

200 18 674 IV
SCI/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. März 2019

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. August 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1977 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), die über keine Berufsbildung verfügt, meldete sich im August 2012 unter Hinweis auf seit Juni 2011 bestehende Rückenbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte daraufhin erwerbliche als auch medizinische Abklärungen, namentlich liess sie die Versicherte durch Dr. med. C._____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), untersuchen (Untersuchungsbericht vom 1. Juli 2014; act. II 37 f.). Mit Verfügung vom 29. Juni 2015 (act. II 51) verneinte die IVB einen Anspruch auf eine Invalidenrente, wogegen die Versicherte beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde erhob (act. II 52). Nachdem die IVB vom RAD-Arzt Dr. med. C._____ eine Stellungnahme eingeholt hatte (act. II 54), zog sie die angefochtene Verfügung mit der Begründung, es seien weitere Abklärungen erforderlich, in Wiedererwägung (act. II 55 f.). Mit Urteil vom 7. Oktober 2015, VGE IV/2015/748, schrieb das Verwaltungsgericht das Beschwerdeverfahren als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis ab (act. II 59).

In der Folge ersuchte die IVB die behandelnden Ärzte Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, um Zustellung weiterer Berichte (act. II 60 f.), wozu sich diese jedoch nicht in der Lage sahen bzw. die Herausgabe von Unterlagen verweigerten (act. II 63, 66). Die IVB holte sodann zwei weitere Berichte des RAD-Arztes Dr. med. C._____ ein (act. II 68, 75) und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 76, 79) mit Verfügung vom 29. November 2016 erneut einen Rentenanspruch (act. II 81). In Gutheissung einer hiergegen erhobenen Beschwerde (act. II 82 S. 3 ff.) hob das Verwaltungsgericht die angefochtene Verfügung mit Urteil vom 23. Mai 2017, VGE IV/2017/18, auf und wies die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen, insbesondere in Form einer polydisziplinären Begutachtung,

an die IVB zurück (act. II 85). Daraufhin veranlasste die IVB ein polydisziplinäres (internistisches, neurochirurgisches, orthopädisches und psychiatrisches) Gutachten von den Fachärzten der F. _____ (MEDAS; Expertise vom 23. Februar 2018; act. II 114.1). Nachdem sie eine ergänzende Stellungnahme der Gutachter der MEDAS (Gutachterliche Stellungnahme vom 16. März 2018; act. II 117) eingeholt hatte, stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 22. Mai 2018 die Abweisung eines Rentenanspruchs in Aussicht (act. II 118). Nach Einwand der Versicherten (act. II 122) wies die IVB mit Verfügung vom 14. August 2018 den Rentenanspruch dem Vorbescheid entsprechend ab (act. II 124).

B.

Mit Eingabe vom 14. September 2018 erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 14. August 2018 sei betreffend die retrospektive Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit aufzuheben und ihr sei für die Zeit von Januar 2013 bis zum 23. Februar 2018 eine halbe IV-Rente zuzusprechen. Eventuell seien betreffend die retrospektive Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zusätzliche Abklärungen vorzunehmen und anschliessend über den Rentenanspruch für die Zeit von Januar 2013 bis zum 23. Februar 2018 zu entscheiden.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Oktober 2018 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 3. Dezember 2018 ersuchte der Instruktionsrichter die Dres. med. D. _____ und E. _____ um Zustellung der vollständigen Krankenakten (inkl. Krankengeschichte) der Beschwerdeführerin.

Am 7. Dezember 2018 gingen beim Gericht Akten von Dr. med. D. _____ [act. III]) bzw. am 10. Dezember 2018 solche von Dr. med. E. _____ [act. IIIA]) ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 10. Dezember 2018 stellte der Instruktionsrichter u.a. fest, dass Dr. med. E. _____ in der Krankengeschichte

am 6. November 2017 vermerkte, alle Berichte (35 Seiten) der Beschwerdeführerin mitgegeben zu haben, und die von ihm dem Gericht zugestellte Krankengeschichte als Verlauf von Januar 2000 bis 31. Dezember 2018 bezeichnet werde, die erste Aufzeichnung jedoch erst am 20. Januar 2017 beginne. Der Instruktionsrichter forderte die Beschwerdeführerin auf, die Unterlagen des Hausarztes vollständig dem Verwaltungsgericht einzureichen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 17. Dezember 2018 stellte der Instruktionsrichter fest, dass die gleichentags eingelieferten Akten der Beschwerdeführerin (act. IA) keine frühere Krankengeschichte (vor dem 20. Januar 2017) enthalten, und er ersuchte Dr. med. E. _____, dem Verwaltungsgericht die noch fehlende Krankengeschichte ab mindestens Januar 2010 einzuliefern.

Nachdem dem Verwaltungsgericht am 28. Dezember 2018 (weitere) Akten von Dr. med. E. _____ (act. IIIB) zugekommen waren, nahmen die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 9. Januar 2019 bzw. die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 17. Januar 2019 Stellung. Diese Eingaben wurden mit prozessleitender Verfügung vom 23. Januar 2019 wechselseitig den Parteien zugestellt.

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 14. August 2018 (act. II 124). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine (befristete) Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähig-

keit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). 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).

2.2 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 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.

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristete-

ten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

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 Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; SVR 2017 UV Nr. 20 S. 67 E. 3.2).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Dem Operationsbericht von Dr. med. D. _____ vom 19. Oktober 2011 (act. II 18 S. 4) ist zu entnehmen, dass bei diagnostizierter Discushernie L5/S1 links mit sensomotorischem Reizsyndrom eine Dekompression L5/S1 links inkl. Sequesterectomie, Discektomie und Rhizotomie durchgeführt wurde. Der operierende Arzt Dr. med. D. _____ attestierte bis am 15. Januar 2012 eine 100 %-ige und danach eine 50 %-ige Arbeitsun-

fähigkeit (act. II 12 S. 11), wobei gemäss seinem Bericht vom 19. September 2012 (act. II 11) insbesondere beim Stehen Beschwerden persistierten (S. 2; vgl. auch act. II 12 S. 3).

Im Bericht vom 30. November 2012 (act. II 20 S. 2 f.) nannte Dr. med. D._____ als Diagnosen eine chronisch therapierefraktäre Lumbago bei erosiver Osteochondrose L5/S1 Mobic Typ II, ein Postdiscektomiesyndrom sowie einen Zustand nach Dekompression L5/S1 links Oktober 2011 (act. II 20 S. 2). Wahrscheinlich werde eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 50 % auch mit einem chirurgischen Eingriff nicht realisierbar sein. Durch eine berufliche Reorientierung mit sogenannt rüchenschonender Tätigkeit mit Wechselpositionen mit maximal 5 kg bis höchstens 10 kg Heben oder Tragen könne davon ausgehen werden, dass 50 % erzielt werde, eine 100 %-ige Reintegration sei mit und ohne Spondylodese L5/S1 nicht sicher (S. 3).

3.1.2 Der Hausarzt Dr. med. E._____ bezeichnete im Verlaufsbericht vom 5. Mai 2014 (act. II 32) den Gesundheitszustand als stationär und diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumboradikuläres Schmerz- und Ausfallsyndrom. Die Arbeitsfähigkeit betrage weiterhin 50 % (S. 1).

3.1.3 Im Untersuchungsbericht vom 1. Juli 2014 (act. II 37 f.) führte der RAD-Arzt Dr. med. C._____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Bursitis retrotrochanterica links und ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom (chronisch) +/- lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei erosiver Osteochondrose L5/S1 auf. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), ein Übergewicht BMI 26.6 kg/m², eine chronische venöse Insuffizienz (DD: chronische Einnahme von NSAID) und eine zystische Transformation Adnex rechts (cf. MRI LWS vom 30. August 2012; act. II 37 S. 6 f.). In der angestammten Tätigkeit im ...betrieb bestehe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit; ohne Bursitis sei wegen der Rückenproblematik bei muskulärer Dekonditionierung von einer 20 %-igen Leistungsminderung auszugehen. Eine vorwiegend sitzende bzw. halb sitzende Tätigkeit könne ganztags ohne Leistungsminderung zugemutet werden (S. 7).

In der Stellungnahme vom 22. Juni 2015 (act. II 49 S. 2 ff.) hielt Dr. med. C. _____ unter Bezugnahme auf Einwände der Beschwerdeführerin (act. II 46) fest, der Umstand, dass eine lumboradikuläre Problematik befundmässig nicht dokumentiert sei und die im Oktober 2011 durchgeführte Operation die Beschwerden nicht verbessert habe, spreche dafür, dass deren Ursache nicht in der (operativ behandelten) Diskushernie gelegen habe (S. 3 f.), sondern das Hauptproblem die Bursitis bilde (S. 3 f., S. 5). Mangels zuverlässiger klinischer Daten der behandelnden Ärzte könne nicht gesagt werden, seit wann diese eine signifikante gesundheitliche Beeinträchtigung auslöse. Zwischen 2010 und 2014 sei „diese Problematik die Hauptproblematik“ geworden (S. 6).

Mit weiterer Stellungnahme vom 15. September 2015 (act. II 54 S. 2 ff.) hielt Dr. med. C. _____ fest, er habe die Beschwerdeführerin ca. vier bis fünf Jahre nach den ersten Konsultationen bei Dr. med. D. _____ untersucht. Es sei gut möglich, dass der medizinische Sachverhalt seither anders geworden sei, welche Frage jedoch mangels initialer klinischer Daten schwierig zu beantworten sei. Für die Beurteilung der bisherigen Entwicklung des Gesundheitszustands seien deshalb die Berichte der behandelnden Ärzte einzuholen (S. 3).

3.1.4 Dr. med. G. _____, ..., ... (im Medizinalberuferegister nicht verzeichnet [vgl. www.medregom.admin.ch]; gemäss eigenen Angaben Facharzt für Diagnostische Radiologie), führte im Aktenbericht vom 28. September 2015 (act. II 58 S. 5 ff.) zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin aus, es bestehe der Verdacht auf ein sogenanntes Postnukleotomiesyndrom. Nur bezogen auf das radiologische Bildmaterial bestehe zudem der Verdacht auf eine Wurzelaffektion von S1 und L5 links, sowie neu auch auf L5 rechts. Rechtsseitige Beschwerden, die z.B. bis in die Kniegend zögen, wären – jeweils belastungsabhängig – mit dem Befund vereinbar. Der Verdacht auf ein Facettensyndrom bestehe weiterhin. Die in der RAD-Stellungnahme geäusserte Verdachtsdiagnose einer Bursitis (Schleimbeutelentzündung) trochanterica sei ohne Bildgebung mit dem Ausschluss oder Beweis einer solchen nicht haltbar, nachdem in der heutigen Zeit eine solche zuverlässig nachweisbar oder auszuschliessen sei. Die Beschwerdeführerin habe aus radiologischer Sicht hinreichende Grün-

de für ähnliche oder vergleichbare Beschwerden diskogener/vertebragener Art wie vor der Operation. Die Stellungnahme durch den RAD sei insofern fachradiologisch nicht nachvollziehbar. Neurochirurgischerseits sehe aus radiologischer Sicht alles lege artis aus (S. 8).

3.1.5 Dr. med. E. _____ vermerkte im Verlaufsbericht vom 25. August 2017 (act. II 95), der Gesundheitszustand sei stationär und habe sich seit der letzten Diagnosestellung nicht verändert. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lägen lumboradikuläre Schmerzen L5/S1 seit 2011 (Postdiscektomie-Syndrom) vor (S. 1). Die Versicherte sei als ... im ...betrieb seit 2012 bis heute zu 50 % arbeitsunfähig (S. 2).

3.1.6 Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 23. Februar 2018 (act. II 114.1) wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein St. n. lumbaler Bandscheibenoperation 2011 genannt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Präadipositas (S. 48). Der internistische Befund zeige keine namhaften Gesundheitsstörungen auf. Die kardielle Befunderhebung sei vor und nach Belastung unauffällig gewesen. Gleiches gelte auch für den arteriellen Gefässstatus. Die im Labor auffälligen Parameter seien unspezifisch und bedingten keine eigenständige Limitierung der Arbeitsfähigkeit (S. 31). Aus neurochirurgischer Sicht könne das in den Akten postulierte Postnukleotomie-Syndrom nicht bestätigt werden. Sowohl die dargebotenen motorischen als auch die sensiblen Defizite im linken Bein umfassten die Dermatome L3 bis S1 resp. L4 bis S1 und hätten keinerlei Korrelat zu einem bildmorphologisch passenden Befund. Es bestehe keine Reduktion der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer nervalen Läsion (S. 35). Aus orthopädischer Sicht habe die klinische Untersuchung eine gute Beweglichkeit der LWS, eine geringgradige paravertebrale Muskeltonuserhöhung beidseits gezeigt. Zeichen einer akuten Nervenwurzelreizung liessen sich nicht herausarbeiten. Das angefertigte MRI der LWS zeige eine Diskusprotrusion LWK 5 / SWK 1 mit rezessaler Einengung und Nervenwurzelbedrängung S1 links. Für eine Bursitis trochanterica habe sich kein ausreichendes Korrelat gefunden. Aufgrund des postoperativen lumbalen Status sei keine Eignung für körperlich schwere Arbeiten und Tätigkeiten mit häufigen Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule gegeben (Arbeitsfähigkeit 0 %). Für die angestammte, ausschliesslich im Stehen zu

verrichtende Arbeit in einer ...fabrik bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Pensum 50 %, Rendement 100 %). Für leichte bis mittelschwere Arbeiten, im Sitzen oder wechselbelastend zu verrichten, sei eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Pensum und Rendement 100 %) gegeben (S. 39). In der psychiatrischen Beurteilung wurde ausgeführt, eine psychische Beeinträchtigung sei auch in der vertiefenden Exploration nicht herauszuarbeiten. Zusammenfassend sei keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu attestieren (S. 44).

In der Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der derzeit ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren überwiegend gehend und stehend ausgeübten Tätigkeit sei aufgrund des postoperativen lumbalen Status auf Dauer auf 50 % reduziert, dies gelte seit der im Jahr 2011 erfolgten spinalen Operation. In angepassten (körperlich überwiegend leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten) Tätigkeiten sei die Arbeitsfähigkeit mit 100 % einzuschätzen. Die Versicherte erscheine im Alltag selbständig, weitgehend selbstversorgend, sozial integriert und aktiv, unternahme Fernreisen und fahre einen Pkw, arbeite zudem mit einem Pensum von 50 %. Aktenkundig sei seitens Dr. med. D. _____ eine 50 % reduzierte Arbeitsfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten empfohlen worden. Aus gutachterlicher Sicht sollten jedoch spätestens ab dieser Begutachtung die Indikatoren (einer guten Alltagsaktivität), die eher geringen objektiven Störungszeichen in den klinischen Befunden, die gute spontane Mobilität und die Hinweise auf Aggravation (Waddell Zeichen) mitberücksichtigt werden, sodass die Empfehlung einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten in Abweichung von den aktenkundigen Beurteilungen gut begründet erscheine. Im 2016 sei auch eine höhergradige Minderung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Bursitis trochanterica diskutiert worden. Eine entsprechende klinische Störung finde sich aktuell nicht mehr (S. 44 f.).

3.1.7 In der gutachterlichen Stellungnahme der MEDAS vom 16. März 2018 (act. II 117) führten die Experten aus, eine retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten lasse sich anhand der Akten- und jetzigen Befunden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestimmen (S. 1). Die aktenkundige Bewertung von Dr. med.

D._____ lasse die Frage offen. Die jetzige Bewertung sollte also ex nunc gelten, zumal rückblickend kaum genauer zu sagen sei, ob und gegebenenfalls wann eine Besserung auf den jetzigen Stand eingetreten sei oder die jetzigen Gutachter einen objektiv nicht namhaft veränderten Status auch nur lediglich anders medizinisch bewerteten (S. 2).

3.2 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 Untersuchungen 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).

3.3 Das in Nachachtung des VGE IV/2017/18 (act. II 85) eingeholte polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 23. Februar 2018 (act. II 114.1) wird von der Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt. Das Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb diesem volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Es überzeugt inhaltlich, indem es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begrün-

det sind. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin erfolgte unter dem Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf einer interdisziplinären Konsensbesprechung (act. II 114.1. S. 44 f.).

Gestützt auf dieses Gutachten ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin seit 2011 in der angestammten Tätigkeit auf Dauer zu 50 % eingeschränkt ist und spätestens seit der Begutachtung in einer angepassten Tätigkeit vollschichtig arbeitsfähig ist (act. II 114.1 S. 45 f., 50 Ziff. 1). Entscheidend ist hingegen vorliegend die Frage, seit wann die Beschwerdeführerin, die immerhin auch operiert wurde (act. II 18 S. 4), in einer angepassten Tätigkeit das von den Gutachtern auf 100 % festgelegte Pensum (act. II 114.1 S. 45, 50 Ziff. 2) erfüllen kann. In ihrer im Nachgang zum Gutachten erstellten gutachterlichen Stellungnahme vom 16. März 2018 haben die Gutachter ausgeführt, sie könnten dies anhand der Aktdaten und jetzigen Befunde nicht bestimmen (act. II 117 S. 1). Diese Ausführungen sind nachvollziehbar. Den Gutachtern lagen die für die Beurteilung dieser Frage entscheidenden echtzeitlichen Erhebungen nicht vor. Die Bemühungen der Beschwerdegegnerin, diese Unterlagen zu erheben, waren zuvor gescheitert (act. II 60 f., 63, 66). Diese Unterlagen liegen nach der gerichtlichen Beweismassnahme nun vor (act. IA, act. III, act. IIIA, act. IIIB).

Dr. med. D. _____ attestierte nach dem operativen Eingriff vom 19. Oktober 2011 (act. II 18 S. 4) bis am 15. Januar 2012 eine 100 %-ige und danach eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 12. S. 11), wobei gemäss seinem Bericht vom 19. September 2012 insbesondere beim Stehen Beschwerden persistierten (act. II 11 S. 2). Aus den von ihm im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Akten (act. III) ergibt sich, dass er die orthopädisch-chirurgische Behandlung noch im Jahr 2012 abgeschlossen hat. Mit Schreiben vom 31. Oktober 2012 (act. III) berichtete Dr. med. D. _____ dem Hausarzt unter Verweis auf die am Vortag durchgeführte Untersuchung, die peridurale Schmerzbehandlung habe nicht zu einer Verbesserung geführt. Die Beschwerdeführerin leide unter einem chronisch persistierenden Schmerzsyndrom mit bewegungs- und belastungsabhängigen Beschwerden, welches allerdings auf die Physiotherapie wie auch auf die Steroidinfiltration nicht reagiere. Aufgrund dieser Tatsache empfehle er

abzuwarten. Die Arbeitsfähigkeit verbleibe bis auf Weiteres bei 50 % (halbtags). Weiter führte der Facharzt auf Anfrage der Rechtsschutzversicherung der Beschwerdeführerin aus, dass er die Beschwerdeführerin letztmals in der Sprechstunde am 30. Oktober 2012 behandelt habe und er bestätigte seine damalige Einschätzung sowohl in diagnostischer als auch in arbeits- und leistungsmässiger Hinsicht (act. III Schreiben vom 20. April 2015), und am 30. November 2012 berichtete der operierende Arzt, wahrscheinlich werde eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 50 % auch mit einem (weiteren) chirurgischen Eingriff nicht realisierbar sein (act. II 20 S. 3). Damit war bereits gegen Ende 2012 der medizinische Endzustand erreicht. Wesentliche Veränderungen lassen sich auf der Basis fachärztlicher Abklärungen nicht belegen. Nichts anderes ergibt sich aus den Akten des Hausarztes (act. IIIA, act. IIIB). Zwar befand sich die Beschwerdeführerin immer auch wieder in dessen Behandlung und die Beschwerdedarstellung zieht sich in gleicher Weise wie ein roter Faden durch die Akten. In der Krankengeschichte finden sich mehrheitlich Angaben über lumbale Beschwerden (vgl. Einträge vom 23. Oktober 2012 „Immer Schmerzen im Gesäss → keine Kraft im Fuss ...“, vom 1. Mai 2013 „Schmerzen im Gesäss li immer gleich. Viel Schmerzen ...“, vom 19. November 2014 „Sz immer gleich ...“, vom 23. Dezember 2015 „... Druckdolenz tief lumbal ... Schmerzen bei Seitneigung/Rotation ...“, vom 21. Juni 2016 „Heute starke Schmerzen Gesäss – Bein links ...“; act. IIIB; vom 24. März 2017 „Immer noch Rückenschmerzen, ausstrahlend in Bein links ...“; act. IIIA).

Selbst unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Dr. med. E. _____ als fachfremder Arzt weniger geeignet ist, die hier zur Diskussion stehenden gesundheitlichen Probleme zu evaluieren und diskutieren, ergeben sich auch aus dessen Akten keine Anhaltspunkte dafür, dass die Situation seit Abschluss der Behandlung bei Dr. med. D. _____ bis zur Begutachtung durch die MEDAS vom 16. November 2017 bzw. 2. Dezember 2017 (act. II 114.1 S. 3) wesentlichen Veränderungen ausgesetzt war. Der Hausarzt hat denn auch weder entsprechende zusätzliche Befunde erhoben, noch hätte er je Bedarf für eine neuerliche fachärztliche Abklärung gesehen. Ausserdem ging auch Dr. med. E. _____ im Schreiben vom 18. Februar 2015 zu Handen der Rechtsschutzversicherung der Beschwerdeführerin vom medizinischen Endzustand aus (act. IIIB) und bezeichnete

den Gesundheitszustand sowohl im Bericht vom 5. Mai 2014 (act. II 32) als auch im Bericht vom 25. August 2017 (act. II 95) als stationär. Nichts daran ändert die vom RAD-Arzt zwischenzeitlich in den Raum gestellte Diagnose der Bursitis. In den Akten des durchgehend behandelnden Hausarztes fehlen Anzeichen für die vom RAD-Arzt Dr. med. C._____ für eine zeitweilige Verschlechterung angenommene Bursitis (act. II 37 S. 4 ff., 49 S. 5). Die Befundlage des Hausarztes lässt die Annahme einer solchen auf jeden Fall nicht zu.

Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt (vgl. E. 2.5 hiavor), dass der von den MEDAS-Gutachtern erhobene Zustand bereits anlässlich der Anmeldung zum Leistungsbezug bei der IV im August 2012 (act. II 2) spätestens jedoch mit Abschluss der Behandlung bei Dr. med. D._____ im Oktober 2012 eingetreten war und die gutachterliche Beurteilung auch rückwirkend Gültigkeit hat. Eine neuerliche Begutachtung oder auch nur die Vorlage an die Gutachter kann unterbleiben, denn die erhobenen Akten (act. IA, act. III, act. IIIA und act. IIIB) enthalten keine Anhaltspunkte für (bisher unbekannt) Befunde, die gutachterlich zusätzlich gewürdigt werden müssten. Folglich ist spätestens ab Ende 2012 von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten (körperlich überwiegend leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten) Tätigkeit (act. II 114.1 S. 45, 50) auszugehen. Zu prüfen sind damit die erwerblichen Auswirkungen dieser medizinischen Ausgangslage.

4.

4.1

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns bzw. der Rentenrevision 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).

4.1.2 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 den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

Unter Berücksichtigung der Anmeldung zum Leistungsbezug bei der IV im August 2012 (act. II 2) und der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin gemäss den MEDAS-Gutachtern seit der Operation im Jahr 2011 durchgehend zu 50 % in ihrer Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ein-

geschränkt ist (act. II 114.1 S. 45, 50), liegt der frühest mögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG im Februar 2013. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen. Da bereits vor dem frühest möglichen Rentenbeginn von einer durchgehenden Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen ist (vgl. E. 3.3 in fine hiervor) und bis zum Verfügungszeitpunkt keine Revisionsgründe vorliegen, ist bei der rückwirkenden Prüfung ein einziger Einkommensvergleich vorzunehmen.

4.3

4.3.1 Die Beschwerdegegnerin berechnete das Valideneinkommen ausgehend von der Anstellung der Beschwerdeführerin bei der H. _____ AG (act. II 117 S. 1), was grundsätzlich nicht zu beanstanden ist, zumal die Beschwerdeführerin weiterhin bei derselben Arbeitgeberin (nunmehr in einem Pensum vom 50 %) arbeitet (act. II 114.1 S. 29). Nach den Angaben im Fragebogen Arbeitgeber vom 28. August 2012 beläuft sich der Stundenlohn (inkl. Ferienentschädigung 8.33 %) auf Fr. 22.08 (act. II 8 S. 3 Ziff. 2.1). Aufgerechnet auf 44 Stunden pro Woche (act. II 8 S. 3 Ziff. 2.9) und 48 Wochen pro Jahr (die Ferien sind mit der entsprechenden Entschädigung des Arbeitgebers abgegolten) ergibt sich für 2012 ein Einkommen von Fr. 46'632.96 (44 Wochenstunden x 48 Wochen x Fr. 22.08). Indexiert auf das Jahr 2013 (BFS, Nominallohnindex Frauen 2011–2017, Tabelle T1.2.10, lit. C Ziff. 10-12 Herstellung von Waren) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 46'953.-- (Fr. 46'632.96 / 102.0 x 102.7).

4.3.2 Da die Beschwerdeführerin mit der Tätigkeit bei der H. _____ AG die ihr zumutbare Restarbeitsfähigkeit nicht voll ausschöpft, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die statistischen Werte der LSE 2012 zu ermitteln (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Abzustellen ist dabei auf den Totalwert von Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Frauen, von Fr. 4'112.--. Demnach beträgt das jährliche Invalideneinkommen im Jahr 2013 unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Abschnitt Total), der statistischen Lohnentwicklung (BFS, Nominallohnindex Frauen 2011–2017, Tabelle T1.2.10, Abschnitt Total) Fr. 51'743.70 (Fr. 4'112.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 Wochenstunden / 102.0 x 102.6). Ob – und wenn ja, in welchem Um-

fang – ein Abzug vom Tabellenlohn zu gewähren ist, kann hier offen bleiben, da selbst unter Berücksichtigung des maximal zulässigen hier jedoch zweifellos nicht gerechtfertigten Abzugs von 25 % (vgl. E. 4.1.2 hiervor) mit einem Invalideneinkommen von Fr. 38'807.80 (Fr. 51'743.70 x 0.75) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultierte (vgl. E. 4.3.3 hiernach).

4.3.3 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen (Valideneinkommen von Fr. 46'953.-- und Invalideneinkommen von Fr. 51'743.70) resultiert keine Erwerbseinbusse bzw. ein Invaliditätsgrad von 0 %, was einen Rentenanspruch ausschliesst (vgl. E. 2.2 hiervor). Würde bei der Berechnung des Invalideneinkommens der maximal zulässige Abzug gewährt (vgl. E. 4.3.2 hiervor), resultierte ein ebenfalls nicht zu einem Rentenanspruch berechtigender Invaliditätsgrad von gerundet 17 % ($[(\text{Fr. } 46'953.-- - \text{Fr. } 38'807.80)] / \text{Fr. } 46'953.-- \times 100$; zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123).

4.4 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 14. August 2018 (act. II 124) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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