



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Augustinergasse 3, Postfach 1654, 1701 Freiburg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

608 2018 301

Urteil vom 2. September 2019

II. Sozialversicherungsgerichtshof

Besetzung	Präsident: Richterinnen: Gerichtsschreiberin:	Johannes Frölicher Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud Angelika Spiess
Parteien	A. _____, Lorenz Fivian gegen INVALIDENVERSICHERUNGSSTELLE DES KANTONS FREIBURG, Vorinstanz	vertreten durch Rechtsanwalt
Gegenstand	Invalidenversicherung (Rentenanspruch) Beschwerde vom 16. November 2018 gegen die Verfügung vom 12. Oktober 2018	

Sachverhalt

A. A._____, geboren im Jahr 1965, ledig, wohnhaft in B._____, war nach der obligatorischen Schulzeit im Verkauf tätig, zuletzt als Filialeiterin. Im Juli 2012 absolvierte sie, bislang ohne Ausbildung, eine zweijährige Lehre zur Büroassistentin EBA. Seit dem 15. Oktober 2012 arbeitete sie zu 100 Prozent (50 Prozent im kaufmännischen Bereich, 50 Prozent in der Logistik) als Assistentin Kursbetrieb bei der C._____. Der Arbeitsvertrag wurde per 30. April 2015 aufgelöst.

Bei bereits vorbestehenden Rückenbeschwerden erlitt A._____ am 7. Februar 2014 beim Anheben einer Kiste ein Verhebetauma. Bei einem lumboradikulären Schmerzsyndrom links mit sensomotorischem Ausfall bei mehrtägigen degenerativen Veränderungen und einer Spinalkanalstenose vornehmlich L4/5 und auch foraminal L5/S1 linksbetont musste sie sich am 15. April 2014 einer Rückenoperation (Dekompression L4/5 links und L5/S1 links mit Neurolysen) unterziehen.

Nach einem anfänglich positiven postoperativen Verlauf musste A._____ bei einem erneut zunehmenden lumboradikulären Schmerzsyndrom, jetzt eher rechtsbetont, und funktionellen Restbeschwerden links am 5. Mai 2015 eine weitere Rückenoperation (Dekompression, Diskektomie und TLIF-Stabilisation L4/5 und L5/S1 rechts) über sich ergehen lassen.

Über das Rückenleiden hinaus bestehen diverse weitere Gesundheitsbeschwerden, so unter anderem eine schwere obstruktive Ventilationsstörung, wiederkehrende Schulter- und Kniegelenksschmerzen rechts, eine mässige bis ausgeprägte beidseitige Triscaphoid-, Rhiz- und Heberdenarthrose und eine Adipositas Grad II bei einem BMI von 36 kg/m² sowie psychische Probleme.

B. Am 22. Januar 2015 meldete sich die Versicherte bei der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg (nachfolgend: IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Diese klärte die medizinische Situation der Versicherten ab und gab bei der MEDAS D._____ eine pluridisziplinäre Begutachtung in Auftrag, welche am 26. Juni 2018 erstattet wurde.

Gestützt auf das Gutachten der MEDAS stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 10. August 2018 in Aussicht, das Rentenbegehren abzulehnen. Gegen diesen Vorbescheid erhob die Versicherte mit Eingabe vom 14. September 2018 schriftliche Einwände. Mit Verfügung vom 12. Oktober 2018 bestätigte die IV-Stelle ihren Vorbescheid, wonach die Versicherte keinen Rentenanspruch habe (IV-Grad: 32,31 Prozent).

C. Gegen diese Verfügung vom 12. Oktober 2018 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Lorenz Fivian, am 16. November 2018 Beschwerde an das Kantonsgericht Freiburg. Sie stellt den Antrag, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese über den Rentenanspruch neu befinde. Zur Begründung macht sie geltend, das Gutachten der MEDAS sei in Bezug auf die Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit (70 Prozent ohne Leistungsminderung) widersprüchlich und nicht schlüssig, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Zudem habe die Vorinstanz den IV-Grad falsch berechnet.

Der mit Verfügung vom 21. November 2018 auf CHF 800.- angesetzte Kostenvorschuss wurde am 17. Dezember 2018 geleistet.

In ihren Bemerkungen vom 27. März 2019 schliesst die Vorinstanz auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 16. Mai 2019 reichte die Beschwerdeführerin weitere Arztberichte zu den Akten. Diese wurden der Vorinstanz zur Kenntnisnahme zugestellt, welche auf eine weitere Stellungnahme verzichtete.

Mit Schreiben vom 24. Juni 2019 wurde der BVG-Versicherung die Möglichkeit gegeben, sich zum Streitgegenstand zu äussern. Diese liess sich in der angesetzten Frist nicht vernehmen.

D. Die weiteren Elemente des Sachverhalts ergeben sich, soweit sie für die Urteilsfindung massgebend sind, aus den folgenden rechtlichen Erwägungen.

Erwägungen

1.

Die Beschwerde vom 16. November 2018 gegen die Verfügung vom 12. Oktober 2018 ist durch die rechtsgültig vertretene Beschwerdeführerin frist- und formgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Die Beschwerdeführerin hat ein schutzwürdiges Interesse daran, dass das Kantonsgesicht, II. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob sie Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2.

2.1. Im Sinne von Art. 8 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), welches hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zur Anwendung kommt, ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG kann Invalidität die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Versicherte haben gemäss Art. 28 IVG Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

2.2. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (Befunderhebung, Diagnosestellung) und Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte in seinen körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt, d.h. arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4; 130 V 97 E. 3.3.2). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wird nach dem Mass bestimmt, in welchem die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen an ihrem angestammten Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massgebend ist hingegen die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (Urteil BGER 9C_48/2015 vom 1. Juli 2015 E. 3.3.3). Bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf hat die versicherte Person andere ihr offen stehende Erwerbsmöglichkeiten auszuschöpfen (BGE 115 V 404 E. 2; 114 V 281 E. 1d). Auch die Zumutbarkeit einer Invalidentätigkeit ist vor allem aus medizinischer Sicht zu beurteilen, wobei dieser Sachverhalt aufgrund des objektiven Befundes durch die Ärzte bestimmt wird (BGE 107 V 20 E. 2b; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, 1995, S. 201). Insbesondere ist dabei nicht auf das subjektive Empfinden der versicherten Person abzustellen, hätte es doch diese ansonsten in der Hand, ihren Invaliditätsgrad selbst zu bestimmen.

2.3. Der Sozialversicherungsrichter prüft objektiv alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, und entscheidet danach, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen des Experten 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 (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit Hinweisen).

3.

Streitig ist, ob die Vorinstanz das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht abgelehnt hat.

Um diese Frage beantworten zu können, ist zunächst auf das im Rahmen des Abklärungsverfahrens eingeholte interdisziplinäre Gutachten der MEDAS näher einzugehen (Vorakten S. 472 ff.). Dieses wurde am 26. Juni 2018 erstattet und berücksichtigt die folgenden Disziplinen: Psychiatrie (Dr. med. E. _____; Fallführung), Allgemeine Innere Medizin (Dr. med. F. _____), Pneumologie (Dr. med. G. _____), Rheumatologie (Dr. med. H. _____), Neurochirurgie (Dr. med. I. _____) und Orthopädie (Dr. med. J. _____). Es stützt ab auf das den Experten vollständig zur Verfügung gestellte Dossier mit sämtlichen bisherigen ärztlichen Zeugnissen,

welche in den jeweiligen Teilgutachten fachspezifisch wiedergegeben werden, sowie auf insgesamt sechs Explorationen (je eine pro Fachgebiet).

3.1. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung stellen die Experten die folgenden Diagnosen (Vorakten S. 479-480):

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Chronische lumbale Rückenschmerzen mit Schmerzausstrahlung in die Beine rechtsbetont
 - bei relativen Spinalkanalstenosen L1/2-L3/4, St.n. TLIF-Stabilisation L4/5 und L5/S1 am 5. Mai 2015 und St.n. Dekompression L4/5 und L5/S1 mit Neurolysen am 15. April 2014
2. Degenerative mehretagere Veränderungen im gesamten lumbalen Bereich distal betont und Facettengelenkshypertrophien in allen Gelenken der LWS und betont in den Segmenten L4/5 und L5/S1 beidseits sowie BWK 11

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

3. Belastung bei anders klassifizierten körperlichen Störungen (Z73.3)
 4. Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z73)
 5. Krankenrollenverhalten (psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten) (F54)
 6. St.n. epiduraler Infiltration L2/3 und L3/4 rechts am 31. August 2015
 7. Wiederkehrende Schulterschmerzen rechts bei St.n. zweimaliger Schulteroperation rechts, aktuell ohne klinische Hinweise auf ein Impingement oder eine Rotatorenmanschettenläsion bei im MRI der rechten Schulter vom 27. April 2018 partialer Re-Ruptur der Supraspinatussehne und ohne wesentliche Omarthrose
 8. Wiederkehrende Kniegelenksschmerzen rechts bei Valgusgonarthrose rechts mit Streckdefizit von 10° bei St.n. arthroskopischer Aussenmeniskusteilresektion, femoral lateraler Knorpelglättung, Mikrofrakturierung am Femurkondylus, Synovektomie und medialer Plica-Resektion am 9. Dezember 2016 wegen einer lateralen Meniskuskorbhennelläsion und Knorpelschäden – MRI rechtes Knie vom 4. November 2016
 9. Mässige Triscaphoidarthrose rechts, ausgeprägte Triscaphoidarthrose links, mässige Rhizarthrose beidseits, Heberdenarthrosen II bis V beidseits
 10. Spreizfuss beidseits
 11. Schwere obstruktive Ventilationsstörung, DD Asthma bronchiale, DD COPD
 12. Z.n. Lungenembolie (1981)
 13. Schwerer Nikotinabusus (mindestens 40 PY)
 14. Adipositas Grad II, BMI 36 kg/m²
 15. St.n. Hypertonie
 16. Allergie gegen Ibuprofen, Novalgin und Tramal
- 3.2. In seinem Teilgutachten (Vorakten S. 498 ff.) berichtet der psychiatrische Experte (Dr. med. E. _____) über leichte regressivere Tendenzen, den Wunsch nach Zuwendung, eine hohe Leistungsanforderung an sich selbst bei einem unerfüllten „Ich-Ideal“ und eine teilweise Kompensation mit Nahrungsaufnahme. Auch würden sich Hinweise auf eine leicht reduzierte Angst- und Frustrationstoleranz ergeben. Eine Persönlichkeitsstörung bestehe aber nicht (Vorakten S. 506, 508).

Da sich in der aktuellen psychiatrischen Untersuchung vom 21. Februar 2018 keine Hinweise auf eine relevante depressive Störung – die Hamilton Depressionsskala habe aktuell einen Punktwert von unter 10 gezeigt (Vorakten S. 506, 508) – und keine aktuellen Suizidgedanken hätten feststellen lassen und auch kein sozialer Rückzug oder Anhedonie bestehe, könne der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. K. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, welche die Diagnose einer schweren depressiven Episode und einer Double Depression gestellt habe, nicht gefolgt werden. Aufgrund der geringen Informationen zum Zustandsbild, zum Befund und zum Verlauf könne der behandelnden Psychiaterin auch insofern nicht gefolgt werden, als sie der Beschwerdeführerin rückwirkend seit 2015 eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit attestiere. Immerhin habe der damals konsultierte Dr. med. L. _____ zwar eine Anpassungsstörung, überwiegend mit Angst einhergehend, aber keine Depression, Persönlichkeitsstörung, Dysthymie oder anderweitige versicherungsmedizinisch relevante psychische Störung festgestellt. Auch sei die Behandlung nach nur einer Konsultation abgebrochen worden (Vorakten S. 507).

Aktuell sei bei der Beschwerdeführerin von einer Belastung bei anders klassifizierten körperlichen Störungen (Z73.3), Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z73) und einem Krankenrollenverhalten (psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten) (F54) auszugehen, wobei die Adipositas im Rahmen dieser leichten Persönlichkeitsauffälligkeit zu sehen sei. Eine irreversible Suchterkrankung liege nicht vor. Die beschriebenen Verhaltensmuster mit einem Schonverhalten seien aus psychiatrischer Sicht von der Beschwerdeführerin willentlich beeinflussbar und steuerbar (Vorakten S. 507). Aus psychiatrischer Sicht lasse sich – auch retrospektiv – keine Arbeitsunfähigkeit feststellen (Vorakten S. 509-510).

3.3. Im allgemein-internistischen Teilgutachten (Vorakten S. 512 ff.) stellte Dr. med. F. _____ die folgenden Diagnosen: Adipositas Grad II bei einem BMI von 36 kg/m², Nikotinabusus, St.n. Hypertonie sowie Allergie gegen Ibuprofen, Novalgin und Tramal (Vorakten S. 518). Aus allgemein-internistischer Sicht sei die Beschwerdeführerin zu 100 Prozent arbeitsfähig. Bei Meiden der allergenen Medikamente bestehe auch keine Leistungseinschränkung (Vorakten S. 519-520).

3.4. Das pneumologische Teilgutachten (Vorakten S. 522 ff.) wurde von Dr. med. G. _____ erstattet. Der Experte berichtet, dass die Leistungsfähigkeit im Alltag – trotz der schweren obstruktiven Ventilationsstörung (DD Asthma bronchiale, DD COPD) bei Z.n. Lungenembolie (1981), schwerem Nikotinabusus (mindestens 40 PY), Adipositas und lumbovertebralem Schmerzsyndrom – durch die pulmonale Situation bisher nicht eingeschränkt gewesen sei. So sei die Diagnose einer pulmonalen Erkrankung erstmals Ende des Jahres 2012 gestellt worden. Die bisher eingeleiteten antiobstruktiven Massnahmen seien regelrecht. Die Beschwerdeführerin erhalte langwirksame inhalative Medikamente, die sich gut zur Behandlung einer COPD und Asthma bronchiale eignen würden. Auch sei ihr bereits eine pulmonale Rehabilitation ermöglicht worden. Auf pneumologischem Fachgebiet bestehe deshalb – auch retrospektiv – für eine leichte Bürotätigkeit bzw. leichte bis mittelschwere Verweistätigkeit (vorzugsweise eher sitzend, ohne inhalative Belastungen und Wechsel zwischen kalter und warmer Atmosphäre) eine volle Arbeitsfähigkeit ohne Leistungsminderung (Vorakten S. 531-532).

3.5. In ihrem Teilgutachten (Vorakten S. 551 ff.) berichtet die rheumatologische Expertin (Dr. med. H. _____), dass sich weder anhand der Aktenlage noch im Rahmen der aktuell durchgeführten Untersuchungen Hinweise auf das Vorliegen einer entzündlich-rheumatischen Systemerkrankung erheben hätten, weshalb sich aus rheumatologischer Sicht – auch retrospektiv – keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen lasse (Vorakten S. 558-560). Die

degenerative, überbelastungsbedingte Beschwerdesymptomatik sowie die sich hieraus ergebenden Einschränkungen seien in den entsprechenden Fachgebieten (Orthopädie bzw. Neurochirurgie) zu evaluieren (Vorakten S. 552, 559-560).

3.6. Das neurochirurgische Teilgutachten (Vorakten S. 562 ff.) wurde von Dr. med. I. _____, erstattet. Es beruht auf den der Gutachterin zur Verfügung gestellten sowie nachträglich vorgelegten bzw. eingeholten Akten (Vorakten S. 564-569 resp. 569-570), auf eine persönliche Befragung und klinische Untersuchung vom 19. März 2018 sowie auf eine von der Gutachterin veranlasste Röntgendiagnostik (Vorakten S. 563). Folgende Diagnosen wurden gestellt (Vorakten S. 579):

1. Chronische lumbale Rückenschmerzen mit Schmerzausstrahlung in die Beine rechtsbetont bei relativen Spinalkanalstenosen L1/2-L3/4, St.n. TLIF-Stabilisation L4/5 und L5/S1 am 5. Mai 2015 und St.n. Dekompression L4/5 und L5/S1 mit Neurolysen am 15. April 2014
2. Degenerative mehretagere Veränderungen im gesamten lumbalen Bereich distal betont und Facettengelenkshypertrophien in allen Gelenken der LWS und betont in den Segmenten L4/5 und L5/S1 beidseits sowie BWK 11

Die Beschwerdeführerin sei aus neurochirurgischer Sicht im persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Bereich deutlich eingeschränkt, insbesondere durch die nachgewiesenen ausgeprägten degenerativen Veränderungen der LWS und der unteren BWS und die neurologischen Ausfälle im Bereich des linken Beines. Dies gelte auch, obwohl die elektrophysiologischen Befunde die Paresen nicht belegen und sich Diskrepanzen im Labor und der Medikamenteneinnahme zeigen würden. Insbesondere die Ergebnisse der Medikamentenspiegelbestimmung (kein Nachweis von Analgetika im Serum trotz anamnestischer Angabe der Einnahme) würden aber Grund zur Annahme geben, dass das angegebene hohe Ausmass der Schmerzen nicht so erheblich sei wie angegeben. Insofern erkläre sich auch die Diskrepanz zwischen der subjektiven Angabe der Beschwerdeführerin, keine Tätigkeiten mehr verrichten zu können, gegenüber der günstigeren aktuellen medizinisch-theoretischen neurochirurgischen Beurteilung (Vorakten S. 580, vgl. auch S. 575, 577).

Aufgrund der Einschränkungen der dynamischen Wirbelsäulenbelastbarkeit seien häufige Wirbelsäulenzwangshaltungen, Bewegungsmonotonien, häufige Überkopfarbeiten sowie Tätigkeiten mit häufiger freier Rumpfbeuge oder -rückneigung zu vermeiden. Auch Arbeiten unter Nässe und Zugluft sowie dauerhafter Kälteexposition sollten unterbleiben. Diese könnten muskuläre Verspannungen verstärken oder auslösen. Auch seien Tätigkeiten mit längerem Sitzen, Gehen und Stehen (>10-15 Minuten; Vorakten S. 579) und häufigem Bücken nicht zumutbar. Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung seien zu empfehlen. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 10kg ohne technische Hilfsmittel erscheine nicht zumutbar. Des Weiteren sollten keine Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten oder unebenem Untergrund durchgeführt werden und wiederholte oder längere Vibrationen vermieden werden. Zusätzlich erscheine die Beschwerdeführerin durch die Schlafstörung und die Medikamente in der Belastbarkeit eingeschränkt zu sein, so dass keine Tätigkeiten an laufenden Maschinen oder mit zusätzlichen Gefährdungssituationen erfolgen sollten (Vorakten S. 580-582).

Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen könne die Beschwerdeführerin bis zu 6 Stunden täglich (70 Prozent) arbeiten, ohne Leistungsminderung. Da sie längere Zeit nicht gearbeitet habe, werde aber eine schrittweise Wiedereingliederung (stufenweiser Belastungsaufbau) mit zusätzlichen Pausen empfohlen. Retrospektiv sei für die erste Operation (Bandscheibenoperation)

vom 15. April 2014 eine ca. 2-monatige und für die zweite Operation (Stabilisierung) vom 5. Mai 2015 eine 6-monatige 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen (Vorakten S. 581).

3.7. Obschon eine orthopädische Begutachtung zunächst nicht vorgesehen war, zeigte sich im Rahmen der rheumatologischen und neurochirurgischen Begutachtung, dass bei der Beschwerdeführerin degenerative Veränderungen am Bewegungsapparat von möglicherweise versicherungsmedizinischer Relevanz bestehen, weshalb die Beschwerdeführerin schliesslich durch

Dr. med. J. _____ auch orthopädisch begutachtet wurde (Vorakten S. 605 ff.).

Dieser stellte die folgenden Diagnosen (Vorakten S. 617):

1. Chronische lumbale Rückenschmerzen mit Schmerzausstrahlung in die Beine rechtsbetont bei degenerativen BWS-Veränderungen und distal betonten degenerativen LWS-Veränderungen mit relativen Spinalkanalstenosen von L1-L4 bei St.n. Dekompression L4/5 und L5/S1 mit Neurolysen im April 2014, St.n. TLIF-Stabilisation L4/5 und L5/S1 im Mai 2015 und St.n. mehreren Infiltrationen, zuletzt epidural L2/3 und L3/4 rechts im August 2015
2. Wiederkehrende Schulterschmerzen rechts bei St.n. zweimaliger Schulteroperation rechts, aktuell ohne klinische Hinweise auf ein Impingement oder eine Rotatorenmanschettenläsion bei im MRI der rechten Schulter vom 27. April 2018 partialer Re-Ruptur der Supraspinatussehne und ohne wesentliche Omarthrose
3. Wiederkehrende Kniegelenksschmerzen rechts bei Valgusgonarthrose rechts mit Streckdefizit von 10° bei St.n. arthroskopischer Aussenmeniskusteilresektion, femoral lateraler Knorpelglättung, Mikrofrakturierung am Femurkondylus, Synovektomie und medialer Plica-Resektion am 9. Dezember 2016 wegen einer lateralen Meniskuskorbhellenläsion und Knorpelschäden – MRI rechtes Knie vom 4. November 2016
4. Mässige Triscaphoidarthrose rechts, ausgeprägte Triscaphoidarthrose links, mässige Rhizarthrose beidseits, Heberdenarthrosen II bis V beidseits
5. Spreizfuss beidseits

Einschränkungen des Aktivitätenniveaus würden bei der Beschwerdeführerin in allen Lebensbereichen bestehen, wobei sie auf orthopädischem Fachgebiet durch die Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in der Wirbelsäule und dem rechten Kniegelenk bedingt würden. Sowohl an der Wirbelsäule als auch am rechten Kniegelenk würden diese Einschränkungen des Aktivitätenniveaus versicherungsmedizinische Relevanz in der angestammten Tätigkeit, in angepassten Tätigkeiten und bei den Verrichtungen im alltäglichen Leben, insbesondere der Hausarbeit, erreichen. Die geklagten Symptome und Funktionseinbussen betreffend die rechte Schulter seien über die aktuell zu erhebenden klinischen Untersuchungsergebnisse nicht zu erklären, wohl aber über die aktuellen MRI-Aufnahmen (Vorakten S. 619).

Nicht gut nachvollziehbar würden aber die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzintensitäten sowohl an der Wirbelsäule als auch in der rechten Schulter und im rechten Kniegelenk erscheinen. Würden die Schmerzen in den von der Beschwerdeführerin angegebenen Intensitäten bestehen, wäre anzunehmen, dass diese vermehrt fachärztliche Hilfe suchen würde. Auch wäre die analgetische Medikation ausbaubar. Diesbezüglich habe sich aber das Schmerzmittel Paracetamol nicht mit einem wirksamen Serumspiegel im Labor feststellen lassen. Weitere Diskrepanzen zwischen den vorliegenden Befundberichten und den aktuellen Untersuchungsergebnissen würden sich jedoch nicht ergeben (Vorakten S. 619).

Die wirbelsäulenbedingten Einschränkungen, die orthopädisch festzustellen seien, würden die Einschränkungen auf neurochirurgischem Gebiet nicht überschreiten (wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar, jedoch ein leichtes körperliches Arbeiten im Wechselrhythmus). Aufgrund der rechtsseitigen Schulterbefunde seien der Beschwerdeführerin keine schultergelenkbelastenden Arbeiten und insbesondere keine mehr als gelegentlichen Arbeiten in Abduktion oder Anteversion der rechten Schulter über 90° mehr zumutbar. Mit Blick auf das rechte Kniegelenk seien der Beschwerdeführerin Tätigkeiten, welche überwiegend im Stehen und Gehen zu erbringen seien, insbesondere Tätigkeiten mit Stehen und Gehen in unebenem Gelände, das Steigen auf Leitern und Gerüste sowie das häufige Treppensteigen, nicht mehr zumutbar. Auch wegen der Funktionseinschränkungen des rechten Kniegelenkes seien der Beschwerdeführerin nur noch leichte körperliche Arbeiten zumutbar. Keine Funktionseinschränkungen von versicherungsmedizinischer Relevanz würden die Befunde an den Füßen bedingen (Vorakten S. 619-620). Negative Wechselwirkungen zwischen den Diagnosen auf orthopädischem Fachgebiet bestehen nicht (Vorakten S. 620).

Die Arbeitsfähigkeit wurde wie folgt beurteilt: Bezüglich des Wirbelsäulenleidens verwies der orthopädische Experte auf die neurochirurgische Einschätzung. Aufgrund der übrigen orthopädischen Befunde in Schulter und Knie sei die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit aus orthopädischer Sicht in der Lage, ganztägig zu 100 Prozent zu arbeiten. Eine Leistungseinschränkung bestehe nicht. Diese Einschätzung gelte auch retrospektiv bis auf einen Zeitraum von längstens jeweils 8 Wochen nach den Schulteroperationen (in den Jahren 2007/2008 und 2008/2009; Vorakten S. 611, 618) und 6 Wochen nach der rechtsseitigen Kniegelenksoperation (November 2016; Vorakten S. 611, 615). Eine ideal angepasste Tätigkeit bestehe in einer ausschliesslich körperlich leichten Tätigkeit in temperierten Räumen (Vorakten S. 620-621).

4.

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Vorinstanz den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin gestützt auf das Gutachten der MEDAS zu Recht abgelehnt hat.

4.1. Eingangs ist festzustellen, dass das Gutachten auf das den Experten vollständig zur Verfügung gestellte Dossier mit sämtlichen bisherigen ärztlichen Zeugnissen, welche in den jeweiligen Teilgutachten fachspezifisch wiedergegeben und ausführlich diskutiert werden, sowie auf insgesamt sechs Explorations (je eine pro Fachgebiet) beruht. Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und ist in der Beurteilung der medizinischen Situation sowie der medizinischen Zusammenhänge plausibel und absolut überzeugend.

Auch der RAD-Arzt Dr. med. M. _____, Facharzt für Anästhesiologie, erachtet das Gutachten in seinem Bericht vom 11. Juli 2018 für beweiskräftig (Vorakten S. 633). Schliesslich haben auch die behandelnden Fachärzte (aktenkundig) keine Kritik am Gutachten erhoben.

Es kann somit für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit darauf abgestellt werden.

4.2. Was von der Beschwerdeführerin gegen das Gutachten vorgebracht wird, vermag daran nichts zu ändern.

4.2.1. In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten ist festzustellen, dass der Experte, Dr. med. E. _____, glaubhaft begründet dargelegt hat, weshalb er sich der Meinung der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. K. _____, welche eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome seit ca. 2010 (F32.2), DD Double Depression, diagnostiziert hat (vgl. den Bericht vom 6. September 2017; Vorakten S. 398-401), nicht anschliessen kann. Er erwog, dass sich anlässlich der Exploration vom 21. Februar 2018 – abgesehen von leichten regressiven Tendenzen, dem Wunsch nach Zuwendung, einer hohen Leistungsanforderung an sich selbst bei einem unerfüllten „Ich-Ideal“, einer teilweisen Kompensation mit Nahrungsaufnahme und einer leicht reduzierten Angst- und Frustrationstoleranz – keine psychiatrischen Befunde, namentlich auch keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung, ergeben hätten (Vorakten S. 505-506, 508). Bei einem Punktwert von unter 10 auf der Hamilton Depressionsskala bestehe namentlich auch kein Hinweis auf eine Depression, schon gar nicht auf eine schwere depressive Episode (Vorakten S. 506-508). Da weder ein sozialer Rückzug – die Beschwerdeführerin wohne in einer Wohngemeinschaft mit zwei Kolleginnen, zu welchen ein guter Kontakt mit täglichen gemeinsamen Nachtessen bestehe, gehe gelegentlich spazieren, wobei sie manchmal von einer Kollegin begleitet werde, und einmal pro Woche ins Aquajogging (Vorakten S. 504); darüber hinaus lebt die Beschwerdeführerin seit sechs Jahren in einer Beziehung (Vorakten S. 555), hat regelmässigen und guten Kontakt zu ihrer Schwester (Vorakten S. 515, 555, 572, 574, 612) und verfügt über ein Beziehungsnetz mit Freunden und Kolleginnen (Vorakten S. 574) – und keine Anhedonie festzustellen sei, liege auch keine Double Depression vor (Vorakten S. 507).

Dass die anderen Fachgutachter teilweise auf psychische Beschwerden hinweisen, vermag die Beurteilung des psychiatrischen Experten nicht in Zweifel zu ziehen, verfügt doch einzig Dr. med. E. _____ über einen Facharzttitel auf dem Gebiet der Psychiatrie. Die anderen Gutachter sind deshalb fachlich nicht kompetent, den medizinischen Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht zu beurteilen.

Schliesslich bleibt zu erwähnen, dass auch Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bei welchem die Beschwerdeführerin am 4. Februar 2015 einmalig vorstellig geworden war, weder eine Depression festgestellt, noch eine Arbeitsunfähigkeit attestiert hat. Zudem wurde die Behandlung nach nur einer Konsultation wieder abgebrochen (Dr. med. L. _____, Bericht undatiert, Vorakten S. 147).

Die von der Beschwerdeführerin am psychiatrischen Teilgutachten erhobene Kritik erweist sich damit als nicht stichhaltig.

4.2.2. Auch kann dem von der Beschwerdeführerin erhobenen Vorhalt, die neurochirurgische Expertin habe kein genaues Leistungsprofil erhoben, nicht gefolgt werden. So wurde im neurochirurgischen Teilgutachten festgestellt, dass häufige Wirbelsäulenzwangshaltungen, Bewegungsmonotonien, häufige Überkopfarbeiten, Tätigkeiten mit häufiger freier Rumpfbeuge oder –rückneigung, Arbeiten unter Nässe und Zugluft, dauerhafte Kälteexpositionen, Tätigkeiten mit längerem Sitzen, Gehen und Stehen (>10-15 Minuten) und häufigem Bücken, Tätigkeiten mit Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 10kg ohne technische Hilfsmittel, Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten oder unebenem Untergrund sowie Tätigkeiten mit wiederholten oder längeren Vibrationen zu vermeiden seien (Vorakten S. 580-582). Da auch Tätigkeiten an laufenden Maschinen und Tätigkeiten mit zusätzlichen Gefährdungssituationen zu unterlassen seien, weil die Beschwerdeführerin durch die Schlafstörungen und die Medikamente in der Belastbarkeit eingeschränkt sei (Vorakten S. 581), kann der Beschwerdeführerin auch darin nicht gefolgt werden, wenn sie ausführt, ihre Schlafstörungen seien zwar erhoben, aber nicht weiter

berücksichtigt worden. Das Vorliegen von Konzentrationsstörungen wiederum wurde verneint (psychiatrisches Teilgutachten, Vorakten S. 505; vgl. auch Dr. med. N. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 21. September 2016, Vorakten S. 270).

Der Kritik, die von der neurochirurgischen Gutachterin auf 70 Prozent (6 Stunden täglich) beurteilte Arbeitsfähigkeit sei nicht genügend begründet und nicht schlüssig, ist zu entgegnen, dass die Expertin in ihrem Teilgutachten den relevanten medizinischen Sachverhalt umfassend dargestellt und gewürdigt hat. Dabei hat sie festgestellt, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der nachgewiesenen ausgeprägten degenerativen Veränderungen der LWS und der unteren BWS und der neurologischen Ausfälle im Bereich des linken Beines aus neurochirurgischer Sicht auf Dauer deutlich eingeschränkt sei. Wenn sie bei dieser medizinischen Sachlage zum Schluss kommt, die Beschwerdeführerin sei – im Rahmen des erhobenen Leistungsprofils, das in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt ist – in der Lage, einer 70-prozentigen Arbeitstätigkeit ohne Leistungsminderung nachzugehen, ist darin kein Widerspruch zu erkennen. Selbst wenn die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Rückenschmerzen und der residuellen neurologischen Störung im Bereich des linken Beines persönlich, beruflich und gesundheitlich deutlich eingeschränkt ist, so bleiben auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt diverse Tätigkeiten (namentlich einfache Büroarbeiten, wie zuletzt in einem Umfang von 50 Prozent ausgeübt) nach wie vor möglich.

Was den zeitlichen Umfang der noch zumutbaren Arbeitstätigkeit anbelangt, so ist es Aufgabe des Mediziners, diese zu definieren (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass Dr. med. I. _____ als Fachärztin für Neurochirurgie durchaus über die notwendigen fachlichen Kompetenzen verfügt, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Invalidentätigkeit in neurochirurgischer Hinsicht zu beurteilen. Dass die Beschwerdeführerin der Überzeugung ist, schmerzbedingt keiner Arbeitstätigkeit mehr nachgehen zu können, ändert daran nichts. Zum einen kann nicht auf das subjektive Empfinden der versicherten Person abgestellt werden, zum anderen geben die Ergebnisse der Medikamentenspiegelbestimmung (kein Nachweis von Analgetika im Serum trotz anamnestischer Angabe der Einnahme) Grund zur Annahme, dass das angegebene hohe Ausmass der Schmerzen nicht so erheblich ist wie angegeben. Zudem lassen sich die beklagten Paresen nicht durch die elektrophysiologischen Befunde belegen (Vorakten S. 575, 577). Laut der neurochirurgischen Expertin erkläre sich damit auch die Diskrepanz zwischen der subjektiven Angabe der Beschwerdeführerin, keine Tätigkeit mehr verrichten zu können, gegenüber der günstigeren aktuellen medizinisch-theoretischen neurochirurgischen Beurteilung (Vorakten S. 579, 580).

Damit ist die Beschwerdeführerin auch mit ihrer Kritik am neurochirurgischen Teilgutachten nicht zu hören.

4.2.3. Was das orthopädische Teilgutachten anbelangt, so beanstandet die Beschwerdeführerin, dass der Experte auf eine Arbeitsfähigkeit von 100 Prozent geschlossen habe, obschon sie wegen der Wirbelsäulenproblematik sowie den wiederkehrenden Knie- und Schulterbeschwerden in allen Lebensbereichen eingeschränkt sei. Es sei nicht erklärbar, wie eine angepasste Tätigkeit unter Berücksichtigung der somatisch bestätigten und ausgewiesenen gesundheitlichen Problematik zu 100 Prozent durchführbar sein sollte.

Mit dieser Kritik verkennt die Beschwerdeführerin, dass der orthopädische Experte, was die Wirbelsäulenproblematik anbelangt, auf das neurochirurgische Teilgutachten verwies. Dieses wiederum bestätigt eine Arbeitsunfähigkeit von 30 Prozent. Diesbezüglich stösst die erhobene Kritik

also ins Leere. Was die wiederkehrenden Knie- und Schulterschmerzen anbelangt, so hat der orthopädische Experte glaubhaft begründet ausgeführt, dass nach den stattgehabten Operationen jeweils eine vorübergehende 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Darüber hinaus sei die Beschwerdeführerin aber aus orthopädischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit – nur leichte körperliche Arbeiten, keine schultergelenkbelastenden Arbeiten, insbesondere keine mehr als gelegentlichen Arbeiten in Abduktion oder Anteversion der rechten Schulter über 90°, keine Tätigkeiten, welche überwiegend im Stehen und Gehen zu erbringen seien, insbesondere Tätigkeiten mit Stehen und Gehen im unebenen Gelände und das Steigen auf Leitern und Gerüste sowie das häufige Treppensteigen (Vorakten S. 619-620) – voll und ohne Leistungseinschränkung arbeitsfähig. Mit diesem Leistungsprofil hat der orthopädische Experte den bestehenden Einschränkungen in Schulter und Knie durchaus Rechnung getragen. Es ist nicht ersichtlich und wird von der Beschwerdeführerin im Übrigen auch nicht näher ausgeführt, inwiefern die wiederkehrenden Schulter- und Kniegelenksschmerzen, welche aktuell klar nicht im Vordergrund stehen, darüber hinaus ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigen sollten.

Damit erweist sich auch die von der Beschwerdeführerin am orthopädischen Teilgutachten erhobene Kritik als unbegründet.

4.2.4. Schliesslich ist die Beschwerdeführerin auch mit ihrer Kritik an der Konsensbeurteilung nicht zu hören. Insbesondere kann ihr nicht gefolgt werden, wenn sie sich auf den Standpunkt stellt, die somatischen Probleme würden im Widerspruch zur Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit stehen. Es wurde bereits ausgeführt, dass die Experten, namentlich die Dres. med. I. _____ und J. _____ als Fachärzte für Neurochirurgie bzw. Orthopädie, durchaus über die notwendigen fachlichen Kompetenzen verfügen, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Invalidentätigkeit in ihren jeweiligen Fachgebieten zu beurteilen. Wenn die Experten in der Konsensbeurteilung gestützt auf die jeweiligen Teilgutachten zum Schluss kommen, die Beschwerdeführerin sei in einer angepassten Tätigkeit zu 70 Prozent ohne Leistungsminderung arbeitsfähig, so ist dies nicht zu beanstanden. Daran vermag auch die subjektive Angabe der Beschwerdeführerin, gänzlich arbeitsunfähig zu sein, nichts zu ändern. So wurde auch in der Konsensbeurteilung darauf hingewiesen, dass, obschon ein gewisses Mass an chronischen Schmerzen angenommen werden könne, die Beschwerdeführerin gegenwärtig eine Schmerzmedikation als nicht notwendig erachte und sich für die subjektiv angegebene hohe Schmerzausprägung kein hinreichendes klinisches vegetativ und im Ausdruck vermitteltes Korrelat finde (Vorakten S. 481). Kommt hinzu, dass die Beschwerdeführerin zwar angibt, die von den Gutachtern festgestellte Arbeitsfähigkeit (70 Prozent) sei zu hoch, sie ihre Meinung aber durch kein aktuelles Arztzeugnis zu belegen vermag, das eine höhere Arbeitsunfähigkeit attestiert und begründet.

Es wurde bereits ausgeführt, dass der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden kann, wenn sie sich auf den Standpunkt stellt, dass die Experten kein genaues Stellenprofil beschreiben. So enthält auch die Konsensbeurteilung ein detailliertes Fähigkeitsprofil, in dem die Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Detail festgehalten werden (Vorakten S. 480-481). Unter Berücksichtigung dieser Leistungseinschränkungen sei die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit zu 70 Prozent (6 Stunden täglich ohne Leistungsminderung oder bei längerer Präsenz mit längeren Pausen) arbeitsfähig (Vorakten S. 481). Wenn die Experten die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, soweit sie den kaufmännischen Bereich beschlug, nach wie vor als zumutbar erachten, nicht jedoch die Arbeiten im logistischen Bereich, ist darin kein Widerspruch zu erkennen.

Der Vorwurf, es seien etliche geklagte Beschwerden gar nicht und die jeweiligen multiplen Beschwerden nur einzeln, aber nicht als Ganzes berücksichtigt worden, entbehrt jeglicher Grundlage. Da diese Vorbringen nicht begründet sind, ist darauf nicht weiter einzugehen.

4.2.5. Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens hat die Beschwerdeführerin einen Bericht vom 16. April 2019 über einen pneumologischen Rehabilitationsaufenthalt vom 28. März 2019 bis 17. April 2019 zu den Akten gereicht (Beilage zur Eingabe vom 16. Mai 2019, act. 9). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin kann diesem Kurz-Austrittsbericht nicht entnommen werden, dass die somatischen Gesundheitsbeschwerden im Gutachten der MEDAS zu wenig beschrieben oder berücksichtigt worden seien. Kommt hinzu, dass der pneumologische Rehabilitationsaufenthalt nach der angefochtenen Verfügung vom 12. Oktober 2018 stattgefunden hat, weshalb die darin erhobenen Befunde, da die Rechtmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel aufgrund des Sachverhalts im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung beziehungsweise des angefochtenen Einspracheentscheides und nicht, wie er im Urteilszeitpunkt wäre, geprüft wird, im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens ohnehin nicht berücksichtigt werden können (vgl. Urteil BGer I 896/05 vom 23. Mai 2006 E. 1).

Zudem enthält der eingereichte Kurz-Austrittsbericht auch keine Angaben zu einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin.

Bleibt zu erwähnen, dass dem Gesuch um Kostengutsprache für den stationären Rehabilitationsaufenthalt entnommen werden kann, dass die Beschwerdeführerin in der Zwischenzeit einen Rauchstopp durchsetzen konnte und sich einer Magen-Bypassoperation unterzogen hat. Der behandelnde Pneumologe, Dr. med. O. _____, erachtet deshalb eine stationäre Rehabilitation als extrem hilfreich, um in einem gut angeleiteten Rahmen einen so grossen Gewinn an Autonomie und Selbstmanagementkompetenz wieder aufbauen zu können, dass langfristig eine ganz andere Prognose für die Krankheit und auch für die psychosoziale Wiedereingliederung bestehen dürfte.

Damit kann die Beschwerdeführerin auch aus den im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens zu den Akten gereichten Berichten nichts zu ihren Gunsten ableiten.

4.3. Zusammenfassend ist somit – gestützt auf das Gutachten der MEDAS – davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, soweit sie den kaufmännischen Bereich und nicht die Logistik beschlug, sowie jede andere angepasste Verweistätigkeit (wie zum Beispiel als Büroassistentin), welche den Funktionseinschränkungen der Beschwerdeführerin Rechnung trägt, zu 70 Prozent ohne zusätzliche Leistungsminderung zugemutet werden kann.

Höhergradige Arbeitsunfähigkeiten von 100 Prozent bestanden nur im Rahmen der erfolgten rechtsseitigen Kniegelenksoperation im November 2016 (6 Wochen), während des pulmonalen Rehabilitationsaufenthalts vom 14. März 2016 bis zum 8. April 2016, im Rahmen der Rückenoperationen vom 5. Mai 2015 (6 Monate) und 15. April 2014 (2 Monate) sowie im Rahmen der Schulteroperationen in den Jahren 2008/2009 und 2007/2008 (je 8 Wochen) (Vorakten S. 482-483).

5.

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). Für diesen Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des – möglichen – Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

5.1. Im Jahr 2015, als das Arbeitsverhältnis mit der C. _____ aufgelöst wurde, verdiente die Beschwerdeführerin jährlich CHF 62'855.- (Vorakten S. 44). Da ein möglicher Rentenanspruch im Jahr 2015 entsteht – mindestens einjährige, ohne wesentlichen Unterbruch dauernde Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 Prozent (Art. 28 Abs. 1 IVG) unter Berücksichtigung einer Wartefrist von 6 Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG) – braucht dieser Betrag nicht indexiert zu werden.

5.2. Was das Invalideneinkommen anbelangt, so kann der Beschwerdeführerin zugemutet werden, in einer angepassten Verweistätigkeit, welche ihren Funktionseinschränkungen Rechnung trägt, zu 70 Prozent ohne Leistungseinschränkung zu arbeiten. In einer solchen Tätigkeit kann die Beschwerdeführerin ein Einkommen von monatlich CHF 3'772.- erzielen (Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2014, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Pos. 77-82, sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen, Kompetenzniveau 1, Frauen).

Auf das Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) ist abzustellen, weil die Gutachter glaubhaft begründet zum Schluss kamen, der Beschwerdeführerin seien wegen der verminderten lumbalen Rückenbelastbarkeit, den Funktionseinschränkungen im Bereich des rechten Kniegelenks und der Einschränkungen in der pulmonalen Belastbarkeit nur leichte körperliche Tätigkeiten zumutbar (Konsensbeurteilung: Vorakten S. 480, 481, 482; Pneumologisches Teilgutachten: Vorakten S. 532; Orthopädisches Teilgutachten: Vorakten S. 619, 620, 621; vgl. auch den Bericht der Berufsberaterin, Vorakten S. 695). Das Kompetenzniveau 2, auf welches die Vorinstanz ohne weitere Begründung abstellt, beinhaltet demgegenüber praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege/Datenverarbeitung und Administration/Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/Sicherheitsdienst/Fahrdienst. Diese Tätigkeiten sind weder körperlich leicht, noch entsprechen sie dem von den Gutachtern definierten Leistungsprofil (vorzugsweise eher sitzende Tätigkeit ohne Wirbelsäulenbelastung, keine häufigen Wirbelsäulenzwangshaltungen und Bewegungsmonotonien, keine Tätigkeiten mit häufiger freier Rumpfbeuge oder –rückneigung, keine Tätigkeiten mit längerem Sitzen, Gehen und Stehen und häufigem Bücken, kein Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 10kg ohne technische Hilfsmittel, keine Tätigkeiten an laufenden Maschinen oder mit zusätzlichen Gefährdungssituationen, um nur einige zu nennen). Was die Datenverarbeitung und Administration anbelangt, so ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin zwar über einen Abschluss als Büroassistentin EBA verfügt. Gemäss Anforderungsprofil (vgl. Beschwerdebeilage 3) werden an diese Ausbildung aber nur einfache (bei der Sprache mittlere) Anforderungen gestellt. Deshalb ist die Beschwerdeführerin auch im administrativen Bereich nur für einfache Büroarbeiten einsetzbar.

Wird auf das Kompetenzniveau 1 abgestellt und damit dem Umstand Rechnung getragen, dass die Beschwerdeführerin nur einfache Büroarbeiten ausüben kann, bleibt kein Raum mehr für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn. Ein solcher rechtfertigt sich auch deshalb nicht, weil die Beschwerdeführerin keine persönlichen oder beruflichen Merkmale wie Alter, Dauer

der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad geltend machen kann, die einen solchen Leidensabzug rechtfertigen würden (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 mit Hinweis auf BGE 126 V 75).

Das monatliche Einkommen von CHF 3'772.- wurde aufgrund einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden berechnet, die durchschnittliche Arbeitszeit im Jahr 2014 betrug jedoch 42 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Pos. 77-82, Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen). Mit dieser Arbeitszeit berechnet beträgt das monatliche Einkommen deshalb CHF 3'960.60, was einem jährlichen Einkommen von CHF 47'527.20 (CHF 3'960.60 x 12 Monate) entspricht. Indexiert mit -0,2 Prozent (Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex Frauen, Pos. 77-82, sonstige wirtschaftliche Tätigkeiten, Veränderung gegenüber Vorjahr, Jahr 2015) beläuft sich das zu berücksichtigende Jahreseinkommen 2015 auf CHF 47'432.10. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 Prozent ergibt sich ein der Beschwerdeführerin anrechenbares Invalideneinkommen von CHF 33'202.50.

Ausgehend von einem anrechenbaren Invalideneinkommen von CHF 33'202.50 und einem Valideneinkommen von CHF 62'855.- resultiert eine Einkommenseinbusse von CHF 29'652.50, was einen Invaliditätsgrad von 47,18 Prozent ergibt. Damit hat die Beschwerdeführerin (grundsätzlich; vgl. hierzu sogleich unter E. 5.4) Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung (Art. 28 Abs. 2 IVG).

5.3. Es ergibt sich aus den Akten, dass der behandelnde Arzt, nachdem die Beschwerdeführerin am 7. Februar 2014 ein Verhebetrauma erlitten hatte und er ihr eine 100-prozentige (vom 7. Februar 2014 bis 23. März 2014 und vom 3. April 2014 bis 1. Juni 2014) resp. 50-prozentige (vom 24. März 2014 bis 2. April 2014 und vom 2. Juni 2014 bis 31. August 2014) Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hatte, im Zeitraum vom 1. September 2014 bis 30. November 2014 eine volle Arbeitsfähigkeit attestierte, bevor er ihr mit Wirkung ab 1. Dezember 2014 wiederum eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigte. Damit ist aber nicht gesagt, dass im Zeitraum vom 1. September 2014 bis 30. November 2014 tatsächlich eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden hat und damit die einjährige Wartefrist unterbrochen wurde (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG i.V.m. Art. 29^{ter} der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Zwar hat die Beschwerdeführerin in diesem Zeitraum ihre Arbeitstätigkeit wieder aufgenommen, allerdings konnte sie nur ungenügende Leistungen erbringen, weshalb ihr die Arbeitsstelle schliesslich per 30. April 2015 gekündigt wurde (vgl. den Fragebogen für Arbeitgebende, Vorakten S. 43; Kündigungsschreiben, Vorakten S. 49). Deshalb ist auch bezüglich dieser drei Monate auf das Gutachten der MEDAS abzustellen und davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin medizinisch theoretisch nur zu 70 Prozent arbeitsfähig war (Konsensbeurteilung, Vorakten S. 482, 483-484). Dies rechtfertigt sich auch mit Blick auf die Konsistenz, kann doch nicht nur für die Zeitperioden, in denen der Beschwerdeführerin von den behandelnden Ärzten eine 30 Prozent übersteigende Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, auf das Gutachten der MEDAS abgestellt werden, nicht aber bezüglich der Zeitperioden, in denen der Beschwerdeführerin keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde.

Somit beginnt die einjährige Wartefrist am 7. Februar 2014 zu laufen (Art. 28 Abs. 1 IVG). Da sich die Beschwerdeführerin erst am 22. Januar 2015 zum Leistungsbezug anmeldete, hat sie aber erst ab dem 1. Juli 2015 Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG).

Der Vollständigkeit halber ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 2. August 2016 bis 23. August 2016 ein Taggeld der Invalidenversicherung bezogen

hat (Verfügung vom 2. September 2016, Vorakten S. 253; Bestätigung vom 20. Oktober 2016, Vorakten S. 297), weshalb sie für diesen Zeitraum nicht zusätzlich eine Rente beanspruchen kann (vgl. Art. 29 Abs. 2 IVG).

5.4. Es wurde bereits ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin (grundsätzlich) Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat. Diese Viertelsrente ist für den Zeitraum vom 1. September 2015 bis 29. Februar 2016 auf eine ganze Rente zu erhöhen. Dies deshalb, weil die Beschwerdeführerin nach der zweiten Rückoperation vom 5. Mai 2015 während 6 Monaten zu 100 Prozent arbeitsunfähig war (vgl. Vorakten S. 581), was gemäss Art. 88a IVV zu einer Änderung des Leistungsanspruchs führt. Nicht berücksichtigt werden können allerdings die Kniegelenksoperation von November 2016 und der pulmonale Rehabilitationsaufenthalt vom 14. März 2016 bis zum 8. April 2016, da die damit zusammenhängenden 100-prozentigen Arbeitsunfähigkeiten mit 6 Wochen (Kniegelenksoperation) bzw. 3½ Wochen (Rehabilitationsaufenthalt) nicht mindestens 3 Monate andauerten.

5.5. Die Beschwerdeführerin beantragt in ihrer Beschwerde eine Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz, damit diese über den Rentenanspruch neu verfüge.

Da die zu beantwortende Streitfrage, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat, gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten beantwortet werden kann und sich namentlich keine weiteren Instruktionsmassnahmen aufdrängen, ist das Kantonsgericht in der Lage, selbst in der Sache zu entscheiden, und es besteht unter den gegebenen Umständen kein Grund, die Angelegenheit zum Neuentscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.

6.

Entsprechend ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 12. Oktober 2018 dahingehend abzuändern, als der Beschwerdeführerin vom 1. Juli 2015 bis 31. August 2015 eine Viertelsrente, vom 1. September 2015 bis 29. Februar 2016 eine ganze Rente und ab dem 1. März 2016 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zuzusprechen ist.

Weitergehend ist die Beschwerde abzuweisen.

7.

7.1. Die Gerichtskosten sind auf CHF 800.- festzusetzen. Da beide Parteien teilweise unterliegen, sind ihnen die Kosten mit CHF 400.- je zur Hälfte aufzuerlegen.

Entsprechend ist der Beschwerdeführerin der geleistete Kostenvorschuss im Umfang von CHF 400.- zurückzuerstatten.

7.2. Da die Beschwerdeführerin teilweise obsiegt, hat sie Anspruch auf eine (reduzierte) Entschädigung ihrer Parteikosten. Diese ist angesichts des getätigten Aufwandes (zweifacher Schriftenwechsel) sowie der Komplexität der Angelegenheit gestützt auf die Honorarnote vom 3. Juli 2019 auf CHF 1'750.- (14 Stunden à CHF 250.-, die Hälfte davon) festzusetzen, zuzüglich der Auslagen (CHF 105.-, die Hälfte davon) und der Mehrwertsteuer von CHF 138.80 (7,7 Prozent von CHF 1'802.50). Der Totalbetrag von CHF 1'941.30 geht zu Lasten der Vorinstanz.

(Dispositiv auf der nächsten Seite)

Der Hof erkennt:

- I. Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen und die Verfügung der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg vom 12. Oktober 2018 dahingehend abgeändert, als A. _____ vom 1. Juli 2015 bis 31. August 2015 eine Viertelsrente, vom 1. September 2015 bis 29. Februar 2016 eine ganze Rente und ab dem 1. März 2016 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zugesprochen wird.

Weitergehend wird die Beschwerde abgewiesen.

- II. Es werden Gerichtskosten in der Höhe von CHF 800.- erhoben. Diese werden je zur Hälfte (CHF 400.-) A. _____ und der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg auferlegt.
- III. A. _____ wird der geleistete Kostenvorschuss im Umfang von CHF 400.- zurückerstattet.
- IV. A. _____ wird zulasten der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg eine reduzierte Parteientschädigung für Honorar und Auslagen des Rechtsvertreters von CHF 1'802.50, zuzüglich der Mehrwertsteuer von CHF 138.80 (7,7 Prozent von CHF 1'802.50), ausmachend total CHF 1'941.30, zugesprochen.
- V. Zustellung.

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig.

Freiburg, 2. September 2019/dki

Der Präsident:

Die Gerichtsschreiberin: