

200 19 57 IV
ACT/ISD/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. Juni 2019

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Isliker

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Dezember 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1991 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Februar 2007 unter Hinweis auf eine Spondylolisthesis Grad II-III nach stattgehabter Operation vom 6. April 2004 und auf eine venöse Insuffizienz bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 14). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen, sprach der Versicherten berufliche Massnahmen (vgl. act. II 16) und Hilfsmittel zu (act. II 36) und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 50) mit Verfügung vom 5. April 2011 (act. II 51) einen Rentenanspruch mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens. Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im Februar 2012 ersuchte die Versicherte erneut um Zusprechung von IV-Leistungen (act. II 53). Die IVB nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor; namentlich veranlasste sie eine interdisziplinäre neurochirurgisch-psychiatrische Begutachtung (Gutachten vom 17. Oktober bzw. 6. November 2013, act. II 84.1 und 87.1; interdisziplinäre Beurteilung: act. II 87.2). Nach Eingang weiterer medizinischer Unterlagen liess die IVB die Versicherte polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 20. Juli 2016; act. II 142.1). Aufgrund der Kritik des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) an der Expertise (act. II 151 f.) liess die IVB die Beschwerdeführerin ein drittes Mal, nunmehr bidisziplinär orthopädisch-neurologisch begutachten (Gutachten vom 24. August 2017; act. II 170.1). Gestützt darauf stellte sie mit Vorbescheid vom 16. Januar 2018 (act. II 182) die Zusprache einer befristeten ganzen IV-Rente vom 1. Oktober 2013 bis 30. Juni 2014 in Aussicht. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (act. II 186, 198 S. 1) verfügte die IVB am 7. Dezember 2018 (act. II 205) wie angekündigt.

C.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 22. Januar 2019 Beschwerde mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Eingabe vom 7. Februar 2019 reichte die Beschwerdeführerin den Bericht der Klinik C. _____ vom 13. November 2018 ein (Beschwerdebeilage [act. I] 3).

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Februar 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die 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 Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 7. Dezember 2018 (act. II 205). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Folglich ist der generelle Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung – unter Einschluss der Zusprechung einer ganzen Rente vom 1. Oktober 2013 bis 30. Juni 2014 – zu prüfen.

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 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

2.3 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.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vervollendung des 18. Altersjahres folgt.

2.4 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 Erwerbsein-

kommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.5 Um den Leistungsanspruch 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).

2.6 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).

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

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

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

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).

2.6.3 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).

2.6.4 Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV). Dabei ist im Unterschied zu dem in Art. 88a Abs. 1 IVV geregelten Tatbestand der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit nicht verlangt, dass die Änderung, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat, voraussichtlich weiterhin andauern muss. Das gesetzliche Erfordernis einer auf Dauer gerichteten Änderung ist mit Ablauf der dreimonatigen Wartezeit grundsätzlich erfüllt (SVR 2017 IV Nr. 71 S. 220 E. 2.3.1).

2.6.5 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten 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).

3.

3.1 Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung vom 7. Februar 2012 (act. II 53) eingetreten ist und den Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 7. Dezember 2018 (act. II 205) materiell geprüft hat. Die Eintretensfrage ist deshalb – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der leistungsablehnenden Verfügung vom 5. April 2011 (act. II 51) und der angefochtenen Verfügung vom 7. Dezember 2018 (act. II 205) eine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen.

3.2 Die Beschwerdeführerin musste sich am 26. Oktober 2012 (act. II 64 S. 7) einem chirurgischen Eingriff unterziehen, welcher eine längere Rekonvaleszenz- und Rehabilitationszeit zur Folge hatte (vgl. act. II 61, 170.1 S. 67 f. Ziff. 12.1 f.). Die Beschwerdegegnerin sprach in der angefochtenen Verfügung denn auch eine befristete Rente zu (act. II 205). Eine Änderung des Gesundheitszustandes im massgebenden Vergleichszeitraum ist damit erstellt und der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig neu zu prüfen (vgl. E. 2.6.3 hiervor).

3.3 Betreffend die gesundheitliche Entwicklung bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. Dezember 2018 (act. II 205) ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen Folgendes:

3.3.1 Im Bericht vom 15. Januar 2013 (act. II 61) hielt Prof. Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, es bestehe eine Spondylolyse / Olisthese Grad III bei Zustand nach zweimaliger Operation am 6. April 2004 und 26. Oktober 2012. Die Beschwerdeführerin sei ab dem Spitalaufenthalt (Beginn: 25. Oktober 2012) 100 % arbeitsunfähig.

3.3.2 Aus dem Verlaufsbericht von Dr. med. E. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 18. bzw. 21. März 2013 (act. II 64 S. 1 ff.) geht hervor, dass sich der Gesundheitszustand nach der Operation vom 26. Oktober 2012 zuerst verbessert, anschliessend jedoch wieder verschlechtert habe. Seit der Operation bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit mit schwieriger Prognose.

3.3.3 In der interdisziplinären Beurteilung (act. II 87.2) des neurochirurgisch-psychiatrischen Gutachtens vom 17. Oktober bzw. 6. November 2013 (act. II 84.1 und 87.1) stellten die Gutachter im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein „chronisches lumbales und lumboschialgieformes Schmerzsyndrom beidseits, aktuell rechtsbetont“. Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der bestehenden körperlichen Beeinträchtigungen qualitativ und quantitativ beeinträchtigt. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht hätten keine krankheitswertige psychische Störung und keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können.

Der Beschwerdeführerin seien nach einer angemessenen Rekonvaleszenzzeit von circa zwölf Monaten nach dem operativen Eingriff im Oktober 2012, also ab November 2013, körperlich leichte und zeitweise – mit einem Maximalanteil von 10 % – körperlich mittelschwere, konsequent wechselbelastende Tätigkeiten in einem vollschichtigen zeitlichen Rahmen mit einer um 10 % bis maximal 20 % verminderten Leistungsfähigkeit zumutbar. Ausgeschlossen seien körperlich schwere und ständig sowie häufig bzw. überwiegend körperlich mittelschwere Tätigkeiten, die Wirbelsäule und insbesondere die LWS statisch belastende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Haltings- und Positionsmonotonien der LWS, Tätigkeiten in Zwangshaltungen der LWS, insbesondere vornübergeneigte Tätigkeiten, Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS und Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg, repetitiv mit 5 kg, limitiert.

3.3.4 In der Stellungnahme vom 15. September 2015 (act. II 126) hielt der RAD-Arzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,

fest, im Vergleich der aktuellen klinisch-orthopädischen Befunde mit denjenigen Ende 2013 liessen sich keine wesentlichen Unterschiede feststellen. Es lägen keine Hinweise für eine Instabilität oder für eine radikuläre Schmerzproblematik vor. Die orthopädisch festgestellte Verkürzung der ischiocruralen Muskulatur könnte, sollte sie für die Schmerzen verantwortlich sein, durch entsprechende Dehnungsübungen gut behandelt werden. Neu liege aber eine myofasziale Schmerzausbreitung mit Hinweisen auf eine Schmerzverarbeitungsstörung vor. Zudem sei eine axonale Schädigung beider Nervi tibialis sowie eine nicht weiter diskutierte neurogene Schädigung der L5 beidseits und S1 rechts versorgten Muskulatur gefunden worden. Angesichts einer möglichen zwischenzeitlichen Verschlechterung der medizinischen Situation werde eine polydisziplinäre Abklärung vorgeschlagen.

3.3.5 Im polydisziplinären Gutachten der G. _____ (nachfolgend: MEDAS A. _____) vom 20. Juli 2016 (act. II 142.1) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (act. II 142.1 S. 9 f.):

1. Syndrome lombo-vertébral chronique
2. Status après spondylodèse L5-S1 pour anthérolithésis L5-S1 grade III (2004)
3. Status après révision et nouvelle spondylodèse de L4-S1 avec greffe osseuse en 2012
4. Suspicion d'une polyneuropathie
5. Douleurs post opérations de la colonne lombaire
6. Déficit essentiellement moteur sur la racine L5 à gauche
7. F45.4 (307.89) Trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, nach der (erneuten) Rückenoperation im Oktober 2012 sei es zu einer Schmerzzunahme und einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Weiter habe sich ein Unfall mit Meniskusbeteiligung sowie im Jahr 2013 ein Ermüdungsbruch am linken Fuss ereignet (vgl. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; act. II 142.1 S. 10). Erhebliche funktionelle Einschränkungen seien mit dem Rücken und dem Knie verbunden: Chronische Lumbalschmerzen mit Ausstrahlung in die unteren Gliedmassen, motorische Schwierigkeiten, Einschränkungen und Schwierigkeiten, lange Zeit in der-

selben Position zu verweilen und sich in der Nacht im Bett zu drehen. Weiter bestünden hinsichtlich der Wirbelsäule Einschränkungen bei der Belastbarkeit und bei der Gehstrecke. Gestützt auf die erfolgten Untersuchungen bestehe auf dem freien Arbeitsmarkt eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % bzw. eine solche von 70 % in einer angepassten Tätigkeit (act. II 142.1 S. 10).

3.3.6 Der Aktennotiz vom 17. Februar 2017 (act. II 151) von RAD-Ärztin Dr. med. S._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ist zu entnehmen, das orthopädische Teilgutachten der MEDAS A._____ (act. II 142.3) erfülle die versicherungsmedizinischen Anforderungen nicht; es sei unvollständig und oberflächlich. Die gutachterlichen Schlussfolgerungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit seien nicht nachvollziehbar. So enthalte das Gutachten zur Wirbelsäule und den Extremitäten keine oder den Normalwerten entsprechende objektive Angaben zu Beweglichkeit und Umfang. Ein Befund bzw. ein nachvollziehbares Belastungsprofil im Zusammenhang mit der Marschfraktur finde sich nicht. Ein Zumutbarkeitsprofil fehle vollständig und die Schlussfolgerungen hinsichtlich der angenommenen vollständigen Arbeitsunfähigkeit seien bei nicht beschriebenen objektiven Einschränkungen nicht zulässig und sogar widersprüchlich.

3.3.7 Die RAD-Ärztin Dr. med. H._____, Fachärztin für Neurologie, hielt am 23. Februar 2017 (act. II 152) zum Gutachten der MEDAS A._____ vom 20. Juli 2016 (act. II 142.1) fest, die allgemein-internistischen und orthopädischen Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit seien weder hergeleitet noch nachvollziehbar begründet. Ebenso ergäben sich gewisse Widersprüche im psychiatrischen Teilgutachten. Das neurologische Teilgutachten (act. II 142.4) sei nicht als sorgfältig und gründlich zu beurteilen, zumal diverse Fragen nicht aufgeworfen und verschiedene erforderliche Testungen nicht durchgeführt worden seien. Ebenso würden die MRI-Bilder nicht kommentiert und es habe keine ausreichende Diskussion der früheren EMG-Befunde stattgefunden. Zudem finde sich keine Würdigung der Vorbefunde des ersten (neurochirurgischen) Gutachtens (vgl. E. 3.3.3 hiervor). Auf welcher Diagnose der Gutachter seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abstelle, bleibe unklar, da schlussendlich neuropathische Schmerzen nicht in den Diagnosen aufgeführt worden seien. Zudem

wären eine erneute EMG und eventuell auch Neurographien indiziert gewesen. Schliesslich liege eine Bestimmung des Medikamentenspiegels ebenfalls nicht vor.

3.3.8 Im orthopädisch-neurologischen Gutachten der I. _____ (nachfolgend: MEDAS B. _____) vom 24. August 2017 (act. II 170.1) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 67):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Pseudolumboischialgie beidseits bei Status nach Dekompression L5 und S1 sowie Stabilisierung mit transpedikulären Schrauben 04/2004, Implantatentfernung mit Restabilisierung L4-S1 und dorso-lateraler Spondylodese 10/2012 sowie leichten bis mässigen Facettenarthrosen L2-4 ohne neurale Kompression

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Cervicovertebralsyndrom unklarer Genese
Präadipositas

Aus orthopädischer Sicht könnten die angegebenen Schmerzen in der Halswirbelsäule und die abnormen Untersuchungsbefunde derselben bei unauffälligem MRI nicht objektiviert werden. Die Schmerzen in der Lendenwirbelsäule und die pathologischen objektiven Befunde derselben seien nur teilweise mit den im MRI dokumentierten leichten bis mässigen Facetengelenksarthrosen L2-4 vereinbar. Bei radiologisch fehlender Kompression könne weder die Ausstrahlung der Schmerzen in beide Waden noch die angegebene Hyposensibilität der Oberschenkel nachvollzogen werden. Körperlich mittelschwere und schwere Arbeiten in kalter und feuchter Umgebung, vorwiegend sitzend oder stehend, mit häufig inklinierten, reklinierten und rotierten Körperhaltungen, könnten wegen der diagnostizierten Pseudolumboischialgie beidseits und der leichten bis mässigen Facettenarthrosen L2-4 ohne neurale Kompression nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden. Das vorangehende orthopädische Gutachten sei qualitativ ungenügend. Die Untersuchung, insbesondere der Wirbelsäule, sei sehr rudimentär. Auf radiologische Untersuchungen, namentlich ein MRI, sei verzichtet worden. Auch die Diagnose sei nicht sehr präzise. Die angenommene 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit werde nicht begründet und sei aufgrund der Diagnose auch nicht akzeptabel (S. 10 f.).

Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 46 und 57). Es bestünden zweifelsohne seit vielen Jahren chronifizierte Lumbalgien mit zwei Stabilisierungsoperationen in den Jahren 2004 und 2012. Die Durchsicht des Akten-dossiers ergebe zahlreiche Diskrepanzen sowohl in den Symptomen als auch in den neurologischen Befunden, namentlich betreffend die sensiblen Defizite, welche eine grosse Variabilität aufwiesen und dementsprechend sehr wahrscheinlich nicht auf eine organisch-strukturell im Bereich des Nervensystems lokalisierte Läsion zurückzuführen seien. Dies gelte ebenfalls für die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung, anlässlich welcher die Beschwerdeführerin erstmals sensible Defizite im Bereich des Gesichts und des Kopfes angegeben habe. Auch elektrophysiologisch könnten aktuell keine eindeutigen abnormen Befunde reproduziert werden, sodass die Diagnose einer Polyneuropathie zurzeit nicht mehr nachgewiesen werden könne. Eine radikuläre Läsion L5 oder S1 könne weder klinisch noch elektroneurophysiologisch oder bildgebend festgestellt werden (S. 51 f.). Ebenso ergäben sich Abweichungen zum Vorgutachten vom Juli 2016 im Hinblick auf die neurologischen Diagnosen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Lumbalgie stelle an sich keine neurologische Diagnose im engeren Sinne dar, so dass aus neurologischer Sicht aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten bestehe. Die vormals gestellte Diagnose könne nicht bestätigt werden und hätte überdies beispielsweise in einer sitzenden Tätigkeit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Schmerzen seien insgesamt nicht als neurogen einzustufen und würden von der Beschwerdeführerin auch nicht so beschrieben (S. 53). Der Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit könne nicht ganz genau angegeben werden, sei jedoch sehr wechselhaft und inkonstant, weil die Arbeitsfähigkeit von den behandelnden Ärzten unterschiedlich eingestuft worden sei. Die vormalige gutachterliche Annahme einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit sei vor dem Hintergrund des damaligen weitgehend normalen klinisch-neurologischen Untersuchungsbefundes und der nicht neurologischen Diagnose widersprüchlich und nicht nachvollziehbar (S. 60 f.).

In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, für die Zeit der postoperativen Rehabilitation vom 28. Oktober 2012 bis März 2014

habe für sämtliche Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Anschliessend habe die Arbeitsfähigkeit als ... und ..., primär sitzend, aber auch stehend, mit häufigen Rotationsbewegungen des Rumpfes, bei voller Stundenpräsenz 85 % betragen (entsprechend einer Arbeitsunfähigkeit von 15 %). In einer adaptierten, körperlich leichten Tätigkeit in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte oder rotierte Körperhaltungen, habe ab März 2014 gesamthaft keine Einschränkung der Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit bestanden (S. 67 f.).

3.3.9 Dem Bericht der Klinik C._____ vom 2. Mai 2018 (act. II 198 S. 2 f.) ist zu entnehmen, dass ein klares somatisches Korrelat zu den Schmerzen bestehe, welches die Schmerzen initiiert habe und unterhalte. Zudem liege sicher eine Opiat-induzierte Hyperalgesie vor.

Aus einem weiteren Bericht der Klinik C._____ vom 16. Mai 2018 (act. II 198 S. 4 f.) geht sodann hervor, dass kein Anhalt für eine Neurokompression vorliege. Die Beschwerden seien vereinbar mit einem pseudo-radikulären Schmerz.

3.3.10 In der Stellungnahme vom 17. September 2018 (act. II 200 S. 5 f.) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. H._____ fest, weder aufgrund der Berichte der Klinik C._____ vom 2. und 16. Mai 2018 (act. II 198 S. 2 ff.), noch des Notfallberichts des Spitals J._____ vom 17. Juni 2018 (act. II 198 S. 6 ff.) betreffend vorübergehende Magenbeschwerden ergäben sich neue objektive Befunde.

3.3.11 Im Austrittsbericht der Klinik C._____ vom 13. November 2018 (act. I 3) hielten die Dres. med. K._____, Facharzt für Anästhesiologie, und L._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in der „bio-psycho-sozialen Zusammenfassung“ fest, es bestünden chronische Lumboischialgien bei Status nach Spondylose L4-S1 mit myostatischer Dysbalance und Dekonditionierung der rumpfstabilisierenden Muskulatur. Des Weiteren sei von einer Opiat-induzierten Hyperalgesie bzw. Nonresponder-Situation bei Opiatdosen von bis zu 400 mg Morphinäquivalent auszugehen. Verstärkt werde das Schmerzerleben durch rezidivierende depressive Episoden und eine emo-

tional instabile Persönlichkeit. Als Hauptdiagnose gingen die behandelnden Ärzte von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aus (ICD-10 F45.41).

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).

3.5 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).

3.6

3.6.1 Hinsichtlich des zu beurteilenden Gesundheitszustandes hat die Verwaltung zu Recht nicht auf das Gutachten der MEDAS A. _____ vom 20. Juli 2016 (act. II 142.1) respektive die entsprechenden Teilgutachten

der Disziplinen Orthopädie (act. II 142.3) und Neurologie (act. II 142.4) abgestellt. Das Gutachten wie auch die besagten Teilgutachten leiden an grundlegenden und gravierenden Mängeln und sind unzureichend begründet sowie unvollständig erstellt worden, weshalb die Schlussfolgerungen des Gutachtens insgesamt nicht zu überzeugen vermögen. So wurde insbesondere die angenommene (vollständige) Arbeitsunfähigkeit in keiner Weise begründet und ist damit auch nicht nachvollziehbar (Teilgutachten Neurologie vom 17. Mai 2016 [act. II 142.4 S. 5], Teilgutachten Orthopädie vom 24. Mai 2016 [act. II 142.3 S. 4] und Teilgutachten Innere Medizin vom 27. April 2016 [act. II 142.2 S. 8]). Dies ergibt sich denn auch aus den Berichten des RAD vom 17. und 23. Februar 2017 (act. II 151, 152 S. 2 ff.). Dementsprechend erweisen sich die vorgenannten Teilgutachten wie auch die polydisziplinären Schlussfolgerungen im Gutachten vom 20. Juli 2016 zur Arbeitsfähigkeit (act. II 142.1 S. 10) in mehrfacher Hinsicht als ungenügende medizinische Grundlage (vgl. E. 3.5 hiavor).

3.6.2 Das Gutachten der MEDAS A. _____ vom 20. Juli 2016 (act. II 142.1) leidet an derart grundlegenden und gravierenden Mängeln, die offenkundig durch Nachfrage durch die Verwaltung nicht hätten behoben werden können. In der Konsequenz hat die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf verzichtet, bei den Gutachtern eine Ergänzung respektive Präzisierung ihrer Einschätzungen zu verlangen, sondern sie durfte respektive sie musste sogar eine neue Expertise in Auftrag geben. Von einem (auf der Grundlage des Gutachtens der MEDAS A. _____) bereits umfassend abgeklärten medizinischen Sachverhalt respektive einer unzulässigen sog. „second opinion“ (vgl. BGE 141 V 330 E. 5.2 S. 339) kann im Zusammenhang mit den weiteren Abklärungen mit dem bidisziplinären Gutachten keine Rede sein. Sodann muss entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 5), wenn ein (erstes) Gutachten zur Sachverhaltsabklärung nicht tauglich ist, die neue, diesmal beweistaugliche, Expertise nicht den Erstgutachtern vorgelegt werden, sondern es kann direkt auf das zweite Gutachten abgestellt werden. Denn das beweisuntaugliche (erste) Gutachten vermochte den mit ihm ursprünglich angestrebten Beweis gerade nicht zu erbringen und ist daher nur noch – aber immerhin – insofern relevant, als die darin erhobenen Befunde im Rahmen der weiteren Abklärungen berücksichtigt und allenfalls diskutiert werden müssen.

3.6.3 Nicht zu beanstanden ist weiter, dass die Verwaltung allein eine Neubegutachtung in den Fachgebieten Neurologie und Orthopädie veranlasst hat (vgl. das bidisziplinäre Gutachten der MEDAS B. _____ vom 24. August 2017; act. II 170.1). Denn in psychiatrischer Hinsicht ergab sich bereits aus der Begutachtung durch die MEDAS A. _____ überzeugend keinerlei Einschränkung (Teilgutachten Psychiatrie vom 11. Juni 2016; act. II 142.5 S. 7 ff.), während im Bereich Allgemeine Innere Medizin keine Befunde erhoben wurden, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnten, und zu Recht keine entsprechende internistische Diagnose gestellt wurde (Teilgutachten Allgemeine Innere Medizin vom 27. April 2018; act. II 142.2 S. 6 f.); insoweit sind diese beiden Teilgutachten verwertbar, auch wenn auf die Expertise der MEDAS A. _____ als Gesamtes nicht abgestellt werden kann. Demgegenüber wurden im Bericht der Klinik C. _____ vom 13. November 2018 (act. I 3 S. 3 unten) zwar rezidivierende depressive Episoden sowie eine emotional instabile Persönlichkeit erwähnt, jedoch vermag dieser – nicht von einem hierfür kompetenten Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. zur Bedeutung der fachärztlichen Qualifikation der Ärzte hinsichtlich des Beweiswertes ihrer Aussagen: Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. März 2010, 8C_83/2010, E. 3.2.3 mit Hinweisen) erstellte und überdies auf einem aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht massgeblichen sog. „biopsychosozialen“ Krankheitsmodell (BGE 143 V 418 E. 6 S. 426 f.; Entscheid des BGer vom 13. Februar 2019, 9C_813/2018, E. 4.3.1) basierende – Hinweis nichts daran zu ändern, dass vorliegend kein psychischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit besteht. Ohnehin wäre es den Gutachtern – sofern es die Umstände erfordert hätten – unbenommen geblieben, weitere respektive andere Fachdisziplinen beizuziehen (BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 352), was sie jedoch nicht getan haben.

3.6.4 Das Gutachten der MEDAS B. _____ vom 24. August 2017 (act. II 170.1) wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt und die beteiligten Experten haben die Beschwerdeführerin in den Fachrichtungen Neurologie und Orthopädie umfassend sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden untersucht. Gestützt darauf haben sie die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dargestellt und die gezogenen Schlussfol-

gerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Auch vermögen die weiteren medizinischen Akten der behandelnden Ärzte keine konkreten Zweifel an der Schlüssigkeit und Vollständigkeit der Expertise zu wecken, zumal keine wesentlichen neuen Aspekte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5 und 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1): So bestätigt der Bericht der Klinik C._____ vom 16. Mai 2018 (act. II 198 S. 4 gegen unten), in welchem ein pseudoradikulärer Schmerz beschrieben wurde, die Aussage des neurologischen Gutachters der MEDAS B._____, wonach keine radikuläre Läsionen bestünden (act. II 170.1 S. 52). Weiter enthält der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht der Klinik C._____ vom 13. November 2018 (act. I 3) ebenfalls keine relevanten neuen Indizien, insbesondere auch nicht in psychiatrischer Hinsicht (vgl. E. 3.6.3 hiavor).

Das Gutachten der MEDAS B._____ vom 24. August 2017 (act. II 170.1) erfüllt damit die Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiskräftige medizinische Expertise (vgl. E. 3.5 hiavor). Unter diesen Umständen ist entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin keine Veranlassung für weitere medizinische Abklärungen ersichtlich (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2).

3.7 Gestützt auf das beweiskräftige Gutachten der MEDAS B._____ vom 24. August 2017 (act. II 170.1) war die Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429, 138 V 218 E. 6 S. 221) ab der Operation im Oktober 2012 während der postoperativen Rehabilitation bis März 2014 für alle Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig (act. II 170.1 S. 67 f. Ziff. 12.1 f.). Anschliessend, d. h. ab April 2014, ist in einer leidensangepassten Tätigkeit von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung auszugehen (act. II 170.1 S. 68 Ziff. 12.2). Demgegenüber ist für die Zeit zwischen der Anmeldung im Februar 2012 (act. II 53) und der Operation im Oktober 2012 keine Arbeitsunfähigkeit erstellt. Die jeweiligen Änderungen des Gesundheitszustandes, auf denen die unterschiedlichen Arbeitsunfähigkeiten beruhen, stellen je-

weils einen Neuanmeldungs- respektive Revisionsgrund dar (vgl. E. 2.6, 3.2 hiervor).

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). Die Neuanmeldung zum Bezug einer IV-Rente erfolgte im Februar 2012 (act. II 53), womit gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG der frühestmögliche Rentenbeginn im August 2012 liegen würde. Jedoch ist erst ab Oktober 2012 eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erstellt (vgl. E. 3.7 hiervor), weshalb das sog. Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG im Oktober 2013 abgelaufen ist. Angesichts der gutachterlich attestierten vollständigen Erwerbsunfähigkeit ab der Operation im Oktober 2012 (E. 3.7 hiervor), besteht deshalb von vornherein ab Oktober 2013 Anspruch auf eine ganze Rente.

Die Verbesserung des Gesundheitszustandes im März 2014 mit einer daraus resultierenden uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (act. II 170.1 S. 68 Ziff. 12.2), stellt einen Revisionsgrund dar (E. 2.6 und 3.7 hiervor), was zu einer Neubemessung des Invaliditätsgrades führt.

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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt

für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). 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 LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

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).

4.3 Die Beschwerdeführerin hat einzig zur Finanzierung ihrer Ausbildung bei M._____ gearbeitet (act. II 55 S. 8) und mit Blick auf ihre Er-

werbs- und Ausbildungsbiographie (vgl. act. II 74 S. 2 ff.) ist unklar, was sie im Gesundheitsfall machen würde. Dementsprechend sowie unter Berücksichtigung der bisher ohne besondere Fertigkeiten und Kenntnisse (vgl. Entscheid des BGer vom 11. Oktober 2017, 8C_457/2017, E. 6.3, zum Invalideneinkommen, was jedoch auch für das Valideneinkommen zu gelten hat) ausgeübten Hilfstätigkeiten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen gestützt auf den Totalwert für Frauen der in der Praxis üblichen LSE-Tabelle TA1 (Entscheide des Bundesgerichts vom 13. Juni 2018, 8C_212/2018, E. 4.4.1, und vom 4. April 2018, 8C_684/2017, E. 5.3) im tiefsten Kompetenzniveau ermittelte. Nachdem die Beschwerdeführerin ihre zumutbare Restarbeitsfähigkeit ab 1. April 2014 nicht verwertet hatte, stellte die Beschwerdegegnerin zu Recht für die Ermittlung des Invalideneinkommens ebenfalls auf die gleichen LSE-Tabellenlöhne ab. Demzufolge sind beide Vergleichseinkommen anhand derselben lohnstatistischen Grundlagen zu ermitteln, sodass – zur rechnerischen Vereinfachung – auf eine exakte betragliche Bestimmung der massgeblichen Vergleichseinkommen verzichtet werden kann. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad nämlich dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn, der höchstens 25 % betragen darf (Entscheid des BGer vom 19. Juni 2017, 8C_148/2017, E. 4). Wie es sich mit dem von der Beschwerdegegnerin gewährten Abzug von 10 % (act. II 205 S. 5) verhält, kann hier offen bleiben, da selbst bei Annahme des maximalen Abzugs von 25 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) resultieren würde. Unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV ist die ganze IV-Rente somit in Übereinstimmung mit der angefochtenen Verfügung vom 7. Dezember 2018 (act. II 205 S. 5) per Ende Juni 2014 aufzuheben.

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 Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen 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. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt 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 öf-

fentlich-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.