

200 17 1012 IV  
SCJ/COC/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 14. Juni 2018**

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Furrer  
Gerichtsschreiberin Collatz

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Oktober 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1960 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 20. September 2015 unter Hinweis auf eine Diskushernie lumbal mit Sequesterbildung bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei holte sie insbesondere eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 45) ein. Gestützt auf diese Erhebungen stellte sie mit Vorbescheid vom 1. März 2017 (AB 46) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 100% ab 1. Mai 2016 die Zusprache einer ganzen IV-Rente und ab 1. November 2016 bei einem IV-Grad von 51% die Zusprache einer halben IV-Rente in Aussicht. Mit diesem Vorbescheid zeigte sich der Rückversicherer der Pensionskasse der Versicherten nicht einverstanden (AB 49, 51).

In der Folge stellte die IVB mit Vorbescheid vom 13. Juni 2017 (AB 54) bei einem IV-Grad von 100% ab 1. Mai 2016 erneut die Zusprache einer ganzen IV-Rente und ab 1. November 2016 bei einem IV-Grad von nunmehr 41% die Zusprache einer Viertelsrente in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte Einwand (AB 56). Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD (AB 59) sprach die IVB mit Verfügung vom 20. Oktober 2017 (AB 61) – wie im Vorbescheid angekündigt – ab 1. Mai 2016 eine ganze IV-Rente und ab 1. November 2016 eine Viertelsrente zu.

### **B.**

Hiergegen liess die Versicherte am 17. November 2017 Beschwerde erheben und die kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer ganzen Rente ab Mai 2016 und einer halben IV-Rente ab November 2016 beantragen. Eventualiter sei die Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen.

In der Beschwerdeantwort vom 11. Januar 2018 schloss die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf eine weitere Stellungnahme des RAD (AB 65) auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 21. März 2018 und Duplik vom 27. April 2018 hielten die Parteien an ihren Ausführungen und 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 vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 20. Oktober 2017 (AB 61). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Folglich ist vorliegend der grundsätzliche Anspruch auf eine IV-Rente, unter Einschluss der unbestritten gebliebenen Zusage einer ganzen Invalidenrente von Mai bis Oktober 2016, zu prüfen.

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

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

## **2.**

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

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

**2.3** Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durch-

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

**2.5** Ändert sich der IV-Grad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

### **3.**

**3.1** Bezüglich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

**3.1.1** Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 20. Oktober 2015 (AB 17) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere eine Diskushernie LWK3/4 mit Kompression der Nervenwurzel L3 rechts (S. 2 Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin leide seit Mitte April 2014 unter zunehmenden Lumboischialgien mit Schmerzausstrahlung und Schwächegefühl rechtes Bein. Nachdem am 6. Mai 2015 eine Infiltration L3 Wurzel rechts keine Besserung gebracht habe, sei die Diskushernie LWK3/4 am 16. Juni 2015 operativ saniert worden mit Rezidiveingriff am 27. Juni 2015. Wegen Schmerzexazerbation sei am 21. August 2015 erneut ein operativer Eingriff erfolgt. Seither sei der Verlauf zufriedenstellend mit Schmerzabnahme (S. 3 Ziff. 1.4). Die Fachärztin attestierte ab dem 6. Mai 2015 bis aktuell eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). In der Folge bescheinigte sie weiterhin eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (AB 22.1 S. 3, 22.2 S. 1 f.).

**3.1.2** Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Zentrum E.\_\_\_\_\_, diagnostizierte im Bericht vom 25. Mai 2016 (AB 25) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere einen Verdacht auf einen tiefen Wundinfekt, differentialdiagnostisch ein Serom auf Höhe L2/3, bei einem Status nach Coflex-Entfernung L2/3 vom 29. März 2016 und nach Débridement, Probenentnahmen und Wundverschluss vom 25. April 2016 (S. 2 Ziff. 1.1). Aktuell bestünden ein tiefer Wundinfekt L2/3 und belastungsabhängige Rückenschmerzen präoperativ. Er attestierte ab dem 25. April 2016 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 5 Ziff. 1.6 f.).

**3.1.3** Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 15. September 2016 (AB 35) insbesondere ein monoradikuläres sensomotorisches Syndrom L3 rechts und chronische Lumbalgien (S. 4). Die Beschwerdeführerin berichte über sensible Störungen mit Hypästhesie/Schmerzen in der Lokalisation L3 rechts am Oberschenkel und am Unterschenkel. Schmerzen in der LWS

der oberen/mittleren Etage über den Processus spinosus habe sie ebenfalls, aber ohne klare Abstrahlung in das rechte Bein. Dazu habe die Kraft im Bein rechts erheblich nachgelassen in der Hüftbeugung und in der Kniestreckung, sodass das Treppensteigen schwer falle. Diese Beschwerden träten seit der ersten LWS-Operation vom 18. Juni 2015 auf (S. 1). Die (nachfolgenden) Eingriffe hätten keinen Einfluss auf ihre aktuellen Beschwerden im rechten Bein und deren Verlauf gehabt. Unter einer körperlichen Belastung würden die Beschwerden im rechten Bein nicht intensiver und unter Schonung und Ruhebedingungen nicht weniger. Deshalb könne sie derzeit nur 50% arbeiten (S. 2). Klinisch und anamnestisch bestünden eine sensible Störung im Dermatome L3/4 und eine Parese der L3 innervierten Kennmuskulatur am ventralen Becken/Oberschenkel rechts. Diese Störungen seien durch die nach der Operation vom 18. Juni 2015 folgenden Eingriffe weder positiv noch negativ beeinflusst worden. In der neurologischen körperlichen Untersuchung zeigten sich keine fokalneurologischen Hinweise oder klare Hinweise auf andere spinale oder zentral/zerebrale Störungsbilder. In der elektroneuromyographischen Messung fänden sich gute motorische und sensible NLG (Nervenleitgeschwindigkeit) sowie

F-Wellen. Im EMG des Musculus vastus lateralis seien nur wenige chronisch neurogene Denervierungszeichen zu eruieren gewesen, sodass von einer langfristigen noch weiteren remittiven Prognose auszugehen sei (bis zu zwei Jahren Regenerationszeiten möglich). Somit seien aber auch keine anderen additiven peripheren neurogenen Kompressionsstörungen, keine peripheren systemischen neurogenen Erkrankungen oder eine nachweisbare Myopathie zu konstatieren (S. 4 f.).

**3.1.4** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ berichtete im Bericht vom 2. Dezember 2016 (AB 37) über einen stationären Gesundheitszustand. Es bestünden persistierende lumbale Rückenschmerzen, intermittierend auftretende Ausstrahlungsschmerzen ins rechte Bein sowie eine persistierende Hüftschwäche rechtsseitig (S. 2 Ziff. 1 und 3). Aufgrund der relevanten, belastungsabhängigen Restbeschwerden sei es nicht realistisch, dass die Beschwerdeführerin ihr Pensum über 50% steigern könne. Zudem bestehe immer noch eine Beinschwäche auf der rechten Seite. Diesbezüglich habe sich bildgebend kein Hinweis auf eine persistierende Neurokompression ergeben. Die aktu-

elle Tätigkeit sei weiterhin zumutbar, jedoch bei erhöhtem Pausenbedarf, insbesondere auch Liegen zur Reduktion der Schmerzen. Zumutbar seien wechselnde Tätigkeiten, ohne Heben von Lasten über 5-10kg und ohne Zwangshaltungen in Inklination (S. 3 Ziff. 9, 11, 13 f.).

**3.1.5** Die RAD-Ärztin Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 20. Februar 2017 (AB 45) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Diskushernie L3/4 rechts (S. 5). Es würden keine funktionellen Einschränkungen beschrieben. In der angestammten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin 50% arbeitsfähig. In einer angepassten wechselbelastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten, ohne Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern, ohne Umwelteinflüsse wie Zugluft, Kälte oder Nässe, ohne vorwiegende Überkopfarbeit, ohne absturzgefährdetes Arbeiten und Steigen auf Gerüsten, Leitern und Dächern, ohne repetitive Rumpfrotation im Sitzen/Stehen und ohne ständiges Begehen von Treppen bestehe drei Monate seit der letzten Operation (vom 25. April 2016), d.h. ab August 2016, eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit. Die Leistungsminderung von 20% sei einem vermehrten Pausenbedarf geschuldet (S. 6).

Nachdem der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin im Rahmen des Vorbescheidverfahrens unter Hinweis auf den Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 15. September 2016 (AB 35) geltend gemacht hatte, dass zusätzlich zu den Rückenbeschwerden eine Lähmung der Kennmuskulatur L3 am Becken/Oberschenkel rechts bestehe, was von der Beschwerdegegnerin nicht berücksichtigt worden sei (AB 56 S. 2), nahm die RAD-Ärztin Dr. med. G. \_\_\_\_\_ am 14. September 2017 nochmals Stellung (AB 59). Als Kennmuskulatur des Bereichs L3/4 werde der Musculus quadriceps und der Musculus tibialis anterior bezeichnet, wobei Ersterer für die Kniestreckung und Letzterer für die Fusshebung zuständig sei. Bei der Lähmung des Musculus quadriceps sei das Einknicken des Kniegelenkes typisch. Die Lähmung des Musculus tibialis anterior führe zu einem Steppergang. Beide Phänomene fänden sich in der Untersuchung von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nicht. Den unstrittigen Gesundheitsschäden nach fünf Wirbelsäulenoperationen sei insofern Rechnung getragen worden, als die Ar-

beitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit mit 50% klar eingeschränkt sei. In einer angepassten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit sei jedoch eine höhere Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch möglich. Das Zumutbarkeitsprofil vom 20. Februar 2017 sei mangels neuer medizinischer Berichte weiterhin gültig (S. 2).

**3.1.6** Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Zentrum E.\_\_\_\_\_, diagnostizierte im – zusammen mit der Beschwerde eingereichten – Bericht vom 2. November 2017 (Beschwerdebeilage [BB] 3) insbesondere eine persistierende Hüftbeugerschwäche M3-M4 rechts, welche sich trotz intensiver Physiotherapie und selbstständiger Mobilisation nicht massgeblich gebessert habe. Die Beschwerdeführerin gebe vor allem Probleme bei längerer Gehstrecke an. Hier habe sie das Gefühl, dass sie das Bein mit grosser Anstrengung nach vorne ziehen müsse. Auch das Treppensteigen sei limitiert. Rennen könne sie nicht (S. 1). In ihrem Beruf als ... müsse die Beschwerdeführerin viel stehen und umherlaufen sowie auch körperliche Arbeiten durchführen. Dabei sei sie mit einem 50%-Pensum an der Grenze. Eine Steigerung sei nicht möglich. Es bestehe auch ein Ausdauerdefizit, so dass nach vier Stunden umherlaufen die Arbeitstätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 50% sei nicht realistisch (S. 2).

**3.1.7** Dr. med. F.\_\_\_\_\_ bestätigte im Bericht vom 7. November 2017 (BB 4) die im Bericht vom 15. September 2016 (AB 35) gestellten Diagnosen. Klinisch und anamnestisch bestehe immer noch eine sensible Störung im Dermatome L3 rechts und eine Parese der L3 innervierten Kennmuskulatur am ventralen Becken/Oberschenkel rechts. In der elektroneuromyographischen Messung hätten sich gute periphere motorische und sensible NLG und F-Wellen und ein chronisch neurogen-denerviertes EMG im Kennmuskel L3 rechts gefunden. Sonstige additive periphere neurogene Kompressionsstörungen, periphere systemische neurogenen Erkrankungen oder eine Myopathie lägen nicht vor. Zum Erhalt der verbliebenen Motorik empfahl der Orthopäde eine Fortsetzung der Physiotherapie. Insgesamt gehe er von einem Dauerzustand aus, weil die Regenerationsoptionen der neurogenen Strukturen nach ca. zwei Jahren in der Regel erschöpft seien.

Somit wäre ein langfristiges Arbeitspensum von 50%, d.h. vier Stunden am Tag, zu empfehlen (S. 4).

**3.1.8** Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nahm der RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Tropen- und Reisemedizin, am 3. Januar 2018 Stellung (AB 65). Bei der Beschwerdeführerin sei (spätestens) seit der Diskushernienoperation vom 18. Juni 2015 ein sensomotorisches Syndrom L3 rechts nachweisbar. Neben den Sensibilitätsstörungen im Dermatome L3 und dem fehlenden Patellarsehnenreflex rechts sei eine Abschwächung der Quadrizepsmuskulatur und des Musculus iliopsoas im Schweregrad M3-4 nachweisbar. Seit der Operation im Juni 2015 und der Untersuchung bei Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im September 2016 habe sich anamnestisch eine deutliche Besserung eingestellt, wobei sich die Beschwerden bis zu zwei Jahre nach dem Zeitpunkt der Schädigung, d.h. Juni 2017, weiter bessern könnten. Die erwähnte motorische Schwäche im Quadrizeps und des Musculus iliopsoas führe zu einer deutlichen Minderbelastbarkeit beim Treppensteigen und einer leichten Minderbelastbarkeit beim Gehen, vor allem auf unebenem Gelände, beim Bücken, beim Aufstehen, etc. Beim Sitzen auf einem ergonomischen Stuhl sollten sich keine sehr relevanten Einschränkungen ergeben. Hingegen sei die mehrfach operierte Lendenwirbelsäule vermindert belastbar, weshalb ganztägiges bzw. stundenweise anhaltendes Sitzen nicht dem Leiden angepasst sei. Vielmehr sei eine wechselbelastende Tätigkeit, mit kurzen Wegstrecken, ohne häufiges Treppensteigen, Bücken und Lastentragen anzustreben. Lasten sollten nur bis 5 kg zugemutet werden. Nach Möglichkeit sollte die Beschwerdeführerin je nach Bedarf ihre Position ändern können (sitzen, stehen, gehen). Bei einer solchermassen gut angepassten Tätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit von 80% zumutbar. Die angestammte Tätigkeit sei zwar besser bezahlt als eine beliebige oben erwähnte einfache und wechselbelastende angepasste Tätigkeit ohne Ausbildung, aber nur zu 50% zumutbar, da mit dieser Tätigkeit nicht alle Kriterien einer optimal angepassten Tätigkeit erfüllt seien (S. 3).

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat,

unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

### **3.3**

**3.3.1** Vorliegend erfüllt der Aktenbericht des RAD-Arztes Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 3. Januar 2018 (AB 65) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor). Dass der Facharzt keine eigene Untersuchung durchgeführt hat, schadet nicht. Denn die Voraussetzungen für einen rechtsgenügenden Aktenbericht (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b) sind vorliegend erfüllt. Insbesondere sind Anamnese und Verlauf ausführlich in den Akten dokumentiert. Der RAD-Arzt hat gestützt auf die medizinischen Vorakten nachvollziehbar dargelegt, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als ... zu 50% zumutbar ist. Ferner hat er schlüssig begründet, dass in einer angepassten, einfachen, wechselbelastenden Tätigkeit (mit kurzen Wegstrecken, ohne häufiges Treppensteigen, Bücken und Lastentragen, ohne Lasten über 5 kg, mit der Möglichkeit von Positionswechseln) eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit besteht (AB 65 S. 3). Diese Einschätzung ist nicht nur für sich allein

nachvollziehbar und überzeugend, sondern sie steht auch (nahezu) im Einklang mit derjenigen der RAD-Ärztin Dr. med. G. \_\_\_\_\_ in den Berichten vom 20. Februar 2017 (AB 45) und 14. September 2017 (AB 59). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (Replik S. 4) hat der RAD-Arzt das Zumutbarkeitsprofil unter Berücksichtigung der bestehenden Rücken- und der Beinbeschwerden rechts erstellt und damit insbesondere auch Letzteren Bedeutung zugemessen, indem er nur noch kurze Wegstrecken, kein häufiges Treppensteigen, Bücken und Lastentragen als zumutbar erachtet hat (AB 65 S. 3).

An der schlüssigen Einschätzung des RAD-Arztes ändert nichts, dass Dr. med. H. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 2. November 2017 (BB 3) eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 50% als nicht realistisch beurteilt und Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 7. November 2017 (BB 4) ein langfristiges Arbeitspensum von 50% empfohlen hat (vgl. auch die beiden E-Mail von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ und von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ jeweils vom 16. November 2017 an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, in welchen die beiden Fachärzte an ihren bisherigen Beurteilungen festhielten; Beschwerde S. 3 ff.). Denn der RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ hat sich in seiner Beurteilung – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Replik S. 2 Ziff. III 1) – mit diesen beiden Berichten sorgfältig auseinandergesetzt. Dabei bestätigte er die von den behandelnden Ärzten beschriebene Abschwächung der Quadrizepsmuskulatur und des Musculus iliopsoas im Schweregrad M3-4, was zu einer deutlichen Minderbelastbarkeit beim Treppensteigen und einer leichten Minderbelastbarkeit beim Gehen, beim Bücken und beim Aufstehen führe. Aufgrund der mehrfach operierten Lendenwirbelsäule sei zudem ganztägiges sowie stundenweise anhaltendes Sitzen dem Leiden nicht angepasst. Unter Berücksichtigung der bestehenden Einschränkungen hat der RAD-Arzt weiter nachvollziehbar begründet, weshalb er das bisherige Zumutbarkeitsprofil der RAD-Ärztin Dr. med. G. \_\_\_\_\_ leicht modifiziert habe, indem er lediglich noch eine wechselbelastende Tätigkeit für zumutbar hielt, wobei die Beschwerdeführerin je nach Bedarf ihre Position ändern können sollte. In einer solchen angepassten Tätigkeit sei aber weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit von 80% auszugehen (AB 65 S. 3). Dazu kommt, dass sich weder Dr. med. H. \_\_\_\_\_ noch Dr. med. F. \_\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätig-

keit geäussert haben. Bei Fachärzten beziehen sich in ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit offensichtlich auf die angestammte Tätigkeit als ..., womit ihre Beurteilung im Übrigen im Einklang steht mit derjenigen des RAD-Arztes.

Soweit die Beschwerdeführerin letztlich geltend macht, dass sie in der zurzeit ausgeübten Tätigkeit als ... optimal eingegliedert sei (Beschwerde S. 3 Ziff. 2), kann ihr nicht gefolgt werden. Denn der RAD-Arzt hat dargelegt, dass die angestammte Tätigkeit nicht vollumfänglich dem Zumutbarkeitsprofil einer angepassten Tätigkeit entspricht, was ohne weiteres nachvollziehbar ist.

**3.3.2** Bezüglich des Beginns resp. Verlaufs der bestehenden Arbeitsunfähigkeit geht aus dem Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2015 (AB 17) hervor, dass aufgrund der bestehenden Rückenbeschwerden ab dem 6. Mai 2015 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat (S. 3 Ziff. 1.6; AB 22.1 S. 3, 22.2 S. 1 f.). Diese vollständige Arbeitsunfähigkeit hielt aufgrund von zwei operativen Eingriffen im März und April 2016 vorerst unverändert an (vgl. Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 25. Mai 2016; AB 25).

Weiter hat die RAD-Ärztin Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 20. Februar 2017 (AB 45) nachvollziehbar dargelegt, dass drei Monate nach dem letzten operativen Eingriff vom 25. April 2016 eine revisionsrechtlich relevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist und dass ab August 2016 in der angestammten Tätigkeit eine 50%-ige und in einer angepassten Tätigkeit eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit besteht (S. 6). Dabei stützte sie sich insbesondere auf die Angaben von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 2. Dezember 2016 (AB 37), wonach die Beschwerdeführerin anlässlich der letzten Kontrolle vom 1. September 2016 von einer besseren Schmerzsituation als vor der Coflex-Entfernung vom 29. März 2016 gesprochen habe. Es bestünden lediglich noch relevante Restbeschwerden belastungsabhängig sowie eine Beinschwäche auf der rechten Seite (S. 2 f.). Ferner steht diese Beurteilung im Einklang mit der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin ab Mitte Juli 2016 ihre Arbeit wieder zu 50% aufgenommen hat (AB 32 S. 2 Ziff. 4). Anderslautende medizinische Beurteilungen bezüglich des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit, die diejenige der

RAD-Ärztin in Zweifel ziehen könnten, finden sich vorliegend nicht. Diese wird im Übrigen von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten.

**3.4** Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin ab dem 6. Mai 2015 vollständig arbeitsunfähig war. Ab August 2016 ist in der angestammten Tätigkeit als ... von einer 50%-igen und in einer angepassten Tätigkeit von einer 80%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der Sachverhalt ist somit hinreichend erstellt, weshalb sich – entgegen dem Antrag in der Beschwerde (S. 2) – weitere Beweiserhebungen erübrigen.

Nachfolgend ist der IV-Grad mittels Einkommensvergleichs zu ermitteln.

#### **4.**

##### **4.1**

**4.1.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

**4.1.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (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 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

**4.2** 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 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Vorliegend bestand ab dem 6. Mai 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. 3.3 hiervor). Der frühest mögliche Rentenbeginn ist deshalb unter Berücksichtigung des Wartejahres und der Anmeldung im September 2015 (AB 1) in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf Mai 2016 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich durchzuführen.

**4.3** Ab Mai 2016 besteht bei einer vollen Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.3 und 3.4 hiervor) ein IV-Grad von 100% und damit ein Anspruch auf eine ganze IV-Rente.

**4.4** Ab August 2016 ist in einer angepassten Tätigkeit von einer 80%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (vgl. E. 3.3 hiervor). Diese gesundheitliche Verbesserung, welche nach drei Monaten zu berücksichtigen ist (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]), stellt einen Revisionsgrund dar (vgl. E. 2.5 hiervor), weshalb ab November 2016 eine weitere Invaliditätsbemessung vorzunehmen ist:

**4.4.1** Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen gestützt auf die Angaben der Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin, der J. \_\_\_\_\_ AG, ermittelt (AB 61 S. 5), was nicht zu beanstanden ist. Gegenteiliges wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht geltend gemacht. Dies ergibt ausgehend von dem im Jahr 2015 als ... erzielten Einkommen von Fr. 86'463.-- [Fr. 6'651.-- x 13; AB 40 S. 3 Ziff. 2.10] zuzüglich den von der Beschwerdegegnerin ermittelten und nicht zu beanstanden mutmasslichen Wochenend- und Nachtzulagen von Fr. 1'649.-- (AB 61 S. 5) und auf das massgebende Jahr 2016 aufgerechnet ein Valideneinkommen von Fr. 88'728.80 (Fr. 86'463.-- + Fr. 1'649.-- : 100 x 100.7 [Bundesamt für Statistik {BFS}], Nominallohnindex Frauen 2016, Tabelle T1.2.15, lit. Q).

**4.4.2** Die Beschwerdeführerin ist weiterhin bei der J. \_\_\_\_\_ AG als ... angestellt; dies zu einem Pensum von 50% seit dem 1. Juni 2017 (AB 40). Da diese Arbeitsstelle jedoch nicht einer angepassten Tätigkeit entspricht und sie zudem in dieser ihre Restarbeitsfähigkeit von 80% (in einer angepassten Tätigkeit) nicht ausschöpft, hat die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen zu Recht gestützt auf die Tabellenlöhne (LSE 2014) ermittelt (vgl. E. 4.1.2 hiavor).

Die Beschwerdeführerin ist in einer angepassten Tätigkeit (einfach, wechselbelastend, mit kurzen Wegstrecken, ohne häufiges Treppensteigen, Bücken und Lastentragen, ohne Lasten über 5 kg, mit der Möglichkeit von Positionswechseln) zu 80% arbeitsfähig (vgl. E. 3.3 hiavor). Dieses medizinisch-theoretische Zumutbarkeitsprofil ist – entgegen der Auffassung in der Replik (S. 3) – umsetzbar resp. verwertbar. Denn das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln. Dieser theoretische und abstrakte Begriff dient dazu, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Ein ausgeglichener Arbeitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei

welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2017 IV Nr. 64 S. 201 E. 4.1, 2008 IV Nr. 62 S. 205 E. 5.1). Von einer Arbeitsgelegenheit im Sinne von Art. 16 ATSG kann aber dort nicht mehr gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (SVR 2017 IV Nr. 64 S. 201 E. 4.1, 2011 IV Nr. 6 S. 18 E. 4.2.4). Vorliegend wurde das medizinische Zumutbarkeitsprofil nicht derart eingeschränkt formuliert, dass davon ausgegangen werden müsste, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ständen keine entsprechenden Tätigkeiten mehr zur Verfügung. Insbesondere existieren im ...bereich, in welchem die Beschwerdeführerin bisher tätig war, genügend zumutbare Verweistätigkeiten, die dem Fähigkeitsprofil der Beschwerdeführerin entsprechen. Dabei wird sie auch auf diverse Hilfsmittel wie ein Stehpult und einen ergonomischen Stuhl zurückgreifen können. Somit kann nicht auf Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit geschlossen werden.

Dementsprechend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen gestützt auf das Kompetenzniveau 2 der Ziff. 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen) der TA1 ermittelt hat. Das Abstellen auf das Kompetenzniveau 1 rechtfertigt sich – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Replik S. 5) – unter Berücksichtigung der Ausbildung der Beschwerdeführerin und der jahrzehntelangen Tätigkeit im Gesundheitswesen (vgl. AB 1 S. 4 Ziff. 5.3) hier nicht. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Frauen beträgt Fr. 5'168.--. Auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.5 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 86-88) und auf das Jahr 2016 aufgerechnet sowie unter Berücksichtigung der zumutbaren 80%-igen Arbeitsfähig-

keit ergibt dies ein jährliches Invalideneinkommen von Fr. 52'031.65 (Fr. 5'168.-- : 40 x 41.5 x 12 : 101.4 x 102.5 [BFS, Nominallöhne Frauen 2011 – 2015, Tabelle T1.2.10, lit. Q] x 0.8).

Ein behinderungsbedingter Abzug vom Tabellenlohn wurde von der Beschwerdegegnerin nicht vorgenommen (AB 61 S. 5). Ob dieses Vorgehen zutreffend ist, ist unter Berücksichtigung des vom RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im Beschwerdeverfahren erstellten Zumutbarkeitsprofils fraglich, da die bestehenden behinderungsbedingten Einschränkungen mit der um 20% verminderten Arbeitsfähigkeit nur teilweise berücksichtigt wurden. Da der IV-Grad jedoch selbst bei Annahme eines Abzuges von hier maximal 10% unter 50% bliebe und sich dieser somit nicht rentenrelevant auswirken würde (vgl. E. 4.4.3 hiernach), muss diese Frage nicht abschliessend beurteilt werden.

**4.4.3** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 88'728.80 und einem Invalideneinkommen von Fr. 52'031.65 resp. Fr. 46'828.50 (Fr. 52'031.65 x 0.9) resultiert ein IV-Grad von gerundet 41% resp. 47% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Es besteht folglich ab November 2016 ein Anspruch auf eine Viertelsrente (vgl. E. 2.2 hiervor).

**4.5** Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **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). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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