

200 18 953 IV
SCI/SCC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. März 2019

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. November 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1968 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), seit dem 1. Mai 2001 als ... für die C._____ AG tätig (Dossier der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 6), meldete sich im Mai 2015 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an; als Leiden nannte sie starke und konstante Schmerzen am Knie bei langem Stehen und Laufen (AB 1). Die IVB nahm Abklärungen vor, u.a. holte sie die von der Taggeldversicherung in Auftrag gegebenen Evaluationen der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) ein (Berichte vom 10. August 2015 [AB 19.2 S. 1 ff.] und vom 14. Juni 2016 [AB 21.2 S. 1 ff.]). Weiter veranlasste sie eine Arbeitsmarktliche-Medizinische Abklärung (AMA) vom 4. bis 29. September 2017 in der Abklärungsstelle D._____ (Bericht vom 26. Oktober 2017 [AB 38 S. 2 ff.]). Nach Einholung eines Berichts von Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 26. Januar 2018 (AB 60 S. 4 ff.) veranlasste die IVB eine Begutachtung durch die F._____ (MEDAS) Dres. med. G._____, Fachärztin für Rheumatologie, und H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (bidisziplinäres Gutachten vom 31. August 2018 [AB 73.1]). Gegen den Vorbescheid vom 11. September 2018, worin die IVB die Ablehnung einer Rente in Aussicht gestellt hatte (AB 74), erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 15. Oktober 2018 und 12. November 2018 Einwand (AB 77, 79). Mit Verfügung vom 19. November 2018 lehnte die IVB, bei einem Invaliditätsgrad von 6 %, die Zusprechung einer Rente ab (AB 80).

B.

Am 14. Dezember 2018 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 19. November 2018 sei aufzuheben und ihr sei eine volle (richtig: ganze) Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter

seien die Akten an die Verwaltung zur Ergänzung der Abklärungen und zur Neuurteilung zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 28. Januar 2019 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde. Mit prozessleitender Verfügung vom 29. Januar 2019 wurde diese dem Beschwerdeführer 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 der IV-Stelle Bern vom 19. November 2018 (AB 80). Streitig ist der Anspruch auf eine Rente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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 Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

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 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach

Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Den Akten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Der Hausarzt Dr. rer. Physiol. I. _____, Facharzt für Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 17. Juli 2015 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Gonarthrose links, ein HWS-Syndrom und eine arterielle Hypertonie. Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine Adipositas per magna an (AB 17 S. 2). Die Patientin sei in jeder Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. AB 17 S. 4, 6).

3.1.2 Im Bericht vom 10. August 2015 hielten Dr. med. J. _____ und K. _____, dipl. Physiotherapeutin, EFL Therapeutin, L. _____, – gestützt auf eine EFL am 23./24. Juli 2015 – fest, die aktuelle Tätigkeit als Mitarbeiterin ... sei der Beschwerdeführerin aktuell nicht zumutbar. Die Zumutbarkeit für eine andere berufliche Tätigkeit könne im Moment nicht festgelegt werden; es seien zuerst genauere Abklärungen vorzunehmen bzw. es werde die Ausschöpfung des Therapiepotentials empfohlen (AB 19.2 S 1, 3). Anlässlich einer EFL vom 6./7. Juni 2016 (Bericht vom 14.

Juni 2016; AB 21.1) führten pract. med. M._____, und N._____, dipl. Physiotherapeutin, EFL Therapeutin, L._____, bezüglich Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive aus, infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der physischen Leistungsteste für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als sie bei den Leistungstests gezeigt worden sei. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests (AB 21.2 S. 3). Mit gewissen Anpassungen wäre eine Zumutbarkeit für die bisherige Tätigkeit mit reduziertem Pensum gegeben. Eine Tätigkeit als ... sei halbtags (vier bis fünf Stunden, unterbrochen durch eine halbstündige Pause im Sitzen) aus medizinischer Sicht grösstenteils zu bewältigen. Heben und Tragen wäre zu mindestens 7,5 kg möglich. Eine leichte Arbeit mit Wechselbelastung Sitzen/Stehen und Gehen, ohne Knien, ohne wiederholte Kniebeugen, selten Treppensteigen, sei ganztags zumutbar. Weder Sitzen noch Stehen und Gehen sollte länger als zwei bis drei Stunden am Stück erforderlich sein (AB 21.2 S. 4).

3.1.3 Im Bericht vom 8. April 2016 diagnostizierte Dr. med. O._____, Fachärztin für Neurochirurgie, Zentrum P._____, eine chronische Lumboischialgie L5 rechts bei Foraminalstenose L5/S1 rechts bei asymmetrischer hypertropher rechtsseitiger Spondylarthrose L5/S1, eine Diskopathie L3/4 und L4/5 und einen Status nach Facettengelenksinfiltration L4/5 beidseits und L5/S1 beidseits vom 21. März 2016. Zwei Wochen nach der Facettengelenksinfiltration sei ein Teil der geklagten Beschwerden regredient. Bei Bedarf könne die Infiltration wiederholt werden; dazwischen sollte ein Mindestzeitraum von drei bis vier Monaten eingehalten werden (AB 54 S. 6).

3.1.4 Im Bericht vom 26. Oktober 2017 – erstellt nach der AMA in der Abklärungsstelle D._____ im September 2017 (AB 38 S. 2) – diagnostizierte Dr. med. Q._____, Facharzt für Chirurgie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Lumboischialgie L5 rechts bei Foraminals-

tenose L5/S1 rechts Spondylarthrose L5/S1, eine Diskopathie L3/4 und L4/5, einen Status nach Infiltrationsbehandlung, eine Gonarthrose beidseits, einen Status nach KAS und Plicaresektion mediopatellär links am 15. September 2016 sowie einen Status nach KAS, Plicaresektion und Knorpelglättung rechts am 17. Februar 2017 (AB 38 S. 8). Zum Zumutbarkeitsprofil hielt der Arzt fest, die Beschwerdeführerin brauche eine wechselbelastende Tätigkeit, Gewichte könne sie bis maximal 15 kg anheben aber nicht repetitiv. Wiederholtes Treppensteigen sollte vermieden werden, kniende Tätigkeiten seien nicht möglich. Sie müsse die Möglichkeit haben, je nach Schmerzsituation kurze Pausen einzulegen. Auf Grund der Rücken- und Knieprobleme sei die eruierte Leistung von 45 % in einem Pensum von 100 % bei bestgeeigneter Tätigkeit zurzeit medizinisch nachvollziehbar (AB 38 S. 9 Ziff. 6). Die Beschwerdeführerin habe bei einfachen seriellen und vertrauten Arbeiten (verschiedenen Probe-, Montage-, Verpackungs- und Maschinenarbeiten) eine gute Qualität erreichen können (AB 38 S. 9 Ziff. 8).

3.1.5 Dr. med. R._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, diagnostizierte in den Berichten vom 13. und 16. November 2017 einen chronisch intermittierenden lumbospondylogenen Schmerz bei/mit asymmetrischer hypertropher rechtsseitiger Spondylarthrose L5/S1, eine Diskopathie L3/4 und L4/5, einen Status nach Facettengelenksinfiltration L4/5 beidseits und L5/S1 beidseits vom 21. März 2016 sowie einen Status nach Kniearthroskopie beidseits. Es werde eine Wiederholungsinfiltration an den Facettengelenken (L4/5 und L5/S1 beidseits) durchgeführt (AB 54 S. 2 ff.).

3.1.6 Im Bericht vom 28. Dezember 2017 diagnostizierte Dr. med. S._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, einen Status nach KAS, Plicaresektion und Knorpelglättung Knie rechts (am 17. Februar 2017) mit/bei Plica mediopatellaris Knie rechts und einem Knorpelschaden med. femorales Gleitlager und Condylus, einen Status nach KAS, Plicaresektion mediopatellär links (15. September 2016), einen Knorpelschaden med. femorales Gleitlager und Condylus sowie eine chronische Lumboischialgie L5 rechts bei Foramina stenose L5/S1 rechts bei asymmetrischer hypertropher rechtsseitiger Spondylarthrose L5/S1 und eine Diskopathie L3/4 und L4/5. Es liege eine

mehr oder weniger stationäre Lage acht Monate nach KAS rechts vor; das linke, früher operierte Knie sei besser als das rechte (AB 57).

3.1.7 Im bidisziplinären Gutachten vom 31. August 2018 diagnostizierten die Dres. med. G._____ und H._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende (AB 73.1 S. 6 Ziff. 4.2 a):

1. Hypermobilität (ICD-10 M35.7)
2. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (IC D-10 M54.5)
 - myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen
 - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik
 - radiologisch unauffälliger Befund (RX 06/18)
 - Facettengelenksarthrosen L4/5 und L5/S1, kein Nachweis einer Diskushernie (MRI 10/15)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellten die Gutachter die folgenden Diagnosen (AB 73.1 S. 6 Ziff. 4.2 b):

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
2. Belastungsabhängige Gonalgien beidseits (IC D-10 M25.56)
 - Status nach arthroskopischer Plicaresektion mediopatellar links 09/16, rechts 02/17
 - klinisch unauffälliger Befund ohne Hinweise für Meniskusläsion oder Bandinstabilitäten
 - radiologisch unauffälliger Befund (Rx bds 06/18)
 - kein Nachweis einer Meniskus- oder Bandläsion (MRI bds 01/18)

Die Experten führten aus, aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe bei der Explorandin eine verminderte Belastbarkeit des Achsenskelettes bei einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom linksbetont. Ungünstig sei die Hypermobilität, welche Gelenkbeschwerden nach sich ziehen könne. Zu nennen seien ferner belastungsabhängige Gonalgien mit Status nach Arthroskopie, zuletzt im Februar 2017, aktuell mit einem klinisch unauffälligen Befund. Das Zumutbarkeitsprofil der Explorandin reduziere sich auf leichte bis nur selten mittelschwere und wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Einnahme von Zwangshaltungen der Wirbelsäule, ohne Lastenheben über 5 bis selten 10 kg (AB 73.1 S. 6 f. Ziff. 4.3). Aus psychiatrischer Sicht könne kein relevanter Befund erhoben werden. Die somatisch nicht ausreichend erklärbaren Befunde für die subjektiv angegebenen Beschwerden könnten beschreibend einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zugeordnet werden, dies bei fehlender ursächlicher psychosozialer Belastungssituation. Gemäss Prüfung der Indikatoren könne daraus keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

abgeleitet werden (AB 73.1 S. 7 Ziff. 4.3). Zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit führten sie aus, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (AB 73.1 S. 7 Ziff. 4.6.3). Eine angepasste Arbeit sei zu 8 bis 8,5 Stunden pro Tag möglich (AB 73.1 S. 7 Ziff. 4.7.1 f.). Zu den Ressourcen hielten sie fest, es könnten bei der Explorandin keine wesentlichen Belastungsfaktoren gefunden werden, die Ressourcen seien abgesehen von einer fehlenden beruflichen Ausbildung sowohl medizinisch wie auch nicht-medizinisch gegeben (AB 73.1 S. 7 Ziff. 4.4). Zur Konsistenzprüfung führten sie an, es würden Inkonsistenzen dahingehend auffallen, dass sich die Explorandin kaum belastungsfähig fühle, was durch die Befunde nicht nachvollziehbar sei. Diese Situation könne aufgrund der Konstellation der Schmerzverarbeitungsstörung als systemimmanent nachvollzogen werden (AB 73.1 S. 7 Ziff. 4.5).

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). Werden bei deren Anordnung Beteiligungsrechte der versicherten Person (vgl. insbesondere BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258, 139 V 349 E. 5.4 S. 357) verletzt, so machen bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Expertise eine neue Begutach-

tung erforderlich (BGE 139 V 99 E. 2.3.2 S. 103; zum Ganzen SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.3 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).

3.4 Das bidisziplinäre Gutachten vom 31. August 2018 erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (E. 3.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.4.1 Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellt Dr. med. H. _____ keine psychiatrische Diagnose. Die Beurteilung des Gutachters aus psychiatrischer Sicht, es lägen emotionale und psychosoziale Faktoren mit einer chronischen Schmerzproblematik vor (vgl. AB 73.1 S. 28 Ziff. 7.2), ist nachvollziehbar und überzeugt. Der Experte äussert sich schlüssig zur Konsistenz sowie zu den vorhandenen Ressourcen (AB 73.1 S. 29 Ziff. 73, 74). Es wird zutreffend darauf hingewiesen, dass keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgt und von der Explorandin keine solche gewünscht wird. Nachvollziehbar weist der Gutachter auch auf die Notwendigkeit der Überprüfung der Medikation hin. Er empfiehlt eine Medikation mit einem Antidepressivum, das auch sedierende und schmerzmodulierende Eigenschaften besitze, wobei die Einnahme kontrolliert werden

müsse (AB 73.1 S. 28 Ziff. 7.2). Da im hier zu beurteilenden Fall keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende psychiatrische Diagnose zu stellen ist, bedarf es keines strukturierten Beweisverfahrens mit Indikatorenprüfung (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 25. September 2018, 8C_241/2018, E. 7.5.2). Die Einschätzung, dass der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht die zuletzt ausgeübte und eine somatisch angepasste Tätigkeit zu 8 Stunden pro Tag zumutbar seien, ist schlüssig und es ist darauf abzustellen.

3.4.2 Die Ausführungen zu den somatischen Beschwerden (verminderte Belastbarkeit des Achsenskeletts, die ungünstige Hypermobilität und die belastungsabhängigen Gonalgien; AB 73.1 S. 6, 19 f.) sind mit Blick auf die Untersuchungsbefunde (AB 73.1 S. 17 ff.) nachvollziehbar und überzeugend. Die Rheumatologin hat sich mit den Akten und früheren Untersuchungen auseinandergesetzt (AB 73.1 S. 20); dass die geklagten Schmerzen und Funktionseinschränkungen nur zum Teil ein objektivierbares Korrelat finden, stimmt mit den Ergebnissen anlässlich der früher durchgeführten EFL (23./24. Juli 2015 und 6./7. Juni 2016) überein (vgl. AB 19.2, 21.2 S. 3). Bereits damals waren Inkonsistenzen zu erheben: Die Verhaltensbeobachtung zur Validierung insbesondere der Konsistenz ergab eine erhebliche Symptomausweitung, weshalb die Beurteilung der Zumutbarkeit sich primär auf medizinisch-theoretische Überlegung stützte (AB 21.2 S. 3 f.). Die Beurteilung der Expertin, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als ... in der ... nicht mehr zumutbar ist (AB 73.1 S. 21 Ziff. 8.1.1), dass sie jedoch eine leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen ausüben kann (AB 73.1 S. 22 Ziff. 8.2.1), überzeugt.

Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, die Gutachterin stütze sich auf veraltete bzw. ungenügende bildgebende Abklärungen (Beschwerde S. 4 f.), ist nicht stichhaltig. Auch die behandelnden Ärzte haben – nach der MRI-Untersuchung der Wirbelsäule im Jahr 2015 und der Kniegelenke im Jahr 2016 bzw. 2018 (AB 73.1 S. 11 ff., 18) – weitere bildgebende Abklärungen nicht für notwendig befunden, womit ohne weiteres davon auszugehen ist, dass auch sie von einem unverändert gebliebenen Zustand ausgingen und keinen Anlass hatten, weitere Abklärungen vorzunehmen.

Darüber hinaus hat die Gutachterin bildgebende Abklärungen (Röntgen) der LWS und der beiden Kniegelenke vorgenommen (AB 73.1 S. 18 f.). Dabei ist es Sache der Experten das – hinsichtlich des Nutzens für die Abklärung und den Schaden für die zu Untersuchenden (Strahlenbelastung) – bestmögliche bildgebende Verfahren festzulegen. Es bestehen keine Anzeichen, dass die Abklärungen in dieser Hinsicht mangelhaft gewesen wären.

Der Einwand der Beschwerdeführerin, es hätte ein ergänzendes Gutachten auf dem Fachgebiet der operativen Wirbelsäulenmedizin eingeholt werden müssen (Beschwerde S. 5), überzeugt nicht. Es konnten anlässlich der Begutachtung keine radikulären Beschwerden provoziert werden (vgl. AB 73.1 S. 18), was mit den Erhebungen der behandelnden Ärzte durchaus übereinstimmt. So hat Dr. med. O. _____ im Bericht vom 18. November 2015 zwar anamnestisch eine rechtsseitige Radikulopathie festgehalten, jedoch gleichzeitig (wie die Gutachterin) sensomotorische Defizite in der klinischen Untersuchung nicht objektivieren können (AB 50.3 S. 8). Die Schmerzen waren und blieben beschränkt tieflumbal (AB 54 S. 6, 14). Schliesslich war auch die – einer Rheumatologin geläufige und zur Abgrenzung durchzuführende – neurologische Grundprüfung unauffällig (AB 73.1 S. 18). Dies stimmt ebenfalls mit den Erhebungen der behandelnden Ärzte überein (vgl. AB 54 S. 4). Es bestand deshalb auch für die Behandler kein Anlass, die Beschwerdeführerin spezifisch der Neurologie zuzuweisen.

Mit Blick auf die im Vordergrund stehenden arthrotischen Veränderungen ist die Zuweisung zur Beurteilung an eine Rheumatologin nicht zu beanstanden. Eine Rheumatologin hat fundierte Kenntnisse insbesondere auch der orthopädischen Chirurgie und der Neurochirurgie. Zu ihrem Kompetenzbereich gehören insbesondere die degenerativen und entzündlichen Krankheiten der Gelenke und der Wirbelsäule wie auch akute und chronische Schmerzkrankheiten am Bewegungsapparat (vgl. die Homepage der Facharztgesellschaft Rheumatologie unter www.....ch). Auch das Vorbringen (Beschwerde S. 5), es sei zu bezweifeln, ob die Interpretation des Röntgenbildes der Lendenwirbelsäule vom Juni 2018 tatsächlich radiologisch unauffällig gewesen sei, da die Gutachterin aufgrund der Adipositas der Beschwerdeführerin die Beurteilung des Röntgenbildes der LWS nur

eingeschränkt habe vornehmen können, vermag das schlüssige Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Nicht allein die Bildgebung ist entscheidend, denn es sind bei der Beurteilung alle zur Verfügung stehenden Erkenntnisse zu berücksichtigen und integral der Expertise zugrunde zu legen. Die Gutachterin hat diesem Grundsatz folgend in nachvollziehbarer und überzeugender Weise neben den bildgebenden Unterlagen auch die anlässlich der klinischen Untersuchung erhobenen Befunde (AB 73.1 S. 17 ff.) und die sich aus den Akten (AB 73.1 S. 11 f.) ergebenden Erkenntnisse ihrer Beurteilung zu Grunde gelegt (AB 73.1 S. 19 ff.; vgl. auch die Leitlinien der Facharztgesellschaft für die Begutachtung unter www....ch). Darauf ist abzustellen (AB 73.1 S. 20 f.).

3.4.3 Nichts an diesem Ergebnis ändert die Einschätzung des Hausarztes Dr. rer. Physiol. I. _____ mit 100 %iger Arbeits- und Leistungsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit. Auf sie kann nicht abgestellt werden. Die Ausführungen zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. AB 17 S. 6 Ziff. 1.13) sind nicht nachvollziehbar, hält er doch eine Verminderung der Einschränkung durch medizinische Massnahmen für nicht möglich (AB 17 S. 4), obwohl die Fachärzte Operationen empfohlen und dann auch durchführten (vgl. AB 50.3 S. 3 f.).

3.5 Der Beschwerdeführerin ist somit die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar (AB 73.1 S. 7 Ziff. 4.6.3). Sie kann jedoch eine angepasste Arbeit zu 8 bis 8,5 Stunden pro Tag ausführen (AB 73.1 S. 7 Ziff. 4.7.1 f.). In der Folge ist deshalb ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

4.

4.1 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).

Der frühest mögliche Rentenbeginn ist mit Arbeitsunfähigkeit ab dem 5. Januar 2015 (AB 17 S. 4 Ziff. 1.6) und Anmeldung im Mai 2015 (AB 1) nach Ablauf der Wartezeit (Art. 28 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG) ab Januar 2016 möglich. Es ist damit auf die Erwerbsdaten von 2016 abzustellen.

4.2

4.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.2.2 Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 141 V 1 E. 5.4 S. 3, 135 V 58 E. 3.1 S. 59; SVR 2018 UV Nr. 33 S. 115 E. 2.2).

Bei der Prüfung der Unterdurchschnittlichkeit des Valideneinkommens ist das statistisch branchenübliche Durchschnittseinkommen, welches zum Vergleich heranzuziehen ist, an die statistisch betriebsübliche Arbeitszeit anzupassen. Auch beim tatsächlich erzielten Valideneinkommen ist auf die

vertraglich vereinbarte und damit betriebsübliche Arbeitszeit abzustellen; Lohn für Überstundenarbeit hat demnach bei der Prüfung der Unterdurchschnittlichkeit des Valideneinkommens unberücksichtigt zu bleiben (BGE 141 V 1 E. 5.6 und 5.7 S. 4).

4.3

4.3.1 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 herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 76).

4.3.2 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 pflichtgemäßem 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 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

4.4 Die Beschwerdeführerin hat im Jahr 2015 einen Monatslohn von Fr. 4'419.-- (x 13) verdient (AB 6 S. 4 Ziff. 2.12). Das auf das Jahr 2016 indexierte Valideneinkommen liegt damit bei Fr. 57'830.35 (Fr. 4'419.-- x 13 / 104.9 x 105.6 [Tabelle T1.2.10 Nominalindex, Frauen 2011-2017, Bst. B-F, 05-43, Sektor 2 ...]). Die Tätigkeit der Beschwerdeführerin (...) kann im massgeblichen ...sektor nicht konkreter eingeordnet werden, weshalb bei der Indexierung auf den Gesamtindex des Sektors 2 abzustellen ist. Ein Vergleich mit der LSE ergibt keine Unterdurchschnittlichkeit (vgl. E. 4.2.2 hiervor): Bei einem monatlichen Bruttolohn von Fr. 4'515.-- (LSE 2016, Tabelle TA1_tirage-skill-level, monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Gesamtindex des Sektors 2, Kompetenzniveau 1, Frauen) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 56'076.30 (Fr. 4'515.-- / 40 x 41.4 [Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Bst. B-F, Sektor 2, 2015] x 12). Somit ist der effektive Lohn höher als der Vergleichslohn.

4.5 Das Invalideneinkommen ist auf der Basis der LSE 2016 zu ermitteln, was bei einem monatlichen Bruttolohn von Fr. 4'363.-- (Tabelle TA1_tirage-skill-level, monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Kompetenzniveau 1, Total, Frauen), angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total, 2016: 41.7) und aufgerechnet auf ein Jahr sowie unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn von 10 % zufolge des eingeschränkten Rendements (vgl. E. 4.3.2 hiervor) ein Invalideneinkommen von Fr. 49'123.-- ergibt (Fr. 4'363.-- / 40 x 41.7 x 12 x 0.9).

4.6 Bei der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 57'830.35 und des Invalideneinkommens von Fr. 49'123.-- resultiert eine Einbusse von Fr. 8'707.35 und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 15 % (Fr. 8'707.35 / Fr. 57'830.35 x 100). Die Beschwerdeführerin hat somit keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

4.7 Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 19. November 2018 (AB 80) ist im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist 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 gleicher Höhe entnommen.

5.2 Die Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (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. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - 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.