerde geltend gemacht, die Einschränkungen seien grösser als dies im Bericht und entsprechend auch in der angefochtenen Verfügung festgehalten wurde, es wird hingegen nicht substantiell dargelegt, inwiefern und warum der Invaliditätsgrad im Haushalt mehr als 11 % betragen soll, was auch nicht einsichtig wäre. Die Beschwerdegegnerin hat damit für die Invaliditätsbemessung im Aufgabenbereich zu Recht auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 17. Juli 2012 abgestellt.

4.4 Bei einem Status von 80 % Erwerb und 20 % Haushalt resultiert unter Anwendung der gemischten Methode für die bis Ende Juni 2011 andauernde Arbeitsunfähigkeit ein Gesamtinvaliditätsgrad von gewichtet 25.8 % ($[0.8 \times 29.44 \text{ \%}] + [0.2 \times 11 \text{ \%}]$), wodurch der rentenrelevante Mindestwert von 40 % (vgl. E. 2.2. hiervor) nicht erreicht wird.

Nichts anderes ergäbe sich, ginge man entsprechend dem Vorbringen in der Beschwerde von einem höheren Valideneinkommen von Fr. 44'248.-- aus. Diesfalls resultierte bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 15'668.10 ein erwerblicher Invaliditätsgrad von gerundet 35 % ($\text{Fr. } 15'668.10 \times 100 / \text{Fr. } 44'248.--$), was einem rentenausschliessenden Gesamtinvaliditätsgrad von gewichtet 31 % ($[0.8 \times 35.41 \text{ \%}] + [0.2 \times 11 \text{ \%}]$) entspräche.

4.5 Im Zeitraum vom 1. Juli 2011 bis zum 30. Mai 2012 war die Versicherte zu 100 % arbeitsfähig, wodurch ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG i.V.m. Art. 29^{ter} der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Nachdem die ab Ende Mai 2012 neu attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit ihren Grund allein in der am 31. Mai 2012 erlittenen Aortendissektion und deren Folgen hatte, liegt ein neuer Gesundheitsschaden vor, für den die Wartefrist neu zu absolvieren ist (SVR 2009 IV Nr. 27 S. 75 E. 7.4; Entscheid des EVG vom 10. Dezember 2001, I 179/01, E. 3a). Das Wartejahr diesen Gesundheitsschaden betreffend ist demnach Ende Mai 2013 abgelaufen. Die ab 31. Mai 2012 attestierte 100 %ige Arbeitsunfähigkeit dauerte indessen nur bis Ende Dezember 2012, seither beträgt die Arbeitsunfähigkeit maximal 20 %. Zwar wäre Ende Mai 2013 das Erfordernis der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 40 % während eines Jahres erfüllt, jedoch bestand ab diesem Zeitpunkt offensichtlich keine Invalidität von mindestens 40 % (da bereits bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad resultiert [E. 4.4 hiervor], was bei einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % erst recht gelten muss). In der Folge ist ein Rentenanspruch auch für diese Zeit zu verneinen.

4.6 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass im Zeitraum von Februar 2010 bis Juni 2011 aufgrund eines Invaliditätsgrades von lediglich 26 % bzw. 31 % der rentenrelevante Schwellenwert nicht erreicht wurde. Weiter besteht auch in Bezug auf die ab Mai 2012 attestierte Ar-

beitsunfähigkeit kein Rentenanspruch, da nach Ablauf der Wartefrist die Invalidität nicht mindestens 40 % betrug.

An diesem Ergebnis ändert das Urteil der zweiten Kammer des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte vom 2. Februar 2016 i.S. di Trizio c. Schweiz (Nr. 7186/09), welches in der Zwischenzeit rechtskräftig geworden ist, nichts. Der vorliegende Fall ist mit jenem nicht vergleichbar. Die Beschwerdeführerin hat gegenüber ihren erwachsenen Kindern keine Betreuungspflichten mehr und der Status war bzw. ist vor wie nach Eintritt des Gesundheitsschadens unverändert, weshalb eine Verletzung der Achtung des Familienlebens durch die Anwendung der gemischten Invaliditätsbemessungsmethode von vornherein nicht ersichtlich ist (vgl. Entscheid des BGer vom 12. Februar 2016, 8C_633/2015, E. 4.3).

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 7. August 2014 (act. II 119) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist 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. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Angesichts ihres Unterliegens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher 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.