

200 18 625 IV
FUE/GET/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. März 2019

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

C. _____
Beigeladene

betreffend Verfügung vom 11. Juli 2018



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ..., seit dem Jahr 2000 beim D._____ in ... als ... bzw. ... erwerbstätig (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 3 S. 2 ff.; Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 13), meldete sich im August 2008 unter Hinweis auf eine seronegative Spondylarthropathie, Fibromyalgie und ein chronisches Schmerzsyndrom bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug in Form von beruflichen Massnahmen an (act. II 7 S. 1 - 8). In der Folge nahm die Versicherte ihre berufliche Tätigkeit jedoch wieder voll auf, weshalb sie nach eigener Einschätzung keiner Unterstützung durch die IVB bedurfte (act. II 22 S. 1). Mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 3. Februar 2009 (act. II 26) verneinte die IVB einen Leistungsanspruch.

B.

Am 8. Januar 2015 (act. II 28) meldete sich die Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an und machte geltend, sie sei rheumabedingt und wegen den daraus resultierenden Operationen und heftigen Schmerzen immer wieder gezwungen, bei der Arbeit zu fehlen (S. 1). Nachdem die IVB den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht abgeklärt und die Akten des Krankentaggeldversicherers sowie Berichte behandelnder Ärzte beigezogen hatte, verneinte sie mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 11. Februar 2016 (act. II 57) einen Anspruch auf berufliche Massnahmen. In der Folge beauftragte die IVB Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beide G._____ (MEDAS) mit der Durchführung einer (bidisziplinären) Begutachtung (act. II 80). Nachdem die MEDAS die (schliesslich durch die Dres. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation und Rheumatologie, und F._____ verfasste) rheumatologisch-psychiatrische Expertise vom 8. November 2017 (act. II

87.1 S. 2 ff.) am 14. November 2017 (act. II 87.1 S. 1) erstattet hatte, stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 22. November 2017 (act. II 88) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. In der Begründung hielt sie fest, für die geklagten Beschwerden lägen keine somatischen Korrelate vor, womit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausschliesslich im Rahmen der durchgeführten Operationen und der entsprechenden Rehabilitationszeiten ausgewiesen sei. Für die zuletzt ausgeübte sowie jede andere körperlich leichte Tätigkeit bestehe ansonsten eine uneingeschränkte Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben und einen Bericht der behandelnden Ärzte Dres. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, vom 14. Januar 2018 (act. II 96 S. 5 f.) und J._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 5. Februar 2018 (act. II 97 S. 2 f.) einreichen. Nachdem die IVB bei Dr. med. K._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), eine Stellungnahme eingeholt hatte (act. II 99), entschied sie mit Verfügung vom 11. Juli 2018 (act. II 101) wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

C.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 5. September 2018 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Rechtsbegehren:

Die Verfügung vom 11. Juli 2018 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ein umfassendes polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 6. November 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zudem reichte sie einen Bericht von Dr. med. H._____ vom 17. Oktober 2018 (act. II 110) zu den Akten.

Mit Replik vom 7. Januar 2019 hält die Beschwerdeführerin an ihren beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren und Standpunkten fest. Ergän-

zend bringt sie vor, die Stellungnahme von Dr. med. H. _____ hätte bereits im Verwaltungsverfahren eingeholt werden müssen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 28. Februar 2019 lud der Instruktionsrichter den C. _____ als zuständige Vorsorgeeinrichtung zum Verfahren bei. Mit Eingabe vom 1. März 2019 hielt dieser fest, er habe „keine besonderen Mitteilungen“ an das Gericht „zu richten“.

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 11. Juli 2018 (act. II 101). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV.

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 Die Beschwerdeführerin rügt in Bezug auf die Gutachtensvergabe an die Dres. med. H._____ und F._____ (MEDAS) eine Verletzung ihrer Mitwirkungsrechte (Beschwerde, S. 4).

2.2 Gestützt auf den auch für Private geltenden Grundsatz von Treu und Glauben und das Verbot des Rechtsmissbrauchs (Art. 5 Abs. 3 der Bundesverfassung [BV; SR 101]) sind verfahrensrechtliche Einwendungen so früh wie möglich, das heisst nach Kenntnisnahme eines Mangels bei erster Gelegenheit, vorzubringen. Es verstösst gegen Treu und Glauben, Mängel dieser Art erst in einem späteren Verfahrensstadium oder sogar erst in einem nachfolgenden Verfahren geltend zu machen, wenn der Einwand schon vorher hätte festgestellt und gerügt werden können. Wer sich auf das Verfahren einlässt, ohne einen Verfahrensmangel bei erster Gelegenheit vorzubringen, verwirkt in der Regel den Anspruch auf spätere Anrufung der vermeintlich verletzten Verfahrensvorschrift (BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69).

2.3 Im Bericht vom 27. Februar 2017 (act. II 74 S. 4 f.) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. K._____ unter „Empfehlungen“ fest, es werde eine bi-disziplinäre Begutachtung in den Disziplinen Psychiatrie und Orthopädie „angeregt“. Diese „kann“ im MEDAS-Institut stattfinden und durch die Dres. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und E._____ durchgeführt werden (S. 4). Mit Schreiben vom 28. Februar 2017 (act. II 75) orientierte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin über die vorgesehene Begutachtung bei den hiavor genannten Ärzten und wies sie daraufhin, allfällige triftige Einwendungen gegen die Art der Begutachtung, die vorgesehene Fachdisziplin sowie die begutachtende

Person innert Frist schriftlich einzureichen. Mit zwei E-Mails vom 8. März 2017 (act. II 77 f.) teilte die Beschwerdeführerin der IVB mit, es stehe noch ein operativer Eingriff an der Schulter bevor, weshalb sie – nach Rücksprache mit dem behandelnden Orthopäden – darum ersuche, die Begutachtung frühestens Mitte Juni 2017 durchzuführen. Am 7. Juni 2017 (act. II 80) beauftragte die IVB sodann Dr. med. E. _____ und – entgegen dem Schreiben vom 28. Februar 2017 – nicht Dr. med. L. _____, sondern Dr. med. F. _____ mit der Begutachtung. Am 23. Juni 2017 (act. II 81) ersuchte das MEDAS die IVB, im Hinblick auf die Begutachtung die Fachdisziplin der Orthopädie durch jene der Rheumatologie (Dr. med. H. _____) zu ersetzen. Der Grund sei die letzte Operation im Jahr 2014 mit einer im Vordergrund stehenden entzündlichen Spondarthropathie. Mit dem Aufgebot zur Begutachtung vom 3. Juli 2017 (act. II 83 S. 2 f.) orientierte die MEDAS die Beschwerdeführerin über das Untersuchungsprogramm und gab ihr die Namen der Gutachter (Dres. med. H. _____ und F. _____) und deren fachärztliche Spezialisierung bekannt. In der Folge nahm die Beschwerdeführerin in Kenntnis der begutachtenden Ärzte die Gutachtertermine wahr, ohne zuvor den Wechsel der Experten und der Disziplinen beanstandet zu haben.

Nach Erstattung des Gutachtens vom 8. November 2017 (act. II 87.1 S. 2 ff.) und Erlass des Vorbescheids (act. II 88) machte die Beschwerdeführerin am 18. Dezember 2017 (act. II 90) und 3. Januar 2017 (richtig: 2018 [act. II 92]) diverse materielle Mängel im Gutachten der MEDAS geltend, monierte den erfolgten Gutachterwechsel jedoch wiederum nicht. Mit Schreiben des Rechtsvertreters vom 31. Januar 2018 (act. II 96 S. 1 - 4) liess sie diesbezüglich eine „elementare Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör“ (S. 2) vorbringen.

2.4 Mit der Beschwerdegegnerin ist unter den gegebenen Umständen ein formeller Mangel, der dem Abstellen auf das Gutachten der MEDAS entgegenstehen würde, zu verneinen:

2.4.1 Zunächst bedurfte es für den im Hinblick auf die Begutachtung erfolgten Wechsel der Fachdisziplinen und in der Folge der Gutachter – anders als die Beschwerdeführerin annimmt (vgl. Beschwerdeantwort, S. 4) – nicht des vorgängigen Einverständnisses durch den RAD. Dergleichen ist

denn auch gesetzes- und verordnungsmässig nicht vorgesehen (zu den Aufgaben des RAD, vgl. Art. 49 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; Rz. 2075.1 und 2075.6 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI]). Im Übrigen sind die Ausführungen von Dr. med. K._____ im Bericht vom 27. Februar 2017 zu den zu berücksichtigenden Fachdisziplinen klareweise allein als Empfehlung bzw. Anregung zu verstehen (vgl. act. II 74 S. 4). Wenn die Gutachter der MEDAS nach Sichtung des Aktenmaterials zum Schluss gelangten, es sei anstelle der Orthopädie die Fachdisziplin der Rheumatologie zu berücksichtigen, so stellt dies jedenfalls keinen Grund dar, das Gutachten bereits aus formellen Gründen als nicht verwertbar zu betrachten. Dies umso weniger, als den Gutachtern – was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft – ein weiter Ermessensspielraum zukommt, wozu auch die Auswahl der zu berücksichtigenden Fachdisziplinen gehört (BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 352; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 27. September 2017, 8C_820/2016, E. 5.5). Im Übrigen wurde der Ersatz der Fachrichtung Orthopädie durch die Fachrichtung Rheumatologie von der Gutachterstelle nachvollziehbar begründet. Es liegt insoweit auch kein eigenmächtiges Handeln der Gutachterstelle vor (vgl. Entscheid des BGer vom 14. Februar 2019, 9C_296/2018, E. 5.1.1). Hinsichtlich der Beauftragung des Dr. med. F._____ an Stelle des zunächst genannten Dr. med. L._____ (beides Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) liegt ein offensichtliches Versehen der Beschwerdegegnerin vor, ohne dass dieses die Qualität der Begutachtung (für sich allein) einschränkt.

2.4.2 Was sodann die Vorgehensweise rund um die Beauftragung der Experten Dres. med. H._____ und F._____ anbelangt, so ist zwar festzustellen, dass der Beschwerdegegnerin insoweit Fehler unterlaufen sind, als sie der Beschwerdeführerin vor deren Beauftragung keine Möglichkeit gewährt hatte, allfällige (triftige) Einwendungen gegen die Anpassung des Gutachtensauftrags geltend zu machen. Aus dieser verfahrensmässigen Unzulänglichkeit vermag die Beschwerdeführerin unter den vorliegend gegebenen Umständen jedoch nichts zu ihren Gunsten abzuleiten: Zum ersten wurde sie – in Zusammenhang mit der ursprünglich angekündigten Begutachtung durch die Dres. med. L._____ und E._____ – über die grundsätzliche Vorgehensweise bei (triftigen) Ein-

wendungen gegen die vorgesehenen Fachdisziplinen und die begutachtenden Personen ins Bild gesetzt (vgl. act. II 75 S. 1). Zum zweiten wurde die Beschwerdeführerin im Vorfeld der Begutachtung bzw. mit Schreiben vom 3. Juli 2017 seitens der MEDAS direkt über die (schliesslich) mit dem Begutachtungsauftrag betrauten Experten Dres. med. H._____ und F._____ informiert (act. II 83 S. 2 f.), womit ihr auch die vorgesehenen Fachdisziplinen bekannt waren. Schliesslich – und drittens – unterzog sich die Beschwerdeführerin in Kenntnis dieser notwendigen und hinreichenden Kenndaten der Begutachtung. Erst nach Vorliegen des Gutachtens respektive erst im Rahmen des dritten Einwandschreibens vom 31. Januar 2018 (act. II 96 S. 1 - 4), mithin fast sieben Monate nach erfolgter Information durch das MEDAS bzw. über vier Monate nach der Begutachtung im September 2017 (vgl. act. II 87.1 S. 2), beanstandete sie erstmals den Disziplinen- und Gutachterwechsel. Unter diesen Umständen liegt demnach offensichtlich keine Rüge nach Kenntnisnahme eines Mangels „bei erster Gelegenheit“ vor (vgl. E. 2.2 vorne). Vielmehr hat sich die Beschwerdeführerin auf das Verfahren eingelassen, und es liegen damit – anders als in BGer 9C_296/2018, E. 5.3 – nicht diverse erhebliche Mängel vor, die bereits aus formellen Gründen zur Rückweisung der Sache führen müssten. Das Gericht hat damit die gesamte Sachlage unter Einbezug auch des Gutachtens materiell zu prüfen.

2.5 Sodann trifft es zwar zu, dass sich weder die RAD-Ärztin Dr. med. K._____ im Bericht vom 22. März 2018 (act. II 99 S. 2) noch die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2018 (act. II 101) ausdrücklich zum im Vorbescheidverfahren eingereichten Bericht von Dr. med. I._____ vom 14. Januar 2018 (act. II 96 S. 5 f.) äusserten (vgl. Beschwerde, S. 6). Sofern darin überhaupt eine (nicht besonders schwerwiegende) Verletzung des rechtlichen Gehörs (Art. 29 Abs. 2 BV) zu erblicken wäre, so hätte sie als geheilt zu gelten, war es der Beschwerdeführerin doch möglich, sich (im Rahmen einer umfassenden Beschwerde) vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2).

2.6 Zusammenfassend besteht somit – entgegen der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde, S. 5) – kein Anlass, die angefochtene Verfügung bereits aus formellen Gründen aufzuheben.

2.7 Die Beschwerdeführerin macht mit Blick auf die Stellungnahme von Dr. med. H._____ vom 17. Oktober 2018 (act. II 110) replicando schliesslich geltend, der Verwaltung sei es verwehrt gewesen, nach Einreichung der Beschwerde weitere zusätzliche Abklärungen vorzunehmen.

Gemäss dem von der Beschwerdeführerin selber referierten Entscheid des Bundesgerichts vom 15. Januar 2014 (8C_410/2013 E. 5.4) ist – mit Blick auf das Gebot der Einfachheit und Raschheit des Verfahrens (Art. 61 lit. a ATSG) – im erstinstanzlichen Beschwerdeverfahren eine Sachverhaltsvervollständigung durch die Verwaltung im Rahmen punktueller Abklärungen in aller Regel zulässig, wohingegen umfassendere Abklärungen wie eine medizinische Begutachtung mit Mitwirkung der versicherten Person oder vergleichbare zeitraubende Beweismassnahmen den Rahmen sprengen (u.a. bestätigt mit Entscheid des BGer vom 2. März 2017, 8C_81/2017, E. 6.2).

Zwar steht fest, dass die Beschwerdeführerin die von der Beschwerdegegnerin Dr. med. H._____ erst im Beschwerdeverfahren (act. II 107) zur Stellungnahme unterbreiteten Berichte der Dres. med. I._____ und J._____ vom 14. Januar und 5. Februar 2018 bereits im Vorbescheidverfahren eingereicht hatte (vgl. act. II 96 S. 5 f.; 97 S. 2 f.). Nichtsdestotrotz war die Abklärungsmassnahme *lite pendente* vorliegend zulässig: Zum einen handelte es sich inhaltlich lediglich um eine Stellungnahme zu weiteren ärztlichen Berichten, wohingegen die eigentliche medizinische Abklärung im Verwaltungsverfahren erfolgt war. Auch bedurfte es hierfür nicht der persönlichen Mitwirkung der Beschwerdeführerin. Schliesslich kann auch nicht von einer umfangreichen und zeitraubenden, gegen das Gebot der Raschheit des Verfahrens verstossenden Zusatzabklärung gesprochen werden. Es besteht demnach kein Grund, der Stellungnahme von Dr. med. H._____ vom 17. Oktober 2018 (aus formellen Gründen) die Eigenschaft als Beweismittel abzuerkennen.

3.

Wenngleich im Rahmen der Erstanmeldung (auch) ein Rentenanspruch ohne jegliche medizinische Erhebungen verneint wurde, ist angesichts der zwischenzeitlichen und mehr als drei Monate (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV) dauernden Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit den Operationen eine neuanmeldungsrechtliche Änderung ohne weiteres ausgewiesen (vgl. E. 6.2.1 hinten) – dies auch aufgrund des Statuswechsels (vgl. act. II 3 S. 4; 37 S. 1 und 3). Demnach ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

4.

4.1 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

4.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (vgl. E. 3.1 vorne) sind (lit. c).

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

4.3 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).

5.

5.1 Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2018 (act. II 101) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

5.1.1 Am ... 2014 wurde die Beschwerdeführerin bei symptomatischer Achillodynie und degenerativer Tendinopathie mit metaplastischer Ossifikation am linken Fuss operiert (act. II 29 S. 3 f). Am ... 2014 erfolgte bei diagnostizierter symptomatischer Coxarthrose links eine „Implantation Hüft-TP links“ (act. II 29 S. 1 f.).

5.1.2 Dr. med. I. _____ hielt im Bericht vom 12. August 2014 (act. II 36) fest, mit der intraoperativ verifizierten Koxitis seien die Diagnosekriterien ASAS (Assessment of Spondyloarthritis International Society) 2011 für eine Spondylarthritis nun eindeutig erfüllt (S. 3).

5.1.3 Am ... 2014 wurde die Beschwerdeführerin an der Wirbelsäule operiert (Stabilisation im Bereich L4/5 [act. II 62 S. 37]). Anschliessend erfolgte vom ... bis ... 2014 eine Hospitalisierung in der Klinik N. _____

(act. II 44 S. 25). Am ... 2015 erfolgte bei diagnostizierter symptomatischer Coxarthrose rechts bei undifferenzierter Spondylarthritis eine Hüft-TP rechts (act. II 97 S. 9 f.) mit Hospitalisierung im Spital M. _____ vom bis ... 2015 und Entlassung in die stationäre orthopädische Rehabilitation nach N. _____ vom ... bis ... 2015 (act. II 44 S. 9; 49 S. 21).

5.1.4 Dr. med. O. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, stellte im Bericht vom 28. Mai 2015 (act. II 44 S. 1 - 4) die folgenden Diagnosen (S. 1):

Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- Seronegative Spondyloarthritis, bestehend seit 2000
- Cervikale Diskopathie C5/6 seit 1999
- Cervikale Diskopathie C4/5, bestehend seit 2012
- Omarthrose rechts, bestehend seit 2007
- Coxarthrose links mit in der Folge Hüft-TP, bestehend seit ...2014
- Lumbale Diskopathie L4/5 mit OP, bestehend seit 2014
- Achillodynie links mit OP, ... 2014
- Hallux rigidus rechts mit OP, bestehend seit September 2013
- Ermüdungsfraktur Metatarsale-III Fuss rechts, bestehend seit Februar 2014
- Komplexes chronisches Schmerzsyndrom, langjährige Opiatmedikation
- Rezidivierend depressive Verstimmungen, bestehend seit 2000

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- Metabolisches Syndrom mit Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas bestehend seit 2014
- Primäre Hypothyreose, substituiert, bestehend seit 2011
- Rezidivierende Infekte der Lungen und oberen Atemwege seit 2002

Zum Verlauf hielt Dr. med. O. _____ Folgendes fest: „Rheumatische Beschwerden wechselnden Ausmasses seit 2000. In der Folge Diagnose einer seronegativen Spondyloarthritis. Rezidivierende Schübe. Schmerzen jeweils in dem Bereich des gesamten Bewegungsapparates. Einsatz von verschiedenen Medikamenten. Rückenschmerzen mit operierten Diskushernien 1999 und 2012, Schulterschmerzen erst mit Operation 2007. Hüftschmerzen mit Einsetzen einer Totalprothese ... 2014, Achillodynie mit Operation ... 2014. Fusschmerzen rechts mit in der Folge diagnostizierter Ermüdungsfraktur, Ruhigstellung ... 2015 wieder unter depressiven Verstimmungen im Rahmen der chronischen Schmerzen und Rückschläge am Arbeitsort“ (S. 1 f.). Aktuell beständen kaum Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates; die Schulterbeweglichkeit sei eingeschränkt (S. 2).

5.1.5 Im Bericht des Spitals P._____ vom 26. Oktober 2015 (act. II 55 S. 2 f.) wurden im Wesentlichen eine chronische Lumboischialgie bei Status nach dorsaler Stabilisation L4/5 am ... 2014, Status nach Infiltration L5/S1 am ... 2015 sowie Status nach Thermoablation L2, L3, L5, S1 rechts am ... 2015, eine axiale Spondylarthritis und periphere seronegative Arthritis mit rezidivierenden Schmerzen der grossen Gelenke sowie ein Status nach Hüft-TP rechts am ... 2015, links am 2014, diagnostiziert (S. 2). Die Beschwerdeführerin sei durch die nun neu aufgetretenen Schmerzen paravertebral rechts mit einer Ausstrahlung in das rechte Gesäss stark schmerzgeplagt. Selbst mit ausgebauter Analgesie sei hier nur unwesentlich eine Verbesserung der Beschwerden zu erzielen (S. 3).

Mit weiterem Bericht des Spitals P._____ vom 23. November 2015 (act. II 62 S. 19) wurde festgehalten, das SPECT-CT des Beckens und der LWS zeige keinerlei Korrelat für die angegebenen Beschwerden. Es sei nicht ganz klar, was die Beschwerden auslöse.

5.1.6 Im Bericht vom 2. Juni 2016 (act. II 62 S. 1 f.) hielt Dr. med. O._____ Folgendes fest:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Chronisches Schmerzsyndrom bei seronegativer Spondyloarthritis und diversen orthopädischen Leiden
- Rezidivierende depressive Verstimmungen, mangelnde Belastbarkeit

Aktuelle Symptome/aktueller Zustand

- Bestehende Schulterbeschwerden links, gemäss Angaben der Beschwerdeführerin sei für Dezember 2016 eine Operation geplant
- Schmerzen im Bereich des rechten Zehen, dort sei gemäss Beschwerdeführerin mittelfristig eine Versteifung im Grosszehengrundgelenk geplant
- Übriges Beschwerdebild wie bisher. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin bewältige sie derzeit nur noch ein Arbeitspensum von max. 35%
- Bezüglich Rücken habe eine Infiltration der kleinen Nerven im Bereich der Facettengelenke keine wesentliche Besserung gebracht
- Rheumatologische Betreuung und Behandlung werde unverändert weitergeführt

5.1.7 Dr. phil. Q._____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, diagnostizierte im Bericht vom 10. August 2016 (act. II 62 S. 5 f.) in den vergangenen Jahren wiederkehrende depressive Phasen im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.0), welche im direkten Zusammenhang mit den wiederkehrenden somatischen Erkrankungen/Befunden und entsprechenden Anpassungsleistungen zu sehen seien.

5.1.8 Am ... 2016 erfolgte eine Arthrodesse des Grosszehengrundgelenks sowie eine Segmentexzision am Ramus plantaris II/III (act. II 87.2 S. 3 f.). Ferner wurde am ... 2017 an der linken Schulter eine diagnostische Schulterarthroskopie und eine offene Dekompression mit AC-Gelenksresektion, Acromioplastik, Bursektomie, Intervallrevision und Synovektomie durchgeführt (act. II 87.2 S. 1 f.).

5.1.9 Im bidisziplinären Gutachten der MEDAS vom 8. November 2017 (act. II 87.1 S. 2 ff.) stellten die Dres. med. H._____ und F._____ interdisziplinär im Wesentlichen die folgenden Diagnosen (S. 27 f.):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1)
2. Chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)
3. Status nach Implantation einer Hüft-TP links am ... 2014 bei beginnender Coxarthrose (ICD-10 Z96.64)
4. Status nach Implantation einer Hüft-TP rechts am ... 2015 bei beginnender Coxarthrose (ICD-10 Z96.64)
5. Belastungsdefizit rechter Fuss (ICD-10 Z98.1, M79.67)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
2. Anamnestisch Verdacht auf axiale und periphere undifferenzierte Spondylarthritis (ICD-10 M45.09)
3. Status nach Schulterarthroskopie rechts mit Bursektomie, subakromialer Dekompression und AC-Resektion 12/2007 (ICD-10 M75.8)
4. Status nach Patellasehnentransfer rechts 1987 (ICD-10 M22.0)

5. Status nach offener subacromialer Dekompression mit AC-Gelenkresektion, Akromioplastik und Bursektomie links ... 2017 (ICD-10 M75.8)
6. Status nach Längstenotomie, Exzision der tendinotisch veränderten Sehnenanteile der Achillessehne und metaplastischen Ossifikationsherde/Resektion des Paratenons und Stichelung des Bindegewebes, Abtragung der Haglund-Exostose und Bursektomie links am ... 2014 (ICD-10 M79.67)
7. Status nach Stressfraktur Metatarsale III rechter Fuss 02/2015 (ICD-10 S92.4)

In der bisdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, im Vordergrund stehe aus somatischer Sicht die Evaluation aus Sicht des Bewegungsapparates bei multiplen Beschwerden und multiplen Befunden. Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule sowie auch der unteren Extremitäten. Die anamnestisch diskutierte Spondylarthritis sei ohne klare Aktivität, seit November 2016 auch ohne Basistherapie. Im Vordergrund stehe hierbei das generalisierte multilokuläre Schmerzsyndrom mit vegetativer Begleitsymptomatik. Auffallend seien die äusserst vielen Operationen, wofür bei genauer Betrachtung der Dokumente vor den Operationen in den meisten Fällen keine eindeutige Operationsindikation erkannt werden könne. Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit resultiere eine deutlich verminderte Belastbarkeit, sodass keine körperlich schweren und auch mittelschweren Tätigkeiten mehr zumutbar seien. In leichten, überwiegend sitzenden Tätigkeiten und mit der Möglichkeit, jederzeit aufzustehen und umherzugehen, ohne kniende oder hockende Haltungen, ohne häufiges Treppensteigen, ohne regelmässige Überkopfarbeiten, ohne Arbeiten in Zwangshaltungen, bestehe hingegen eine quantitativ uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Dies treffe auch auf die angestammte Tätigkeit zu.

Aus psychiatrischer Sicht seien die somatisch nicht ausreichend erklärbaren Befunde für die subjektiv angegebenen, multiplen Beschwerden und daraus subjektiv resultierenden Limitierungen, bei nicht ursächlich vorliegender psychosozialer Belastungssituation, einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zuzuordnen. Eine Komorbidität liege aus psychiatrischer Sicht nicht vor. Gemäss Prüfung der Indikatoren und Inkonsistenzprüfung könnten aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Dies korre-

liere auch mit den regen Aktivitäten neben dem 30%-Pensum der Beschwerdeführerin, welche den Haushalt bis auf schwere Arbeiten selbständig führe, regelmässig Aquafit mache, gerne bastle, Auto fahre und soziale Kontakte pflege.

Zusammenfassend bestehe in leichten, gut adaptierten Tätigkeiten, so auch in der angestammten, eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, dies bezogen auf ein hypothetisches Vollzeitpensum (S. 29). Auch in der Vergangenheit könne keine länger andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit zugeordnet werden. Es beständen allerdings multiple, jeweils mehrwöchige Rekonvaleszenzen nach den vielen durchgeführten Operationen (S. 29 f.).

5.1.10 Mit zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin verfasstem Bericht vom 14. Januar 2018 (act. II 96 S. 5 f.) kritisierte Dr. med. I. _____ das Gutachten der MEDAS vom 8. November 2017 bzw. die rheumatologische Expertise von Dr. med. H. _____ namentlich in Bezug auf deren Schlussfolgerung, es sei keine Spondylarthropathie ausgewiesen.

Mit Bericht vom 17. Oktober 2018 (act. II 110) nahm Dr. med. H. _____ zum Bericht von Dr. med. I. _____ vom 14. Januar 2018 Stellung, wobei sie an ihren im Gutachten erfolgten Einschätzungen festhielt.

5.2

5.2.1 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).

5.2.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu-

chungen 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).

5.2.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353).

5.3 Das bidisziplinäre rheumatologisch-psychiatrische MEDAS-Gutachten der Dres. med. H. _____ und F. _____ vom 8. November 2017 (act. II 87.1 S. 2 ff.) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 5.2.2 vorne). Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Danach liegt in somatisch-rheumatologischer Hinsicht (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) ein chronisches zervikospodylogenes und thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom, ein Status nach Implantation einer Hüft-TP links und rechts sowie ein Belastungsdefizit betreffend den rechten Fuss vor (S. 27), welche Beeinträchtigungen zu einer deutlich verminderten Belastbarkeit und in der Folge Unzumutbarkeit hinsichtlich schwerer und mittelschwerer Tätigkeiten führen. In Bezug auf die angestammte wie auch jeglicher anderweitigen leichten, den Leiden angepassten Tätigkeit ist die Arbeits- und Leistungsfähigkeit quantitativ grundsätzlich nicht eingeschränkt (S. 29; vgl. jedoch E. 6.2 hinten). In psychischer Hinsicht liegt eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor, welche jedoch keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt (S. 28).

Die von der Beschwerdeführerin (ausschliesslich) am Teilgutachten von Dr. med. H._____ geübte Kritik dringt nicht durch:

5.3.1 Zunächst schadet es dem Beweiswert des Gutachtens nicht, dass die Rheumatologin Dr. med. H._____ nicht zusätzlich über den Facharztstitel der Orthopädischen Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates verfügt (vgl. Beschwerde, S. 5): Wie die RAD-Ärztin und Orthopädin Dr. med. K._____ in ihrer Stellungnahme vom 22. März 2018 (act. II 99 S. 2) unter Bezugnahme auf das rheumatologische Teilgutachten, welches sie als ausführlich, nachvollziehbar und differenziert beurteilte, festhielt, war Dr. med. H._____ als Fachärztin der Allgemeinen Inneren Medizin, Rheumatologie und Physikalischen Medizin und Rehabilitation ohne weiteres befähigt, den vorliegenden Sachverhalt kompetent zu beurteilen. Dies deckt sich auch mit der hierzu ergangenen höchstrichterlichen Praxis (vgl. Entscheide des BGer vom 11. September 2018, 8C_325/2018, E. 4.1 [betreffend Rheumatologie], vom 27. März 2013, 9C_981/2012, E. 3.1 und E. 5.2 [betreffend Physikalische Medizin und Rehabilitation] und vom 25. August 2015, 9C_320/2015, E. 3.3.3 [betreffend Orthopädie/Rheumatologie]). Auch wenn vorliegend diverse Operationen erfolgten, so ist weder erkennbar noch wird geltend gemacht, dass sich in deren Zusammenhang spezifische Fragen hinsichtlich allfälliger funktioneller Auswirkungen ergaben. Vielmehr stand die kontrovers beurteilte Frage nach dem Vorliegen einer Spondylarthropathie respektive einer chronischen Schmerzproblematik im Zentrum, womit es nicht zusätzlich einer Begutachtung aus orthopädischer Sicht bedurfte.

5.3.2 Weiter kritisiert die Beschwerdegegnerin unter Berufung auf den Bericht von Dr. med. I._____ vom 14. Januar 2018 (act. II 96 S. 5 f.) die Einschätzung von Dr. med. H._____, entgegen dem behandelnden Rheumatologen sei keine Spondylarthropathie ausgewiesen (Beschwerde, S. 5 f.).

Gemäss Dr. med. H._____ sind die diversen geltend gemachten Beschwerden namentlich auf ein generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom mit Ganzkörperschmerzen und vegetativer Begleitsymptomatik zurückzuführen, wohingegen die Kriterien für das Vorliegen einer Spondylarthropathie nicht erfüllt seien. In der Begründung hielt sie fest, die Be-

schwerdeführerin schildere keinen entzündlichen Rückenschmerz. Synovitiden hätten weder bei den in der Vergangenheit regelmässig durchgeführten rheumatologischen Untersuchungen noch bei der aktuellen klinischen Untersuchung festgestellt werden können. Die im Oktober 2012 durchgeführte Skelettszintigraphie habe keine entzündlichen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule oder der peripheren Gelenke gezeigt. Die erhöhte Aktivität im Bereich der rechten Grosszehe lasse sich auf die dort nachgewiesene Arthrose zurückführen. Auf den in den vergangenen Jahren regelmässig durchgeführten Röntgenaufnahmen, Kernspintomographien, SPECT-CT's und Sonographien hätten keine entzündlichen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule oder der peripheren Gelenke nachgewiesen werden können. Auch die im Rahmen der Hüft-TP rechts im April 2015 durchgeführte histopathologische Untersuchung der Synovia habe keine Hinweise für ein entzündlich-rheumatisches Geschehen gezeigt. Auch bei der aktuellen klinischen Untersuchung habe sich weder klinisch noch labortechnisch eine Entzündungsaktivität gezeigt, obwohl sämtliche Basistherapien vor einem Jahr abgesetzt worden seien (act. II 87.1 S. 24).

Sodann nahm Dr. med. H. _____ am 17. Oktober 2018 (act. II 110) zur von Dr. med. I. _____ in seinem Bericht vom 14. Januar 2018 (act. II 96 S. 5 f.) an ihrem Gutachten geübten Kritik Stellung und hielt insbesondere fest, dass die am 5. September 2014 beschriebenen entzündlichen Veränderungen der Bandscheibe L4/5 bei Segmentdegeneration (vgl. act. II 62 S. 37) keinen Beweis für eine Spondylarthritis darstelle und es bei degenerativen Bandscheibenveränderungen zu lokalen Entzündungsreaktionen kommen könne (act. II 110 S. 2). Im Weiteren stützte sich Dr. med. H. _____ im Gutachten vom 8. November 2017 (act. II 87.1 S. 2 ff.) – wie hiervor dargelegt und entgegen Dr. med. I. _____ – zur Begründung ihrer Einschätzungen nicht allein auf die Röntgendiagnostik ab, sondern zog weitere Kriterien in die Beurteilung mit ein. Schliesslich verwies die Gutachterin sowohl in der Expertise als auch in der Stellungnahme vom 17. Oktober 2018 (act. II 87.1 S. 25; 110 S. 2) auf den Bericht von Prof. Dr. med. S. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, vom 25. Oktober 2013 (act. II 44 S. 36 f.), welcher eine Spondylarthritis ebenfalls nicht als erstellt

erachtete (vgl. S. 37). Gleiches gilt im Übrigen in Bezug auf die Einschätzungen des in der Folge konsultierten Dr. med. R._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, welcher im Bericht vom 13. Februar 2014 (act. II 44 S. 31 - 33) insoweit allein eine Verdachtsdiagnose stellte. Dass sich Dr. med. H._____ schliesslich in Bezug auf die im Rahmen der Hüftoperation links vom ... 2014 festgestellte Synovialitis (act. II 29 S. 1 f.) nicht auch noch äusserte, mag zwar als unterbliebene restlose Klarstellung kritisiert werden, reicht jedoch mit Blick auf die im Übrigen argumentativ breit abgestützte Beurteilung nicht aus, um die Beweiskraft ihres Gutachtens in Zweifel zu ziehen.

Die von Dr. med. H._____ in Würdigung der dargelegten Umstände erfolgte Einschätzung, wonach die geschilderten mannigfachen Beschwerden im Rahmen eines generalisierten Schmerzsyndroms und nicht einer Spondylarthritis zu deuten sind, ist demnach schlüssig und überzeugt.

5.3.3 Sodann schadet es dem Beweiswert des MEDAS-Gutachtens nicht, dass Dr. med. H._____ bei der Darstellung von „Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit aus rheumatologischer Sicht“ von der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin als ... (und nicht von der Tätigkeit als ... [vgl. act. I 13]) ausgegangen ist (Beschwerde, S. 5; act. II 87.1 S. 25): Wie sowohl aus den ins Recht gelegten Jobprofilen (vgl. act. I 6 f.) als auch den Angaben der Beschwerdeführerin zu ihrer Arbeit im Rahmen der Begutachtung (vgl. act. II 87.1 S. 18) hervorgeht, werden beide (körperlich leichten) Tätigkeiten vom gutachtlich definierten Zumutbarkeitsprofil (vgl. S. 29) erfasst.

5.3.4 Im Weiteren ist entgegen der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 5) beweisrechtlich nicht massgeblich, dass die vereinzelt im medizinischen Dossier vorliegenden französischen Berichte (vgl. act. II 32 S. 2 - 4; 62 S. 15 f.) im MEDAS-Gutachten zwar aufgelistet (vgl. act. II 87.1 S. 5, 7), von Dr. med. H._____ jedoch nicht diskutiert wurden, kann doch nicht erwartet werden, dass sich die Experten im Rahmen eines Begutachtungsauftrages mit jeder einzelnen (abweichenden) Auffassung von Berufskollegen explizit auseinandersetzen (vgl. Entscheid des BGer vom 26. August 2011, 8C_379/2011, E. 3.2.1). Hierzu bestand auch vorliegend kein Anlass, weil die Beschwerdeführerin nicht darlegt und auch

nicht ersichtlich ist, inwiefern die nicht gesondert diskutierten ärztlichen Berichte zu einer anderen Beurteilung hätten führen können.

5.3.5 Schliesslich berührt der Umstand, wonach Dr. med. H. _____ Kritik an den diversen operativen Eingriffen übte (Beschwerde, S. 7; act. II 87.1 S. 24) – welche auch im bidisziplinären Konsens bestätigt wurde (S. 30) –, den Beweiswert ihres Gutachtens nicht, zeitigt dies doch keine Auswirkungen in Bezug auf die vorliegend rechtserheblichen Fragen, zumal diese Kritik keineswegs haltlos ist. Bereits Prof. Dr. med. S. _____ wies darauf hin, die Beschwerdeführerin habe sich „in die Hände von interventionsfreudigen Kollegen begeben“ (act. II 44 S. 36) und auch Dr. med. R. _____ erachtete die Indikation für die damals geplanten Eingriffe als „nicht eindeutig gegeben“ (act. II 44 S. 32), womit die Kritik von Dr. med. H. _____ auch durch behandelnde Ärzte gestützt wird.

5.4 Zusammenfassend liegen keine Berichte im Recht, welche konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit des MEDAS-Gutachtens vom 8. November 2017 (act. II 87.1 S. 2 ff.) und namentlich gegen die rheumatologische Teilexpertise von Dr. med. H. _____ zu wecken vermöchten (vgl. E. 5.2.3 vorne). Der medizinische Sachverhalt ist demnach hinreichend abgeklärt und der von der Beschwerdeführerin beantragten Rückweisung zwecks Durchführung eines polydisziplinären Gutachtens bedarf es nicht.

6.

6.1 Gemäss dem Gutachten der MEDAS vom 8. November 2017 (act. II 87.1 S. 2 ff.) sind der Beschwerdeführerin aus somatischer bzw. bidisziplinärer Sicht körperlich schwere und auch mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. In leichten, überwiegend sitzenden Tätigkeiten und mit der Möglichkeit, jederzeit aufzustehen und umherzugehen, ohne kniende oder hockende Haltungen, ohne häufiges Treppensteigen, ohne regelmässige Überkopparbeiten, ohne Arbeiten in Zwangshaltungen besteht hingegen eine quantitativ uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100%, was auch auf die angestammte Tätigkeit zutrifft (act. II 87.1 S. 29). Dies gilt grundsätzlich für den gesamten Beurteilungszeitraum (S. 29 f.; vgl.

jedoch E. 6.2 sogleich). Aus psychischer Sicht besteht keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, was denn auch zu keinen Diskussionen Anlass gibt und sich Weiterungen im Sinne einer zusätzlichen Indikationenprüfung erübrigen (vgl. Entscheid des BGer vom 5. Juni 2018, 9C_197/2018, E. 7).

6.2

6.2.1 Auf Grund der fehlenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit besteht keine Invalidität (vgl. E. 4.1 vorne) und die Beschwerdegegnerin hat den Leistungsanspruch grundsätzlich zu Recht verneint. Indessen ist Folgendes zu beachten: Aus den Akten folgt, dass im Zeitraum zwischen März 2014 und April 2015 mehrere operative Eingriffe erfolgten (vgl. E. 5.1.1 und 5.1.3 vorne). Dr. med. H._____ attestierte für den Zeitraum von März 2014 bis Oktober 2015 „im Rahmen der post-operativen Rekonvaleszenzen“ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 87.1 S. 25) – dies eingedenk der von Dr. med. I._____ ab Januar 2015 bescheinigten, allein 60%igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. II 44 S. 22), welche Dr. med. H._____ jedoch (und überzeugend) als zu tief einschätzte (act. II 87.1 S. 26). Demnach ist – in grundsätzlicher Übereinstimmung mit den von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2018 getroffenen Feststellungen (vgl. act. II 101 S. 1) – für die Zeit von März 2014 bis Oktober 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit erstellt mit der Folge, dass die (spruchreife) Frage nach einem befristeten Rentenanspruch zu prüfen ist.

6.2.2 Mit Blick auf die im Januar 2015 erfolgte Anmeldung zum Leistungsbezug (act. II 28 S. 1) kommt der Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (Art. 29 Abs. 1 IVG), in welchem auch die einjährige Wartezeit (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) bestanden war (vgl. E. 4.2 und 6.2.1 vorne), im Juli 2015 zu liegen. Damit besteht vor dem Hintergrund der bis Oktober 2015 attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 6.2.1 vorne) von Juli 2015 bis und mit Januar 2016 (Art. 88a Abs. 1 IVV) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

6.3 Zusammenfassend ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als der Beschwerdeführerin von Juli 2015 bis und mit Januar 2016 eine ganze

Invalidenrente zuzusprechen ist. Soweit weitergehend, ist die 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. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Eine Aufteilung der Verfahrenskosten nach Massgabe des – an den Parteianträgen gemessenen – bloss teilweisen Obsiegens ist nicht vorzunehmen (Beschluss der erweiterten Abteilungskonferenz vom 13. Oktober 2009).

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens demnach die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

7.2

7.2.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Dabei rechtfertigt die „Überklagung“ keine Reduktion der Parteientschädigung, zumal sie den Prozesaufwand nicht beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407; SVR 2016 IV Nr. 12 S. 38 E. 5).

7.2.2 Mit am 7. Januar 2019 eingereichter und nicht zu beanstandender Kostennote hat Rechtsanwalt B. _____ ein Honorar von Fr. 2'300.--, Auslagen von Fr. 75.50 und die Mehrwertsteuer (MWSt) von Fr. 182.90 geltend gemacht. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 2'558.40 (inkl. Auslagen und MWSt) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 11. Juli 2018 insoweit aufgehoben, als der Beschwerdeführerin von Juli 2015 bis und mit Januar 2016 eine ganze Invalidenrente zugesprochen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird der Beschwerdeführerin nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'558.40 (inkl. Auslagen und MWSt), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - C. _____
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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