

200 18 376 IV
FUE/LUB/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. Januar 2019

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch B. _____, MLaw C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. April 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1972 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), die über keine Berufsbildung verfügt, meldete sich am 7. September 2006 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, [act. II] 1 S. 58 ff.). Die IV-Stelle Obwalden tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und verneinte am 28. Februar 2007 den Anspruch auf IV-Leistungen (act. II 1 S. 5 f.).

Am 13. April 2012 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (act. II 2), woraufhin die nunmehr zuständige IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) eine Arbeitsmarktlich-Medizinische Abklärung (AMA) bei der abklärungsstelle D._____ von 27. August bis 23. September 2012 veranlasste (Bericht vom 4. Oktober 2012; act. II 32) und durch ihren Abklärungsdienst einen Abklärungsbericht Haushalt in Auftrag gab, der am 10. Juni 2013 erstattet wurde (act. II 46). Eine Verfügung vom 17. September 2013 (act. II 53), mit der ein Anspruch auf eine Invalidenrente verneint wurde, zog die IVB lite pendente in Wiedererwägung (AB 63), worauf das Beschwerdeverfahren mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 12. Dezember 2013, IV/2013/878, als gegenstandslos geworden abgeschrieben wurde (act. II 68). In der Folge liess die IVB die Versicherte durch die E._____ (MEDAS) untersuchen (Expertise vom 6. Juni 2014; act. II 76.1; Ergänzung vom 10. Dezember 2014; act. II 81) und veranlasste eine erneute Abklärung im Haushalt (Bericht vom 16. Dezember 2014; act. II 82 S. 2 ff.). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (act. II 83, 92) unterbreitete die IVB das Gutachten der MEDAS dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Bericht von Dr. med. F._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, vom 6. März 2015; act. II 96; Stellungnahme von Dr. med. G._____ [keine Weiterbildungstitel im Medizinalberuferegister des Bundesamtes für Gesundheit verzeichnet] vom 12. März 2015; act. II 97 S. 2) und ordnete eine Begutachtung durch Dr. med. H._____, Fachärztin für Neurologie, an (Gutachten vom 29. September 2015; Akten der IV, [act. IIA] 104.1). Auf Empfehlung der Dr. med. F._____ (Stellungnahme vom 28. Dezember 2015;

act. IIA 112) unterbreitete die IVB Dr. med. H._____ Ergänzungsfragen (Antwortschreiben vom 8. Februar 2016; act. IIA 123) und nahm hernach erneut Rücksprache mit Dr. med. F._____ (Stellungnahmen vom 21. Oktober 2016 und 17. März 2017; act. IIA 127 S. 3 ff., act. IIA 133), welche die Versicherte am 26. April 2017 neurologisch-psychiatrisch untersuchte (Bericht vom 19. Dezember 2017, Aktennotiz vom 8. Februar 2018; act. IIA 150, 153). Gestützt auf diese Abklärungen stellte die IVB mit neuem Vorbescheid vom 14. Februar 2018 bei einem in Anwendung der gemischten Methode (50 % Erwerb, 50 % Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 9.5 % ab Februar 2012 bzw. bei einem in Anwendung der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs ermittelten IV-Grad von 16 % ab August 2013 die Ablehnung eines Rentenanspruchs in Aussicht (act. IIA 154). Nach Einwand der Versicherten (act. IIA 159) verneinte die IVB mit Verfügung vom 12. April 2018 (act. IIA 161) entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 14. Mai 2018 erhob die Versicherte, vertreten durch MLaw C._____ vom B._____, Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 12. April 2018 sei aufzuheben und es sei ihr eine Rente zuzusprechen. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten für die Klärung des medizinischen Sachverhalts in Auftrag zu geben.

Mit Beschwerdeantwort vom 14. Juni 2018 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

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 12. April 2018 (act. IIA 164). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente.

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 Dreiviertelrente, 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 Viertelrente.

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades 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). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

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 IV-Grad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293, 144 I 21 E. 2.1 S. 23).

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).

2.5 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt

die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung vom 13. April 2012 (act. II 2) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft, womit die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 28. Februar 2007 (act. II 1 S. 5 f.) und der angefochtenen Verfügung vom 12. April 2018 (act. IIA 161) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiervor).

3.2 Die IVB stützte sich bei Erlass der Verfügung vom 28. Februar 2007 (act. II 1 S. 5 f.) massgeblich auf die RAD-Stellungnahme vom 7. November 2006, wonach kein somatischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (act. II 1 S. 15), und die Stellungnahme des RAD vom 25. Januar 2007, wonach sich auch von psychiatrischer Seite keine Hinweise auf eine erhebliche affektive Störung mit langandauerndem Charakter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ergäben (act. II 1 S. 10). Eine depressive Stimmung könne nicht ausgeschlossen werden, sei bei der vorliegenden psychosozialen Situation auch nicht erstaunlich. Es müsse aber festgehalten werden, dass eine depressive Stimmung (im umgangssprachlichen Sinne) nicht mit einer erheblichen affektiven Störung mit langandauerndem Charakter und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gleichzusetzen sei (act. II 1 S. 11).

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 28. Februar 2007 (act. II 1 S. 5 f.) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.3.1 Dr. med. I. _____, Facharzt für Chirurgie, nannte im Abklärungsbericht AMA vom 4. Oktober 2012 (act. II 32) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine zervikale Myelopathie mit segmentalem

Schmerzsyndrom am rechten Arm und ein Brown-Séquard-Syndrom bei Status nach einer Operation einer Diskushernie C6. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vermerkte er gelegentliche psychische Probleme aufgrund der bestehenden neurologischen Situation (S. 7). Die Versicherte habe eine beeindruckende Fähigkeit gezeigt, ihren rechten Arm geschickt einzusetzen, was sich letztlich in einer Leistung von 50 % geäussert habe. Geeignet seien alle Tätigkeiten gewesen, welche vorwiegend mit der linken Hand möglich gewesen seien, wobei die rechte Hand zum Halten von groben Gegenständen habe eingesetzt werden können. Vermehrt sei es zu Schmerzen im Nacken-Schulterbereich gekommen. Weiter seien zunehmend Sensibilitätsstörungen in Daumen und Zeigefinger rechts sowie neu Sensibilitätsstörungen am Stamm rechtsseitig ähnlich wie auf der linken Seite aufgetreten. Die Versicherte habe psychische Probleme verneint. Diese hätten während der Abklärung auch nicht festgestellt werden können. Die Leistungsminderung von 50 % sei medizinisch erklärbar, allerdings lasse sich wegen der progredienten Verschlechterung während der AMA kein Zumutbarkeitsprofil festlegen (S. 8).

3.3.2 Im polydisziplinären – die Fachdisziplinen Neurologie (Federführung), Orthopädie, Allgemeine Innere Medizin und Psychiatrie umfassenden – Gutachten der MEDAS vom 6. Juni 2014 (act. II 76.1) wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) ein Syndrom der spinalen inkompletten Halbseitenläsion (Brown-Séquard-Syndrom) rechts und ein chronisches Cervicovertebralsyndrom und Status nach Dekompression, Nukleotomie und interkorporeller Spondylodese C 5/6 aufgeführt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) wurden ein perthrochantäres Schmerzsyndrom rechts bei Verdacht auf Bursitis trochanterica und Status nach mehrfachen operativen Kniegelenkbehandlungen wegen Patellaluxationen ohne verbleibende Funktionseinbussen, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), und eine Adipositas angegeben (S. 17).

Im neurologischen Teilgutachten vom 14. Mai 2014 rapportierte Dr. med. J._____, Facharzt für Neurologie, im Rahmen der Operation vom 19. Juli 2011 (Ausräumen Bandscheibe C5/6 und interkorporelle Spondylodese) sei es offenbar zu einer Komplikation mit einer cervicalen Myelopa-

thie gekommen. Klinisch habe sich ein Brown-Séquard-Syndrom sowie auf der linken Gegenseite eine gestörte Schmerz- und Temperaturempfindung bei normalen Berührungsreizen entwickelt. Vor allem gestört und im Alltag behindernd sei die eingeschränkte Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand, wobei das Ausmass der fehlenden Willküraktivität allerdings erstaune. Wenn sich die Versicherte unbeobachtet fühle, würden Hand und Finger rechts jedenfalls partiell bewegt. Die leichte motorische Schwäche am rechten Bein sei für den Alltag nicht wesentlich behindernd und habe wenig Einfluss auf das Belastungsprofil. Seit der Operation im Juli (2011) sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... in einer ... nicht mehr zumutbar. In einer leidensadaptierten Tätigkeit sei die Versicherte aus neurologischer Sicht zu 50 % bei einem 100 % Pensum arbeitsfähig (act. II 76.1 S. 13 f, act. II 76.2 S. 5).

Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erläuterte im Teilgutachten vom 1. April 2014, bei der klinischen Untersuchung zeige sich die HWS in ihrer Funktion bewegungseingeschränkt. Die Beweglichkeit der Schulter- und Ellenbogengelenke sei nahezu frei. Die Funktion der rechten Hand und des Handgelenks könne nur passiv untersucht werden. Bei der Untersuchung liessen sich keine trophischen Störungen nachweisen. Die Muskulatur der Handbinnenmuskulatur, des Unterarms und des Oberarms seien seitengleich. Zeichen der Gebrauchsminderung rechtsseitig ergäben sich keine. Im Hinblick auf die bestehende Funktionseinschränkung der HWS seien die Tätigkeiten in der zuletzt ausgeübten Anstellung als ... zu 80 % möglich. Cervicale Funktionseinschränkungen limitierten das Arbeitstempo und die Produktivität entsprechend einer Leistungsminderung von 20 %. In Tätigkeiten, welche mit dem Belastungsprofil korrelierten, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (act. II 76.1 S. 14 f., act. II 76.3 S. 8 f.).

Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, legte im internistischen Teilgutachten vom 22. April 2014 dar, die Versicherte sei voll arbeitsfähig. Sie sei in der Lage, eine leichte bis gelegentlich auch mittelschwere Arbeit auszuführen. Eingeschränkt sei sie vor allem wegen ihres neurologischen Problems (act. II 76.1 S. 16, act. II 76.4 S. 9).

Im Teilgutachten vom 15. Mai 2014 erläuterte Dr. med. M. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie, es zeige sich trotz der nunmehr seit Jahren anhaltenden Schmerzen keine Symptomatik, die an eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischen Schmerzen (ICD-10 F62.8) denken liesse. Eine depressive Symptomatik von Krankheitswert lasse sich derzeit ebenfalls nicht abgrenzen. Vor diesem Hintergrund könne eine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nicht gestellt werden. Wiederkehrende depressive Episoden in der Vergangenheit, welche eng mit psychosozialen Belastungsfaktoren verknüpft gewesen seien, seien derzeit weitgehend remittiert. Die diagnostischen Algorithmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien ebenso wenig erfüllt wie die Merkmale einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischen Schmerzen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte in der Lage, jegliche ihrem körperlichen Belastbarkeitsprofil angepassten Tätigkeit auszuüben (act. II 76.1 16 f., act. II 76.5 S. 8).

In der Konsensbesprechung gaben die Gutachter an, die Arbeitsfähigkeit sei in der angestammten Tätigkeit als ... in einer ... nicht mehr gegeben, in einer Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (volles Pensum, Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 50 %) seit Oktober 2012. Auf der neurologischen Ebene bestehe eine eingeschränkte Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand. Die zentralen Ausfälle am rechten Bein seien untergeordnet, längeres Gehen und Stehen lägen allerdings nicht drin. Sitzende Arbeiten, welche mit der linken Hand ausgeübt würden unter Assistenz der rechten oberen Extremität, seien zumutbar. Zusätzliche cervicale Funktionseinschränkungen limitierten das Arbeitstempo und die Produktivität. Die Versicherte sei in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg durchzuführen. Sie könne durchaus im Sitzen arbeiten. Tätigkeiten mit Zwangshaltungen (ständiges Vorbeugen und Überkopfarbeiten) sollten vermieden werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte in der Lage, Tätigkeiten, die ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand entsprächen, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszuüben. Tätigkeiten mit besonderen psychischen Belastungsfaktoren wie Zeitdruck, besonderen Anforderungen an die Konfliktfähigkeit oder Nachtarbeitsbedingungen seien aber mit Blick auf die Schmerzen sowie die

Anamnese mit früheren depressiven Episoden möglichst zu vermeiden (act. II 76.1 S. 19 f.).

In der Ergänzung vom 10. Dezember 2014 (act. II 81) hielten die Gutachter hinsichtlich des Zumutbarkeitsprofils in einer leidensangepassten Tätigkeit fest, dass das Arbeitstempo und die Produktivität reduziert seien und sich dadurch eine Leistungseinschränkung von 50 % unabhängig von der täglichen Arbeitszeit ergebe (act. II 81 S. 2).

3.3.3 Dr. med. F. _____ erläuterte in der Stellungnahme vom 6. März 2015 zum Gutachten der MEDAS (act. II 96), seit der Entlassung aus dem Rehabilitationszentrum am 13. August 2011 sei es zu einer Symptomausweitung gekommen. Während im Entlassungszeitpunkt der Faustschluss beidseits möglich, wenn auch rechts kraftgemindert, gewesen sei, und die Versicherte im Haus ohne Mobilitätshilfen gehfähig gewesen sei, habe sie anlässlich der polydisziplinären Untersuchung im April/Mai 2014 eine Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand demonstriert und sei mit einer links geführten Unterarmstütze erschienen. Der orthopädische Gutachter habe im April 2014 kein Muskelminus und keine Zeichen eines Mindergebrauchs an Armen und Beinen feststellen können. Auch die Hohlhandbeschwielung sei seitengleich und das Fussgewölbe beidseits abgeflacht gewesen (beides spreche gegen das Vorliegen von schlaffen oder spastischen Lähmungen). Sowohl vom neurologischen, orthopädischen als auch vom psychiatrischen Gutachter sei beobachtet worden, dass die Versicherte in scheinbar unbeobachteten Momenten die rechte Hand eingesetzt habe. Der normale Muskelumfang an Armen und Beinen und das leichte Umfangplus am rechten Oberschenkel als auch die erhaltene Fähigkeit sich zu Hocken und sich aus gehockter Position selbständig aufzurichten ständen in deutlicher Diskrepanz zu den demonstrierten Bewegungsstörungen. Die Diskrepanzen seien vom neurologischen Gutachter zwar gesehen, jedoch in der gutachtlichen Gesamtbetrachtung nicht kritisch gewürdigt worden (S. 6). Die fehlenden Muskelatrophien, die an den Beinen beidseits symmetrisch verminderte Tiefensensibilität und die Fähigkeit, komplexe Bewegungen selbständig und zügig durchzuführen (Positionswechsel, Hocken und Aufrichten aus gehockter Position, Zehenspitzenengang), sprächen eindeutig gegen das Vorliegen eines Brown-Séguard-Syndroms. Elektrophysiologi-

sche Messungen zur Objektivierung der Diagnose einer cervicalen Myelopathie seien nicht erfolgt (S. 6). Seitens des neurologischen Hauptgutachters sei als leistungsrelevante Diagnose eine chronische Schmerzproblematik im rechten Arm genannt worden. Es sei weder eine detaillierte Schmerzanamnese erhoben noch die Funktion und der Gebrauch des Elektrostimulators noch die Medikamentencompliance überprüft worden. Von den Gutachtern sei lediglich eine Schonhaltung des rechten Arms und ein überwiegend fehlender Einsatz der rechten Hand beschrieben worden. Kein Gutachter habe klinische Korrelate eines chronischen Schmerzsyndroms (keine Zwangshaltung, keine Affektstörung, keine gedankliche Einengung, keine generalisierte Muskeltonuserhöhung, keine vegetative Labilität) beschrieben. Nach der ventralen interkorporellen Spondylodese der HWS Höhe C5/6 am 19. Juli 2011 sei orthopädischerseits eine mässiggradige Bewegungseinschränkung der HWS festgestellt worden. Kernspintomographisch (MRI vom 3. Oktober 2012) seien in den übrigen Segmenten normalkonfigurierte Bandscheiben und ein insgesamt normalkalibriges Myelon beschrieben worden. Unter Berücksichtigung der funktionellen Einschränkungen (mässiggradige Bewegungseinschränkungen der HWS) müsse somit von einer Einschränkung des qualitativen Leistungsvermögens auf körperlich leichte Tätigkeiten als auch von Einschränkungen bezüglich Überkopftätigkeiten und für Arbeiten mit Zwangshaltungen ausgegangen werden. Objektive Befunde für das Vorliegen einer Lähmung fänden sich nicht. Zusammengefasst könne weder der diagnostischen Beurteilung noch der Leistungsbeurteilung des Hauptgutachters Dr. med. J._____ gefolgt werden (S. 7).

3.3.4 Im neurologischen Gutachten vom 29. September 2015 (act. IIA 104.1) diagnostizierte Dr. med. H._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes Zervikobrachialsyndrom rechts (ICD-10 M54.0), einen Status nach inkomplettem Transversalsyndrom postoperativ mit rechtsbetonter Tetraparese 2011, eine chronische Überlastung linker Arm, den hochgradigen Verdacht auf psychische Komorbidität und den Verdacht auf frühkindliche Hirnschädigung, ätiologisch nicht geklärt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte die Neurologin einen Status nach Knieoperation beidseits, eine Migräne mit Aura und eine chronisch venöse Insuffizienz mit Phlebitis rechtes Bein April 2006 (S. 20). Die Be-

schwerden der Explorandin müssten zusammengefasst als alltags- und berufsrelevant betrachtet werden. Aufgrund der zwischenzeitlich aufgetretenen Überlastungsproblematik in der linken Hand – welche als Folge der Funktionseinschränkung rechts zu erklären sei – seien aktuell und auch in näherer Zukunft bimanuelle Tätigkeiten nicht denkbar. Die Arbeitsfähigkeit sei deshalb im angestammten Bereich nicht zumutbar. Ob letztlich im Verlauf nach Behandlung der Problematik in der linken Hand monomanuelle Tätigkeiten links (nicht dominante Hand) unter Zuhilfenahme der rechten oberen Extremität (Stützfunktion) im Rahmen einer anderen Tätigkeit realistisch seien, bleibe abzuwarten. Sollte ein Einsatz der linken Hand im Verlauf wieder möglich sein, könnte eine körperlich leichte Tätigkeit (bimanuell: Haupttätigkeit mit der nicht dominanten Hand; Zuhilfenahme der rechten Hand begrenzt, höchstens stützend) in sitzender Position ohne Heben oder Tragen von Lasten möglich sein. Ob eine solche Tätigkeit eventuell sogar in einem Nischenbereich bzw. in einem geschützten Rahmen stattfinden sollte, müsste aufgrund der kognitiven und psychischen Negativressourcen aus psychiatrischer Sicht evaluiert werden (S. 22).

Auf Nachfrage des RAD hin teilte Dr. med. H. _____ am 8. Februar 2016 mit, zusammengefasst sprächen insbesondere die positiven Pyramidenbahnzeichen, die spastische Tonuserhöhung des rechten Hemikörpers und auch die leichte Dysmetrie rechts für eine Myelonschädigung. Die Schmerzen über dem M. trapezius rechts könnten als Differenzialdiagnose (DD) im Rahmen einer Radikulopathie gewertet werden, ebenso spreche der abgeschwächte Bicepssehnenreflex rechts für eine Radikulopathie C6 rechts. Die Trophik der Beine sei seitengleich, ebenso diejenige der Füsse. Auch die Trophik der Hände imponiere symmetrisch, es zeige sich kein Oedem der Arme resp. der Hände, so dass klinisch keine sicheren objektiven Befunde für einen Mindergebrauch einer Extremität vorlägen. Die Versicherte habe keine Schon- und Zwangshaltung im Stehen, Sitzen oder Liegen gezeigt. Während der neurologischen Untersuchung sei das Ausziehen des T-Shirts und der leichten Sommerhose alleine unter Zuhilfenahme der linken Hand, welche jedoch eingeschränkt benutzt worden sei, gelungen (act. IIA 123 S. 2). Neben der therapieresistenten Zervikobrachialgie bestehe eine bimanuelle Funktionseinschränkung, was mono- und bimanuelle Tätigkeiten beeinträchtige. Hier sei deshalb einerseits eine

handchirurgische Mitbeurteilung im Hinblick auf etwaige therapeutische Konsequenzen bei Überlastungstendinopathie der linken Hand empfohlen. Aufgrund der kognitiven und psychischen Negativressourcen sei jedoch davon auszugehen, dass auch bei erlangter Handfunktion links eine erneute psychiatrische Evaluation notwendig sei (act. IIA 123 S. 3).

3.3.5 Am 21. Oktober 2016 hielt Dr. med. F. _____ fest, die elektrophysiologischen Befunde vom 14. August 2015 schlossen sowohl eine radikuläre Schädigung C5/C6 rechts als auch ein Karpaltunnelsyndrom und ein Sulcus nervi ulnaris Syndrom rechts aus. Die bisher fehlenden objektiven Zeichen eines Mindergebrauchs und das seit 2012 dokumentierte situativ-wechselnde motorisch-funktionelle Leistungsprofil als auch der bisher fehlende Nachweis eines Muskelschwundes sprächen mehrheitlich gegen ein organisches Schädigungsmuster und für ein willentlich gesteuertes zweckgerichtetes Verhalten. Aufgrund der normalen elektrophysiologischen Befunde und dem fehlenden Nachweis eines Mindergebrauchs (keine umschriebenen Atrophien, keine trophischen Störungen) könne der diagnostischen wie auch der Leistungsbeurteilung im Gutachten der Dr. med. H. _____ vom 29. September 2015 ebenso wenig gefolgt werden wie dem neurologischen Hauptgutachter Dr. med. J. _____ im Gutachten vom der MEDAS 6. Juni 2014 (act. IIA 127 S. 8). Zur abschliessenden Beurteilung des (Rest-)Leistungsvermögens sei eine neurologisch-psychiatrische und orthopädische Nachuntersuchung im RAD empfohlen (act. IIA 127 S. 9).

3.3.6 Im Untersuchungsbericht vom 19. Dezember 2017 (act. IIA 150) diagnostizierte Dr. med. F. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine interkorporelle Spondylodese mittels Cage C5/6 am 19. Juli 2011 bei kernspintomografisch präoperativem Nachweis osteo- und diskogener Veränderungen HWK 5/6 mit beginnender intraforaminaler Kompression der C6-Wurzel rechts (ICD-10 M54) mit/bei Implantation eines Rückenmarkstimulators am 27. November 2013 (S. 21), klinisch leicht- (bis mässig-)gradige Bewegungseinschränkung der HWS, keine meningeale Reizsymptomatik, keine radikulären und spinalen Ausfälle, leicht- bis mittelgradige Muskelverspannungen. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte sie eine Präadipositas (Fettstoffwechselstörung), eine

Operation an beiden Kniegelenken (>20 Jahren anamnestisch wegen Knie-scheibenluxation, klinisch keine Instabilität, keine akute/chronische Reiz-symptomatik, keine Bewegungseinschränkung), einen Bewegungsschmerz in Höhe des rechten grossen Trochanter, allenfalls leichtgradige Bewe-gungseinschränkung der rechten Hüfte, keine Beeinträchtigung der Wege-fähigkeit, eine Stammvarikosis beidseits, klinisch keine Zeichen eines post-thrombotischen Syndroms (S. 22). Bei insgesamt kräftig ausgebildetem Muskelrelief an Armen und Beinen bestehe ein harmonisches Umfangplus am linken Arm von 1 cm und am linken Bein von 2 cm. Klinisch führe die rechte Hand, obwohl die Versicherte beide Hände wechselseitig einsetze. Es bestünden keine handmotorischen Einschränkungen weder der rechten noch der linken Hand. Klinisch führe das linke Bein. Es fänden sich keine umschriebenen Lähmungen und keine Zeichen eines chronischen Minder-gebrauchs. Anlässlich der gezielten Kraftprüfung zeige die Versicherte teils ein selbstlimitierendes Verhalten, nicht aber bei komplexen spontanen Be-wegungsfolgen. Hinweise auf eine primäre Erkrankung des psychiatrischen Formenkreises lägen weder anamnestisch noch klinisch vor. Zusammenge-fasst könne der im neurologischen Teilgutachten der MEDAS (Untersu-chung am 4. Juli 2014) gestellten Diagnose einer spinalen inkompletten Halbseitenlähmung und der hieraus abgeleiteten Leistungsbeurteilung nicht gefolgt werden. Zum Zeitpunkt der Begutachtung der MEDAS habe somit mindestens eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vorgelegen. Aufgrund der Spondylodese C5/6 mit der hierin begründeten Bewegungseinschränkung der HWS und den Myogelosen bestehe ein Leistungsvermögen von mehr als 6 Stunden für körperlich leichte bis mit-telschwere Tätigkeiten (S. 21). Aufgrund der erhobenen Befunde werde die Versicherte spätestens ab dem Tag der Untersuchung im RAD am 26. April 2017 noch für fähig erachtet, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkei-ten, ohne Heben und Tragen von dauernd mittelschweren und schweren Lasten (ohne mechanische Hilfsmittel), ohne ständige Überkopftätigkeiten, ohne anhaltende Zwangshaltungen, ohne ständiges Knien oder Hocken, überwiegend in geschlossenen Räumen, entsprechend ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten, mindestens 6 Stunden arbeitstäglich an 5 Tagen pro Wo-che zu verrichten (S. 22).

In der Aktennotiz vom 8. Februar 2018 (act. IIA 153) präzisierte Dr. med. F._____, bereits zum Zeitpunkt der AMA vom 27. August bis 21. September 2012 habe die im RAD-Untersuchungsbericht vom 19. Dezember 2017 (Untersuchung vom 26. April 2017) genannte leistungsrelevante Hauptdiagnose vorgelegen. Die spätere Implantation des Rückenmarkstimulators am 27. November 2013 bedinge keine zusätzlichen Leistungseinschränkungen. Aus dem Umstand der interkorporellen Spondylodese mittels Cage C5/6 am 19. Juli 2011 und der hieraus resultierenden leicht- (bis mittel-)gradigen Bewegungseinschränkung der HWS und ohne objektiven Nachweis radikulärer oder spinaler Ausfälle habe seit der Operation am 19. Juli 2011 ein qualitatives Leistungsvermögen für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, ohne ständige Überkopftätigkeiten, ohne anhaltende Zwangshaltungen und ohne ständiges Knien oder Hocken, überwiegend in geschlossenen Räumen bestanden. Spätestens sechs Monate nach einsegmentaler zervikaler Spondylodese bestehe ein quantitatives Leistungsvermögen von 6 – 8 Stunden an 5 Tagen pro Woche mit den betriebsüblichen Pausen, so dass dies für die Versicherte ab Februar 2012 gegolten habe. Die Versicherte habe 2012 an der AMA mit 40 Stunden wöchentlich teilgenommen, so dass ihr bereits zu diesem Zeitpunkt – unter Berücksichtigung der Absenzen – ein Leistungsvermögen von 7 Stunden arbeitstäglich möglich gewesen sei (S. 1).

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

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchun-

gen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2017 IV Nr. 13 S. 31 E. 3, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2).

3.5 Was die Disziplinen Orthopädie, Allgemeine Innere Medizin und Psychiatrie betrifft, kann auf das Gutachten der MEDAS vom 6. Juni 2014 (act. II 76.1) abgestellt werden, wonach in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % besteht (act. II 76.1 S. 18 f. lit. G). Die Experten der MEDAS haben in den genannten Fachdisziplinen in Kenntnis der gesamten medizinischen Akten eine ausführliche Anamnese und die objektiven Befunde erhoben (Orthopädie; act. II 76.3 S. 2 ff.; Allgemeine Innere Medizin; act. II 76.4 S. 2 ff.; Psychiatrie; act. II 76.5 S. 2 ff.). Sie haben sich in ihren Beurteilungen zu den Befunden geäußert und die Diagnosen nachvollziehbar begründet. Die enthaltenen Feststellungen beruhen damit auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Diese Teilgutachten sind beweiskräftig. Es ist zulässig, überzeugenden Teilkonsilien vollen Beweiswert zuzuerkennen, auch wenn einem weiteren Teil des

Gutachtens die Beweiskraft fehlt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128). Die fachärztlichen Einschätzungen in den besagten Disziplinen sind denn auch unbestritten. Was die Disziplin der Psychiatrie betrifft, wird das entsprechende Teilgutachten der MEDAS, wonach keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe (act. 76.5, act. II 76.1 S. 16, 18), überdies durch den Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin Dr. med. F. _____ vom 19. Dezember 2017 bestätigt (act. IIA 150 S. 21).

3.6 Zum neurologischen Teilgutachten des Dr. med. J. _____ vom 14. Mai 2014 (act. II 76.2) führte die RAD-Neurologin Dr. med. F. _____ zutreffend aus, dass der Experte zwar erstaunt über das Ausmass der praktisch fehlenden Innervation von Hand und Fingern gewesen sei und er beobachtet habe, dass die Beschwerdeführerin in scheinbar unbeobachteten Momenten die rechte Hand in einem gewissen Ausmass betätigt habe, er indes keine Zusatzuntersuchungen zur Objektivierung der Diagnose einer cervicalen Myelopathie im Sinne eines Brown-Séquard-Syndroms durchgeführt habe (act. II 96 S. 4 und S. 6). Ebenfalls nachvollziehbar und schlüssig ist ihre Darlegung der Klinik des Brown-Séquard-Syndroms und zu den erhobenen Befunden, die gegen diese Diagnose sprächen, namentlich die fehlenden Muskelatrophien, die an den Beinen beidseits symmetrisch verminderte Tiefensensibilität und die Fähigkeit, komplexe Bewegungen selbständig und zügig durchzuführen (act. II 96 S. 6). Angesichts dieser nachvollziehbaren und einleuchtenden fachärztlichen Einwände kann nicht auf das neurologische Teilgutachten abgestellt werden.

Ebenso wenig beweiskräftig stufte die RAD-Ärztin das neurologische Gutachten der Dr. med. H. _____ vom 29. September 2015 (act. IIA 104.1) samt Ergänzung vom 8. Februar 2016 (act. IIA 123) ein. Dr. med. F. _____ hat schlüssig dargelegt, dass die nunmehr vorliegenden elektrophysiologischen Befunde sowohl eine radikuläre Schädigung C5/C6 rechts als auch ein Karpaltunnelsyndrom sowie ein Sulcus nervi ulnaris Syndrom rechts ausschliessen (act. IIA 127 S. 8). In diesem Sinne hat Dr. med. H. _____ ausgeführt, im Vergleich zur aktenkundigen anfänglich postoperativ weitestgehend als normal beschriebenen Handfunktion rechts zeige die aktuelle Untersuchung eine eingeschränkte Handfunktion rechts, welche aufgrund der elektrophysiologischen Untersuchungen „als

nicht rein neurologisch bedingt“ beurteilt werden könne. Die Funktionseinbusse der Hand entspreche in der klinischen Untersuchung weder einer typisch zentral nervös bedingten Störung noch bei symmetrischer Trophik einem peripheren Schädigungsmuster (act. IIA 104.1 S. 21 f.) und lasse sich durch die zervikale Myelopathie nicht hinreichend erklären (act. IIA 104.1 S. 27). Am wahrscheinlichsten sei die Funktionseinbusse als Ausdehnung der Beschwerden im Sinne einer Verdeutlichung einzuordnen (act. IIA 104.1 S. 22) bzw. als eine Verdeutlichungstendenz im Sinne einer bewusstseinsfernen, teilweise auch appellativ wirkenden Akzentuierung der Symptome. Hierdurch lasse sich auch das in den Vorgutachten beschriebene, in der aktuellen Untersuchung allerdings nicht beobachtete variable Erscheinungsbild der Funktionsstörung erklären (act. IIA 104.1 S. 27). Auf Nachfrage der Verwaltung legte Dr. med. H._____ dar, klinisch lägen keine sicheren objektiven Befunde für einen Mindergebrauch einer Extremität vor (act. IIA 123 S. 2 Ziff. 3). Trotz Fehlens solcher Befunde und obschon Dr. med. H._____ die Funktionseinbusse der rechten Hand als „nur teilweise neurologisch bedingt“ qualifizierte, gelangte sie zum Schluss, es seien weder mono- noch bimanuelle Tätigkeiten mehr zumutbar (act. IIA 104.1 S. 24 Ziff. 2). Diese Einschätzung, wonach eine Unzumutbarkeit mono- und bimanueller Tätigkeiten bestehe, obschon die Einschränkungen der rechten Hand nur „teilweise neurologisch bedingt“ seien und sich daher somatisch nicht hinreichend erklären lassen, überzeugt nicht. Das neurologische Gutachten der Dr. med. H._____ ist daher ebenfalls nicht beweiskräftig.

3.7 Der neurologisch-psychiatrische Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin Dr. med. F._____ vom 26. April 2017 (act. IIA 150) samt Ergänzung vom 8. Februar 2018 (act. IIA 153) ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, beruht auf eigener klinischer und neuropsychologischer Untersuchung (samt Laboruntersuchungen), wurde in Kenntnis der Vorakten – namentlich der zwei Gutachten – abgefasst, leuchtet in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge ein und ist für die Beurteilung der medizinischen Situation nachvollziehbar und schlüssig. Daher erfüllt er die Anforderungen an die Beweiskraft eines ärztlichen Berichts (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) und er hat einen vergleichbaren

Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2017 IV Nr. 13 S. 31 E. 3, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Darauf kann abgestellt werden.

Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, verfängt nicht. Entgegen der Beschwerdeführerin war die Verwaltung nicht verpflichtet, auf das Gutachten der Dr. med. H._____ abzustellen (Beschwerde S. 5. Ziff. 4), nachdem auch dieses – wie bereits das neurologische Teilgutachten der MEDAS – die hiervoor genannten Unzulänglichkeiten bzw. keine überzeugende Diagnosestellung und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit enthielt (vgl. E. 3.6 hiervoor). Des Weiteren trifft nicht zu, dass der hauptsächliche Grund für das Nichtabstellen auf die zwei Gutachten die von Dr. med. F._____ angerufenen Leitlinienempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung zur sozialmedizinischen Begutachtung sei (Beschwerde S. 5 Ziff. 5). Vielmehr bewog insbesondere die Diskrepanz zwischen den klinischen Befunden (namentlich fehlende Muskelatrophien, die an den Beinen beidseits symmetrisch verminderte Tiefensensibilität; act. II 96 S. 6; die fehlenden objektiven Zeichen eines Mindergebrauchs [einer Extremität]; act. IIA 127 S. 8) und der Diagnose eines Brown-Séquard-Syndroms bzw. der daraus abgeleiteten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit den RAD, die beiden Expertisen nicht als Entscheidungsgrundlage heranzuziehen. Die besagte Leitlinie zog die Expertin des RAD einzig heran, um einen Richtwert für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in quantitativer Hinsicht unter Berücksichtigung der Bewegungseinschränkung der HWS, die auf die Spondylodese C5/6 zurückzuführen ist, und der Myogelosen zu erhalten (act. IIA 150 S. 21). Die RAD-Ärztin stützte sich in der Präzisierung des Zumutbarkeitsprofils indes nicht einzig auf die Richtlinie, sondern berücksichtigte auch das in der AMA gezeigte Leistungsvermögen von 40 Stunden wöchentlich bzw. 8 Stunden pro Tag, wobei sie diesen Wert um die Absenzen bereinigte und eine Arbeitsfähigkeit von 7 Stunden pro Tag attestierte (act. IIA 153 S. 1). Davon, dass diese Einschätzung „rein theoretisch“ und überdies aufgrund der Untersuchungen widerlegt sei (Beschwerde S. 5 Ziff. 5), kann somit keine Rede sein.

3.8 Nach dem Gesagten ist der Sachverhalt hinreichend erstellt; Anlass für weitere Abklärungen besteht nicht (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Demnach ist festzuhalten, dass der Beschwerde-

führerin körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von dauernd mittelschweren und schweren Lasten, ohne ständige Überkopfarbeiten und anhaltende Zwangshaltungen sowie ständiges Knien und Hocken an 6 – 8 Stunden an 5 Tagen pro Woche ab Februar 2012 (sechs Monate nach der Operation vom 19. Juli 2011) zumutbar sind (act. IIA 150 S. 22, act. IIA 153 S. 1). Aufgrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 21. April 2005, I 822/04, E. 4.4) ist auf den Mittelwert, d.h. 7 Stunden täglich, abzustellen.

In Anbetracht, dass sich die Beschwerdeführerin am 19. Juli 2011 einer Rückenoperation (Ausräumen der Bandscheibe C5/6 und interkorporelle Spondylodese [Versteifung]) unterzog, die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bzw. das qualitative Leistungsvermögen zeitigt, ist im massgeblichen Zeitraum (vgl. E. 2.5 und 3.1 hiervor) eine anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten, weshalb ein (medizinischer) Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt. Damit ist der Rentenanspruch allseitig zu prüfen (vgl. E. 2.5 hiervor). Ausgehend vom erwähnten Zumutbarkeitsprofil ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

Was den Status anbelangt (Ausmass der Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall), nahm die Beschwerdegegnerin an, die Beschwerdeführerin wäre im hypothetischen Gesundheitsfall ab Februar 2012 zu 50 % erwerbstätig und zu 50 % im Haushalt beschäftigt bzw. ab August 2013 zu 100 % erwerbstätig (act. IIA 161 S. 2). Dieser Status ist unbestritten. Aufgrund der Akten ergibt sich kein Anlass, hiervon abzuweichen: Namentlich übte die Beschwerdeführerin von März 2007 bis Oktober 2010 ein Teilzeitpensum aus und gab anlässlich der AMA im Herbst 2012 überdies an, sie möchte mit einem Pensum von 50 % erwerbstätig sein (act. II 32 S. 2 und 6). Die Pensenerhöhung ab August 2013 erscheint aufgrund der Trennung vom Ehemann (act. II 76.4 S. 5, act. IIA 104.1 S. 12) und unter Berücksichtigung des Alters der im April 1994 und Oktober 1995 geborenen Kinder (act. II 2

S. 2) nachvollziehbar und schlüssig. Die Statusänderung per August 2013 stellt einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG dar, wobei keine Di Trizio-ähnliche Ausgangslage (vgl. BGE 144 I 103 E. 4.1 f. S. 107) vorliegt, womit die Beschwerdegegnerin korrekterweise eine weitere Invaliditätsbemessung durchführte (act. IIA 161 S. 2; vgl. E. 6.3 ff. hiernach).

5.

Im Folgenden sind die Einschränkung bzw. der Invaliditätsgrad im Aufgabenbereich zu ermitteln (vgl. E. 2.3 hiervor).

5.1 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 Meinungen 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).

5.2 Der aktualisierte Abklärungsbericht Haushalt vom 16. Dezember 2014 (act. II 82 S. 2 ff.) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung (E. 5.1 hiervor) und ist damit beweiskräftig. Die Beschwerdeführerin bestreitet die Feststellungen im Abklärungsbericht nicht. Insbesondere legt sie nicht dar, welche spezifischen Aufgaben (vgl. Rz. 3087 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit [KSIH] des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV]) aus welchen Gründen unzutreffend beurteilt worden sein sollten. Damit ist im Aufgabenbereich Haushalt bis August

2013 von einem Invaliditätsgrad von 19 % bzw. gewichtet (Anteil der Haushaltstätigkeit von 50 %; vgl. E. 4 hiervor) von 9.5 % auszugehen (act. II 82 S. 9-12, 17). Dass die Beschwerdeführerin ab August 2013 nicht mehr zusammen mit ihrem Partner wohnte bzw. ab Februar 2015 über eine neue Wohnung verfügt, ändert daran nichts, da sie ab August 2013 unbestrittenmassen als Vollerwerbstätige eingestuft wird (vgl. E. 4 hiervor).

6.

6.1 Sodann ist zu prüfen, wie es sich mit der Invalidität im Erwerbsbereich verhält. Dabei ist der IV-Grad nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.3 hiervor).

6.1.1 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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Tabellenlöhnen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustellen (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des EVG, heute BGer vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

6.1.2 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 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). 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 der vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

6.2 Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der Neuanmeldung vom 13. April 2012 (act. II 2) und in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung) der 1. Oktober 2012. Ein erster Einkommensvergleich ist auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

6.3

6.3.1 Hinsichtlich des Valideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 12. April 2018 (act. IIA 161) auf Tabellenlöhne gemäss LSE abgestellt (act. IIA 161 S. 2). Dies ist nicht zu beanstanden, zumal die Beschwerdeführerin über keine Berufsbildung verfügt, in der Vergangenheit jeweils bei verschiedenen und wechselnden Arbeitgebern tätig war (act. II 32 S. 2) und auch Arbeitslosenentschädigung bezog (act. II 2 S. 3). Bei einem massgebenden Tabellenlohn von Fr. 4'112.-- monatlich (LSE 2012, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1 [einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art], Frauen, Total), umgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Abschnitt Total) resultiert bei einem Pensum von 50 % ein Valideneinkommen von Fr. 25'720.55 (Fr. 4'112.-- x 12 Mt. / 40 h x 41,7 h x 50 %).

6.3.2 Das Invalideneinkommen ist mit Blick auf das ärztlich attestierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.8 hiervor) und den Umstand, dass die Beschwerdeführerin keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, aufgrund desselben Tabellenlohns zu ermitteln. Aufgrund ihrer Einschränkungen wäre der Beschwerdeführerin ein Pensum von gerundet 84 % (7 Stunden x 5 Tage / 41.7 Stunden x 100) zumutbar, d.h. ihr ist eine Arbeit gemäss ihrem Status (Erwerb zu 50 %) möglich. Damit resultiert ein Invalideneinkommen von ebenfalls Fr. 25'720.55 (Fr. 4'112.-- x 12 Mt. / 40 h x 41,7 h x 50 %). Da die invaliditätsbedingten Einschränkungen bereits mit der reduzierten Leistungsfähigkeit (vgl. E. 3.8 hiervor) berücksichtigt wurden und keine weiteren Gründe, die zu einer Einkommenseinbusse führen könnten, ersichtlich sind, rechtfertigt sich kein Abzug vom Tabellenlohn. Überdies wären invaliditätsfremde Gründe (Alter,

Dienstjahre, Beschäftigungsgrad) bei beiden Einkommen zu berücksichtigen (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5).

6.3.3 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen von jeweils Fr. 25'720.55) resultiert keine Erwerbseinbusse und damit ein IV-Grad von 0 % im Erwerbsbereich.

6.4 Mangels einer Erwerbseinbusse (vgl. E. 6.3.3 hiervor) entspricht die Einschränkung im Aufgabenbereich von gewichtet 9.5 % (vgl. E. 5.2 hiervor) dem Gesamt-IV-Grad von gerundet 10 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Damit besteht für die Zeit ab Oktober 2012 kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

6.5 Ab August 2013 ist aufgrund der Statusänderung (100 % Erwerb; vgl. E. 4 hiervor) der IV-Grad mittels Einkommensvergleich neu zu bestimmen (vgl. E. 2.3 hiervor).

Die in den vorstehenden Erwägungen 6.3.1 und 6.3.2 gemachten Ausführungen zu den Vergleichseinkommen haben auch hier Geltung. Das Valideneinkommen beträgt demnach bei einem Vollpensum und indexiert auf das Jahr 2013 Fr. 51'743.70 (Fr. 4'112.-- x 12 Mt. / 40 h x 41,7 h / 102.0 x 102.6 [BFS, Nominallöhne Frauen 2011-2015, Tabelle T1.2.10, Total]). Das Invalideneinkommen ist – ausgehend von der 84 %-igen (7 Stunden x 5 Tage / 41.7 Stunden x 100) Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und indexiert auf das Jahr 2013 auf Fr. 43'464.70 (Fr. 4'112.-- x 12 Mt. / 40 h x 41,7 h x 84 % / 102.0 x 102.6) festzulegen. Damit ergibt sich ein rentenausschliessender IV-Grad von 16 % ($[(Fr. 51'743.70 - Fr. 43'464.70) / Fr. 51'743.70 \times 100]$).

6.6 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 12. April 2018 (act. IIA 161) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

7.

7.1 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. 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.

7.2 Die Beschwerdeführerin hat nach Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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):
 - 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 Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.