

200 18 772 IV
SCJ/SCM/RUL/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. Juli 2019

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. September 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1965 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 19. Juni 2008 unter Hinweis auf ein Schleudertrauma erstmals bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Nach medizinischen und erwerblichen Erhebungen (vgl. AB 7, 13, 17, 26) verneinte die IVB mit Verfügung vom 8. Juni 2009 (AB 30) mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens einen Anspruch auf IV-Leistungen. Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Am 5. September 2016 meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 47). In der Folge nahm die IVB medizinische und erwerbliche Abklärungen vor (vgl. AB 55, 57, 60, 64), in deren Rahmen insbesondere ein polydisziplinäres Gutachten der MEDAS C. _____ GmbH (MEDAS) vom 23. August 2017 (AB 108.1) eingeholt wurde. Darauf hin kündigte die IVB mit Vorbescheid vom 27. September 2017 (AB 110) an, den Rentenanspruch mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens abzulehnen. Dagegen erhob die Versicherte Einwand (AB 114, 124) und stellte einen weiteren Arztbericht zu (AB 124/2 ff.). Nach Einholen einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 13. Mai 2018 (AB 128; vgl. auch AB 130) stellte die IVB mit ersterem ersetzendem Vorbescheid vom 21. Juni 2018 (AB 131) die Ablehnung des Rentenanspruchs bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 33 % in Aussicht. Hiergegen erhob die Versicherte abermals Einwand (AB 135) und reichte weitere Arztberichte zu den Akten (AB 135/3 ff.). Gestützt auf die Stellungnahme des RAD vom 4. September 2018 (AB 138) verfügte die IVB am 19. September 2018 (AB 139) dem Vorbescheid (AB 131) entsprechend.

C.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____, am 19. Oktober 2018 Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. September 2018 sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, der Beschwerdeführerin rückwirkend ab 1. Februar 2017 eine halbe IV-Rente auszurichten.

In der Beschwerdeantwort vom 21. November 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und legte eine Stellungnahme des RAD vom 14. November 2018 bei.

Mit Replik vom 28. Januar 2019 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Ausführungen und Anträgen fest und reichte zwei weitere medizinische Berichte ein.

In der Duplik vom 27. Februar 2019 hielt die Beschwerdegegnerin am Antrag auf Beschwerdeabweisung fest.

Mit Stellungnahme vom 18. April 2019 machte die Beschwerdegegnerin von der Möglichkeit, sich zu den am 4. April 2019 eingereichten Arztberichten zu äussern, Gebrauch (vgl. prozessleitende Verfügung vom 5. April 2019) und bestätigte den Antrag 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 19. September 2018 (AB 139), mit welcher der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente abgewiesen worden ist. Streitig und zu prüfen ist gemäss Rechtsbegehren der Anspruch auf eine halbe Invalidenrente rückwirkend ab 1. Februar 2017.

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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und 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

2.3.1 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 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201], vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

2.3.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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).

2.3.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu 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).

2.3.4 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 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).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 5. September 2016 (AB 47) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu prüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu beurteilen, ob im Zeitraum zwischen der leistungsabweisenden Verfügung vom 8. Juni 2009 (AB 30) und der hier angefochtenen Verfügung vom 19. September 2018 (AB 139) eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen (vgl. E. 2.3.4 hiavor), und wenn ja, ob nunmehr eine leistungsspezifische Invalidität vorliegt.

3.2 Die rechtskräftige Verfügung vom 8. Juni 2009 (AB 30), mit welcher ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden verneint wurde, stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Einschätzungen von Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 16. März 2009 (AB 26). Dieser hielt fest, es bestehe ein chronisches, lumbospondylogenes Schmerzsyndrom sowie ein chronisches, exazerbiertes Zervikovertebralsyndrom mit vertebralem Kopfschmerzen (AB 26/1 Ziff. 2). Seit der Operation in ... und durch die weiterhin durchgeführten osteopathischen/physiotherapeutischen Behandlungen habe sich das Zustandsbild der Beschwerdeführerin verbessert. So habe sie ab dem 21. Oktober 2008 wieder ein 50%iges Arbeitspensum aufnehmen und seit dem 3. November 2008 wieder voll arbeiten können (AB 26/1 Ziff. 1; vgl. auch AB 24/3). Es bestehe die Hoffnung, dass diese 100%ige Arbeitsfähigkeit weitergeführt werden könne. Hingegen seien die Probleme mit Status nach vielfältigen Operationen nicht gelöst und es sei nicht auszuschliessen, dass künftig aufgrund der komplexen Problematik und zunehmenden Schmerzen eine teilweise Arbeitsunfähigkeit resultieren werde (AB 26/1 Ziff. 7).

3.3 Seit der Verfügung vom 8. Juni 2009 (AB 30) ergibt sich bezüglich des Gesundheitszustandes im Wesentlichen Folgendes:

3.3.1 Dr. med. D. _____ diagnostizierte im Bericht vom 10. November 2016 (AB 73.2) ein chronisches exazerbiertes Zervikovertebralsyndrom mit vertebralem Kopfschmerzen, ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, eine Impingementsymptomatik linke Schulter sowie ein Sinus Tarsi-Syndrom rechts (AB 73.2/1 Ziff. 1). Die Beschwerden hätten im Verlaufe des Jahres so stark zugenommen, dass trotz hochdosierten Medikamenten inkl. Opiaten die Schmerzen nicht tolerierbar gewesen seien und die Beschwerdeführerin der Arbeit nicht mehr habe nachgehen können (AB 73.2/1 Ziff. 4). Seit dem 13. Juni 2016 sei bis auf Weiteres von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (AB 73.2/2 Ziff. 10).

3.3.2 Im MEDAS-Gutachten vom 23. August 2017 (AB 108.1) stellten die Gutachter nach allgemeininternistischer, neurologischer, psychiatrischer und rheumatologischer Untersuchung fest, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein chronifiziertes weichteilrheumatisches Beschwerde-

bild (ICD-10 M79.0), ein lumbovertebrales und zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.5, M54.5) sowie eine Gonarthrose und Retropatellararthrose beidseits (ICD-10 M17.4). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen Venektasien beidseits bei Zustand nach Venen-Stripping, ohne chronisch venöse Insuffizienz, eine Adipositas bei Zustand nach bariatrischer Operation und ein unsystematischer Schwindel vor (AB 108.1/25 Ziff. 6.III). Die bisherige körperlich leichte Tätigkeit in Wechselpositionen bei einer ..., welche als angepasste Tätigkeit gelte, sei nicht eingeschränkt, sofern man von kurzfristigen Fehlzeiten (z.B. aufgrund von Operationen) absehe. Dies gelte seit der Neuanmeldung vom September 2016 (AB 108.1/27 Ziff. 6.VI). Bei Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule und der Schulter- sowie Kniegelenke seien schwere und mittelschwere körperliche Tätigkeiten nicht mehr möglich (AB 108.1/24 Ziff. 6.I.2). Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, bei der Beschwerdeführerin lägen am Bewegungsapparat degenerative Veränderungen und postoperative Befunde vor, welche die beklagten Beschwerden – wenn auch nicht vollständig – zumindest teilweise erklären könnten (AB 108.1/23 Ziff. 5).

Bei der internistischen Begutachtung wurden in logorrhöischer Form Schmerzen an den Knien, dem Nacken, den Schultern, den Sprunggelenken und dem Rücken genannt und die Beschwerdeführerin gab an, nie schmerzfrei zu sein. Im Befund hätten sich entsprechend der Operationsanamnese reizlose Narben gezeigt, ausgeprägte Besenreiservarikosis und Venektasien beider Beine ohne Ödem. Die Arbeitsfähigkeit sei aus internistischer Sicht nicht eingeschränkt (AB 108.1/23 Ziff. 5). Die neurologische Begutachtung (vgl. AB 108.4) habe ein chronisches tägliches Schmerzsyndrom sowie einen unsystematischen Schwindel aufgezeigt. Es bestünden keine Anhaltspunkte für eine Krankheit oder Läsion des zentralen Nervensystems bei unauffälligem neurologischem Status, insbesondere keine Anhaltspunkte für eine Myelopathie. Aus neurologischer Sicht bestehe ebenfalls keine Arbeitsunfähigkeit (AB 108.1/23 Ziff. 5). Auf psychiatrischem Gebiet (vgl. AB 108.2) lägen keine eigenständigen Diagnosen und damit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (AB 108.1/23 Ziff. 5). Bei der rheumatologischen Begutachtung (vgl. AB 108.3) seien Knieschmerzen, Schulterbeschwerden, Rückenschmerzen sowie Fussbeschwerden beklagt worden. Die Bildgebung der Wirbelsäule zeige Befunde nach Operationen

im Bereich der HWS und LWS auf. Im Bereich der HWS bestehe eine Myelopathie, welche für die geklagten Beschwerden jedoch keine Erklärung darstelle und es fänden sich keine Hinweise für eine Neurokompression. Die degenerativen Veränderungen im Bereich der unteren Wirbelsäule seien mässig schwerer Natur und könnten einen Teil der Beschwerden erklären. Bei radiologischem Nachweis einer AC-Gelenksarthrose sei die Schultergelenkbeweglichkeit klinisch gut und wenig einschränkend, die Beschwerden seien eher einem myofaszialen Syndrom der Schulter zuzuordnen. Im Bereich der Kniegelenke und beider Kniescheiben zeigten sich degenerative Veränderungen. Die Beschwerden der Explorandin entsprächen insgesamt einem chronifizierten weichteilrheumatischen Beschwerdebild. Es fänden sich ausgedehnte myofasziale sowie tendomyotische Befunde entlang der Wirbelsäule und Extremitäten. Die Schmerzen seien nur verhältnismässig geringfügig auslösbar und durch Ablenkung deutlich weniger vorhanden. Ein schweres Fibromyalgiesyndrom könne klinisch nicht nachgewiesen werden. Aus rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für eine leichte körperliche Tätigkeit, wie sie zuletzt in einer ... ausgeübt wurde, nicht eingeschränkt (AB 108.1/23 Ziff. 5).

3.3.3 Dr. med. E. _____, Facharzt für Rheumatologie sowie Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 30. November 2017 (AB 122/2 ff.) fest, es bestünden eine Calciumpyrophosphat-Arthropathie, bilaterale Schulterschmerzen, eine bilaterale leichte Gonarthrose, ein chronisches panvertebrales Syndrom, eine leichte Rhizarthrose, eine latente Hyperthyreose, ein bekannter Vitamin B12-Mangel bei aktuell vermindertem B12, eine laparoskopische partielle Gastrektomie 1/06 bei Adipositas Grad II, ein transienter Diabetes mellitus Typ 2 sowie eine Hypovitaminose D3, aktuell suffizient substituiert (AB 122/2). Die neu diagnostizierte Kristallarthropathie könne einen Teil der multiplen Gelenkschmerzen und die Calciumpyrophosphatablagerungen sowie das gute Ansprechen der Kortikosteroide erklären. Hinsichtlich der Rückenbeschwerden sei nach den verschiedenen Operationen eine Bewegungseinschränkung bei ansonsten hypermotiler Beschwerdeführerin nachzuweisen (AB 122/3).

3.3.4 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 15. Dezember 2017 (AB 124/2 f.) wurde ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und

psychischen Anteilen, eine chronische Schlafstörung bei Verdacht auf REM-Parasomnie und Schlafapnoesyndrom, eine Stressinkontinenz, eine labile arterielle Hypertonie 10/02, ein Status nach laparoskopischer partieller Gastrektomie 01/06 bei Adipositas Grad II mit Diabetes mellitus Typ II, eine Migräneaura ohne Kopfschmerz (Diagnose 04/13) sowie ein CTS beidseits bei Status nach Dekompression beidseits diagnostiziert (AB 124/2). Die somatischen Veränderungen im Bereich des Bewegungsapparates könnten das Ausmass und die Intensität der subjektiven Symptomatik nicht genügend erklären. Auch die Calciumpyrophosphat-Arthropathie könne aufgrund der nur diskreten Gelenksveränderungen höchstens für einen Teil des Beschwerdebildes verantwortlich sein. Verstehen liesse sich das chronische Schmerzgeschehen jedoch im Zusammenhang mit der psychosozialen Anamnese (AB 124/3).

3.3.5 Der RAD-Arzt Dr. med. G._____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, führte in der Stellungnahme vom 13. Mai 2018 (AB 128) aus, die Beschwerdeführerin leide an einer psychosomatischen Diagnose, das klinische Bild könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Fibromyalgie klassifiziert werden. Parallel dazu seien objektive Probleme identifiziert worden, welche nicht vollständig im MEDAS-Gutachten berücksichtigt worden seien (AB 128/12). Die Berichte von Dr. med. E._____, (AB 122/2 ff.) und des Spitals F._____, (AB 124/2) würden das MEDAS-Gutachten ergänzen und stünden nicht in dessen Widerspruch. Sie würden darin übereinstimmen, dass durch deren Befunde nicht alle Beschwerden der Beschwerdeführerin erklärt werden könnten und sie seien sich über das Vorhandensein einer psychosomatischen Problematik einig. Eine F-Diagnose sei weiterhin nicht gestellt worden (AB 128/13). Die angestammte Tätigkeit sei eine rein stehende und gehende Tätigkeit, welche der Beschwerdeführerin mit Rückenproblemen und bilateraler Gonarthrose nicht mehr zumutbar sei (AB 128/12). Eine leichte wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeit sei zu 80 % zumutbar, wobei mit einer Leistungsminderung von 20 % zu rechnen sei. Auch sei eine gehende Tätigkeit auf ebenem Gelände noch möglich. Nicht mehr zumutbar seien rein stehende oder sitzende Tätigkeiten, Tätigkeiten auf Schulterhöhe, das körperferne Heben und Tragen, Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten, wiederholte kniende, kauernde, bückende und beugende

Tätigkeiten inklusive wiederholte Beugung der HWS, wiederholtes Treppensteigen sowie Tätigkeiten mit reflexartigen und brusken Bewegungen. Die Arbeit mit den Händen sollte alternierend (fein und grob – aber leicht) sein und die Arbeitspositionen ergotherapeutisch angepasst werden (AB 128/13).

3.3.6 Am 6. Juni 2018 (AB 130) präzisierte Dr. med. G._____ das Zumutbarkeitsprofil und erklärte, die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin sei gerade keine wechselbelastende Tätigkeit, da diese fast rein stehend ausgeübt worden sei. Ab September 2016 sei bei der Beschwerdeführerin eine zusätzliche bilaterale Gonarthrose diagnostiziert worden, welche auch im MEDAS-Gutachten vom 23. August 2017 beschrieben worden sei (AB 108.1/25, 108.3/6) und in Verbindung mit den degenerativen Rückenproblemen eine rein stehende Tätigkeit ab dem genannten Zeitpunkt nicht mehr zumutbar mache (AB 130).

3.3.7 Im Bericht vom 22. Juni 2018 (AB 135/3 ff.) führte Dr. med. E._____ aus, in der radiologischen Untersuchung habe keine aktive Entzündung entdeckt werden können, es seien degenerative Veränderungen an den Händen und der Wirbelsäule beschrieben worden. Subjektiv klagte die Beschwerdeführerin über eine neu aufgetretene rechtsseitige Schwindelsymptomatik mit Kopfschmerzen bei Rotation nach rechts, Sensibilitätsstörungen in den Zehen, Fingergelenksbeschwerden und die bekannten Schulterschmerzen auf der linken Seite. Letztere seien durch das rezidivierende Impingement und den Acromionsporn bedingt und es sollte nach kurzzeitig erfolgreicher Infiltration eine operative Intervention diskutiert werden (AB 135/4).

3.3.8 In der Stellungnahme vom 4. September 2018 (AB 138) wies Dr. med. G._____ darauf hin, die von Dr. med. E._____ geäusserte Schwindelsymptomatik mit Kopfschmerzen sowie die Sensibilitätsstörung (AB 135/4) seien bereits im Bericht des Spitals F._____ (AB 124/2) und im MEDAS-Gutachten (AB 108.1/23 Ziff. 5) genannt worden. Dr. med. E._____ beschreibe keine neu objektivierten Gesundheitsschäden und keine Verschlechterung der bekannten Gesundheitsschäden, die von objektiven funktionellen Einschränkungen begleitet wären, die dann selber eine dauerhafte signifikante Arbeitsunfähigkeit begründen würden

(AB 138/3). Die Schulter- und Fingerproblematik sei ebenfalls bereits in der letzten RAD-Stellungnahme vom 13. Mai 2018 (AB 128/12 f.) diskutiert sowie im Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt worden (AB 138/4).

3.3.9 Nach Erlass der angefochtenen Verfügung stellte Dr. med. E. _____ im Bericht vom 15. Oktober 2018 (AB 140/21 ff.) fest, die generalisierte Schmerzsymptomatik habe sich weiter ausgeweitet. Im Vordergrund stünden nun beidseitige Kniegelenksschmerzen sowie die Fusschmerzen auf der rechten Seite und die tief-lumbalen Rückenschmerzen. Aufgrund des aktuellen Zustandsbildes mit sonographisch verifizierten Flüssigkeitsansammlungen in beiden Kniegelenken und im rechten oberen Sprunggelenk (OSG) habe sich seit der MEDAS-Begutachtung vom 23. August 2017 (AB 108.1) eine relevante Veränderung ergeben, da die Beschwerdeführerin nun an einer Kalziumpyrophosphat-Arthritis leide, was gleichbedeutend mit einer seronegativen destruktiven Polyarthritiden sei. Diese Erkrankung beinhalte regelmässige aktive Schübe, welche zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führten, wie aktuell gezeigt mit den beidseitigen Kniegelenksergüssen und der Arthritis im rechten OSG. Diese Erkrankung habe einen erosiv destruktiven Verlauf, was gegen eine spätere Verbesserung der Arbeitsfähigkeit spreche. Die Beschwerdeführerin sei bis zur Korrektur der entzündlichen Veränderung nicht arbeitsfähig. Aufgrund der progredienten, deformierten bilateralen Gonarthrose sowie der Veränderungen im OSG sei auch eine regelmässige leichte wechselbelastende Tätigkeit in Zukunft zu maximal 50 % denkbar (AB 140/22).

3.3.10 Dr. med. G. _____ führte in der Stellungnahme vom 14. November 2018 (AB 142) aus, die Ausführungen von Dr. med. E. _____ (AB 140/21 ff.) vermöchten an seiner bisherigen Einschätzung nichts zu ändern. Ebenfalls seien aus medizinischer Sicht keine weiteren Abklärungen angezeigt. Die klinische Situation der Beschwerdeführerin sei in den ärztlichen Berichten gut dokumentiert und die im Dossier beschriebenen Einschränkungen seien durch eine Polyarthrose nachvollziehbar. Alle dokumentierten Einschränkungen seien im von ihm genannten Zumutbarkeitsprofil reflektiert worden. Das Zumutbarkeitsprofil müsse aufgrund der beginnenden Immunsuppression mit Methotrexat jedoch dahingehend prä-

zisiert werden, als die Beschwerdeführerin nicht mehr in grosser Menschenmenge arbeiten könne (AB 142/7).

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

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

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 (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4 S. 467 ff.; je mit Hinweisen).

3.5 Da das MEDAS-Gutachten vom 23. August 2017 (AB 108.1) zeitlich zurückliegt und angesichts der seitherigen gesundheitlichen Entwicklung nicht mehr aktuell ist, hat sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 19. September 2018 (AB 139) in medizinischer Hinsicht zu Recht auf die Beurteilungen von Dr. med. G. _____ vom 13. Mai 2018 (AB 128), vom 6. Juni 2018 (AB 130) und vom 4. September 2018 (AB 138) gestützt. Dr. med. G. _____ ist als Rheumatologe für die Beurteilung der sich stellenden Fragen fachlich kompetent und seine Einschätzungen erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an den Beweiswert ärztlicher Berichte. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet, so dass grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. Der Umstand, dass Dr. med. G. _____ keine eigenen Untersuchungen durchgeführt hat, schadet nicht, da die Voraussetzungen für einen Aktenbericht weitgehend erfüllt sind (vgl. jedoch E. 3.5.3 hiernach), zumal sich der RAD-Arzt aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild der Gesundheitssituation machen konnte (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Somit sind die Berichte hinsichtlich der Diagnosestellung und der Befunderhebung beweiskräftig (vgl. E. 3.4 hiervor).

3.5.1 In somatischer Hinsicht legte Dr. med. D. _____ im Bericht vom 16. März 2009 (AB 26) dar, dass die Beschwerdeführerin an einem chronisch lumbospondylogenen Schmerzsyndrom sowie an einem chronisch exazerbierten Zervikovertebralsyndrom mit vertebralem Kopfschmerz (Ziff. 2) litt. Im Gutachten vom 23. August 2017 (AB 108.1) wurde einlässlich aufgezeigt, dass zu den früheren Problemen namentlich ein chronifiziertes weichteilrheumatisches Beschwerdebild (ICD-10 M79.0), eine Gonarthrose und eine Retropatellararthrose beidseits (AB 108.1/25) hinzugekommen sind (AB 108.3/5 ff.). Trotz den Problemen an beiden Kniegelenken, welche im September 2016 neu aufgetreten sind und bildgebend nachgewiesen werden konnten (AB 108.3/6), ergaben sich nach der Auffassung des rheumatologischen Gutachters dadurch aber für eine körperlich leichte bis leichtbelastende Tätigkeit im Wechsel in den Positionen keine relevanten Einschränkungen (AB 108.3/7). Es ist deshalb fraglich, ob

bereits gestützt auf den Sachverhalt, wie er im MEDAS-Gutachten vom 23. August 2017 (AB 108.1) zu beurteilen war, eine revisionsrechtlich relevante Veränderung der medizinischen Verhältnisse angenommen werden kann.

Dr. med. E. _____ diagnostizierte indessen im Bericht vom 30. November 2017 neu eine Calciumpyrophosphat-Arthropathie (AB 122/2). Der RAD-Arzt Dr. med. G. _____ stimmte darin zu, dass damit ein Teil der Schmerzen der Beschwerdeführerin erklärt werden könne (AB 128/9). Hinzukommend zeigte Dr. med. G. _____ auf, dass die Beschwerdeführerin an einer psychosomatischen Diagnose leidet, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Fibromyalgie zu klassifizieren ist. Parallel dazu sind objektive Probleme identifiziert worden, welche nicht vollständig im MEDAS-Gutachten berücksichtigt worden sind (AB 128/12). Aufgrund einer Gesamtbeurteilung legte Dr. med. G. _____ einlässlich dar, dass unter Berücksichtigung der seit dem MEDAS-Gutachten neu beschriebenen Diagnosen das Zumutbarkeitsprofil leicht anzupassen ist. Die angestammte Tätigkeit bei der H. _____ GmbH ist eine rein stehende und gehende Tätigkeit (vgl. AB 60/7), welche der Beschwerdeführerin mit Rückenproblemen und bilateraler Gonarthrose seit September 2016 (AB 130) nicht mehr zumutbar ist (AB 128/12). Eine leichte wechselbelastende vorwiegend sitzende Tätigkeit ist zu 80 % möglich, wobei mit einer Leistungsminderung von 20 % zu rechnen ist (AB 128/13). Diese Beurteilung ist grundsätzlich nachvollziehbar und überzeugend, weshalb – jedenfalls soweit die Frage eines Revisions- resp. Neuanmeldungs-gesuches betreffend – darauf abzustellen ist. Damit ist eine revisionsrechtlich relevante Verschlechterung im Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht erstellt und in der Folge der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig frei zu prüfen (vgl. E. 2.3.3 hiervor). In psychischer Hinsicht haben sich im Vergleich zum Referenzzeitpunkt keine Veränderungen ergeben, es sind nach wie vor keine psychiatrischen Diagnosen zu stellen (AB 108.1/23 Ziff. 5, 108.2/15 Ziff. 6.3).

3.5.2 Soweit die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf den Bericht von Dr. med. E. _____ vom 15. Oktober 2018 (AB 140/22) vorbringt, sie sei aufgrund einer schubweise auftretenden Polyarthritits maximal zu 50 % ar-

beitsfähig (Beschwerde S. 4 f.), kann ihr nicht gefolgt werden. Was die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit betrifft, hat sich Dr. med. G. _____ mit der vom behandelnden Dr. med. E. _____ neu diagnostizierten Calciumpyrophosphat-Arthropathie ausführlich auseinandergesetzt und dargelegt, weshalb diese das Zumutbarkeitsprofil nicht in dem von Dr. med. E. _____ erwähnten Ausmass zu beeinflussen vermag. Er zeigt einlässlich auf, dass das durch eine Punktion gewonnene Körpermaterial (Punktat) gut zu der Gonarthrose passt, die Dr. med. E. _____ schon früher diagnostizierte (AB 122/2). Trotz der fehlenden Kristalle ist das Punktat mit der Diagnose einer CPPD-Arthropathie kompatibel, denn bei mechanischen Ergüssen im Rahmen einer Arthrose bei CPPD-Arthropathie kommt es häufig vor, dass die Kristalle nicht gefunden werden (AB 142/4). Ausserdem beinhaltet die neu festgestellte Erkrankung zwar regelmässige aktive Schübe, welche zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führen können, bei der Beschwerdeführerin konnte aber noch nie ein entzündlicher Schub objektiviert werden (AB 142/5). Zudem darf und soll das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten und behandelnden Spezialärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Nach dem Dargelegten ist damit nicht auf das von Dr. med. E. _____ genannte Zumutbarkeitsprofil abzustellen.

3.5.3 Obwohl die Berichte von Dr. med. G. _____ vom 13. Mai 2018 (AB 128), 6. Juni 2018 (AB 130) und vom 4. September 2018 (AB 138) hinsichtlich Diagnosestellung und Befunderhebung beweistauglich sind und grundsätzlich darauf abzustellen ist (vgl. E. 3.5 hiervor), stellt sich die Frage, ob das von ihm genannte Zumutbarkeitsprofil ohne Weiteres übernommen werden kann. Dr. med. G. _____ hielt im Bericht vom 13. Mai 2018 fest, eine leichte wechselbelastende vorwiegend sitzende Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin zu 80 % zumutbar (Pensum reduziert wegen Assoziation von axialen und multiplen peripheren Gesundheitsschäden), wobei mit einer Leistungsminderung von 20 % zu rechnen sei (vermehrter Pausenbedarf bei degenerativen Veränderungen; AB 128/13). Es ist unklar, wie

dieses Zumutbarkeitsprofil zu verstehen ist. Die Beschwerdegegnerin interpretiert dies so, dass eine angepasste Tätigkeit zeitlich voll, aber mit einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit zumutbar ist (AB 139/1 f.). Aufgrund der Formulierungen des Dr. med. G. _____ (AB 128/13) könnte aber auch geschlossen werden, dass eine angepasste Tätigkeit zeitlich zu 80 % mit einer zusätzlichen Leistungsminderung von 20 % zuzumuten ist. Ebenso erlauben seine weiteren Stellungnahmen vom 6. Juni 2018 (AB 130), vom 4. September 2018 (AB 138) sowie vom 14. November 2018 (AB 142) keine zusätzlichen Aufschlüsse darüber, wie das Zumutbarkeitsprofil zu verstehen ist und gleiches gilt für die nach dem 13. Mai 2018 von der Beschwerdeführerin eingereichten ärztlichen Unterlagen (vgl. AB 135/3 ff., 140/21 ff.).

Zusätzlicher Abklärungsbedarf ergibt sich auch deshalb, weil die Frage, in welchem zeitlichen und leistungsmässigen Ausmass die Beschwerdeführerin in einer ihren Beeinträchtigungen angepassten Tätigkeit eingeschränkt ist, mit Bezug auf den umstrittenen Rentenanspruch von entscheidender Bedeutung ist. In den Aktenbeurteilungen des Dr. med. G. _____ (AB 128, 130, 138, 142) werden die zusätzlichen Pausen weder in zeitlicher Hinsicht quantifiziert noch wird begründet, aufgrund welcher Beeinträchtigung die Pausen mit welchem Erholungs- oder Therapiezweck erforderlich sind. Diese Frage ist aufgrund deren Rentenrelevanz im Rahmen einer Verlaufsbeurteilung zu klären. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, sind bereits bei Vorhandensein geringer Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 3.4 hiervor; BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65). Wie dargelegt, bestehen hier solche Zweifel beim von Dr. med. G. _____ formulierten unklaren Zumutbarkeitsprofil.

3.6 Zusammenfassend erweist sich der medizinische Sachverhalt insofern als ungenügend abgeklärt, als nicht zuverlässig beurteilt werden kann, wie das von Dr. med. G. _____ genannte Zumutbarkeitsprofil zu verstehen ist. Die Akten sind deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese die Unklarheiten hinsichtlich des Zumutbarkeitsprofils kläre und anschliessend über den Rentenanspruch neu verfüge.

4.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 19. September 2018 (AB 139) aufzuheben. Die Akten sind zur Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.

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

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

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

Mit Kostennote vom 13. März 2019 macht Rechtsanwalt Dr. B. _____ ein Honorar von Fr. 2'137.50.-- (7.83 h à Fr. 270.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 60.50 und Mehrwertsteuer von Fr. 169.25 (7.7 % von Fr. 2'198.00) geltend, was nicht zu beanstanden ist. Die Parteientschädigung wird folglich auf Fr. 2'367.25 festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 19. September 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'367.25 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt Dr. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin (samt Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 18. April 2019)
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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