

200 18 309 IV
FUR/SAW/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. Dezember 2018

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Baumann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. März 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1981 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war vom 15. September 2014 befristet bis am 31. Dezember 2016 als ... bei der C. _____ tätig und wurde am 4. Juni 2015 durch ihre Arbeitgeberin wegen Rückenbeschwerden bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung angemeldet (Akten der IVB [act. II] 4; 15 S. 2). Am 6. Juli 2015 (act. II 7) erfolgte die Anmeldung zum Leistungsbezug durch die Versicherte unter Hinweis auf eine beidseitige Dissektion der vertebralis Arterie. Die IVB führte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen durch und liess die Versicherte insbesondere durch die Abklärungsstelle D. _____ (MEDAS), polydisziplinär (allgemeininternistisch, psychiatrisch, orthopädisch, ophthalmologisch, neuropsychologisch und neurologisch) begutachten (vgl. MEDAS-Gutachten vom 15. August 2017, act. II 63.1). Mit Vorbescheid vom 22. September 2017 (act. II 68) stellte die IVB die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht. Dabei erwog sie hauptsächlich, dass in der angestammten Tätigkeit als ... wie auch in anderen, körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% bestehe. Dagegen erhob die Versicherte Einwand (act. II 69) und ersuchte um Fristverlängerung zur Einreichung eines weiteren medizinischen Berichtes. Nachdem mehrere Fristverlängerungen gewährt wurden (act. II 71; 74; 76; 77; 80), aber keine weiteren Unterlagen mehr eingereicht worden waren, verfügte die IVB am 7. März 2018 (act. II 82) wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Leistungsbegehren ab.

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 23. April 2018 Beschwerde. Unter Hinweis auf weitere medizinische Berichte beantragte sie die kostenfällige Aufhebung der Verfügung vom 7. März 2018 und die Zusprache einer Rente in gerichtlich zu bestimmender Höhe. Eventualiter sei die Sache zur erneuten Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. Juni 2018 schloss die Beschwerdegegnerin nach Einholung einer Stellungnahme der MEDAS vom 25. Mai 2018 (act. II 88) auf Abweisung der Beschwerde.

Am 22. August 2018 reichte die Beschwerdeführerin Schlussbemerkungen sowie eine weitere ärztliche Stellungnahme vom 9. August 2018 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 7) ein.

Erwägungen:

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 7. März 2018 (act. II 82). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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 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 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 bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 17. Juli 2015 (act. II 14 S. 2) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Vertebralisdissektion beidseits und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende Lumbago, Migräne und Spannungskopfschmerzen (S. 2 Ziff. 1.1). Vom 2. bis zum 9. Februar 2015 attestierte er eine 100%ige, ab dem 10. Februar 2015 eine 50%ige und ab dem 5. März 2015 wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4 Ziff. 1.6).

3.1.2 Im Bericht vom 15. September 2016 (act. II 38 S. 2) stellte Prof. Dr. med. F. _____, Facharzt für Ophthalmologie, die folgenden Diagnosen: Eine über die Akkommodation kompensierte Exophorie mit Pseudomyopie und starker Asthenopie (besonders in der Nähe), ein Zustand nach bilateraler extraduraler Arteria-vertebralis-Dissektion und Migräne. Anamnestisch hielt er fest, die Patientin ermüde bei Tätigkeiten wie Lesen, Sprechen, Schauen und Zuhören sehr rasch; Lesen sei maximal für fünf Minuten möglich. Der Verdacht einer posttraumatischen Pseudomyopie mit über die Akkommodation kompensierter Exophorie habe sich im längeren Trageversuch mit Prismen sowie bei der Brechkraftbestimmung in Mydriase bestätigt. Aus diesem Grund sei im Juni 2016 eine Prismenbrille mit abgeschwächten Myopiewerten und einem Teilausgleich des Schielwinkels ordiniert worden. Das Ziel sei es, dass durch den Ausgleich des Schielwinkels mittels Prismen die Akkommodation nachlasse und das Schielen nicht mehr kompensiert werden müsse. Dieser Prozess könne erfahrungsgemäss jedoch über mehrere Monate bis sogar Jahre dauern. Nach einer Verlaufskontrolle im August 2016 habe die Prismenkorrektur leider noch nicht angepasst werden können. Die Patientin sehe aktuell mit der Prismenbrille zeitweise noch unscharf in die Ferne und das Lesen sei weiterhin

nur sehr kurz möglich. Die beschriebene Problematik weise darauf hin, dass der Prozess bei der Patientin noch viel Geduld sowie Zeit in Anspruch nehmen werde, bis eine dauerhafte Verbesserung erzielt werden könne. Das Ziel werde sein, die Pseudomyopie komplett abzuschwächen und den dann vorhandenen, messbaren Schielwinkel operativ zu behandeln.

Am 25. Januar 2017 (act. II 45 S. 2) berichtete Prof. Dr. med. F. _____, die visuellen Sehbeschwerden sprächen auf die orthoptische Therapie mit Prismen nur sehr zögerlich und sehr langsam an. Lesen sei nach wie vor weder mit Prismen noch monokular möglich. Handlungen, wie Erledigung der eigenen Korrespondenz oder alltägliche Dinge seien ohne fremde Hilfe nach wie vor unmöglich. Nebst dem stark eingeschränkten Sehvermögen komme es bei visuellen Eindrücken zu einer raschen Ermüdung mit stirnseitigem Druckschmerz. Die Angewöhnungsphase an die Prismenbrille mit 12[^] Basis innen schreite nur langsam und unbefriedigend voran und sei noch nicht abgeschlossen. Die aktuell getragene Prismenbrille mit 12[^] Basis innen bedürfe einer weiteren Verstärkung auf 18[^] Basis innen. Bevor eine definitive Augenmuskeloperation geplant werden könne, brauche es einen zufriedenstellenden Befund, d.h. eine gut kompensierte Heterophorie mit normalem Visus und Binokularsehen mit der getragenen Prismenbrille (S. 2). Wenn der weitere Verlauf im gleichen Rahmen voranschreite, sei in den nächsten sechs bis zwölf Monaten keine signifikante Verbesserung der Sehproblematik zu erwarten. Von einer längeren Arbeitsunfähigkeit sei daher auszugehen (S. 3).

3.1.3 Im MEDAS-Gutachten vom 15. August 2017 (act. II 63.1), das auf Untersuchungen in den Fachbereichen Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie, Ophthalmologie, Neuropsychologie und Neurologie beruht, wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (S. 30):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Leicht eingeschränkte Sehfähigkeit
 - asthenopische Beschwerden nach beidseitiger spontaner extraduraler Dissektion der Arteria vertebralis (ICD-10 I62.6/H53.1)
 - MRI sowie MRI-Schädel und MRA COW und Hals vom 9. Dezember 2015: regelrechte Verlaufskontrolle mit kompletter Restitutio der Gefässlumina. Keine hämodynamisch relevante Einengung oder Pseudoaneurysma. Symmetrische Perfusion
 - akkommodative Pseudomyopie (ICD-10 H53.8)
 - latentes Aussenschielen in der Nähe (ICD-10 H50.5)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Migräne (ICD-10 G43)
- Psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54)
- Chronische intermittierende Verspannungen im Nackenbereich (ICD-10 M54.2)
 - radiologisch Diskopathie HWK5/6/7
- Anamnestisch Status nach operativ behandelter lateraler Malleolarfraktur links 2002

Dr. med. G. _____, Fachärztin für Ophthalmologie, legte dar, bei der Explorandin bestünden nach Vertebralisdissektion asthenopische Beschwerden (stechende Kopfschmerzen bei Naharbeit). Diese seien auf das latente Aussenschielen, welches eine übermässige Akkommodation mit Pseudomyopie zur Folge habe, zurückzuführen. Nach subjektiver Einschätzung der Explorandin seien die Beschwerden derart ausgeprägt, dass sie ihr jede Naharbeit verunmöglichten. Messen liessen sich die von der Explorandin angegebenen Beschwerden nicht, diese würden auf den subjektiven Angaben der Patientin beruhen. Sonst liege ein intakter ophthalmologischer Befund mit guter Sehschärfe in die Ferne und in die Nähe sowie ein intaktes Stereosehen vor. Aufgrund der asthenopischen Beschwerden bestehe aus ophthalmologischer Sicht eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle in der freien Wirtschaft verwertbaren beruflichen Tätigkeiten, welche durchschnittliche Anforderungen an die Sehfähigkeit stellten. Die 20%ige Einschränkung liege aufgrund des vermehrten Kompensations- bzw. Pausenbedarfs vor (S. 26 Ziff. 4.4.4 f.).

In den Fachbereichen Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie und Neuropsychologie wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (act. II 63.1 S. 10 Ziff. 3.4, S. 14 Ziff. 4.1.4, S. 19 f. Ziff. 4.2.3 f., S. 23 Ziff. 4.3.3, S. 29 Ziff. 4.5.3 f.). Nach durchgeführter Konsensbesprechung hielten die Gutachter fest, aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe aufgrund chronisch intermittierender Verspannungen im Nackenbereich eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten. Dagegen seien der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als ... wie auch alle anderen, körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten zu 80% vollschichtig zumutbar (act. II 63.1 S. 31 Ziff. 6.2).

3.1.4 Am 8. August 2017 wurde eine Schieloperation durchgeführt (vgl. Bericht vom 11. August 2017, act. I 4). Im Verlaufsbericht vom 16. Novem-

ber 2017 (act. I 5) legte Prof. Dr. med. F._____ dar, der Abbau der spastischen Myopie gehe nur langsam voran, die Gesamtsituation sei sehr unbefriedigend. Trotz durchgeführter Augenmuskeloperation bestehe noch immer kein voller Fernvisus. Die Beschwerden seien nur wenig besser, jedoch etwas weniger langanhaltend als präoperativ. Aktuell habe durch den Eingriff zwar eine leichte Verbesserung, jedoch noch keine Beschwerdefreiheit, welche eine Wiederaufnahme der Arbeit erlauben würde, erreicht werden können.

3.1.5 Am 12. April 2018 (act. I 6) diagnostizierte Prof. Dr. med. H._____, Fachärztin für Ophthalmologie, eine frustrane Kompensation der Exophorie über die akkommodative Konvergenz mit massiven asthenopen Beschwerden, einen Status nach Schieloperation bei dekompensierender Exophorie, juvenile Hypoakkommodation und einen Status nach bilateraler extraduraler Vertebralisdissektion (S. 1). Bei der Begutachtung von Dr. med. G._____ sei eine objektive Refraktionsmessung durchgeführt worden, die deutlich höhere Myopiewerte ergeben habe. Dies sei ein klarer Hinweis, dass die Patientin wieder ihren Akkommodationsmechanismus zur Kompensation eingesetzt habe. Zudem bleibe in der Befunddokumentation offen, ob die objektive Refraktion in Miose oder Mydriase erfolgt sei. Der Visus sei monokular ermittelt worden. Eine Aussage über den binokularen Visus fehle gänzlich, obwohl dies aufgrund der Anamnese ein entscheidender Untersuchungsschritt gewesen wäre. Bei der Beurteilung der Augenstellung sei festgestellt worden, dass im alternierenden Abdecktest in der Nähe eine geringe Aussenschielstellung, in der Ferne Parallelstand bestehe. Hier erschliesse sich nicht, ob diese Beurteilung mit der Prismenbrille oder ohne durchgeführt worden sei. Es sei davon auszugehen, dass diese ohne Prismenbrille erfolgt sei, womit sich der Parallelstand in der Ferne nur durch den bekannten Kompensationsmechanismus über die akkommodative Konvergenz erkläre. Ansonsten müsste eine Einstellbewegung aus der Divergenz zu sehen sein, da die Patientin zum Ausgleich der Schielstellung 18 Prismendioptrien getragen habe. Dr. med. G._____ halte zwar fest, dass asthenope Beschwerden und deren Ursachen beständen, komme aber zum Schluss, dass ein intakter ophthalmologischer Befund mit guter Sehschärfe in die Ferne und in die Nähe vorliege. Hier sei klar einzuschränken, dass die Sehschärfe monokular geprüft

worden sei und die Patientin ein ausgeprägtes Binokularproblem habe. Insofern werde diese Beurteilung der Patientin nicht gerecht. Nach der Schieloperation im August 2017 sei es zu einer Entlastung gekommen, der Patientin sei es jedoch nach wie vor nicht möglich, länger als zehn Minuten zu lesen ohne frontalen Kopfschmerz, der sich bis zu einem Migräneanfall verstärkt habe (S. 2). Zur aktuellen Diagnostik und Behandlung legte Prof. Dr. med. H. _____ dar, bei ihrer Messung der Akkommodation (dreimalige Messung monokular) habe die Patientin lediglich vier Dioptrien akkommodieren können. Mit Anstrengung sei ein binokularer Nahvisus von 0.8 erreicht worden, der nur kurzfristig stabil gewesen sei. Es sei zu Visusschwankungen und beginnenden frontalen Schmerzen gekommen. In einem subjektiven Abgleich für die Ferne seien rechts die Werte $-0.25-0.5/70^\circ$ und links $-0.25-0.75/120^\circ$ resultiert, wobei der bestmögliche Visus 0.7 monokular betragen habe. Bei Vorgabe von weiteren Minusgläsern sei es im rot/grün-Abgleich zu immer stärkerem Hervortreten der Sehzeichen im roten Halbfeld gekommen als klaren Hinweis, dass dies einen Akkommodationsreiz ausgelöst und die Patientin akkommodiert habe. Anschließend sei in der Nähe ein prolongierter Leseversuch durchgeführt worden, wobei langsam die Nahaddition von $+0.25$ auf $+1.5$ erhöht worden sei. Mit entsprechender Korrektur habe für die Ferne und Nähe Orthophorie bestanden. Die Beschwerden der Patientin zeigten ganz klar, dass sie ihren Kompensationsmechanismus, nämlich die Akkommodation, noch nicht aufgegeben habe – auch nach der Schieloperation nicht. Aufgrund der bestehenden Hypoakkommodation habe sie eigentlich nicht ausreichende akkommodative Kraft, sondern könne nur mit maximaler Anstrengung den Nahfokus halten, was letztlich zu den berichteten Beschwerden und Schmerzen führe (S. 3). Im Idealfall könne durch eine Gleitsichtbrille das Beschwerdebild verbessert werden, was jedoch nicht bei allen Patienten eine akzeptable Lösung darstelle. Wenn die Gleitsichtbrille nicht vertragen werde, müsse oft eine eigene Lese- und Fernbrille angepasst werden. Die Brillenwerte müssten in der Folge überprüft werden, da es zu einer weiteren Entspannung kommen könne und der Nahzusatz entsprechend angepasst werden müsse. Aufgrund der Anamnese und stattgehabten Schieloperation sowie den aktuellen Untersuchungsergebnissen sei die Patientin in ihrem angestammten Beruf als ... an ihrer bisherigen Arbeitsstelle bei der C. _____ zu 100% arbeitsunfähig. Dies treffe auch für alle sonstigen

Arbeiten in der freien Wirtschaft zu, die eine durchschnittliche Anforderung an die Sehleistung stellten (S. 4).

3.1.6 In der Stellungnahme vom 25. Mai 2018 (act. II 88) legte Dr. med. G._____ dar, in Anbetracht der Tatsache, dass die Explorandin – bis auf ein (vor allem subjektiv immer wieder geäussertes) Binokularproblem – über völlig gesunde Augen verfüge, sei die Einschätzung von Prof. Dr. med. H._____ nicht nachvollziehbar. Aufgrund der Beschwerden beim Binokularsehen (frontale Kopfschmerzen nach kurzem Leseversuch) seien bei der Begutachtung die Sehschärfe für die Ferne und Nähe monokular geprüft worden. Hierbei habe sich (wie bei Prof. Dr. med. H._____) eine hervorragende Sehschärfe ergeben. Die Sehschärfe für die Nähe sei so gut gewesen, dass sehr kleine Schrift (Schriftgrösse von Beipackzetteln) von der Explorandin (mit Fernkorrektur, ohne zusätzliche Nahkorrektur) habe gelesen werden können. Binokular seien die Augenstellung und das Stereosehen überprüft worden. Hier hätten sich ein (geringes) latentes Aus-senschielen in der Nähe und ein volles Stereosehen gezeigt. Bei Prof. Dr. med. H._____ sei sogar in die Ferne und Nähe ein Parallelstand (Orthophorie) resultiert. Zusammenfassend beklage die Explorandin sehr ausgeprägte Beschwerden beim Binokularsehen, die objektiv nicht messbar seien. Bei der Begutachtung seien die Beschwerden gewürdigt worden. Ebenso müsse jedoch berücksichtigt werden, dass ein intakter ophthalmologischer Befund mit guter Sehschärfe und voller Stereofunktion vorliege, der keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit rechtfertige. Asthenopische Beschwerden müssten eigentlich durch eine geeignete Brillenkorrektur behoben werden können. Falls keine Massnahme irgendeine Symptomverbesserung bringe, müsse der Explorandin als letzte Massnahme für Naharbeiten eine Monovision empfohlen werden. Indem der Explorandin eine 20%ige Einschränkung attestiert worden sei, sei eine solche extreme Massnahme bereits grosszügig berücksichtigt worden. Am bestehenden Gutachten könne somit vollumfänglich festgehalten werden.

3.1.7 In Bezug auf die Ausführungen von Dr. med. G._____ vom 25. Mai 2018 machte Prof. Dr. med. H._____ am 9. August 2018 (act. I 7) geltend, ihre Einschätzung sei nicht aufgrund rein subjektiver Berichterstattung erfolgt, sondern gestützt auf Antworten der Explorandin auf eine ge-

zielte Untersuchungssequenz, die zu verschiedenen Zeitpunkten erfolgt sei und bis zu 90 Minuten pro Sitzung in Anspruch genommen habe. Sie habe sehr wohl andere Befunde erhoben als Dr. med. G. _____. In der Diagnoseliste von Dr. med. G. _____ fehle die Diagnose der juvenilen Hypoakkommodation und der Kompensation der latenten Exophorie über die akkommodative Konvergenz. Beweis für diese funktionelle Störung sei die Myopisierung im binokularen Sehakt. Das sei ein Befund, den die Patientin nicht vortäuschen könne und der objektivierbar sei. Ganz typisch sei die bessere monokulare Sehschärfe. In diesem Zustand der Akkommodation sei es auch erklärbar, dass kleine Schrift sehr kurzfristig gelesen werden könne, jedoch mit der Folge von zunehmenden massiven Kopfschmerzen und deutlicher Abnahme des Nahvisus, der sich durch Vorgabe von Plusgläsern wieder bessere. Aktuell benötige die Patientin die volle Nahkorrektur von +3.0 dpt beidseits für einen guten binokularen Visus und habe leider auch wieder den Schielwinkel vergrössert (S. 1). Da der funktionelle Kompensationsmechanismus der latenten Schielstellung auch nach der Schieloperation bestehe und das Beschwerdebild der Patientin erkläre, könne nicht die Rede von einem intakten ophthalmologischen Befund sein. Zu dieser Schlussfolgerung könne man nur kommen, wenn man funktionelle Störungen missachte. Auch funktionell bedingte Beschwerden und Schmerzen bei visuellen Anforderungen – und diese seien objektivierbar und nicht nur subjektiv – gehörten zu einem vollständigen ophthalmologischen Befund und müssten entsprechend bewertet werden (S. 2).

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 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 7. März 2018 (act. II 82) massgeblich auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 15. August 2017 (act. II 63.1) gestützt.

3.3.1 Aus internistischer, psychiatrischer, orthopädischer, neuropsychologischer und neurologischer Sicht führten die MEDAS-Gutachter differenziert und nachvollziehbar aus, dass in diesen Bereichen keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht (act. II 63.1 S. 10 Ziff. 3.4, S. 14 Ziff. 4.1.4, S. 19 f. Ziff. 4.2.3 f., S. 23 Ziff. 4.3.3 f., S. 29 Ziff. 4.5.3 f.). Diese Einschätzungen werden von der Beschwerdeführerin denn auch nicht in Frage gestellt.

Aus ophthalmologischer Sicht legte Dr. med. G._____ dar, die bei der Beschwerdeführerin bestehenden asthenopischen Beschwerden seien nicht messbar und würden einzig auf deren subjektiven Angaben gründen, zumal ein intakter ophthalmologischer Befund mit guter Sehschärfe in die Ferne und Nähe sowie ein volles Stereosehen vorlägen. Aufgrund der asthenopischen Beschwerden sei eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle in der freien Wirtschaft verwertbaren beruflichen Tätigkeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an die Sehfähigkeit zu attestieren (vgl. act. II 63.1 S. 26 Ziff. 4.4.4 f. und bestätigend die Stellungnahme vom 25. Mai 2018, act. II 88). Auf diese Einschätzungen kann jedoch nicht abschliessend abgestellt werden. Nachvollziehbar hat Prof. Dr. med. H._____ auf Fragen hingewiesen, zu denen die Gutachterin eine abschliessende Antwort schuldig blieb. In der gutachterlichen Befunddokumentation blieb offen, ob die objektive Refraktion in Miose oder in Mydriase durchgeführt wurde. Auch bei der Beurteilung der Augenstellung blieb un-

klar, ob diese mit der Prismenbrille erfolgte oder ohne. Betreffend den von Dr. med. G._____ festgestellten intakten ophthalmologischen Befund mit guter Sehschärfe, moniert Prof. Dr. med. H._____, dass dabei die Sehschärfe einzig monokular geprüft worden sei. Dies obwohl die Beschwerdeführerin ein ausgeprägtes Binokularproblem aufweise. Weshalb bei der ophthalmologischen Begutachtung auf eine binokulare Untersuchung verzichtet wurde, blieb unbegründet. Mit Bericht vom 9. August 2018 (act. I 7 S. 2) erläuterte Prof. Dr. med. H._____ – übereinstimmend mit Dr. med. G._____ (act. II 63.1 S. 26 Ziff. 4.4.4; 88 S. 1) – zudem, dass ein funktioneller Kompensationsmechanismus der latenten Schielstellung ausgewiesen sei und das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin erkläre. Folglich ist die Schlussfolgerung von Dr. med. G._____, wonach ein intakter ophthalmologischer Befund vorliege, nicht nachvollziehbar. Sodann wies Prof. Dr. med. H._____ darauf hin, dass bei der Diagnoseliste von Dr. med. G._____ die juvenile Hypoakkommodation sowie die Kompensation der latenten Exophorie über die akkommodative Konvergenz nicht aufgeführt seien (act. I 7 S. 1). Ob diese Diagnosen zu stellen sind und welche Bedeutung ihnen heute (noch) zukommt, blieb gutachterlich ungeklärt. Zu den Vorwürfen der unterbliebenen Abklärungen und übersehenen Beeinträchtigungen, auf welche Prof. Dr. med. H._____ hingewiesen hat (act. I 6), nahm Dr. med. G._____ nicht Stellung. Vielmehr legte sie einzig nochmals die von ihr erhobene Befundlage dar (vgl. Stellungnahme vom 25. Mai 2018, act. II 88). Ferner ist anzumerken, dass die ophthalmologische Begutachtung vom 26. Juni 2017 noch vor der Augenoperation vom 8. August 2017 (act. I 4) stattgefunden hat. Gemäss Verlaufsbericht von Dr. med. F._____ vom 16. November 2017 (act. I 5) konnten durch diesen Eingriff weder ein voller Fernvisus noch Beschwerdefreiheit erreicht werden. Zudem gab er an, dass durchaus ein zweiter Augenmuskeleingriff notwendig sein könnte. In der Stellungnahme vom 25. Mai 2018 (act. II 88) äusserte sich Dr. med. G._____ nicht zur durchgeführten Augenoperation und deren Ergebnis. Auf die ophthalmologische Begutachtung vom 26. Juni 2017 (act. II 63.1 S. 24 ff.) sowie auf die Stellungnahme vom 25. Mai 2018 (act. II 88) von Dr. med. G._____ kann somit nicht abgestellt werden.

Auch auf die Berichte von Dr. med. F. _____ (act. II 38 S. 2; 45 S. 2; act. I 5) und von Prof. Dr. med. H. _____ (act. I 6 f.) resp. auf die jeweils attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit kann für die hier erforderliche Beurteilung nicht abgestellt werden. So geht aus diesen Berichten nicht hervor, ob sich die behandelnden Fachpersonen in ihren Beurteilungen vor allem auf die gezeigten Leistungen und subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin gestützt oder ob sie die Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch beurteilt haben. Insbesondere bestätigte Prof. Dr. med. H. _____ – entsprechend den Ausführungen von Dr. med. G. _____ (vgl. act. II 88 S. 2) –, dass die Sehschärfe für die Ferne und die Nähe monokular so gut war, dass sogar sehr kleine Schrift gelesen werden konnte (act. I 7 S. 1). In der Stellungnahme vom 25. Mai 2018 (act. II 88 S. 2) gab Dr. med. G. _____ gestützt darauf an, dass – sofern keine Massnahme irgendeiner Symptomverbesserung bringe – der Beschwerdeführerin als letzte Massnahme für Naharbeiten eine Monovision empfohlen werden müsse und bei der Beurteilung der 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eine solche extreme Massnahme bereits grosszügig berücksichtigt worden sei. Zu dieser Massnahme und der dadurch allenfalls möglichen Arbeitsfähigkeit äusserte sich Prof. Dr. med. H. _____ nicht. Im Weiteren stellt die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin an Untersuchungen teilnehmen konnte, die bis zu 90 Minuten pro Sitzung in Anspruch genommen haben (vgl. act. I 7 S. 1), die attestierte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit in Frage.

Schliesslich hat es die Beschwerdegegnerin unterlassen, eine klärende Beurteilung im Fachbereich Orthoptik einzuholen, was aufgrund der ausgewiesenen Schielproblematik und der geltend gemachten asthenopischen Beschwerden angezeigt gewesen wäre.

3.3.2 Unter diesen Umständen kann vorliegend keine abschliessende Beurteilung der medizinischen Situation bzw. deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden. Deshalb hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt in ophthalmologischer Hinsicht erneut und vollständig (unter anderem unter Berücksichtigung des Fachbereiches Orthoptik) gutachterlich von bis anhin mit dem Fall nicht befassten Gutachtern abklären zu lassen.

4. Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 7. März 2018 (act. II 82) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den medizinischen Sachverhalt gutachterlich abklären lasse. Anschliessend hat sie über den Rentenanspruch neu zu verfügen.

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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1).

Die Beschwerdeführerin wird durch Rechtsanwalt B._____ vertreten. Dessen Kostennote vom 13. November 2018 ist nicht zu beanstanden. Entsprechend wird die Parteientschädigung auf Fr. 3'230.-- (12.92 Stunden

à Fr. 250.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 86.70.-- und 7.7% Mehrwertsteuer im Betrag von Fr. 255.40, somit auf total Fr. 3'572.10, festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 7. März 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'572.10 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.